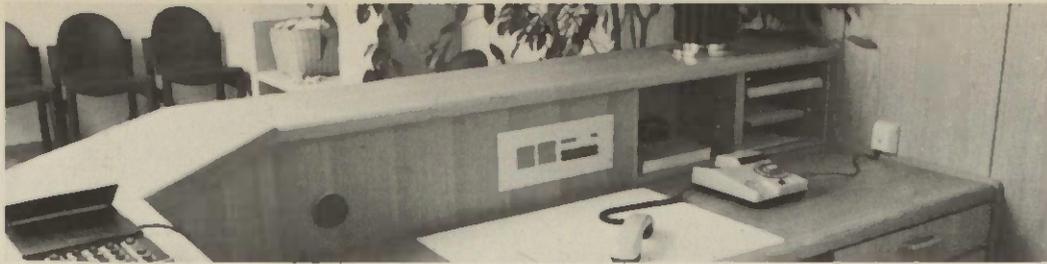
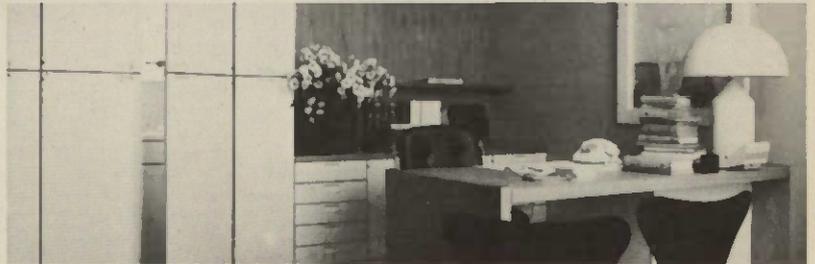


# Wenn Sie auch noch nach Jahren Ihre



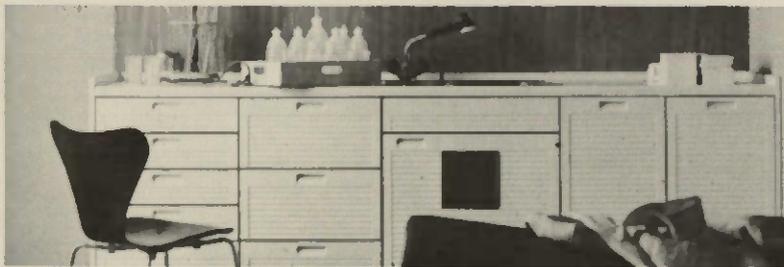
**System-Beispiel 1:**  
Vom einladenden  
Empfang...

# 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.

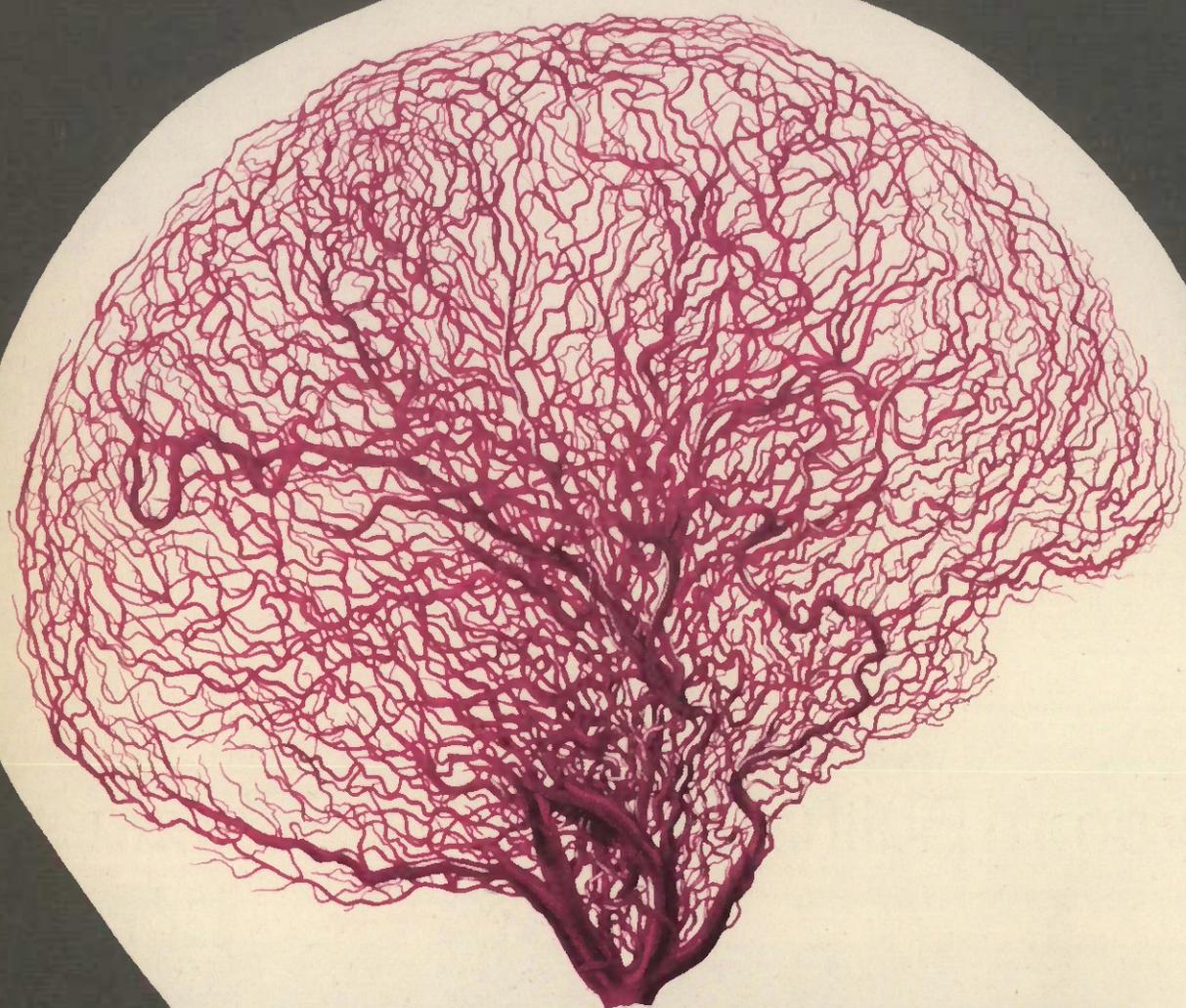
**bulthaup**  
medicine

® 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: **089/288437**. 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.**

# 12 Milliarden Zellen brauchen Sauerstoff



## Nehydrin<sup>®</sup> 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, Ohrsausen, Vergeßlichkeit, Affektibilität 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.

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Dragees: OP mit 30 Dragees DM 16,32; OP mit 100



Pharmazeutisches Werk GmbH  
Cuxhaven



## Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

# Leitsymptom: Abgetrennte Gliedmaße

## Der Notfall: Unfallverletzung

bearbeitet von Privatdozent Dr. L. Zwank, Saarbrücken

### Symptomatik:

Gliedmaßenabtrennungen sind meist sehr eindrucksvoll und als solche selbst von Laien zu erkennen. Eine Ausnahme hiervon bilden die seltenen sogenannten subkutanen Amputationen, bei denen der gequetschte Hautmantel steht und sämtliche übrigen Strukturen durchtrennt sind.

Periphere Abtrennungen distal des Hand- oder Sprunggelenkes, die zu den **Kleinamputationen** gehören, führen außer der psychischen Belastung im allgemeinen nicht zu einer schweren Störung der allgemeinen Körperfunktionen. Bei Großamputationen kommt es immer zu einem erheblichen Blutverlust, der zusammen mit den toxischen Stoffwechselprodukten des verletzten Gewebes zu Störungen von Kreislauf, Säurebasenhaushalt, Gerinnung und später auch der Atmung (Schocklunge) führen kann. Die Allgemeinstörungen sind um so schwerer, je weiter proximal die Abtrennung liegt, je mehr Muskelmasse betroffen ist.

### Anamnese:

Wichtig sind Unfallzeitpunkt und -hergang. In die Überlegung, ob der Verletzte in ein Replantationszentrum oder ins nächstliegende Krankenhaus überwiesen wird, soll vor allem bei Großamputationen eine grobe Einschätzung der Transport- und Replantationsfähigkeit des Verletzten eingehen. Dazu gehört auch die Frage nach latenten oder manifesten Vorerkrankungen.

### Sofortdiagnostik:

Bei **Kleinamputationen** genügt eine kurze lokale Inspektion, um die Schwere der Verletzung einzuschätzen. Bei mehrfacher Fingerabtrennung sollte man auf die Vollzähligkeit der Amputate achten, welche bei maschinellen Verletzungen oft weit weggeschleudert werden. Bei **subtotalen Amputationen** ist eine eindeutige Beurteilung von Durchblutung und Innervation manchmal erschwert. Im Zweifelsfall ist die Überweisung in ein Replantationszentrum zu empfehlen, damit unter optischer Hilfe die Situation geklärt werden kann. Eine Minimaldurchblutung genügt im allgemeinen nicht zum Überleben eines Fingers. Nervenkonstruktionen sind sekundär wesentlich schwieriger als primär.

**Großamputationen** müssen möglichst rasch einer endgültigen Behandlung zugeführt werden. Im Vordergrund steht jedoch zunächst die Störung der vitalen Funktionen. Der Notfallarzt muß schnell entscheiden, wohin und wie der Verletzte transportiert werden soll. Besteht bereits ein manilester Schockzustand, muß die schnellsterreichbare Behandlungsmöglichkeit zur Stabilisierung der vitalen Funktionen wahrgenommen werden, im allgemeinen das nächstliegende Krankenhaus. Ist der erlittene Volumenverlust gering und bestehen keine zusätzlichen lebensbedrohlichen Verletzungen (Schädelhirntrauma, Thoraxtrauma, Bauchtrauma), kann der Verletzte auch mit Blutersatzmitteln behandelt und eventuell sofort in ein Replantationszentrum transportiert werden.

### Therapeutische Sofortmaßnahmen:

**Kleinamputationen:** steriler Druckverband für den Amputationsstumpf, Hochlagern der Extremität, Tetanusschutz. Die Amputate werden steril oder sauber verpackt in eine wasserdichte Hülle gesteckt. Diese wird in einem Eisbeutel oder Eisbehälter aufbewahrt. Eine Gefrierung des Amputates oder direkter Kontakt mit dem Schmelzwasser müssen vermieden werden.

**Großamputationen:** Schockbehandlung des Patienten durch Plasmaexpander bzw. Albumin, Schmerzbekämpfung, steriler Druckverband für den Amputationsstumpf, Blutsperre proximal der Abtrennung mit einer Blutdruckmanschette, Hochlagern der Extremität, Tetanusschutz. Auch hier sollen die Amputate trocken und kühl verpackt werden. Größere Amputate werden am günstigsten in ein steriles Tuch eingeschlagen und mit gekühlten Cryogelbeuteln umlagert.

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

Verletzte mit **Kleinamputationen** können sofort in ein Replantationszentrum überwiesen werden. Ausnahmen sind:

1. wenn der Verletzte nach Aufklärung eine Replantation ablehnt,
2. wenn die Gesamtsituation des Verletzten einen Transport oder einen derartigen Eingriff verbietet (Polytrauma),
3. wenn das Amputat völlig zerstört ist.

Bei **Großamputationen** stehen die vitale Bedrohung und Notwendigkeit der raschen Behandlung des Verletzten im Vordergrund. Falls ein schneller Transport ohne weitere vitale Gefährdung des Verletzten möglich ist, kann die sofortige Einweisung in ein Replantationszentrum erfolgen, um für die Extremität Zeit zu gewinnen. Eine durch Blutersatzmittel nicht zu beherrschende Schocksituation sowie vital bedrohliche Zusatzverletzungen erfordern die Überweisung in das schnellsterreichbare Krankenhaus. Falls in diesem Krankenhaus die Stabilisierung des Verletzten so schnell erreicht wird, daß eine Replantation der Extremität noch innerhalb der Sechs-Stundengrenze möglich erscheint, kann der Patient ins Replantationszentrum weiterverlegt werden.

Nur bei exakter ständiger Kühlung der Amputate auf ca. 4° C ist auch eine Anoxämiezeit über sechs Stunden hinaus tolerabel.

### Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

**Kleinamputate** können, wenn sie bei 4° C kühl und trocken verpackt sind, viele Stunden konserviert werden (ein Finger bis 24 Stunden, eine Hand bis 12 Stunden). Entsprechend kann im Umkreis von 100 km der Transport durch Krankenwagen erfolgen. Unnötige Zeitverzögerungen sollten jedoch vermieden werden, da die Einheilungschancen im frischen Zustand wesentlich besser sind und der Verletzte durch langes Warten erheblich psychisch strapaziert wird.

Bei **Großamputationen** sollte der Transport möglichst im Hubschrauber unter ärztlicher Begleitung erfolgen. Neben der Allgemeinüberwachung ist es wichtig darauf zu achten, daß die Blutsperre am Amputationsstumpf erhalten bleibt. Durch Erschütterungen auf dem Transport und Verbesserung des Kreislaufes unter Infusion kann sich der arterielle Spasmus lösen und eine bedrohliche Sekundärblutung eintreten.

### Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Als subtotal amputiert bezeichnet man einen Körperteil, dessen Hauptgefäßverbindungen und wesentliche funktionelle Strukturen durchtrennt sind. Auch nach Reposition darf keinerlei Anzeichen einer Durchblutung mehr vorhanden sein. Bezogen auf die Extremität darf der verbindende Weichteilmantel maximal ein Viertel der Zirkumferenz betragen. Zwischen diesen streng definierten Amputationsverletzungen und Gefäßverletzungen mit partieller Anoxämie gibt es zahlreiche Abstufungen der Verletzungsschwere. Wenn eine verletzte Extremität nicht eindeutig durchblutet ist, sollte sie solange als durchblutungsgestört angesehen werden, bis das Gegenteil erwiesen ist.



# 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

Januar 1982

## Zur Kenntnis genommen:

Wer offenen Auges und mit wachem Sinn ins neue Jahr gegangenen ist, dem wird das „Prosit Neujahr“ nicht so fröhlich entsprudelt sein. Der Blick in unsere Umwelt gibt dazu auch bei großem Optimismus keinen Anlaß. Im eigenen Lande stehen die Signale nach wie vor auf Talfahrt. Der Blick in andere Länder der Europäischen Gemeinschaft mit ihren Sorgen und Inflationsraten hilft da wenig. Unser Volk hat sich an einen Lebensstandard gewöhnt, der zu den höchsten dieser Welt zählt. Wir haben ein System der sozialen Sicherheit entwickelt, welches den Menschen vergessen lassen möchte, daß es überhaupt noch Risiken gibt. Urlaubsansprüche von vier Wochen sind schon fast die Regel, und mit dem Auto nach dem Süden zu fahren, ist – gleichgültig, was das Benzin kostet – geradezu eine Selbstverständlichkeit. Bei mangelndem Wohlbefinden, oder dem Gefühl, es könnte eigentlich noch besser sein, wird zusätzlich eine Kur beantragt, die selbstverständlich auf Heller und Pfennig von der Gemeinschaft der Versicherten zu bezahlen ist. Wer hört da schon gerne, daß die Wirtschaft immer weniger Luft hat und die Zahl der Arbeitslosen auf zwei Millionen und darüber ansteigen wird. Schauen wir über den engeren Bereich hinaus, dann wird das Bild nicht heller. Erinnern Sie sich nur an den vergangenen Dezember, als der Bundeskanzler durch den angeblichen Weihnachtsmarkt von Güstrow wie durch ein Potemkinsches Dorf geschleust wurde, während gleichzeitig die Machthaber in Polen die Unterjochung eines ganzen Volkes vollendeten, woran der Bundeskanzler-Gastgeber intensiv mitgewirkt hatte.

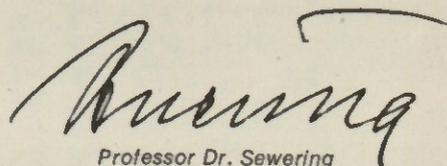
Aber zurück zum engeren Bereich. Mit Beginn dieses Jahres sind das „Kostendämpfungsgesetz“ und das „Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz“ in Kraft getreten. Das Wort „Kostendämpfung“ in diesen beiden Gesetzen ist grotesk. Was in Wirklichkeit geschah, ist Kosten-, besser Ausgabenmanipulation im unehrlichsten Sinne des Wortes. Einen „Erfolg“ hat man erzielt: durch massive Drohungen wurden die Kassenärzte und Kassenzahnärzte genötigt, eine Art „Lohnstopverpflichtung“ abzugeben. Man will uns auf den Punktwert der Jahreswende 1980/81 festnageln. Außerhalb Bayerns gilt darüber hinaus weiterhin die automatische Begrenzung des Wachstums der Fellwerte – und zwar pro Kasse, und damit ohne Ausgleichsmöglichkeit. Von uns und den anderen „Leistungsanbietern“ – wie man uns immer wieder bewußt abwertend nennt – verlangt man, die Kostenentwicklung im Rahmen der Grundlohnentwicklung zu halten. Gleichzeitig scheut man sich nicht, der Krankenversicherung immer wieder neue Lasten aufzubürden, um bei anderen Kostenträgern ein paar Millionen DM einzusparen.

In Presseorganen der Linken einschließlich der Gewerkschaften hört man aber, die armen Versicherten würden zur Ader gelassen und die reichen Mediziner (einschließlich Zahnmediziner) seien „wieder einmal“ ungeschoren davongekommen. Pro Medikament muß nämlich jetzt DM 1,50 bezahlt werden und Kuren soll es nur noch alle drei Jahre geben. Das erstere ist zu wenig und die Kurregelung zu schematisch. Es gibt Rheumatiker (ich meine die echten!), die brauchen intensivere Rehabilitation. Aber es gibt eine Masse von Kuren, die nichts anderes sind als Erholungsurlaub, weil der offizielle Urlaub, welcher der Erholung dienen sollte, durch Autobahnstau und

Grillen am Adriastrand völlig falsch verbraucht wird. Nun jammern die Kurorte schon wieder zum Steinerweichen. Massenkurse und Arbeitslosigkeit werden an die Wand gemalt. Dazu nur ein Gedanke: wenn Mitbürger in so großer Zahl davon überzeugt sind, daß sie zur Erhaltung ihrer Arbeitskraft und Lebensfreude einen Aufenthalt in einem Kurort benötigen, dann wäre es doch eine gute Idee, wenn sie einen Aktivurlaub samt Familie in einem deutschen Kurort verbringen würden, statt sich mühsam über verstopfte Straßen nach Jugoslawien, Italien oder Spanien zu quälen, um tagsüber im Sand zu rösten und abends zum Schaden ihrer Leber Touristenwein zu trinken. Das wäre gut für die Gesundheit der Mitbürger und zugleich ein Heilmittel für die Kurorte und unsere passive Leistungsbilanz.

Zurück zur wirklichen Gesundheitsversorgung. Unsere Bereitschaft, sparen zu helfen, ohne die Qualität der ärztlichen Versorgung zu senken, ist ungebrochen. Unsere niedergelassenen Kollegen sind aufgerufen, ihre Patienten so gut zu versorgen und zu betreuen, wie das unser Gewissen und die moderne Medizin verlangen. Den Patienten muß – wenn erforderlich – auch eine hochwertige Krankenhausbehandlung zur Verfügung stehen. Ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgt, darf keine Frage des Verteilungskampfes sein. Des Krankheitsbild allein ist entscheidend. Eine Reduzierung der Ausgaben für Krankenhausbehandlung darf auf keinen Fall durch Qualitätsminderung erreicht werden, sondern nur durch Beschränkung der Krankenhausbehandlung auf das unbedingt nötige Maß. Natürlich muß auch die Vorsorge und Früherkennung gefördert werden. Aber auch hier gibt es etwas zu bedenken: Vorsorge kann nicht der Arzt verordnen. Sie liegt in der Hand jedes einzelnen. Die Möglichkeiten der Früherkennung sind begrenzt, wenn man auch nur einigermaßen eine vernünftige Kosten-Nutzenrelation beachtet. Wenn Politiker immer wieder erklären, die kurative Medizin müsse mehr und mehr durch die präventive Medizin verdrängt werden, dann ist dies zwar ein gängiger Allgemeinplatz, aber zugleich ein Eingeständnis der völligen Verkennung tatsächlicher Verhältnisse.

Fassen wir zusammen: Die Art und Weise, wie man mit uns Ärzten umgeht, muß Bitterkeit und Zorn auslösen. Wir werden unsere gerechten Ansprüche mit Zähnen und Klauen zu verteidigen haben. Nur einer darf davon nichts spüren, darf keinen Schaden erleiden: der hilfessuchende Kranke, der nach wie vor voller Vertrauen zu uns kommt. Ihm muß unsere Sorge gelten, ohne Rücksicht auf „Konditionen“, welche die Politik für uns bereit hält. Aber wir müssen alles tun, damit unsere Patienten wissen, wie die Politik mit ihren Ärzten umgeht. Irgendwo und eines Tages kann nämlich auch die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Ärzte am Ende sein. Dann gäbe es nur einen Leidtragenden: den Kranken.

  
Professor Dr. Sewering

# Situation der berufsständischen Versorgungseinrichtungen in der Bundesrepublik vor dem Hintergrund der aktuellen sozial- und finanzpolitischen Entwicklungen \*

von K. Dehler

## Warum ärztliche Versorgungswerke?

Die Geburtsstunde der ärztlichen Versorgungswerke schlug in der Zeit nach dem Weltkrieg Nr. I und im Zeichen der zu Beginn der zwanziger Jahre einsetzenden Inflation. Vor dem ersten Weltkrieg war der Arzt als Angehöriger des gehobenen Mittelstandes und Besitzbürger durchaus in der Lage, für sich und die eigene Familie zu sorgen. Es bestand gar kein Bedürfnis, die Sicherung des Lebensstandards im Alter, bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit oder vorzeitigem Tod einer gemeinschaftlichen Institution anzuvertrauen.

Der militärische, politische und staatliche Zusammenbruch nach dem ersten Weltkrieg und die insbesondere als Folge des Wirtschaftszusammenbruchs beginnende Inflation ließ dies sehr bald in einem anderen Licht erscheinen. Die rasch fortschreitende Geldentwertung traf die Ärzte als Angehörige eines freien Berufes besonders hart und beraubte sie fast ihrer gesamten Habe und Ersparnisse. In dieser fast aussichtslosen Lage hatte der damalige 1. Vorsitzende der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Sanitätsrat Dr. Stauder aus Nürnberg, die kühne und geniale Idee, ein Versorgungswerk für alte und berufsunfähige Ärzte und deren Hinterbliebene zu fordern. Zunächst wurde Anfang 1921 versucht, durch Verhandlungen mit der privaten Lebensversicherung im Wege eines Gruppenversicherungsvertrages diese Frage zu lösen. Ergebnisse waren nicht zu erzielen, weil es dem größten Teil der Kollegen unmöglich war, die hohen Beiträge aufzubringen, die für eine ausreichende Altersversorgung in dieser Form notwendig gewesen wären.



Dr. K. Dehler

Daher unterbreitete Kollege Dr. Stauder dem 3. Bayerischen Ärztetag am 9. Juli 1921 in Nürnberg den Plan zur Gründung einer „Pensionsversicherung der bayerischen Ärzte“. Er legte elf Leitsätze vor, die die Grundlage für den Aufbau einer bayerischen Ärzteversorgung bilden sollten und in großen Teilen noch heute Bestandteil der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung sind. So beschloß der Ärztetag 1921 den Auftrag an die Bayerische Landesärztekammer zur Errichtung einer solchen Versorgungsanstalt. Der nächste Ärztetag 1922 faßte folgenden Beschluß:

„Die Bayerische Landesärztekammer stellt im Hinblick auf die dringende Notlage der alten und verdienten Ärzte, ihrer Witwen und Waisen an den Herrn Ministerpräsidenten und an das Staatsministerium des Innern das dringende Ersuchen, diese Vorlage möglichst zu beschleunigen und der Ärzteschaft das für sie notwendige Gesetz in Bälde zu geben.“

## Fünf tragende Prinzipien

Die gründliche Prüfung der für die Schaffung eines ärztlichen Versorgungswerkes notwendigen Kriterien ergab, auch nach den Erfahrungen mit der privaten Assekuranz, folgende fünf Gesichtspunkte, deren Richtigkeit sich auch heute, nach Ablauf von fast sechs Jahrzehnten, noch voll bestätigt:

1. Eine wirkungsvolle Versorgungseinrichtung für die Ärzte kann nur dann begründet werden, wenn alle Ärzte Mitglieder dieser Einrichtung sind. Dies bedeutet die Durchsetzung des Prinzips der Pflichtmitgliedschaft aller Berufsangehörigen.
2. Eine Einrichtung mit Pflichtmitgliedschaft kann nur öffentlich-rechtlichen Charakters aufgrund eines durch den Landtag zu erlassenden Gesetzes sein.
3. Diese Versorgungseinrichtung muß sich als Institution „sui generis“ in Organisation und Leistungsziel deutlich von der bestehenden staatlichen Einrichtung der Sozialversicherung unterscheiden.
4. Tragendes Versicherungs- und Versorgungsprinzip muß die prinzipielle Parallelität zwischen der Höhe der Lebens-Gesamtbeiträge des Mitgliedes und seinem schließlichen Ruhegeldanspruch sein. Dies schließt natürlich das Solidarprinzip, insbesondere zu Beginn der Mitgliedschaft, bei der es noch nicht zum Ausbau eines ausreichenden Versorgungsschutzes gekommen sein konnte, keineswegs aus: Unbeschadet davon bleibt jedoch, daß das Äquivalenzprinzip zwischen Beitrag und Ruhegeld dominantes Versicherungsziel sein soll.
5. Dringendes Anliegen einer berufsständischen Versorgungseinrichtung soll bei Verzicht auf soziales Bel- und Rankenwerke, die Immer nur Leistungen zweiter und dritter Ordnung sein können, die Versorgung des Arztes und seiner Hinter-

\* Bericht anlässlich des 34. Bayerischen Ärztetages in Lindau

bliebenen im Todes- und Invaliditätsfall sein: Das heißt, die Beiträge aller Mitglieder sollen im wesentlichen auf dieses Ziel hin zentriert werden.

### Die Bayerische Ärzteversorgung entstand 1923

Am 16. August 1923 beschloß der Bayerische Landtag das Gesetz über die Bayerische Ärzteversorgung. Es war ein gutes Gesetz, dessen tragende Prinzipien auch durch die im Jahre 1933 erfolgte Änderung des bayerischen Versicherungsgesetzes mit der Einführung des „Führerprinzips“ in seinen Essentials nicht berührt wurde. Es gab den drei Berufsständen der Ärzte, der Zahnärzte und der Tierärzte ein sehr weitgehendes Mitwirkungsrecht bei der Gestaltung ihres Versorgungswerkes unter dem Dache der Bayerischen Versicherungskammer.

Die Bayerische Ärzteversorgung nahm am 1. Oktober 1923 als gemeinnützige Anstalt öffentlichen Rechts ihre Tätigkeit auf. Nirgends im damaligen Reichsgebiet gab es eine nur vergleichbare Institution. Es sollte auch noch lange Jahrzehnte dauern, bis ähnliche Einrichtungen geschaffen wurden, so daß die Darstellung der Entwicklung der berufsständischen Versorgungseinrichtungen über lange Jahre hinweg allein anhand der Geschichte der Bayerischen Ärzteversorgung erfolgen kann.

Es würde den Rahmen dieses Referates sprengen, über die im Laufe von sechs Jahrzehnten ihres Bestehens benutzten versicherungsmathematischen Grundprinzipien eingehender zu berichten. Es sei allein angedeutet, daß nach einer Einleitungsphase mit einem reinen Umlageverfahren, das dann über den Jahresbedarf hinaus zu einem verbesserten Umlageverfahren für einen Jahresleistungsbedarf über eine Jahresgrenze hinaus verbessert wurde, Mitte der zwanziger Jahre auf das Rentenskapitaldeckungsverfahren überggegangen werden konnte, das am 11. August 1930 in der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung verankert wurde. Damit wurde ein entscheidender Schritt zu einer geordneten Finanzierung der Anstalt getan. Seit dem Jahre 1933 wurde die Finanzierung

noch dem offenen Deckungsplanverfahren vorgenommen, durch das sichergestellt wurde, daß jedem vorhandenen Rentenempfänger, jedem aktiven Mitglied des vorhandenen Mitgliederbestandes sowie des Neuzuganges auf Dauer die satzungsgemäßen Versorgungsleistungen gewährt werden können. Erst in den sechziger und siebziger Jahren ergab die Umstellung auf „Rechnungsgrundlagen 2. Ordnung“ die Möglichkeit zu den damals beschlossenen erheblichen Leistungsverbesserungen.

### Anfangs nur „Notgroschenversicherung“

Die Entwicklung des durchschnittlichen Beitragsaufkommens zwischen der Gründung der Anstalt 1923 und der Währungsreform zeigt, daß zumindest in der damaligen Zeit die große Mehrheit der Kollegen in ihrer Ärzteversorgung allenfalls eine Art „Notgroschenversicherung“ sah. Versicherungspolitisch bewertet heißt dies, daß die Ärzteversorgung allenfalls als „Basisversorgung“ angesehen wurde. 1929 haben 33 Prozent, also nahezu ein Drittel aller Mitglieder, nur den damaligen Mindestbeitrag von 320 Reichsmark einbezahlt. Vier Jahre später, also im Jahre 1933, lag der Durchschnittsbeitrag aller Mitglieder der Anstalt bei genau 399 Reichsmark, d. h., daß die Gesamtheit aller Mitglieder nur einen Beitrag einbezahlte, der um 79 Reichsmark oder etwa 25 Prozent über dem Mindestbeitrag lag! Hierdurch begründen sich leider so manche niederen Ruhegelder bis in unsere Gegenwart, die sowohl verständliche Klagen auslösen, als auch in den letzten Jahrzehnten strukturelle Leistungsverbesserungen zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft notwendig machten — die aber gerne vollzogen wurden. Noch jetzt kann ich aus Gesprächen in den dreißiger Jahren mit meinen Eltern, die beide Ärzte waren, mich gut entsinnen, mit welchem starken Vorbehalt und großer Skepsis diese dem damals noch zerten Pflänzchen der berufsständischen Versorgung entgegentraten. Ich habe noch das „hohe Lied“ des Pfandbriefes, der Aktie, der privaten Lebensversicherung und des Immobilienbesitzes in den Ohren. Natürlich tat eine kräftige Reklame der privaten Assekuranz in diese Richtung das ihrige dazu! Diese Zu-

**Wichtig\*  
Tabletten!**



**der Preisvorteil**

8 Tabl.	16 Tabl.
<b>18.06</b>	<b>33.00</b>

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 Doxycyclin-empfindlichen Erregern  
**Kontraindikationen:** Leberfunktionsstörungen, Fotodermatosen, Allergien. Vorsicht bei Schwangeren, besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft. Vorsicht bei bestehendem Saor. Während 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.

**S SANORANIA Dr. G. Strohscheer  
1 Berlin 28**

rückhaltung war durchaus verständlich: Ganz ungewohnt war insbesondere den in eigener Praxis niedergelassenen freiberuflich tätigen Kollegen die Vorstellung einer gesetzlichen Einrichtung, der alle Kollegen ihre Zukunftssicherung kollektiv anvertrauen sollten. Noch zu sehr vertraute man auf die eigenen Möglichkeiten, Planungen und die eigene Initiative.

### „Drittes Reich“ – knapp überstanden!

Indessen dämmerte jedoch für die sich wirtschaftlich stabilisierende Bayerische Ärzteversorgung eine erste politische Gefahr herauf: Seit 1933 paßte eine ständisch verfaßte, demokratisch verwaltete und in jedem Fall nicht „reichseinheitliche“ Standeseinrichtung der Ärzte nicht mehr in das politische Bild der Vorstellung der damaligen Zeit. Wie schon angedeutet, wurden die vorbildlich demokratischen, die Rechtsverhältnisse der Bayerischen Ärzteversorgung ideal regelnden Bestimmungen im Jahre 1933 gründlich geändert, der Landesausschuß als „Parlament der Bayerischen Ärzteversorgung“ weitgehend entmachtet und das „Führerprinzip“ dahingehend eingeführt, daß nach dem Buchstaben des Gesetzes der Präsident der Bayerischen Versicherungskammer allein über deren Wohl und Wehe zu bestimmen hätte.

Wenn auch diese Bestimmung des Gesetzes – fast ein halbes Jahrhundert später – die Rechtsverhältnisse der Bayerischen Ärzteversorgung noch immer bestimmt, kann doch von allen Persönlichkeiten, die auf dem Stuhle des Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer in dieser Zeit saßen, gesagt werden, daß sie, vor und nach 1945, ein Äußerstes taten, um in der Anstalt und bei ihrer Verwaltung den Vorstellungen und Wünschen des Berufsstandes und seiner Repräsentanten Rechnung zu tragen. An Mahnungen und Vorstößen des Berufsstandes bei der Staatsregierung und beim Landtag, diesem Übelstand durch eine Gesetzesnovelle endlich abzuwehren, hat es, insbesondere im letzten Jahrzehnt, gewiß nicht gefehlt.

Im sogenannten „Dritten Reich“ fehlte es natürlich auch nicht an Versuchen, nicht nur die Rechtsgrund-

lagen der Bayerischen Ärzteversorgung, sondern deren gesamte Existenz in Frage zu stellen. Wie häufig in der damaligen Zeit gab es manche widersprüchliche Entwicklungen. So wurde zwar nach 1938 ein Teil auch der österreichischen Kollegen in die Bayerische Ärzteversorgung einbezogen; andererseits sollten im gleichen Jahre alle im Deutschen Reich in eine einheitliche Pflichtversorgung aufgenommen werden. Auch gab es Überlegungen, die Bayerische Ärzteversorgung in die „Deutsche Ärzteversicherung“ zu überführen. Dank auch des entschiedenen Widerstandes der Bayerischen Versicherungskammer kam es jedoch – glücklicherweise – nicht mehr zur Durchführung dieser Pläne, so daß die Bayerische Ärzteversorgung die schlimme Zeit bis 1945 unbeschadet überstand.

### Durchbruch nach der Währungsreform

Eine entscheidende Änderung der Einstellung aller bayerischen Kollegen zu ihrer berufsständischen Versorgungseinrichtung brachten die Erfahrungen, die sie nach dem 20. Juni 1948, dem Tag der Währungsreform nach dem zweiten Weltkrieg, machten. Während alle anderen Kapitalforderungen bestenfalls nach der Formel 10 Reichsmark = 1 DM umgestellt wurden, war die Bayerische Ärzteversorgung in der Lage, sofort nach der Währungsreform alle in Reichsmark laufenden Versorgungsansprüche auf 0,85 DM und schon ab dem 1. Januar 1950 auf 1 DM umzustellen. Das Unglaubliche war Realität geworden: Alle laufenden und zukünftigen Ruhegeldansprüche, auch die auf Reichsmarkbeiträgen basierenden, konnten im vollen Umfange 1 : 1 auf DM umgestellt werden.

Dies führte bei der weit überwiegen- den Mehrheit der bayerischen Kollegen zu einem raschen Umdenken über den Wert der berufsständischen Versorgungseinrichtung und die Zweckmäßigkeit der Anlage der bei ihr entrichteten Beiträge. Das Gesamtbeitragsaufkommen und die Durchschnittsbeiträge stiegen rasch an. Auch dies waren Voraussetzungen für die in den folgenden Jahren rasch vollzogenen Leistungsverbesserungen, die zur vollen Umstellung der Ärzteversorgung von einer Basisversorgung zur Vollversorgung

führten. An die Stelle des reinen Berufsunfähigkeits-Ruhegeldes trat ab 1955 – zunächst mit RVO-Klausel – die Möglichkeit, ab dem 70. Lebensjahr Ruhegeld zu erhalten. Diese Altersgrenze wurde ab 1956 auf 68 Jahre und ab 1958 auf 67 Jahre herabgesetzt, um dann später in ein automatisches Ruhegeld ab dem 65. Lebensjahr überführt zu werden. Der Verrentungssatz der Lebensbeiträge wurde von 14,3 Prozent schrittweise auf 20 Prozent angehoben, das Mindestruhegeld, das Kindergeld, das Sterbegeld, das Waisengeld und Doppelwaisengeld erheblich verbessert, ab 1958 eine besondere Frühinvaliditätsregelung eingeführt und in späteren Jahren noch weiter ausgebaut.

### Schicksalstage bei der Rentenreform 1957

In dieser Phase der raschen Konsolidierung der Anstalt entstand durch die erste große Neuordnung der staatlichen Rentenversicherung im Zuge der „Rentenreform '57“ die zweite wesentliche politische Gefährdung unserer Versorgungseinrichtung: Im Gegensatz zu den früheren gesetzlichen Bestimmungen sollten nach dem neuen Angestellten-Versicherungsgesetz 1957 alle angestellten Ärzte Pflichtmitglieder der staatlichen Rentenversicherung werden. Dies hätte bedeutet, daß alle angestellten Ärzte mindestens über Jahre, wenn nicht über ein Jahrzehnt, während ihrer klinischen Tätigkeit Pflichtmitglieder der Angestelltenversicherung geworden wären und dort hätten Beiträge entrichten müssen, für die auch ein Versorgungsanspruch erwachsen wäre. Neben dem Verlust dieser Beitragsmittel hätte die berufsständische Versorgung vor der schwierigen Frage gestanden, ob nach erfolgter Niederlassung dieser früheren angestellten Kollegen in eigener freier Praxis so ohne weiteres bei diesen auch noch eine zusätzliche Pflichtmitgliedschaft bei der berufsständischen Versorgungseinrichtung hätte durchgesetzt werden können; diesen Ärzten hätte also eine Doppelmitgliedschaft mit einer höchst unerwünschten Spaltung der ihnen möglichen Beitragsbeiträge zugemutet werden müssen. Mindestens wäre es zu einer finanziellen Aushöhlung der berufsständischen Versorgungseinrichtung gekommen, sehr wahrscheinlich jedoch zu einer

ZUSAMMENSETZUNG:

1 Kapsel Adalat® 5 enthält 5 mg, 1 Kapsel Adalat® enthält 10 mg Nifedipin.

# 1 TABLETTE ADALAT® RETARD

enthält 20 mg Nifedipin.

ANWENDUNGSGEBIETE:

Koronare Herzkrankheit:

## FRÜHBEHANDLUNG UND LANGZEITTHERAPIE

der koronaren Herzkrankheit (insbesondere chronische Koronarinsuffizienz, Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt).

Hypertonie:

Alle Formen des Hochdrucks.

WECHSELWIRKUNGEN:

Adalat kann mit blutdrucksenkenden Mitteln gleichzeitig gegeben werden; bei Kombination mit anderen Antihypertonika ist eine in etwa additive Wirkung zu berücksichtigen. Die Behandlung mit Herzglykosiden kann während der Anwendung von Nifedipin begonnen und/oder fortgeführt werden. Eine Kombination mit  $\beta$ -Rezeptoren-Blockern oder einem Saluretikum ist möglich (vgl. Ärztesprospekt).

NEBENWIRKUNGEN:

## BEGLEIT- ERSCHEINUNGEN

treten im allgemeinen nur vereinzelt und vorzugsweise zu Beginn der Behandlung auf; sie sind zudem meist leichter, vorübergehender Natur. Gelegentlich kann es zu Kopfdruck, Gesichtsrötung, Wärmegefühl, Hautreaktionen, Schwindel, Übelkeit, Beinödemen und Müdigkeit kommen. Wie auch bei anderen gefäßaktiven Substanzen können äußerst selten – unter Adalat ca. 15–30 Minuten nach der Einnahme – Schmerzen im Bereich der Brust auftreten. In diesem Fall sollte Adalat abgesetzt werden, sofern ein kausaler Zusammenhang zu vermuten ist.

DIE GEGENANZEIGE:

## GESAMTE SCHWANGER- SCHAFT

DOSIERUNG:

## JE NACH SCHWEREGRAD DER ERKRANKUNG UND ANSPRECHBARKEIT DES PATIENTEN.

Die durchschnittliche Tagesdosis beträgt im allgemeinen 15–30 mg Nifedipin (3 x 1 bis 3 x 2 Kapseln Adalat 5 bzw. 3 x 1 Kapsel Adalat). In besonderen Fällen Steigerung der Tagesdosis auf 60 mg (3 x 2 Kapseln Adalat). Bei Koronarspasmen (Prinzmetal-Angina, Ruheangina) Erhöhung der Tagesdosis auf 80 mg bis max. 120 mg (4 x 2 bis 6 x 2 Kapseln Ada-

lat). Bei Hypertonie Tagesdosen von 3 x 1 bis max. 3 x 2 Kapseln Adalat. Bei drohendem Angina-pectoris-Anfall bzw. akuter Hochdruckkrise zum raschen Wirkungseintritt die Adalat-Kapsel vor dem Schlucken zerbeißen. Bei Einzeldosen von 20 mg einen Einnahmeabstand von 2 Std. nicht unterschreiten. Soll die Retardtablette eingesetzt

werden, wird eine Tagesdosis von 2 x 1 Tablette Adalat retard (2 x 20 mg) empfohlen, die in einigen Fällen auf 2 x 40 mg erhöht werden kann. Wenn bei Angina pectoris nach etwa 14-tägiger Behandlungszeit kein ausreichender Therapieerfolg eintritt, sollte ein Übergang auf die schnell wirkende Adalat-Kapsel (zu 10 mg) erfolgen.

HANDELSFORMEN:

Adalat retard: Tabletten zu 20 mg Nifedipin. Packung mit 30 Tabletten 35,50 DM; Packung mit 50 Tabletten 55,25 DM; Packung mit 100 Tabletten 99,60 DM; Anstaltspackung. Adalat 5: Kapseln zu 5 mg Nifedipin. Packung

mit 50 Kapseln 23,75 DM; Packung mit 100 Kapseln 41,40 DM; Anstaltspackung. Adalat: Kapseln zu 10 mg Nifedipin. Packung mit 50 Kapseln 37,10 DM; Packung mit 100 Kapseln 66,30 DM; Anstaltspackung. Stand: 1. 11. 1981. Bayer Leverkusen.



verfassungsrechtlichen Konfliktsituation. Bei den zu erwartenden prozessualen Auseinandersetzungen über die Berechtigung einer zusätzlichen Pflichtmitgliedschaft bei der berufsständischen Versorgungseinrichtung für solche Ärzte, die die Wartezeit in der Angestelltenversicherung während ihrer klinischen Tätigkeit schon erfüllt hatten, hätte die Ärzteversorgung ihren Mitgliedsanspruch kaum durchsetzen können. Damit wäre eine der entscheidenden Kriterien für den Bestand der Anstalt, der ewige kontinuierliche Neuzugang, weitgehend zerstört worden.

In den nunmehr dreieinhalb Jahrzehnten meiner eigenen politischen und berufspolitischen Tätigkeit kann ich mich kaum an Tage höherer Dramatik erinnern, als im Frühjahr 1957 der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans Joachim Sewering, und ich als damaliger Vorsitzender des Marburger Bundes in Bayern und Abgeordneter im Bayerischen Landtag in einer Art „Zwei-Mann-Krieg“ den Versuch unternahmen, der sich abzeichnenden Gefahr der „Abwürgung“ des Versorgungswerkes durch Wegnahme ihres potentiellen Nachwuchses zu begegnen. Buchstäblich in letzter Minute gelang es zwischen der 2. und 3. Lesung des Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetzes von 1957, in Artikel 7 Absatz 2 in einem einzigen Halbsatz das Prinzip festzuschreiben, dem letztlich heute, fast ein Vierteljahrhundert später, alle freiberuflichen berufsständischen Versorgungseinrichtungen ihre Existenz verdanken: Der Gesetzgeber konzidierte, daß all die angestellten Angehörigen freier Berufe, die Mitglied einer auf Gesetz beruhenden Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe sind, sich zugunsten dieser von der Angestelltenversicherungspflicht befreien lassen können.

### **Rasche Entwicklung der Versorgungswerke in der Bundesrepublik**

Unmittelbare Auswirkung hatte diese Bestimmung zunächst nur für die angestellten Kollegen in Bayern. Rasch aber erkannte man im Bereich aller anderen Bundesländer und aller anderen Landesärztekammern diese einmalige Chance. In relativ kurzer Zeit entstanden nicht nur bei den Ärzten, sondern auch

bei den Berufsgruppen der Zahn- und Tierärzte, Architekten, Apotheker, Notare und anderer freier Berufe Versorgungseinrichtungen. Somit kann das Jahr 1957, das das neue Angestellten-Versicherungsgesetz brachte, nach dem Erfolg der bayerischen Initiative als Geburtsstunde der berufsständischen Versorgungseinrichtungen über die schon seit 1923 bestehende Bayerische Ärzteversorgung hinaus festgehalten werden.

### **Notwendige Vielfalt der Versorgungswerke**

Gemeinsam war all diesen Versorgungswerken, daß sie nicht als Sozialversicherung auf Bundesrecht, sondern als öffentlich-rechtliche Pflichtversorgungseinrichtungen eigener Art auf landesrechtlicher Grundlage erstanden. Gemeinsam ist ihnen auch, daß sie die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen, seien diese selbständig oder in abhängiger Stellung tätig, versorgen. Alle Anstalten sind eigenfinanziert, erhalten keine Staatszuschüsse, sondern erfüllen ihren umrissenen Versorgungsauftrag in Eigeninitiative und allein aus Beiträgen ihrer Mitglieder. Nur in Baden-Württemberg erhielt wie bei uns in Bayern das dortige Versorgungswerk eine eigene gesetzliche Grundlage und umfaßt wie bei uns die drei verschiedenen Berufsstände der Human-, Zahn- und Tiermedizin. Die meisten anderen Versorgungseinrichtungen basieren auf den jeweiligen Kammergesetzen der Bundesländer. Unterschiedlich waren daher, je nach den besonderen aktuellen Bedürfnissen des Entstehungszeitraumes, die gesuchten versicherungsmathematischen Grundlagen und nach den jeweils besonders vordringlich gesehenen Prinzipien des Beitrags- und Leistungsrechtes deren jeweilige Strukturen. Alle Versorgungswerke nehmen bedeutsame berufspolitische Aufgaben wahr. Sie beugen einer Überalterung der Bestände vor und übernehmen die Gewährleistung von Versorgungsleistungen bei Invalidität, Erreichung der Altersgrenze und Aufgabe der Berufstätigkeit. Hierdurch wird auch eine bedeutsame arbeitsmarktpolitische Funktion erfüllt, da dem ärztlichen Nachwuchs Tätigkeits- und Entfaltungsmöglichkeiten eingeräumt werden. Dies hat vor Jahren auch das Bundesverfassungsgericht erkannt,

als es bestätigte, daß die berufsständischen Versorgungswerke die Sicherstellung der besonders wichtigen Gemeinschaftsgüter, die den freien Berufen anvertraut sind, in bedeutsamem Umfang gewährleisten. Bei aller Unterschiedlichkeit sind die berufsständischen Versorgungswerke somit anerkannter Bestandteil des gegliederten Systems der sozialen Sicherheit in der Bundesrepublik Deutschland geworden.

Die oft gestellte Frage, welches nun das „beste“ Versorgungswerk in der Bundesrepublik sei, läßt sich aus gutem Grunde gar nicht beantworten. So legt das eine Versorgungswerk einen besonderen Wert auf eine möglichst hohe Eingangsrente, das andere auf eine umfassende Dynamisierung und das dritte auf einen möglichst weitgehenden Frühinvaliditätsschutz, um nur einige Beispiele herauszugreifen.

Den Mitgliedern der Versorgungswerke erwächst jedoch keine Einschränkung in ihrer Freizügigkeit: Zwischen allen ärztlichen Versorgungswerken existieren Überleitungsabkommen für den Fall des Hinüberwechsels in ein anderes Bundesland mit der Möglichkeit der Fortsetzung der Mitgliedschaft im bisherigen Versorgungswerk oder der Überleitung aller bisher geleisteten Beiträge in das neue Versorgungswerk.

### **Das Selbstverständnis der berufsständischen Versorgungswerke**

Die Arbeitsgemeinschaft der berufsständischen Versorgungseinrichtungen hat in einer vorzüglichen Zusammenfassung Begriff und Wesen der berufsständischen Versorgungseinrichtungen wie folgt definiert:

1. *Berufsständische Versorgungswerke sind Sondersysteme, die für die kammerfähigen freien Berufe der Ärzte, Apotheker, Architekten, Notare, Rechtsanwälte, Tierärzte und Zahnärzte die Pflichtversorgung bezüglich der Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung sicherstellen.*

2. *Als öffentlich-rechtliche Pflichtversicherungseinrichtungen eigener Art – klar abgegrenzt von den anderen Versorgungssystemen – beruhen sie auf landesgesetzlicher Rechtsgrundlage im Rahmen der ausschließlichen Gesetzgebungs-*

kompetenz der Bundesländer gemäß Artikel 70 des Grundgesetzes.

3. Sie stehen *selbständig* neben anderen Systemen der Pflichtgrundversorgung, den Systemen der Pflichtzusatzversorgung, den Systemen der freiwilligen Versorgung.

4. Sie sind *Sondersysteme der Pflichtversorgung*, da sie kraft des landesgesetzlichen Versorgungsauftrages ausschließlich die Angehörigen bestimmter Berufsgruppen, diese jedoch grundsätzlich in jeder Form der Berufsausübung, zu versorgen haben.

5. Die *berufsständischen Versorgungswerke sind nicht Sozialversicherung* im Sinne von Artikel 74 Nr. 12 des Grundgesetzes. So besteht z. B. keine organisatorische Anlehnung der Versorgungswerke an die Träger der klassischen Sozialversicherung. Vielmehr sind die berufsständischen Versorgungswerke entweder Anstalten des öffentlichen Rechts oder Einrichtung der berufsständischen Kammern, die ihrerseits als öffentlich-rechtliche Körperschaft strukturiert sind. Außerdem erfüllen sie auch berufspolitische Aufgaben und sind nur vom Gedanken der kollektiven Eigenversorgung geprägt. Sie gewährleisten die Sicherstellung der besonders wichtigen Gemeinschaftsgüter, in dem sie durch ihre Vorsorge einer Überalterung der Berufsstände vorbeugen und damit der Erhaltung voll leistungsfähiger freier Berufe dienen. Gleichzeitig wird neben einer Verbesserung der Altersstruktur hierdurch eine wichtige arbeitsmarktpolitische Funktion erfüllt.

6. Die *berufsständischen Versorgungswerke erfüllen ihre Aufgabe in echter Selbstverwaltung*.

7. Die *berufsständischen Versorgungswerke sind eigenfinanziert*. Sie erhalten keine Staatszuschüsse, sondern erfüllen ihren Versorgungsauftrag in Eigeninitiative und mit eigenen Mitteln.

8. *Von der Privatlebensversicherung unterscheiden sich die berufsständischen Versorgungswerke* dadurch, daß die Mitgliedschaften nicht durch Vertragsabschluß entstehen und auch nicht privatrechtlicher Natur sind. Die *Versorgungsverhältnisse entstehen vielmehr kraft Gesetzes*, die Rechtsbeziehungen zwischen den berufsständischen Versorgungswerken und ihren Mitgliedern sind öffentlich-rechtlicher Natur; die be-

rufsständischen Versorgungswerke üben demgemäß im Rahmen ihres Versorgungsauftrages Hoheitsgewalt aus.

9. Die *berufsständischen Versorgungswerke fügen sich nahtlos und harmonisch in das gegliederte System der sozialen Sicherheit ein*.

#### Die Versorgungswerke in zunehmend feindlicher politischer Umwelt

Es hätte erwartet werden können, daß es von Staat und Politik dankbar begrüßt würde, daß von einer vielleicht weniger zahlenmäßig, als hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Bedeutung wichtigen Gruppe von Staatsbürgern die Aufgabe der Sicherung der eigenen und ihrer Familien Zukunft ohne Beteiligung und Inanspruchnahme des Staates aus eigener Kraft selbst in die Hand genommen und vorbildlich geregelt wird. Leider läßt die Betrachtung der aktuellen politischen Entwicklung der letzten Jahre erkennen, daß ein solches geordnetes Miteinander keineswegs gesichert ist. Je nach der eben aktuellen politischen Situation werden nicht nur begehrliche Blicke auf das Vermögen der berufsständischen Versorgungseinrichtungen geworfen, sondern diese auch mit ständigen harten politischen Forderungen mit dem Ziele der Beeinträchtigung ihrer Tätigkeit oder gar ihrer Zerstörung konfrontiert.

Seit der Mitte der siebziger Jahre werden in zunehmender Intensität aus dem Lager des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) und der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands immer wieder Forderungen erhoben, die, je nach den jeweiligen politischen Zweckmäßigkeiten und Möglichkeiten der politischen Gesamtsituation vordergründig oder mehr bedeckt, eindeutig folgende mittel- bis langfristige Zielsetzungen zur Strukturänderung der bisher gegliederten Altersversorgung klar erkennen lassen:

— Einheitsversicherung für alle Staatsbürger im Sinne einer „Volksversorgung“,

— Pflichtmitgliedschaft für alle Erwerbstätigen,

— Einbeziehung bestehender Versorgungseinrichtungen in ein „System integrierter Gesamtversorgung“,

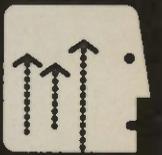
Mutterkornalkaloide  
von Sanorania!  
Bewährte, wirksame Therapie  
zu minimalen Preisen!

DH-Ergotamin-  
Tablinen<sup>®</sup>  
retard



Antihypotonikum,  
Venotonikum

DH-Ergotoxin-  
Tablinen<sup>®</sup>  
forte



Cerebral-  
Therapeutikum

#### DH-Ergotamin-retard-Tablinen

1 Tablette enthält:

Dihydroergotaminmethansulfonat 2,5 mg

Indikationen:

Hypotonie, Migräne (im Wechsel mit Migrexa zur Anfallsbehandlung), venöse Insuffizienz.

50 Tabl.	100 Tabl.	250 Tabl.
22.60	38.00	90.81

#### DH-Ergotoxin-forte-Tablinen

1 Tablette enthält:

Je 0,67 mg Dihydroergocristinmethansulfonat, Dihydroergocorninmethansulfonat, Dihydroergokryptinmethansulfonat = 2 mg Dihydroergotoxinmethansulfonat.

Indikationen:

Cerebralsuffizienz, Migräne bei hypertoner Ausgangslage (im Wechsel mit Migrexa zur Anfallsbehandlung), Schwindel, Ohrensausen, Vergeßlichkeit, Durchblutungsstörungen.

50 Tabl.	100 Tabl.	250 Tabl.
36.52	67.00	151.34

– Errichtung einer „Bundesrentenversicherungsanstalt“.

Interessanterweise erfolgt das politische Betreiben dieser Zielsetzungen „bimanuell“. Je nach taktischer Situation und Opportunität stößt einmal die Sozialdemokratische Partei mit ihren Grundsatzprogrammen und ihren Parteitagebeschlüssen, ein anderes Mal der Deutsche Gewerkschaftsbund vor.

### **Die Versorgungswerke im Handstreich nehmen?**

Ohne jeden Zweifel bestand in der Mitte der siebziger Jahre bei einer aktiven Gruppe entschlossener Strategen der sozialistischen Gesellschaftsänderung der Plan, die bestehenden freiberuflichen Versorgungseinrichtungen in einer Art „Handstreich“ zu nehmen. Es sollte wohl ähnlich vorgegangen werden, wie man im Frühsommer 1977 die Kassenärzte mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz nach einem unglaublichen Trommelfeuer öffentlicher Agitation und Desinformation überrollte. Die Versorgungswerke hatten jedoch diese Gefahren rechtzeitig erkannt und sich auf die kommenden Auseinandersetzungen vorbereitet.

Die Versorgungswerke beauftragten die renommiertesten Rechts- und Verfassungsexperten unseres Landes, ihre Rechtssituation zu untersuchen und den Bestandsschutz gegen Übergriffe des Bundesgesetzgebers zu definieren. Die Bayerische Ärzteversorgung gab ein solches Gutachten bei dem ordentlichen Professor Dr. Lerche, München, in Auftrag. Dieses Gutachten brachte, völlig identisch mit den Aussagen anderer Rechtsexperten folgende wesentliche Tatbestände:

1. Alle Versorgungswerke beruhen auf Landesrecht, dies hindert den Bundesgesetzgeber entscheidend, sie aufzulösen oder in die Sozialversicherung einzugliedern.
2. Alle Versorgungswerke sind Versorgungseinrichtungen „sul generis“. Sie haben einen eigenen Rechtsauftrag und sind keine Sozialversicherung. Eine Rechtszuständigkeit des Bundesgesetzgebers ist daher nicht gegeben.
3. Rentenanwartschaften der berufsständischen Versorgungsein-

richtungen fallen unter die Eigentumsgarantie des Artikels 14 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland. Eine Enteignungsmöglichkeit ist daher ausgeschlossen. Der eventuelle Übernehmer der Versorgungswerke müßte auch die gesamte angewachsene und zukünftige Versorgungslast mit übernehmen.

4. Der die Grundlagen der freien Berufsausübung garantierende Artikel 12 Absatz 1 des Grundgesetzes verhindert die Auflösung funktionierender Versorgungseinrichtungen als eine der wesentlichen Grundlagen der Berufsausübung der freien Berufe mangels Legitimitätsgrundlage.

### **Wichtiges Urteil des Bundesverfassungsgerichtes**

Voll bestätigt wurde dies durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 28. Februar 1980, in dem es feststellte, daß die Versichertenrenten und Rentenanwartschaften der Eigentumsgarantie des Artikels 14 des Grundgesetzes unterliegen. Erstmals entschloß sich mit dieser Entscheidung das Bundesverfassungsgericht, den grundsätzlichen verfassungsrechtlichen Besitzschutz für den sozialen Besitzstand im Versorgungswesen anzuerkennen. Diese Aussage ist für die Versorgungswerke der Freien Berufe von fundamentaler Bedeutung. Die Mitglieder dieser Einrichtungen können somit zukünftig unter Berufung auf die Eigentumsgarantie verfassungsrechtlich beanspruchen, daß ihnen ihre gegenüber der Rentenversicherung höheren Leistungsansprüche aus dem berufsständischen Versorgungswerk erhalten bleiben, auch wenn diese eventuell nach einer Änderung des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland oder der Verfassungen der Bundesländer ihre Eigenständigkeit verlieren. Mit dieser Entscheidung war auch den politischen Wunschträumen derjenigen ein Riegel vorgeschoben worden, die glaubten, mit einer Überführung des Vermögens der berufsständischen Versorgungseinrichtung in die staatliche Rentenversicherung diese wenigstens auf Zeit finanzieren zu können. Insgesamt war es somit zu einer wesentlichen Stabilisierung der verfassungspolitischen Situation der freiberuflichen Versorgungseinrichtungen gekommen und den vorwiegend monitär

bestimmten Zugriffsabsichten auf deren Vermögen eine Absage erteilt worden.

### **Gesetzliche Anerkennung der Versorgungswerke**

Ganz im Gegenteil führte die kluge und weitsichtige Politik der Versorgungswerke und ihrer gemeinsamen Vertretung in den letzten Jahren dazu, daß sie als Sondersysteme der öffentlich-rechtlichen Versicherung eigener Art im Gesamtsystem der gegliederten Altersversorgung in der öffentlichen Meinung und auch in der Gesetzgebung der Bundesrepublik Deutschland anerkannt wurden. In einer Reihe von Bundesgesetzen, so bei der Regelung des Mutterschutzes, der Sozialversicherung während der Zeit des Wehr- und Ersatzdienstes und während der Zeit einer Arbeitslosigkeit haben sie eine Art „Ersatzfunktion der staatlichen Rentenversicherung“ dadurch erhalten, als sich der Bundesgesetzgeber verpflichtete, für die den freiberuflichen Versorgungswerken angehörenden Mitglieder, die bei der Mitgliedschaft in der staatlichen Rentenversicherung Leistungsansprüche des Bundes an diese hätten, die gleichen an ihre berufsständischen Versorgungseinrichtungen zu gewähren.

### **Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen**

In dem geschilderten Zeitabschnitt hätten die einzelnen Versorgungseinrichtungen, manche ob einer nicht allzu großen Mitgliedschaft und nur einer geringen Finanz- und Verwaltungskraft, diese Auseinandersetzungen nicht führen können. Nach umfangreichen und aufwendigen Vorarbeiten, die insbesondere von der Bayerischen Ärzteversorgung und deren Leiter, Herrn Walter Albrecht, geleistet worden waren, wurden folgende drei Prinzipien von allen Versorgungseinrichtungen als wesentlich angesehen:

1. Eine gemeinsame Vertretung der Anliegen und Ansprüche der Versorgungswerke gegenüber Bundesregierung, dem Bundesgesetzgeber, den politischen Parteien und der Publizistik ist erforderlich.
2. Nur in der Zusammenfassung aller in allen Einrichtungen vorhandenen materiellen und geistigen Po-

tenzen kann es gelingen, die notwendigen gemeinsamen Prinzipien zu erarbeiten, die in der immer schwierigeren politischen, verfassungs- und verwaltungsrechtlichen Struktur erforderlich sind.

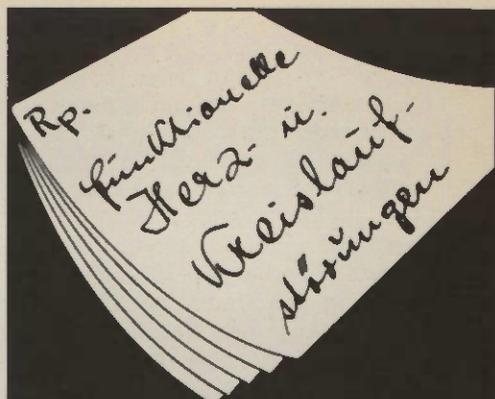
3. Ein Dachorgan der auf Landesrecht beruhenden Versorgungswerke muß garantieren, daß Mindestnormen von allen zugehörigen Anstalten erfüllt und gemeinsam erarbeitete Prinzipien akzeptiert werden, damit nicht eine teilweise feindselige politische Umwelt Zugriffsrechte beim Zurückbleiben einer Anstalt gegen gesetzliche Normen gegenüber allen anderen konstruieren kann.

Der Zusammenschluß scheiterte zunächst — heute wie damals unverständlich — durch ein Veto des Vorstandes der Bundesärztekammer. Weitere intensive interne Überzeugungsarbeit hatten es jedoch möglich gemacht, daß im Januar 1979 in Düsseldorf die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen gegründet werden konnte, deren Geschäftsführung zunächst die Bayerische Ärzteversorgung und deren politische Repräsentanz ich selbst übernahm. Die fast explosive Zunahme der Aufgaben und Verpflichtungen zeigten bald, daß es bei diesem Provisorium einer vorläufigen Organisation und einer recht unkonkreten Rechtspersönlichkeit nicht bleiben konnte. Inzwischen ist diese Arbeitsgemeinschaft flügge geworden, hat eine eigene Rechtspersönlichkeit, eine eigene Geschäftsstelle in Köln mit einem hocherfahrenen und sehr aktiven Geschäftsführer und einen eigenen Vorstand erhalten, dessen Vorsitz mit Herrn Kollegen Dr. Geist zweckmäßigerweise ein Repräsentant der berufsständischen Versorgungseinrichtung übernahm, der „vor Ort“ leichter im Bonn/Köln-Raum wirken kann, als wir von der bayerischen Peripherie. Dieser Arbeitsgemeinschaft gehören nunmehr 38 berufsständische Versorgungseinrichtungen an, darunter alle 13 in der Bundesrepublik bestehenden ärztlichen Institutionen. Von diesen Versorgungseinrichtungen werden 187 488 aktive Mitglieder und 47 290 Rentner betreut, der Vermögensstock der betreuten Einrichtungen umfaßt 11,64 Milliarden DM. Der Umfang dieses Versorgungsstocks und die Tatsache, daß zusammen mit den zugehörigen Familienangehörigen nahezu eine

halbe Million Bürger betreut und versorgt werden, hat dazu geführt, daß die berufsständischen Versorgungswerke heute nicht mehr als Quantität negeable betrachtet werden können, sondern gleichberechtigt neben die betriebliche Altersversorgung, private Assekuranz und die Beamtenversorgung als Sonderform der Alterssicherung im gegliederten System der Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland getreten sind.

#### Ungeahnte Gefahren aus „Europa“

Die im ganzen gewiß erfreuliche zunehmende politische und sozialpolitische Integration im Europa der Neun ergibt für regional zuständige Versorgungseinrichtungen gewisse Probleme. In den Artikeln 117 bis 128 der Römischen Verträge war eine „soziale Harmonisierung“ programmiert, die sowohl von linken Sozialpolitikern als auch europäischen Bürokraten gerne zur „Europäischen Einheitsversicherung“ umfunktioniert werden wollte. Man kann sehr darüber diskutieren, ob die Vorschrift des Artikels 117 der Römischen Verträge, daß „auf dem Wege des Fortschrittes eine Angleichung ermöglicht und es zu einer Abstimmung der Sozialordnungen kommen“ und im Artikel 118 die „Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in sozialen Fragen zu fördern, insbesondere auf dem Gebiete der sozialen Krankenversicherung“, soweit gehen kann, daß nationale Unterschiede, insbesondere nationale Besonderheiten, deswegen hätten beseitigt werden müssen. Wen sollte es da noch wundern, wenn die bekannt progressive IG-Metall im September 1977 die „Vereinheitlichung der Sozialversicherungseinrichtungen“ und im Februar 1979 deren Vorstandsmitglied — ein selbsternannter Sozialexperte — Janzen die „Einheitsversicherung im Bereich der Gesundheits- und Alterssicherung im europäischen Rahmen“ forderte. So sollten nach Meinung starker politischer Kräfte in eine Verordnung des Rates der Europäischen Gemeinschaft zur Eröffnung der Binnenwandermöglichkeit auch der Selbständigen aufgenommen werden, daß die nur in der Bundesrepublik Deutschland und in Frankreich bestehenden Sonderversorgungssysteme der Freien Berufe dadurch hätten beseitigt



## Circovegetalin® compositum

#### Zusammensetzung:

1 Oragée enthält:

#### Tagesform (rosa):

Ergotoxinphosphat	0,1 mg
Chininsulfat	26,4 mg
Chinidinsulfat	10,0 mg
Theobromin	30,0 mg
mono-Magnesium-L-diglutamat	150,0 mg
Magnesiumdehydrocholeat	25,0 mg
Magnesiumnikotinat	5,0 mg

#### Nachtform (braun):

Ergolaminatartrat	0,10 mg
Ergoloxinphosphat	0,12 mg
Hyoscyamin	0,087 mg
Scopolaminumbromid	0,003 mg
Phenobarbital	20,0 mg

#### Indikationen:

Funktionelle Herz- und Kreislaufbeschwerden, stenokardische Beschwerden, klimakterisch bedingte Kreislaufstörungen; labiler Blutdruck; periphere Durchblutungsstörungen und Parästhesien; nächtliche Wadenkrämpfe.

#### Kontraindikationen:

Exsikkose, Gravidität, Laktation, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Restharnbildung, schwere Zerebralklerose. Akute hepatische Porphyrien. Gefäßerkrenkungen, schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen.

#### Nebenwirkungen:

Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion (Wärmestau), Hautrötung, Akkomodationsstörungen, Glaukomeuslösung (Engwinkelglaukom), Tachykardie, Miktionsbeschwerden. Secalealkeloid- und chinidinbedingte Nebenwirkungen sind aufgrund der niederen Dosierung nicht zu erwarten.

**Warnhinweis:** Die Nachtform kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigen.

#### Handelsformen und Preise:

45 Oragées OM 10,25 90 Oragées DM 18,40

**VERLA-PHARM TUTZING**

werden sollen, daß beiden Staaten aufgegeben wird, „ihre Rechtsvorschrift zu ändern oder politische Maßnahmen zu ergreifen, damit die politischen Ziele der Gemeinschaft verwirklicht werden“. Es bedurfte erheblicher, nachhaltiger und langfristiger Einwirkungen, bis im „Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft“ vom 29. Mai 1981 die „Verordnung des Rates Nr. 12081 zur Ausdehnung der Verordnung zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, auf die Selbständigen und ihre Familienangehörigen“ verkündet wurde. Nach Artikel 1 Buchstabe j letzter Unterabsatz werden von den zu koordinierenden Rechtsvorschriften die Bestimmungen für Sondersysteme für Selbständige, deren Schaffung der Initiative der Betroffenen überlassen ist, oder deren Geltung auf einen Teil des Gebietes des betreffenden Mitgliedsstaates beschränkt ist, nicht erfaßt. In Anhang II der Verordnung sind als nicht in den Geltungsbereich der Verordnung fallende Sondersysteme ausdrücklich die Versorgungseinrichtungen der Freien Berufe angetührt. Wie wenig dies bestimmten politischen Kräften in Bonn behagte, mag dadurch beleuchtet werden, daß schon sechs Tage nach der Veröffentlichung der Verordnung die Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit in einem Schnellbrief an die obersten Landesgesundheitsbehörden die meinungsunterlegte Frage richtete, ob die vorgesehene Ausklammerung der Versorgungswerke für Ärzte, Zahnärzte und Apotheker sowie Tierärzte die „Wanderung innerhalb der EG nicht erschwere“.

Dieses den berufsständischen Versorgungseinrichtungen eingeräumte Sonderrecht der „Nichtkoordination“ beinhaltet natürlich, daß das Satzungsrecht der Anstalten der Binnenwanderung der betroffenen Berufsmitglieder nicht im Wege steht, d. h., daß diese EG-Bürger mit den gleichen Rechten und Pflichten Mitglieder unserer Einrichtungen werden können wie diesen Berufsgruppen angehörende deutsche Staatsbürger. Dieser politischen Auflage können die allermeisten der freiberuflichen Versorgungseinrichtungen voll entsprechen — nicht aber die Bayerische Ärzteversorgung, da eine in diesem Sinne schon

lange beschlossene Satzungsänderung nicht in Kraft gesetzt werden kann, bevor der Landtag durch Änderung des Bayerischen Versicherungsgesetzes dafür grünes Licht gibt. Es wäre geradezu ein Treppwitz der Weltgeschichte, wenn die um die Regelung dieser europäischen Probleme besonders bemühte Bayerische Ärzteversorgung, die älteste und größte der Versorgungseinrichtungen der Bundesrepublik, etwaiger Anlaß zu einer nach meiner Meinung völlig berechtigten Klage vor dem Europäischen Gerichtshof würde und Anlaß zur Infragestellung der Rechtssituation aller berufsständischen Versorgungseinrichtungen gäbe. Ich habe diese Besorgnisse dem Herrn Bayerischen Staatsminister des Inneren in einem ausführlichen Schreiben am 3. Juli 1981 vorgetragen und auf die gegebene Dringlichkeit verwiesen. Bis zum heutigen Tage habe ich allerdings nicht von konkreten Schritten zur Änderung des Bayerischen Versicherungsgesetzes erfahren!

### **Zweite Runde im Kampf um die Versorgungswerke?**

Ich habe weiter oben dargestellt, wie in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre der beabsichtigte Versuch, die freiberuflichen Versorgungswerke „im Handstreich“ zu nehmen, gescheitert ist. Damit geben sich jedoch linke Ideologen in ihrer langfristig angelegten Strategie zur Änderung des Staates und der Gesellschaft nicht zufrieden. Unbeirrt von der inzwischen vollzogenen vom Bundesverfassungsgericht bestätigten verfassungsrechtlichen Vergewisserung und der desolaten Entwicklung der staatseigenen Rentenversicherung werden die gleichen Forderungen erhoben wie vor einem halben Jahrzehnt.

So forderte der Deutsche Gewerkschaftsbund in seinem im März 1981 in Düsseldorf verabschiedeten Grundsatzprogramm

- eine umfassende Pflichtversicherung für alle Erwerbstätigen,
- die Grundlagen der Rentenberechnung in den verschiedenen Altersversorgungssystemen fortschrittlich zu harmonisieren,
- Privilegien wie der Freiberufler, die zu Lasten der Arbeitnehmer gehen, zu beseitigen.

Bei der SPD läßt sich trotz wahlterminbedingter taktischer Winkelzüge eine parallele Zielsetzung erkennen. Zwar wurde auf dem Wahlparteitag im Juni 1980 die von der „Wehner-Kommission“ vorgeschlagene Einbeziehung der Freiberufler in die staatliche Rentenversicherung und die Erstreckung der Rentenversicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen und deren Besteuerung nicht übernommen, gefordert wird jedoch, die Freiberufler in eine „Pflichtversicherung auf Antrag“ einzubeziehen, die es, das hätte man wissen müssen, seit der Rentenreform 1972 längst gibt. Die letzte programmatische Aussage der SPD liest sich in Ziffer 28 ihres Rentenpapiers wie folgt:

„Angesichts des schnellen wirtschaftlichen Strukturwandels können die sozialen Lebensrisiken nur in einer Solidargemeinschaft aller Erwerbstätigen aufgefangen werden. Wer jedoch nicht vom Beginn seines Erwerbslebens an kontinuierlich und mit einkommensgerechten Beiträgen zur Solidargemeinschaft gehört, erreicht dieses Ziel der Lebensstandardsicherung nicht. Das gilt auch für Selbständige und Freie Berufe. Wir Sozialdemokraten wollen deshalb, daß alle Selbständigen und Freiberufler auf ihren Antrag hin in die Pflichtversicherung aufgenommen werden. Dabei muß sichergestellt werden, daß die Kosten der Einbindung der Selbständigen in die Rentenversicherung nicht die Solidargemeinschaft belasten.“

Da man inzwischen klar erkannt hat, daß einmal verfassungsrechtlich gegebene Tatbestände schwerlich überwunden werden können und selbst für den Fall eines Erfolges dann bestenfalls die Übernahme der Versorgungsansprüche der Mitglieder dieser Einrichtungen nach deren Recht nötig wäre, schmiedet man andere und feinere Pläne: Man versucht, die Rechtsposition der freiberuflichen Versorgungseinrichtungen als eigenrechtliche Versorgungseinrichtungen sui generis zu durchlöchern und sie in die Richtung „Sozialversicherung“ zu drängen. Hier geht es natürlich nicht um Terminologien, sondern um knallharte politische Prinzipien: Wenn es erst einmal gelungen ist, aus den Versorgungseinrichtungen „Sozialversicherungen“ zu machen, ist der entscheidende Schritt getan, diese

in den allgemeinen finanziellen Umverteilungsplan zwischen den Sozialversicherungsträgern zu pressen. Welche Dimensionen dieser erreicht, mag dabei eine Zahl beleuchten: Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte mußte in der Zeit zwischen 1974 und 1980 an die übrigen Träger der Rentenversicherung immerhin 60 Milliarden DM als sogenannten „Liquidationsausgleich“ entrichten.

Daß diese Aktionen nicht theoretischer Natur, sondern Teil einer langfristig angelegten Strategie sind, mögen folgende weitere Tatsachen beweisen:

– Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission zur gutachtlichen Beurteilung des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes vom 12. März 1975, das der Bundesregierung auferlegte, bis 1984 Ungleichbehandlungen von Mann und Frau in der gesetzlichen Rentenversicherung zu beseitigen, kommt in „Obererfüllung“ ihres Auftrages zu dem überraschenden Ergebnis, daß es sich bei den berufsständischen Versorgungseinrichtungen „auch um Sozialversicherung im Sinne des Artikels 74 Nr. 12 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland handle“ und daher die freiberuflichen Versorgungswerke „in die Neuordnung der sozialen Sicherung der Frau und der Hinterbliebenen einzubeziehen seien“.

– Bei der geplanten Neuregelung der Rentenkrankenversicherung im Zuge des Rentenanpassungsgesetzes 1982 sollten für Mitglieder der Sozialen Krankenversicherung die Ruhegeldbezüge aus freiberuflichen Versorgungseinrichtungen zunächst voll und ohne jede Begrenzung, schließlich bis zur Pflichtversicherungsgrenze und zum halben Beitrag, als „sonstige Alterseinkünfte“ beitragspflichtig herangezogen werden.

– Vom Bundesarbeitsministerium wird angeregt und im Hintergrund

mit großem Nachdruck betrieben, daß in Zukunft für mögliche Auseinandersetzungen zwischen Mitgliedern der Versorgungseinrichtungen und diesen nicht mehr wie bisher die Verwaltungsgerichtsbarkeit, sondern – sachlich völlig unbegründet – die Sozialgerichtsbarkeit zuständig sein soll. Auch hier ist in dieser noch nicht ausgetragenen Streitfrage überdeutlich zu erkennen, daß über den Umweg einer Änderung der gerichtlichen Kompetenz den Versorgungseinrichtungen die unpassende Mütze der „Sozialversicherung“ übergestülpt werden soll.

– Die SPD-Bundestagsfraktion setzte im Sommer 1981 eine Arbeitsgruppe „Alterssicherung“ ein, deren Vorsitz sie dem in diesen Fragen überaus linkslastigen Abgeordneten Glombig gibt. Diese Arbeitsgruppe soll zur Vorbereitung der Rentenreform 1984 auch die „Ersatzfunktion berufsständischer Versorgungseinrichtungen“ untersuchen.

#### **Neue Ehrenberg-Thesen: Verfassungsgebotsaspekt – „Gleichbehandlung“ I**

Aus welcher ideologisch-politischen neuen Kampfrichtung Attacken gegen die berufsständischen Versorgungseinrichtungen geführt werden, wurde für den Eingeweihten erkennbar, als der Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg in der Debatte über die Regierungserklärung, nachdem sich der Abgeordnete Schmidt-Kempen (F.D.P.) ausdrücklich zum Bestand der Versorgungseinrichtungen bekannt und für sie eine Garantie abgegeben hatte, öffentlich darüber nachdachte, „welche Konsequenzen sich für das Verfassungsgebot der Gleichberechtigung in den anderen Versorgungseinrichtungen“ stellen. Am 10. Juni 1981 beschloß die Bundesregierung, eine Sachverständigen-Kommission „Alterssicherungssysteme“ einzusetzen, die folgende Aufträge erhalten solle:

– Die verschiedenen Alterssicherungssysteme miteinander zu vergleichen und die Unterschiede darzustellen,

– zu untersuchen, ob und inwieweit die bestehenden Alterssicherungssysteme in ihren Einzelregelungen besser aufeinander abgestimmt werden können,

– und zu untersuchen, ob und inwieweit die in der gesetzlichen Rentenversicherung vorgesehene Neuregelung der Hinterbliebenenversorgung und der sozialen Sicherung der Frau auch auf die anderen Alterssicherungssysteme übertragen werden kann,

– wie der Forderung des Bundesverfassungsgerichtes nach einer Neuordnung der Gesamtrégelung über die Besteuerung von Alterseinkünften entsprochen werden kann.

Die neue Diskussion läuft ab unter der Unterschrift „Verfassungsaspekt der Gleichbehandlung aller Versicherten und Bürger“. Was darunter der Auftraggeber versteht, läßt sich aus den Ausführungen des Bundesarbeitsministers Dr. Ehrenberg bei der Inauguration der Kommission am 30. Juni 1981 erkennen, die ich auszugsweise wörtlich zitieren darf:

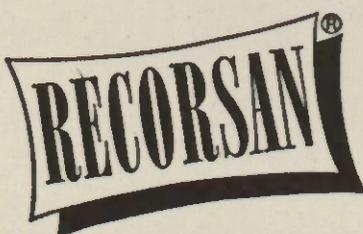
– „daß sämtliche Systeme der Alterssicherung in das Blickfeld einzu beziehen sind“;

– „es wächst das große Unbehagen über vorhandene Unterschiede“;

– „es ist politischer Wille der Bundesregierung, anstelle eines weitgehend unkoordinierten Nebeneinanders der unterschiedlichen Versorgungssysteme bei der weiteren rechtlichen Ausgestaltung eine bessere Abstimmung durchzusetzen“;

– „Widersprüche und Verzerrungen in der Alterssicherung müssen beseitigt werden“;

– „eine der wesentlichen Grundtatbestände der Erwartung an die solidarische Sicherung ist, daß im wesentlichen gleiche Tatbestände auch



## **RECORSAN-LIQUID.**

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

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

**In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis,  
Visc. alb. 2,5 g. A. auricul. 2,5 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. - 30 ml DM 6,14**

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

zu vergleichbaren Leistungen führen müssen. Es ist sogleich meine sozialpolitische und gesellschaftspolitische Überzeugung, daß diese Maxime nicht nur bezogen auf die gesetzliche Rentenversicherung, sondern auch zwischen den unterschiedlichen Alterssicherungssystemen Geltung haben muß".

— „Standespolitische Eigenbrödelei und Tabuisierung sind deshalb ebenso fehl am Platz wie Dramatisierung oder eine ‚alles in Ordnung‘-Euphorie“.

Insgesamt finden sich hierin fatale Paralleltäten zu den überfallartigen Aktionen des gleichen Herrn Dr. Ehrenberg bei der Vorlage des Referentenentwurfes für das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsergänzungsgesetz mit der geplanten totalen Gleichschaltung der Ersatzkassen. Sozialistische Grundzielsetzungen nach Gleichmacherei und Vereinheitlichung sind hier überdeutlich erkennbar! Ein wenig tröstlich ist es jedoch, daß die Aufdeckung und Durchleuchtung gut getarnter strategischer Vorhaben schon die erste Stufe zu deren Verhinderung ist.

### Die Mütze der „Sozialversicherung“ überstülpen?

Die berufsständischen Versorgungseinrichtungen müssen damit rechnen, daß nach dem Scheitern der ersten handstreichartigen Attacke gegen sie nun der Versuch gemacht wird, sie zunächst in „Sozialversicherungen“ umzufunktionieren, um sie danach im Zuge eines neukonstruierten „Verfassungsaspektes der Gleichbehandlung“ in das große Finanz-Clearing der Sozialversicherungsträger einzubeziehen, damit ihrer Mittel und Möglichkeiten zu berauben und sie mit der staatlichen Sozialversicherung gleichzuschalten. Wie im Parallelgeschehen in der sozialen Krankenversicherung die Ersatzkassen allenfalls dem Namen nach noch erhalten bleiben sollten, soll ähnliches, wenn es nach dem Willen sozialistischer Reformstrategen geht, wohl auch den freiberuflichen Versorgungswerken drohen.

Es ist ein Glücksfall und geradezu eine Bestätigung für die Notwendigkeit der Gründung und Existenz der Arbeitsgemeinschaft der berufsständischen Versorgungseinrichtun-

gen, wenn erreicht werden konnte, daß dessen politisch erfahrener und wortgewandter Geschäftsführer Rechtsanwalt Hans Hermann Reusch stimmberechtigtes sachverständiges Mitglied in der von der Bundesregierung eingesetzten Sachverständigenkommission „Alterssicherungssysteme“ wurde, um dort zumindest die Entwicklungen und Hintergründe zu erkennen und von vorneherein den Standpunkt der Versorgungseinrichtungen mit allem Nachdruck vertreten kann.

Wie wichtig der Bundesregierung allgemein, Herrn Bundesminister Ehrenberg gewiß aber im besonderen, die Arbeit der Kommission ist, mag der vorliegende Zeitplan beweisen. Bis Frühjahr 1983 soll die Kommission ihren Gesamtbericht vorlegen. Schon liegt eine umfangreiche „Synopsis“ — im Bundesarbeitsministerium gefertigt — vor, die im November schon ihre Bewertung erfahren soll. Im großen Tempo soll es weitergehen.

Grundsätzlich ist aus der Sicht der freiberuflichen Versorgungswerke zu sagen, daß weder eine konkrete Notwendigkeit noch ein Sinn gesehen werden kann, sie mit anderen Einrichtungen der Alterssicherung zu „harmonisieren“, zu sehr sind sie in ihrer Mitgliedschaft und deren Versorgungsanliegen von anderen Institutionen abgegrenzt. Hier soll eindeutig eine scheinwissenschaftliche Begründung für eine neue Zugriffsabsicht konstruiert und dieser ein objektives Mäntelchen umgehängt werden. Es ist doch eine feine Sache, wenn Herr Ehrenberg demnächst behaupten kann, daß auf seine Gesetzgebungspläne Wissenschaftler und Sachverständige aller Richtungen Einflüsse hätten nehmen können und daß sein Gesetz eben Ausfluß dieser Einflußnahme sei! Dabei steht — und damit soll die ehrbare Absicht und die Objektivität der beteiligten Wissenschaftler nicht im allermindesten bezweifelt werden — leider von vorneherein aufgrund der gegebenen Sachzwänge fest, wie dieses Gesetzesvorhaben ausfallen wird. Die Wissenschaftler werden allenfalls einige Schattierungen beeinflussen können. Um so wichtiger ist und bleibt es, daß die Versorgungswerke mit einem eigenen Sprecher „dabei sind“!

Zusammenfassend muß zu diesem Abschnitt also festgestellt werden,

daß die seit Jahren um das Bestehen der Versorgungswerke geführte politische Auseinandersetzung auch in näherer und weiterer Zukunft anhalten wird, wenn auch, wie dargestellt, mit deutlich veränderter Stoßrichtung als in der Mitte der siebziger Jahre. Die Versorgungswerke und ihre Gemeinschaftseinrichtung werden mit allem Nachdruck und unter Nutzung aller politischen Möglichkeiten und hoffentlich mit voller Unterstützung der Berufsstände darum kämpfen müssen, keinen Fußbreit ihres Zuständigkeitsbereiches aufzugeben und keine Falschmünzerei um ihre Funktion und Rechtskonstruktion zuzulassen.

### Auswirkung der prekären Finanzsituation des Staates

Unbestritten ist die finanzielle Situation der öffentlichen Hände, sei es in Bund, Länder oder Gemeinden, in einer prekären Verfassung; die Diskussion der Gegenwart wird vordergründig vom Begriff „Einsparung“ geprägt. Verschiedene Faktoren sind hierfür verantwortlich; einmal eine insbesondere durch die Ölpreisexplosion bedingte weltweite Wirtschaftsdepression, zum anderen aber auch die Folgen der in der Bundesrepublik betriebenen „Reformpolitik“, die nicht zuletzt zu einer maßlosen Ausuferung der Staats- und Sozialhaushalte führte. Hierzu nur einige Zahlen:

— Die Gesamtverschuldung der öffentlichen Hände in der Bundesrepublik betrug 1981 die astronomische Summe von fast 500 Milliarden DM.

— Die Netto-Kreditaufnahme der Bundesrepublik nahm von 1,1 Milliarden DM im Jahre 1970 auf 33,8 Milliarden DM im Jahre 1981 zu.

— Der Umfang des Bundeshaushaltes nahm von 88,0 Milliarden DM im Jahre 1970 auf 231,2 Milliarden DM im Jahre 1981, also um fast das 3fache zu.

— Das Sozialbudget stieg von 17 Milliarden DM im Jahre 1950 auf 450 Milliarden DM im Jahre 1980, also in 30 Jahren um das 26fache.

— Die Höchstbeiträge zur staatlichen Rentenversicherung kletterten von monatlich 306,— DM im Jahre 1970 auf 814,— DM im Jahre 1981, also um das 2 $\frac{1}{2}$ fache.

# 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, Lymphdrüsenanschwellungen, Blutbildveränderungen, Magen-Darm-Ulzera, gesteigerte Magen-Darm-Motilität, Potenzstörungen oder depressive Verstimmungen. **Wechselwirkungen:** Der Reserpin-Anteil kann die bradycarde Wirkung der Digitalisglykoside sowie die Wirkung zentral dämpfender Pharmaka und den blutdrucksenkenden Effekt anti-

hypertensiver Pharmaka verstärken. – Der Hydrochlorothiazid-Anteil kann die Wirkung von Antidiabetika verringern, die kardo- 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 Elektrolyt-

haushalt zu kontrollieren. **Handelsformen und Preise:** 20 Tabletten DM 9,30, 50 Tabletten DM 20,70, 100 Tabletten DM 35,85; Anstaltspackung. Stand: August 1981



CIBA-GEIGY GmbH, 7867 Wehr

AdE 5

Es steht wohl außer Frage, daß die Auswirkungen einer solchen explosiven Entwicklung auch unsere Versorgungswerke erreichen. Dazu kommt die allgemeine erhebliche politische Unruhe um die Rentenversicherung, die in jeder Hinsicht ins Gerede gekommen ist und begrifflich — leider — heute mehr vom Faktor Unsicherheit als vom Faktor Stabilität bewußtseinsmäßig geprägt wird. Ich darf nur an folgende Tatbestände erinnern, die uns am Rande mitberühren:

— Die staatliche Rentenversicherung hat durch gesetzgeberische Akte in ihrem Leistungsbereich erhebliche Einschränkungen erfahren, die insbesondere solche Kollegen betreffen, die Mitglieder der Angestelltenversicherung sind: Der deutsche Anwaltsverein hat ausgerechnet, daß durch den Wegfall der beitragsfreien Krankenversicherung der Rentner, der Anrechnung der Ausbildungs- und Ausfallzeiten, Kürzung der Rentendynamik der dort gebotene Versorgungsschutz um ca. ein Drittel gemindert wurde. Leider muß man schon feststellen, daß die Angestelltenversicherung den Übergang von der dynamischen Rente zu einem dynamischen Rentenrecht erlebt hat.

— Zwar hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 28. Februar 1980 auch die Renten und die Rentenanwartschaften der staatlichen Rentenversicherung unter den Schutz des Artikels 14 des Grundgesetzes gestellt, dies jedoch nur „prinzipiell“, denn im gleichen Urteil wird ausgeführt, daß der Gesetzgeber einen weiten Gestaltungsspielraum besitzt, um die Funktions- und Leistungsfähigkeit des Systems zu erhalten.

— Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte hat in der Zeit von 1970 bis 1980 60 Milliarden DM als Liquiditätsausgleich an die Arbeiter-Rentenversicherung abführen müssen, die gesetzgeberischen Eingriffe in die Rentenversicherung haben zu einer Vermögensminderung in dieser Zeit um 43 Milliarden DM geführt.

Die nunmehr beabsichtigte Herabsetzung des Beitragssatzes von 18,5 auf 18 Prozent würde der staatlichen Rentenversicherung einen Einnahmeausfall von 6,7 Milliarden DM bringen und die derzeit bei 2,2 Monatsausgaben liegende Schwankungs-

reserve im Jahre 1983 und 1984 auf etwa eine Monatsausgabe senken.

— Jede auch nur geringfügige Änderung der Prämissen für die mittelfristige Vorausberechnung der Rentenversicherung, sei es in der Zahl der Arbeitslosen, der Lohnzuwachsrate oder des Durchschnittsverdienstes aller Versicherten kann schon in absehbarer Zeit bei der staatlichen Rentenversicherung eine schwierige Liquiditätskrise auslösen.

— Die Minderung des Bundeszuschusses um 3,5 Milliarden DM, der im Jahre 1980 noch 21 Milliarden DM betrug, wird sich langfristig kräftig liquiditätsmindernd auswirken.

— Schon jetzt steht fest, daß für die groß angekündigte „Reform 1984“ keine Mittel mehr vorhanden sein dürften; eher im Gegenteil: Auch ohne neue gesetzgeberische Belastungen der Rentenversicherung werden die Fehlbeträge bis zum Ende dieses Jahrhunderts die Größenordnung einiger 100 Milliarden DM erreichen.

Damit ist die Frage nach dem Schicksal des Sozialstaates, nach den Grenzen und Möglichkeiten privater und staatlicher Daseinsvorsorge gestellt. Dem Bundesminister für Wirtschaft, Otto Graf Lambsdorff, ist darin zuzustimmen, daß der Sozialstaat an einem Punkte angelangt ist, bei dem er in seiner heutigen Form die Wohltaten selber aufrißt, die er produzieren will. Ohne entscheidende Kurs-Korrektur, ohne die Erkenntnis, daß die Fülle der Elemente des Sozialstaates heute nicht mehr in derselben Weise für jedermann notwendig sind wie bisher, daß der privaten Initiative und Gestaltungsfreiheit wesentlich mehr Raum eingeräumt werden muß, kann es nicht mehr weitergehen. Der Zwang, immer neue Sozialkosten zu produzieren, muß endlich gestoppt werden. Makaber mutet es dann aber an, wenn die Frau Staatssekretärin im Bundesarbeitsministerium, Anke Fuchs, feststellt: „Zu Beginn des Jahres 1982 werden wir auch mit unseren sozialpolitischen Vorhaben weitermachen!“

#### **Freiberufliche Versorgungswerke im Leistungsvergleich**

Vergleiche der wirtschaftlichen Situation und des Leistungsplanes der freiberuflichen Versorgungsein-

richtungen mit denen der staatlichen Rentenversicherung sind natürlich deshalb von vorneherein schon problematisch, weil recht unterschiedliche Rentenformeln zugrunde liegen und Äpfel mit Birnen eben schlecht verglichen werden können. Umgekehrt sollte dann aber auch darauf verzichtet werden, einzelne Faktoren des Leistungssystems der staatlichen Rentenversicherung punktuell herauszugreifen und wiederum allein an diesen Vergleiche anzustellen. Elnige Zahlen, losgelöst vom Leistungssystem, sind es, die doch zu denken geben:

— Der Beitragsaufwand für 1 DM monatliches Altersruhegeldes beträgt bei der staatlichen Rentenversicherung 200 DM; z. B. bei unserer Bayerischen Ärzteversorgung 60 DM, also weniger als ein Drittel Beitragsaufwand.

— Die durchschnittlichen Berufsunfähigkeits-Ruhegelder sämtlicher 38 Mitgliedseinrichtungen der freiberuflichen Versorgungswerke sind 4,75mal so hoch wie die durchschnittlichen Berufsunfähigkeitsrenten in der staatlichen Rentenversicherung.

— Die durchschnittlichen Altersruhegelder sämtlicher beruflicher Versorgungswerke sind über 1,0mal so hoch wie die durchschnittlichen Altersrenten aus der staatlichen Rentenversicherung.

— Während die Schwankungsreserve der Monatsausgaben der staatlichen Rentenversicherung derzeit 2,2 beträgt und wohl in den nächsten Jahren auf nahezu 1,5 absinken wird, liegt diese bei den berufsständischen Versorgungswerken bei rund 173 Monatsausgaben; allerdings hat sich die Mehrheit der Versorgungswerke gegen ein weitgehendes Umlageverfahren ausgesprochen.

#### **Stabilität der Versorgungswerke vom Beitragstrend abhängig**

Welches versicherungsmathematische Prinzip das einzelne Versorgungswerk sich immer zu eigen gemacht hat, übereinstimmend sind vier Faktoren für die Stabilität bestimmend:

1. die Garantie eines ewigen, kontinuierlichen Neuzuganges,
2. eine vertretbare Höhe der Verwaltungskosten,

3. eine ausreichende Verzinsung des Vermögens,

4. ein stabiler Säkularrend, d. h. eine ständige ausreichende jährliche Zunahme der Höhe des durchschnittlichen Mitgliedsbeitrags.

Ich möchte diese Problematik an der Situation unserer eigenen Bayerischen Ärzteversorgung darstellen, die nahezu den Beharrungszustand nach fast sechs Jahrzehnten Existenz erreicht hat und in dieser Frage eine gewisse Modellfunktion besitzen dürfte.

Die Rechnungsgrundlagen I. Ordnung unserer Anstalt sehen drei Faktoren vor:

- einen Vermögensertrag von 4 Prozent,
- Verwaltungskosten von 3 Prozent,
- Säkularrend von 6 Prozent.

Für die Rechnung nach den Rechnungsgrundlagen II. Ordnung, die Voraussetzung für die erhebliche Leistungsausweitung in den sechziger und siebziger Jahren waren, gelten diese Bestimmungen und ein technischer Zinssatz, gemessen an den versicherungstechnischen Rückstellungen der Mittel der Jahre 1978 und 1980 von 5,3 Prozent und ein technischer Verwaltungskostensatz im Mittel der Jahre 1978 bis 1980 von 2,41 Prozent.

Der Zinssatz ist durch eine geschickte und langfristige Anlagenpolitik nach oben hin beeinflussbar, die augenblickliche Hochzinsphase begünstigt die Zinserträge, das Vermögen der Anstalt hat sich im Jahre 1980 mit 6,36 Prozent verzinst. Der Verwaltungskostensatz konnte – wie in der Vergangenheit – unter der geschäftsplanmäßigen Planung von 3 Prozent gehalten werden. Von entscheidender und schicksalhafter Bedeutung für die Entwicklung und Bewahrung der Leistungskraft der Anstalt ist jedoch der Säkularrend, der sich für die Bayerische Ärzteversorgung in den letzten Jahren wie folgt darstellt:

1974	18,17 Prozent
1975	7,89 Prozent
1976	7,30 Prozent
1977	6,38 Prozent
1978	5,20 Prozent
1979	5,96 Prozent
1980	1,56 Prozent

Der deutliche Rückgang im Jahre 1978 unter die 6 Prozentgrenze spiegelt die Auswirkungen des Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-gesetzes wider; der erhebliche Abfall im Rechnungsjahr 1980 die allgemein angespannte wirtschaftliche Situation, die die Realertragssituation vieler niedergelassener Kollegen um einige Prozentpunkte zurückgehen ließ und damit die Beitragsfähigkeit für ihre Altersversorgungseinrichtung erheblich beeinträchtigte. Sicher dürfte der Rückgang des Säkularrends im Jahre 1980 kein Dauertatbestand sein; die jetzt möglichen Abschätzungen für das Jahr 1981 lassen jedoch keine Hoffnung, daß in diesem Jahre die 6 Prozentgrenze auch nur annähernd erreicht werden könnte, eher dürfte der Säkularrend 1980/81 beim genannten mageren Ergebnis 1979/80 liegen.

#### **Katastrophenstimmung nicht notwendig oder berechtigt!**

Auch dies muß keine Katastrophenstimmung aufkommen lassen, denn entscheidend für die versicherungsmathematischen Rechnungen ist der Säkularrend im Mittel der letzten fünf Jahre; für die Jahre 1975 bis 1980 beträgt er immerhin auch bei der Bayerischen Ärzteversorgung plus 5,26 Prozent, hat aber,

und das ist von großer Bedeutung, die entscheidende Grenze von 6,0 Prozent unterschritten. Dies war für die Selbstverwaltungsorgane der Bayerischen Ärzteversorgung, die ja zusammen mit der Bayerischen Versicherungskammer die Verantwortung für die langfristige Stabilisierung der Leistungskraft unserer Anstalt tragen, Grund, eingehende Überlegungen anzustellen, und im Rahmen des jetzt schon Möglichen Entscheidungen zu treffen.

Diese Sofortentscheidungen haben vor allem zwei Schwerpunkte:

#### **1. Verbesserung der Beitragseinnahmen durch**

– einen kontinuierlichen Beitragsfluß durch Einführung der pro-rata-temporis-Regelung,

– Nachverzinsung von Beitragszahlungen, die aufgrund von Härteklauselanträgen möglich werden,

– Modellüberlegungen über Änderungen der persönlichen Beitragshöchstgrenze.

#### **2. Verbesserung der Ertragslage der Anstalt durch**

– Umschichtung des Vermögens von niederverzinslichen Anlagen auf langfristig hochverzinsten,

– Verzicht auf niederverzinsliche Neuinvestitionen,

– marktgerechte Anpassung des Zinses für Darlehenshingaben,

– Einschränkung der Darlehenshingaben, Darlehenshöhe und Verwendungszweck, Ausscheidung von Darlehenshingaben für Renditeobjekte,

– Kündigung des Bayern-Programms bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Kassenzahnärztlichen Vereinigung zum 31. Dezember 1981,

– allmähliche Anhebung der Beitragszinsen für Mitglieder- und Körperschaftsdarlehen auf die jeweilige Marktsituation.

Insbesondere letzteres dürfte für viele unserer Mitglieder schmerzlich sein: Wie bedeutsam jedoch die Höhe der Darlehensverzinsung ist, mag nur eine einzige Zahl beleuchten: Bei ca. 1 Milliarde DM ausgereicherter Darlehen bringt eine Zinserhöhung um 1 Prozent jährliche Mehreinnahmen von 10 Millionen DM, die in etwa für das Jahr 1982 die für

**Menschen  
auf der  
Flucht**  
aus Kambodscha,  
Laos, Vietnam

**brauchen  
Ihre Hilfe**



Kennwort:  
„Flüchtlingshilfe Indochina“  
Diakonisches Werk  
Postscheckkonto Stuttgart 502  
Deutscher Caritasverband  
Postscheckkonto Karlsruhe 202

dieses Jahr beschlossene Erhöhung der eingewiesenen Ruhegelder um 3,7 Prozent voll finanzieren. Darlehen von der Ärzteversorgung sind sicher wichtig, gute Zinserträge für sie noch viel mehr!

**Drittes Gutachten:  
Professor Dr. Heubeck**

Mittelfristig steht unsere Bayerische Ärzteversorgung wie alle anderen Versorgungswerke also vor der schwierigen Aufgabe, zwei von außen kommende Probleme zu lösen:

— Den Ausgleich der Minderung des Wertes der eingewiesenen Ruhegelder durch die ansteigende Inflation, im Bund derzeit 6,6 Prozent, in Bayern 7 Prozent,

— den Ausgleich der geminderten Beitragskraft der Angehörigen des Berufsstandes auf den Leistungsplan der Anstalten.

Dies kann möglicherweise nicht ohne auch schmerzliche Eingriffe in das Beitrags- und Leistungsrecht vollzogen werden. In Kenntnis der auf uns zukommenden Notwendigkeiten hat daher der Verwaltungsausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung beschlossen, bei dem wohl renommiertesten Versicherungsfachmann in der Bundesrepublik, Professor Dr. Heubeck, der schon zweimal umfassende Gutachten für die Bayerische Ärzteversorgung erstattete, ein drittes Gutachten zu bestellen, dessen Auftrag wie folgt lautet:

„Das gegenwärtig geltende Beitrags-, Leistungs- und Finanzierungssystem der Bayerischen Ärzteversorgung ist in hohem Maße durch die Entwicklung des Beitragsaufkommens und durch den davon abhängigen Säkulartrend bestimmt. Vor dem Hintergrund einer anhaltenden Inflation ist die sich aufgrund der verschiedenen Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesundheitswesens deutlich abzeichnende Tendenz eines höchst rezessiven Säkulartrends hinsichtlich ihrer Konsequenz auf das Beitrags-, Leistungs- und Finanzierungssystem der Bayerischen Ärzteversorgung zu untersuchen. Dazu stellen sich folgende Fragen:

1. Gibt es unter Beibehaltung des geltenden Beitrags-, Leistungs- und Finanzierungssystems Gestaltungs-

möglichkeiten, um auch bei einem Abnehmen des Säkulartrends auf 5 Prozent und weniger auf Dauer freiwillige Zuschläge gemäß § 29 Absatz 2 der Satzung des Versorgungswerkes gewähren zu können? Welche Voraussetzungen müssen z. B. Faktoren wie der Verwaltungskostensatz, die Effektivverzinsung usw. erfüllen, um hierbei eine nachhaltige Funktion zu spielen?

2. Welche Veränderungen des technischen Geschäftsplanes können vorgeschlagen werden, damit bei möglichst weitgehender Erhaltung des geltenden Beitrags-, Leistungs- und Finanzierungssystems freiwillige Zuschläge gemäß § 29 Absatz 2 der Satzung des Versorgungswerkes auf Dauer gewährt werden können?

3. Welche Veränderungen des geltenden Beitrags-, Leistungs- und Finanzierungssystems sind über die zu den Fragen 1 und 2 gefundenen Antworten hinaus erforderlich, um die Kaufkraftstabilität der Versorgungsleistungen auf Dauer abzusichern? Ziel solcher Veränderungen muß es sein, unter Berücksichtigung gewachsener Besitzstände und bei optimaler Beitragseffizienz in Zukunft eine nachhaltige unter anderem von der Entwicklung der beitragsbestimmten Einkommen der aktiven Mitglieder abhängigen Rentenanpassung zu gewährleisten.“

An diesem Gutachtensauftrag arbeitet das Büro Professor Dr. Heubeck seit Beginn dieses Jahres mit Hochdruck. Verschiedene intensive Arbeitsbesprechungen mit Professor Heubeck ließen erkennen, daß das Stadium der Diagnose des Zustandes des Versorgungswerkes erreicht ist, daran schließt sich die Frage des Therapieplanes an. Einzelheiten heute vorweg vorzutragen und zu diskutieren, ist weder möglich noch sinnvoll. Die bisherigen Untersuchungen haben klar gezeigt, daß an der zentralen Bedeutung des Beitragstrends, also des wiederholten Säkulartrends, nicht vorbeigegangen werden kann, und daß die Auswirkungen eines Rückganges des Beitragstrends auch durch eine hohe Verzinsung des Anstaltsvermögens nur zum Teil aufzufangen sind.

Das Gutachten von Professor Dr. Heubeck wird voraussichtlich im Frühjahr 1982 vorliegen; dann werden Verwaltungs- und Landesauschuß, die Verwaltung der Bayeri-

schen Ärzteversorgung und die Bayerische Versicherungskammer in Zusammenarbeit mit den aufsichtsführenden Ministerien nach einer sehr eingehenden Prüfung grundsätzliche Entscheidungen zu treffen haben,

Professor Dr. Heubeck hat die Situation wie folgt formuliert: „Ich werde der Bayerischen Ärzteversorgung einen Blütenstrauß von Lösungsvorschlägen anbieten. Welche Blume gewählt wird, ist Frage der politischen Entscheidung der Bayerischen Ärzteversorgung.“

**Alle Mitglieder sitzen in einem Boot!**

So unpopulär dies auch sein mag, ich möchte dies noch einmal mit aller Deutlichkeit zusammenfassen: Von außen auf unser Versorgungswerk zukommende und unabwendbare Tatbestände, wie die Minderung der Einkommensverhältnisse der Ärzte und die dadurch verursachte Minderung ihrer Beitragsfähigkeit auf der einen Seite und die zunehmende Inflation auf der anderen Seite —, lassen erstmals nach langen Jahren einer expansiven Entwicklung die Möglichkeit und vielleicht sogar die Wahrscheinlichkeit eines Stillstandes oder gar einer Einschränkung von Leistungen möglich erscheinen. Die Entscheidungen darüber werden dem Verwaltungs- und Landesauschuß der Bayerischen Ärzteversorgung gewiß nicht leicht fallen. Sie können versichert sein, daß ihre Entscheidungen von hoher Verantwortung getragen sein werden und der in den fast sechs Jahrzehnten ihres Bestehens unserer Anstalt gewachsenen Maxime Rechnung tragen werden, daß alle in ihr vertretenen Mitglieder, die jungen, die mittleren und die alten, in einem Boote sitzen und ein gemeinsames Schicksal haben!

Gleichberechtigt steht daneben die zweite Maxime, daß das Beitrags- und Leistungsrecht der Anstalt attraktiv bleiben muß, damit wie in den letzten 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahrzehnten sich Jahr für Jahr die weit überwältigende Mehrheit der neu ins Berufsleben eintretenden jüngeren angestellten Ärzte statt für die Angestelltenversicherung für ihre berufsständische Versorgungseinrichtung optieren.

## Perspektiven für die nähere und weitere Zukunft

Die aktuelle Situation der Versorgungseinrichtungen der freien Berufe läßt sich vor dem Hintergrund der sozial- und wirtschaftspolitischen Entwicklung der Gegenwart wie folgt zusammenfassen:

1. Den berufsständischen Versorgungseinrichtungen ist es als Sondersystemen, die als öffentlich-rechtliche Pflichtversorgungseinrichtungen eigener Art auf landesgesetzlicher Grundlage beruhen, gelungen, im öffentlichen Bewußtsein, in Politik und Gesetzgebung die Existenzanerkennung und die Wertigkeit als gleichberechtigte Institutionen im Bereich der gegliederten Altersvorsorge zu sichern.
2. Neben ihrer eigentlichen Aufgabe der Versorgung ihrer Mitglieder und deren Familien nehmen die Versorgungswerke bedeutsame berufspolitische und arbeitsmarktpolitische sowie finanzpolitische Funktionen wahr.
3. Die Versorgungswerke der Freien Berufe wurden als bedeutsame Initiative der von ihnen betreuten ver-

faßten freiberuflichen Berufsstände staatsfrei, d. h., auch ohne einmalige oder laufende Staatszuschüsse geschaffen, und entlasten damit bedeutsam die öffentlichen Haushalte.

4. Trotz dieser für Staat und Gesellschaft entlastenden Funktion stehen starke politische und gesellschaftliche Kräfte diesen Versorgungswerken unfreundlich gegenüber und verkünden politische Programme und Zielsetzungen, die die Funktion und den Bestand dieser Versorgungswerke nicht nur gefährden, sondern geradezu zerstören könnten.

5. Glücklicherweise besteht derzeit keine politische Mehrheit, die solchen gesellschaftsändernden Reformbestrebungen die Chance ihrer Verwirklichung geben könnte. Es scheint sicher zu sein, daß ohne eine Veränderung des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland und der Verfassungen der deutschen Bundesländer für den Bund keine Möglichkeit besteht, eine Art „Volkszwangsversicherung“ einzuführen und damit den Versorgungswerken ihre Grundlage zu entziehen.

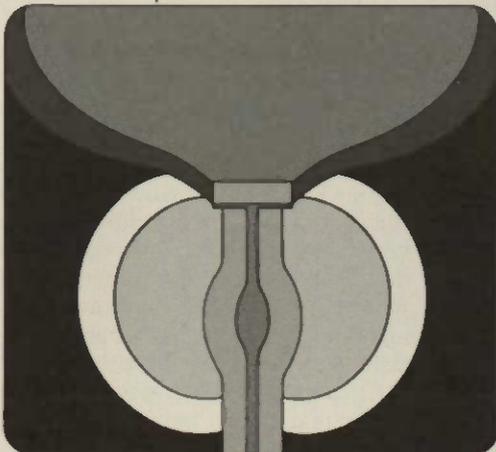
6. Darüber hinaus geben Artikel 12 und 14 des Grundgesetzes und die ständige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes den Versorgungswerken eine mindestens mittelbare Existenzgarantie, die allerdings ihr zufriedenstellendes Funktionieren voraussetzt.

7. Derzeit erleben die Versorgungswerke erneute ernst zu nehmende politische Angriffe mit dem Versuch, sie von ihrer tatsächlichen Existenz als „Versorgungseinrichtung sui generis“ hin zur „Sozialversicherung“ umzufunktionieren. Wenn dies gelänge, wäre dies der erste Schritt, die Versorgungswerke durch einen falsch verstandenen „Verfassungsgebotsaspekt der Gleichbehandlung aller Versicherten und Bürger“ finanziell auszuhöhlen. Hiergegen muß entschiedener politischer Widerstand geleistet werden.

8. Die durch vollzogene und bevorstehende politische Eingriffe in die wirtschaftliche Situation insbesondere der ärztlichen Mitglieder der Versorgungswerke zu befürchtende weitere Minderung derer Realeinkommen und damit ihrer Beitragskraft und die daraus für die Versor-

# 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.



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

gungswerke entstehenden nicht unbeachtlichen versicherungsmathematischen Probleme erfordern Zusammenarbeit und Verständnis aller Verantwortlichen und Beteiligten, um diese Schwierigkeiten zu meistern. Grundtatbestände der Leistungsfähigkeit und Leistungspläne der Anstalten werden davon nicht berührt.

9. Es ist für die Versorgungswerke von großer Bedeutung, ihre Aufgabe in Ruhe und ohne vordergründige politische Auseinandersetzungen ausüben zu können; ein Hineingezogenwerden in die Tagespolitik kann nur ihre Gefährdung vergrößern. So sehr interne Diskussionen in Einzelfragen notwendig und erwünscht sind, dürfen sie nicht in die Öffentlichkeit getragen werden, weil sich sonst Eingreifchancen für politische Gegner ergäben.

Alle politischen, rechtlichen und verfassungsrechtlichen Vergewisserungen dürfen jedoch nicht als selbstverständlicher und immerwährender Schutztatbestand verstanden werden. Wie in vielen anderen Rechtsräumen in einer pluralistischen Gesellschaft müssen sie mit Leben erfüllt, selbstbehauptet und erfolgreich dargestellt werden. Entscheidend ist und bleibt, daß die Versorgungswerke durch die verfaßten Berufsstände und vor allem durch die überwältigende Mehrheit ihrer Mitglieder voll angenommen, getragen und bejaht werden.

Das Vorhandensein und der Ausbau der freiberuflichen Versorgungswerke entspringt keinem Standesegoismus. Hier soll kein Sonderdasein praktiziert und keine Antithese zur staatlichen Rentenversicherung eröffnet werden. Die Erhaltung eines leistungsfähigen Berufsstandes setzt voraus, daß keine Sorge vor den Imponderabilien des Alters, der Invalidität und eines vorzeitigen Todes das berufliche Engagement behindert. Das Vorhandensein und der Ausbau der Versorgungswerke ist und bleibt essentielle Voraussetzung zur Erhaltung und Verwirklichung der Berufsausübung der Freien Berufe.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. K. Dehler, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung, Hallplatz 37, 8500 Nürnberg 1

## Wahrung des Arztgeheimnisses und Datenschutz\*

von K. R ö s c h



Dr. K. Rösch

Mit dem Datenschutz verhält es sich in einer Beziehung ähnlich wie mit unserem Berufsstand: Er weckt bei vielen Massenmedien nur dann Interesse, wenn es um Fehler und Pannen, um Versagen und Mißstände geht. Dies mußte erst kürzlich auch die KVB-Bezirksstelle Oberpfalz erfahren. Darauf werde ich im einzelnen noch zurückkommen.

So schlecht, wie es nach den Presseberichten den Anschein haben möchte, steht es aber um den Datenschutz bei den bayerischen Ärzten und ihren Körperschaften keineswegs. Gerade der ärztliche Berufsstand anerkannte und praktizierte eine besondere Form des Datenschutzes, lange bevor Politiker, Gesetzgeber und Massenmedien den Datenschutz als ein ergiebiges Thema entdeckten. Ich spreche hier vom Arztgeheimnis. Es gab noch kein verfassungsmäßiges Grundrecht auf Achtung der Menschenwürde, auf freie Persönlichkeitsentfaltung und daraus abgeleitet das Recht auf Wahrung der Privatsphäre und es gab auch noch keine strafrechtlich sanktionierte Schweigepflicht für den Arzt, als eine ärztliche Berufsethik den Intimbereich des Patienten bereits respektierte und schützte.

Anknüpfend an diese traditionelle ärztliche Schweigepflicht sind Da-

\*) Bericht anläßlich des 34. Bayerischen Ärztetages in Lindau

tengeheimnis und Datenschutz auch für die ärztlichen Körperschaften mehr als eine lästige, vom Gesetzgeber auferlegte, kostspielige und verwaltungsbehindernde Verpflichtung.

Ich kann für die beiden ärztlichen Körperschaften in Bayern feststellen, daß der Datenschutz hier sehr ernst genommen wurde und daß wir dabei in den letzten Jahren auch ein gutes Stück vorangekommen sind.

Als Vorsitzender der gemeinsamen Kommission der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für Datenschutz und Wahrung des Arztgeheimnisses sowie als Datenschutzbeauftragter der KVB darf ich Ihnen dazu einen kurzen Bericht geben, der die rechtliche Situation, die Arbeit der Kommission seit Januar 1979 und die noch anstehenden Probleme umreißt.

Vorab möchte ich in Erinnerung rufen, daß der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in seiner Sitzung am 13. Januar 1979 eine Kommission für Datenschutz bildete und als Mitglieder berufen hat

- den Kollegen Dr. Koller,
- Herrn Hauptgeschäftsführer Ulbrich,
- Herrn Revisor Weinzierl,
- Herrn Rechtsanwalt Dr. Till,
- die Herren Geschäftsführer Neidiger und Müller, und meine Person als Vorsitzender der Kommission.

Zugleich bestellte mich der Vorstand der KVB zum Datenschutzbeauftragten der Körperschaft.

Auf Anregung unseres Herrn Präsidenten Professor Dr. Sewering wurde diese Kommission auf dem 32. Bayerischen Ärztetag dann um Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer erweitert. Sie ist seitdem als gemeinsame Kommission der Bayerischen Landesärztekammer und der KVB tätig. Für die Bayerische Landesärztekammer hat man damals die Kollegen

- Professor Dr. Kunze,
  - Dr. Eilert und
  - Dr. Hohenbleicher
  - sowie Herrn Geschäftsführer Jürgens
- berufen.

### Rechtliche Grundlagen der Kommissionsarbeit

Die gesetzlichen Schutzvorschriften gliedern sich in drei Bereiche:

*Den ersten Bereich bildet die ärztliche Schweigepflicht:* Sie ist in § 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns niedergelegt. Ihre Verletzung wird gleichzeitig in § 203 Strafgesetzbuch unter Strafe gestellt. Ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht liegt vor, wenn der Arzt unbefugt ein Patientengeheimnis, das ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder sonst bekannt geworden ist, offenbart.

In diesem Zusammenhang hatte sich die Kommission immer wieder mit dem Problem zu befassen, ob und unter welchen Voraussetzungen der Arzt Patientendaten an Dritte weitergeben darf. Dritter in diesem Sinne ist jede Person oder Stelle außerhalb der Arztpraxis, also z. B. auch die Kassenärztliche Vereinigung, Privatversicherer, Sozialversicherungsträger, ja sogar der Ärztkollege.

Eine Weitergabe von Daten ist niemals unbefugt, wenn der Patient einwilligt. Hier gilt es einerseits, bewährte Regelungen nicht in datenschutzlichem Übereifer in Frage zu stellen, andererseits aber auch bisherige Praktiken kritischer zu sehen. Unter bewährten Regelungen meine ich die von der Rechtsprechung anerkannte Einwilligung des Patienten durch konkludentes Handeln. So willigt z. B. der Kassenpatient mit dem Aufsuchen des Kassenarztes und der Vorlage seines Krankenscheines durch konkludentes Handeln darin ein, daß der Arzt seine Daten der KVB zur Durchführung der Abrechnung, der Wirtschaftlichkeitsprüfung oder auch der Qualitätskontrolle offenbart. Auffassungen, wonach eine bloße konkludente Einwilligung nicht mehr genügen und statt dessen durch eine ausdrückliche schriftliche Einwilligung des Patienten ersetzt werden soll, sind nicht praktikabel und

würden die ärztliche Tätigkeit nur noch mehr verbürokratisieren.

Andererseits sollte der Arzt jedoch auch strikt darauf achten, daß z. B. bei Auskunftersuchen von Privatversicherern eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten vorliegt oder z. B. bei Anforderungen der Kostenträger nur diejenigen Angaben gemacht bzw. Unterlagen zur Verfügung gestellt werden, die zur Feststellung der Leistungspflicht des Kostenträgers erforderlich sind.

*Der zweite Bereich der gesetzlichen Vorschriften betrifft den Datenschutz:* Darunter sind die gesetzlichen Anforderungen an die Verarbeitung personenbezogener, in Dateien gespeicherter Daten zu verstehen. Der Begriff der Datenverarbeitung beginnt bereits beim Speichern von Daten, also dem Erfassen, Aufnehmen und Aufbewahren von Daten auf Datenträgern. Er umfaßt weiter das inhaltliche Umgestalten gespeicherter Daten und die Übermittlung von Daten an andere Stellen außerhalb der speichernden Stelle. Die Datenübermittlung ist der sensibelste Bereich der Datenverarbeitung. Schließlich fällt auch das Löschen von gespeicherten Daten unter den Begriff der Datenverarbeitung.

Die Bayerische Landesärztekammer unterliegt bei der Datenspeicherung und sonstigen Datenverarbeitung nach wie vor den Vorschriften des Bayerischen Landesdatenschutzgesetzes.

Für die KVB hingegen gilt seit 1. Januar 1981 das Sozialgesetzbuch 10. Buch. Dieses brachte einschneidende Änderungen im Datenschutz bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Vor allem wurden die Offenbarungstatbestände enger und abschließend geregelt. Personenbezogene Daten dürfen u. a. von den Kassenärztlichen Vereinigungen nur noch offenbart werden, wenn dies zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe oder zur Durchführung eines damit zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens erforderlich ist. Ferner ist die Offenbarung nur noch zulässig für die Durchführung des Arbeitsschutzes, für den Schutz der inneren und äußeren Sicherheit der Bundesrepublik, für die Erfüllung besonderer gesetzlicher Mitteilungspflichten, z. B. der Mitteilungspflich-

ten nach dem Bundesseuchengesetz, dem Geschlechtskrankheitsgesetz oder zur Durchführung von Steuerverfahren.

Erstmals geregelt ist im Sozialgesetzbuch 10. Buch nunmehr auch die Offenbarung personenbezogener Daten für Zwecke der Forschung oder Planung.

*Der dritte Bereich ist der Geheimnisschutz:* Datenschutz und Geheimnisschutz unterscheiden sich folgendermaßen: Der Datenschutz umfaßt zwar sämtliche personenbezogene Angaben, aber nur dann, wenn diese Angaben in Dateien gespeichert sind. Es fallen unter den Datenschutz daher auch gespeicherte personenbezogene Angaben, die an sich keine Geheimnisse darstellen, wie z. B. der Name, die Anschrift, der Beruf. Für den Geheimnisschutz spielt es dagegen keine Rolle, ob personenbezogene Daten in Dateien gespeichert sind oder in anderer Weise festgehalten werden. So sind Akten und Aktensammlungen keine Dateien im Sinne des Datenschutzes. Darin enthaltene personenbezogene Daten wären somit ungeschützt, wenn nicht die Geheimnisschutzvorschriften eingreifen würden. Dafür ist hier aber erforderlich, daß es sich um persönliche oder betriebliche Geheimnisse handelt.

Für die Bayerische Landesärztekammer und damit für die bei ihr vorhandenen Arztdateien gilt diesbezüglich Artikel 30 Bayerisches Verwaltungsverfahrensgesetz, wonach alle Geheimnisse, insbesondere die zum persönlichen Lebensbereich gehörenden Geheimnisse sowie die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse, von Behörden nicht unbefugt offenbart werden dürfen.

Noch strengere Geheimnisschutzvorschriften gelten für die KVB. Hier ist wiederum das Sozialgesetzbuch 10. Buch einschlägig. Danach gelten alle Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse der Versicherten als Sozialgeheimnis.

### Aufgabe der Kommission

Aufgabe der Datenschutzkommission und meine Aufgabe als Datenschutzbeauftragter der KVB war es nun, in diesem rechtlichen Rahmen Maßnahmen des Daten- und Ge-

heimnisschutzes zu initiieren und durchzuführen.

Entscheidende Bedeutung kommt dem Datenschutz im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu. Gelangen doch mit der Arztabrechnung und den beigefügten Behandlungsausweisen höchst sensible Daten in gewaltigem Umfang in den Bereich der KVB. So wurden im vergangenen Jahr über die KVB 40 524 459 Behandlungsfälle für die RVO- und Ersatzkrankenkassen abgerechnet. Deshalb hat die Kommission Hinweise und Anweisungen zum Datenschutz, zur Datensicherung und zur Beachtung der Geheimhaltungspflicht für die KVB erarbeitet, die vom Vorstand am 2. Februar 1980 beschlossen wurden. Darin sind u. a. konkrete Anweisungen für die Bearbeitung der Arztabrechnungen, für die Wirtschaftlichkeitsprüfung und sonstige Verwaltungsverfahren, bei denen Versichertendaten oder Arztdaten verarbeitet bzw. benötigt werden, enthalten. Vor allem bei der Bearbeitung der Arztabrechnung ist für jede Bearbeitungsphase sicherzustellen,

► daß die Abrechnungsunterlagen entsprechend sicher aufbewahrt und transportiert werden,

► daß Zugang zu den Unterlagen und Einblick in die Daten nur berechnete Personen erlangen können und dies auch nur in dem Umfang, in dem es zur ordnungsgemäßen Bearbeitung erforderlich ist, und

► daß die Unterlagen nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist vernichtet werden.

An dieser Stelle möchte ich auch auf die Vorgänge in Regensburg zu sprechen kommen. Wie Sie den Zeitungen entnehmen konnten, hat ein Unbekannter, d. h., sein Name wurde von der Presse nicht bekanntgegeben, in der Lagerhalle eines Altpapierverwerfers bei Regensburg Dokumentationsblätter über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aus dem Jahre 1976 entdeckt und der Presse übermittelt. Die Unterlagen stammten aus der örtlichen KVB-Bezirksstelle. Sie wurden nach Ablauf der vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist 1979 dem Altpapierverwerfer übergeben mit der Verpflichtung, die Unterlagen sofort zu vernichten. Dies hat die Firma jedoch unterlassen und die Papiere

zusammen mit anderem Altpapier eingelagert.

Für derartige Fälle bestimmen nunmehr die Hinweise und Anweisungen zum Datenschutz, daß Unterlagen nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist unter Aufsicht der KVB so zu vernichten sind, daß die darin enthaltenen Daten nicht mehr verwendet werden können. Bei einem Abtransport durch Dritte hat die KVB sowohl den Transport als auch die Vernichtung durch eigenes Personal zu beaufsichtigen.

Bedeutet das nun, daß aufgrund der neuen Datenschutzanweisungen sich derartige Vorfälle nicht mehr ereignen können? Sicherlich können wir davon nicht mit letzter Gewißheit ausgehen. Alle Möglichkeiten des Datenschutzes stoßen dort an ihre Grenzen, wo menschliches Versagen des einzelnen vorliegt, also aus Vergeßlichkeit oder aus welchen Gründen auch immer z. B. Schutzvorschriften und Anweisungen nicht Beachtung finden. Dennoch wollen und können wir es uns nicht so leicht machen. Derartige Datenschutzvorfälle, wie sie immer wieder vorkommen, ob bei Behörden oder in der freien Wirtschaft, müssen Anstoß zu der Frage geben, ob die Maschen des Datenschutzes nicht noch dichter gezogen werden können. Diese Frage ist nicht leicht zu beantworten, zumal bei allen Maßnahmen der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit im Auge zu behalten ist. Hier meine ich die durch Datenschutzmaßnahmen verursachten Kosten und die durch solche Maßnahmen verursachten Erschwernisse in der Verwaltungsarbeit. Der Datenschutz muß noch zu bezahlen sein und darf die Verwaltung nicht lahmlegen.

Unter diesen Aspekten können wir aber auch aus dem Regensburger Vorfall Konsequenzen ziehen:

Sensible Unterlagen, vor allem Patientendaten, sollten zur Vernichtung überhaupt nicht mehr außer Hause gegeben werden. Teurer als etwa die Anschaffung eines Reißwolfs käme uns der Vertrauensschwund beim Patienten zu stehen, wenn dieser das Gefühl haben müßte, seine Intimdaten würden nicht wohl behütet. Dies gilt für die Arztpraxis, das Krankenhaus, die ärztlichen Körperschaften und die Kostenträger gleichermaßen.

## Datenschutzrichtlinien

Ergänzend zu den vorgenannten Anweisungen zum Datenschutz hat die Kommission die Richtlinien zum Datenschutz und zur Datensicherung im Bereich der Datenverarbeitung erarbeitet. In diesen Richtlinien sind die technischen und organisatorischen Schutz- und Kontrollmaßnahmen für den EDV-Bereich niedergelegt. Auch diese Richtlinien sind mit Beschluß des Vorstandes der KVB vom 2. Februar 1980 in Kraft getreten.

Die Tätigkeit der Kommission für Datenschutz und Wahrung des Arztgeheimnisses und die Tätigkeit eines Datenschutzbeauftragten erschöpft sich jedoch nicht in der Erarbeitung von Anweisungen und Richtlinien. Wir sehen unsere Aufgabe auch darin, in der internen oder öffentlichen Diskussion um Datenschutzprobleme, die unseren Berufsstand betreffen, mitzuwirken.

## Öffentlichkeitsarbeit

So fanden im Jahre 1979 in Bayern zwei öffentliche Podiumsdiskussionen über den Datenschutz unter Teilnahme von Kommissionsmitgliedern statt.

Die erste Veranstaltung in Würzburg wurde durch den NAV ausgerichtet. Die Thematik bezog sich vorwiegend auf den Aufbau übergeordneter, bundesweiter Datenbanken im medizinischen Bereich. Im Zusammenhang mit der sogenannten Versicherungsscheckkarte hegte man bei den Teilnehmern allgemein die Befürchtung, daß die Einführung einer solchen Scheckkarte als Schlüssel zum Einstieg in Superdatenbanken dienen könnte. Sicherlich kann man sich auf Dauer dem Aufbau von zentralen medizinischen Datensammlungen schon auch mit Rücksicht auf die wissenschaftliche Forschung nicht entziehen. Dabei muß jedoch selbst bei notwendigen Forschungsvorhaben am Anfang immer die Frage stehen, ob sich Vorhaben nicht auch mit anonymisierten Daten durchführen lassen. Zum Verhältnis von Forschungsanliegen zu Datenschutzanlagen hat Herr Präsident Professor Dr. Sewering bereits am 32. Bayerischen Ärztetag darauf hingewiesen, daß sich Forschung auch bei Längsschnittbeobachtungen mit anonymisierten Da-



ten sinnvoll betreiben läßt. In Bayern stehen zum Beweis dafür das Tumornachsorgeprogramm und die Perinatalerhebung.

Die zweite Podiumsdiskussion wurde von der F.D.P. veranstaltet. Hier standen die Möglichkeiten eines besseren Schutzes der Patientendaten bei den Versicherungsträgern zur Diskussion. Schutz in dem Sinne bedeutet aber auch, daß der Patient nicht durch Ausschöpfung aller technischen und organisatorischen Möglichkeiten der Datenspeicherung, Datenzusammenführung und Datenauswertung zum sogenannten „Gläsernen Patienten“ gemacht werden darf.

Die Befürchtungen, die in Richtung „Gläserner Patient“ gehen, sind nicht ganz unberechtigt. Schließlich hat die Bundesregierung einen Entwurf zum 10. Buch des Sozialgesetzbuches vorgelegt. Dort wird unter dem Kapitel „Zusammenarbeit der Leistungsträger“ u. a. bestimmt, daß die zur Feststellung eines Leistungsanspruchs durchzuführenden ärztlichen oder psychologischen Untersuchungen möglichst in einer Weise vorgenommen und deren Ergebnisse so festgehalten werden sollen, daß sie auch im Rahmen der Prüfung der Anspruchsvoraussetzung für andere Sozialleistungen verwendet werden können. Dazu hat bereits der Bundesrat zu bedenken gegeben, daß die entsprechende Bestimmung den Aufbau einer Zentralkartei mit den medizinischen Daten aller ärztlich untersuchten Versicherten eröffnet und jeder Leistungsträger verpflichtet wäre, die von ihm eingeholten medizinischen Untersuchungsergebnisse an die Zentralkartei weiterzuleiten. Von dieser Zentralkartei könnten dann die medizinischen Daten ohne Zustimmung des Betroffenen von allen anderen Leistungsträgern für ihre Zwecke abgerufen werden.

Gegen derartige Vorhaben muß auch die Ärzteschaft zu Felde ziehen.

### Datenschutz im Krankenhaus

Die Datenschutzkommission hatte sich schließlich mit dem Entwurf einer Verordnung nach Art. 13 Abs. 7 des Bayerischen Krankenhausgesetzes zu beschäftigen. Jener Artikel 13 regelt den Schutz von Pa-

tientendaten aus dem Bereich der Krankenhäuser. Die Bestimmung enthält die Grundzüge des Datenschutzes im Krankenhaus und ermächtigt im übrigen das Arbeitsministerium, im Einvernehmen mit dem Innenministerium den Datenschutz im Krankenhaus im einzelnen durch eine Verordnung zu regeln.

Der den ärztlichen Körperschaften zugeleitete Verordnungsentwurf forderte eine sehr kritische Stellungnahme heraus, die Rechtsanwalt Dr. Till näher ausgearbeitet hat. So sah der erste Verordnungsentwurf z. B. eine Auskunftspflicht gegenüber dem Patienten vor. Dagegen wäre grundsätzlich nichts einzuwenden, zumal ja vorgesehen war, daß der Arzt die Auskünfte beschränken kann, soweit dies mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand des Patienten dringend geboten ist. Im Verordnungsentwurf war jedoch auch vorgesehen, daß dieser Auskunftsanspruch des Patienten durch Einsichtnahme in die Karteien bzw. Krankenakte erfüllt werden kann und daß der Patient sich auf seine Kosten Abschriften aus diesen Unterlagen anfertigen lassen kann.

Gegen einen Anspruch des Patienten auf Einsichtnahme oder Auslieferung ärztlicher Aufzeichnungen hatte sich bereits der 31. Bayerische Ärztetag gewandt und darauf hingewiesen, daß der Arzt allein durch das persönliche Aufklärungsgespräch dem Patienten die Informationen geben kann, die dieser in der jeweiligen psychischen Situation zu verarbeiten in der Lage ist. Zwar sollte es sich bei dem Einsichtsrecht um eine Kann-Bestimmung handeln, doch ist zu befürchten, daß die Rechtsprechung den Ermessenspielraum für eine Ablehnung des Einsichtsrechts zunehmend enger interpretiert. Zwar müßte auch im Rahmen dieser Vorschrift der Grundsatz der Auskunftsbeschränkung mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand des Patienten entsprechend gelten. Doch ließe sich dieser Grundsatz bei der Einsicht des Patienten in Krankenunterlagen nur schwerlich realisieren. Es müßten dann ja unter Umständen bestimmte Stellen geschwärzt oder aus den Krankenunterlagen herausgenommen werden, was den Patienten erst darauf aufmerksam machen würde, daß der Arzt ihm etwas verschweigt.

Auch die Bestimmung über den Informationsaustausch zwischen Kran-

kenhaus und niedergelassenem Arzt konnten im Sinne einer optimalen Zusammenarbeit des stationären und ambulanten Bereichs nicht befriedigen.

Das bayerische Arbeitsministerium hat die kritischen Anmerkungen der ärztlichen Körperschaften zur Kenntnis genommen. Der Verordnungsentwurf befindet sich derzeit in einer weiteren Überarbeitung und Abstimmung zwischen den beteiligten Stellen. Ich gehe davon aus, daß er den ärztlichen Körperschaften dann nochmals zugeleitet wird.

Damit habe ich Ihnen einige der Themen aufgezeigt, mit denen sich die Datenschutzkommission seit ihrer Konstituierung befaßt hat.

Abschließend darf ich denen, die unsere Arbeit unterstützt haben, herzlich danken. Dieser Dank gilt vor allem den Mitgliedern der Datenschutzkommission. Ohne ihre sachkundige Mitarbeit, insbesondere der juristischen Beratung durch Rechtsanwalt Dr. Till und der organisatorischen Unterstützung durch Herrn Geschäftsführer Müller, hätten wir unsere Aufgaben nicht bewältigen können.

Die Mitglieder der Kommission sowie ich selbst wären aber auch allen Kolleginnen und Kollegen sehr zu Dank verbunden, wenn sie uns über Datenschutzprobleme, die in ihrem Bereich auftreten, informieren würden.

Ein Kollege kommentierte den Datenschutz einmal so: „Der beste Datenschutz ist, keine Daten zu sammeln!“ Das kann aber nicht unser grundsätzliches Ziel sein. Indirekt ist die Datenverarbeitung eine Folge unserer eigenen Ansprüche, die wir an eine hochtechnisierte Wohlstands- und Wohlfahrtsgesellschaft stellen. Es geht also nicht darum, die Datenverarbeitung zu verteufeln, sondern um einen vernünftigen Ausgleich zwischen dem wachsenden Bedürfnis nach Einsatz der Datenverarbeitung einerseits und dem ebenso wachsenden Bedürfnis des Menschen auf Schutz seiner Individualität andererseits.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. K. Rösch, Vorsitzender des Ausschusses „Wahrung des Arztgeheimnisses und Datenschutz“, Kulmbacher Straße 17, 8581 Heinersreuth

# Arbeitsrechtliche Fragen bei der Beschäftigung von Arzthelferinnen

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

von Rechtsanwalt Dr. jur. Gerhard Till, 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.

(Schluß)

## G) Vergütung

### I. Anrechenbare Berufsjahre

Nach dem Tarifrecht der Arzthelferinnen sind die Berufsjahre der einzige Faktor für die Höhe des Gehalts. Nach dem vor 1979 geltenden Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen wurden die Berufsjahre erst ab dem Zeitpunkt gezählt, in dem die Arzthelferin von der Ärztekammer den Helferinnenbrief erhalten hatte. Der neue Manteltarifvertrag verlegt diesen Zeitpunkt auf den ersten des Monats vor, in dem die Arzthelferin ihre Prüfung bestanden hat. Das vereinfacht die Berechnung, da nunmehr immer auf den Ersten eines Monats abzustellen ist.

Da die staatlich geprüften Kranken- und Kinderkrankenschwestern den Arzthelferinnen durch Protokollnotiz zum Manteltarifvertrag gleichgestellt wurden, zählen auch deren Berufsjahre als Kranken- bzw. Kinderkrankenschwestern voll als Berufsjahre nach dem Arzthelferinnen-Manteltarifvertrag.

Der Arzthelferin gleichgestellt sind auch die Angestellten in der Arztpraxis, die am Stichtag (1. April 1969) 21 Jahre alt waren und zu diesem Zeitpunkt ohne eine Abschlußprüfung die Arzthelferinnentätigkeit schon 5 Jahre lang verrichtet hatten. Diesem Personenkreis wurden aber im Rahmen der Berechnung der Berufsjahre nach dem Manteltarifvertrag zwei Jahre abgezogen.

Bei der Festlegung der Berufsjahre kommt auch eine Anrechnung anderer Zeiten in Betracht, und zwar Zeiten einer berufsnahen Tätigkeit vor der Arzthelferinnenprüfung und Zeiten einer Unterbrechung der Tätigkeit als Arzthelferin. Diese Zeiten werden zur Hälfte auf die Berufsjahre angerechnet (§ 11 Abs. 2

Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen). Denkbar wäre die hälftige Anrechnung der Zeiten als Krankenpflegerin oder Zahnarzthelferin. Schon im Rahmen der Ausbildung der Arzthelferin können ja z. B. anderweitige, aber der Tätigkeit der Arzthelferin verwandte Ausbildungen angerechnet werden.

Nicht beiderseits tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien, die das Tarifrecht auch nicht durch entsprechende Verweisung im Einzelarbeitsvertrag anwenden wollen, können die Vergütung frei vereinbaren. Insoweit ist eine Berücksichtigung von bereits zurückgelegten Berufstätigkeiten bzw. Berufsjahren nicht zwingend.

### II. Zuschläge (Überstunden usw.)

Das Gesetz (§ 15 Arbeitszeitordnung) sieht lediglich für bestimmte, im Gesetz geregelte Arbeitszeitverlängerungen eine angemessene Mehrarbeitsvergütung (Zuschlag von 25 %) vor. Diesen Zuschlag von 25 % für Überstunden (das sind alle über die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit hinaus geleisteten Arbeitsstunden, die nicht als Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst gelten und nicht innerhalb eines Zeitraumes von längstens 3 Wochen durch einen Freizeitausgleich abgegolten werden) hat der Arbeitgeber auch nach dem Tarifrecht für Arzthelferinnen zu bezahlen (§ 8 Manteltarifvertrag i. V. m. § 3 Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen). Der Berechnung der Überstundenzuschläge wird ein Stundensatz von 1/173 des Monatsgehalts zugrunde gelegt.

Ein Zuschlag in Höhe von 50 % – gleichfalls unter Zugrundelegung des vorgenannten Stundensatzes

von 1/173 des Monatsgehalts – ist nach dem Tarifrecht für Arzthelferinnen für Sonn- und Feiertagsarbeit sowie für Nacharbeit (das ist die Arbeit in der Zeit von 20.00 bis 6.00 Uhr) zu zahlen. Für die Arbeiten am Neujahrstag, am 1. Mai, an Oster-, Pfingst- und Weihnachtsfeiertagen beträgt der Zuschlag 100 % (§ 8 Manteltarifvertrag I. V. m. § 3 Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen).

Dabei ist aber immer nur der höchste Zuschlag zu zahlen, d. h., es werden nicht mehrere Zuschläge nebeneinander gewährt, auch wenn deren Voraussetzungen gleichzeitig erfüllt sind. Muß die Arzthelferin z. B. am 1. Mai Dienst tun, fällt dieser Tag auf einen Sonntag und dauert der Dienst über 20.00 Uhr hinaus, erhält sie nicht 50 % Zuschlag für Sonntagsarbeit, 50 % für Nacharbeit und 100 % für die Arbeit am 1. Mai, sondern nur einmal den Höchstsatz von 100 %, der für die Arbeit am 1. Mai zu zahlen ist.

### III. Sonderzuwendung („Weihnachtsgeld“)

Hinsichtlich der Sonderzuwendung – darunter versteht man das sogenannte Weihnachtsgeld – ist die Arzthelferin bei Anwendung des Tarifvertragsrechts den meisten Angestellten gleichgestellt.

Dieses Weihnachtsgeld ist nach dem Manteltarifvertrag in Höhe des vollen Novembergehalts nach der Vergütungstabelle zu zahlen.

Überstunden-, Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeitsvergütungen werden nicht mit eingerechnet.

Für Zahlung des vollen Weihnachtsgeldes müssen drei Voraussetzungen gegeben sein:

1. Die Arzthelferin muß am 30. November im Arbeitsverhältnis stehen;
2. sie muß das ganze Jahr über bei dem Arzt gearbeitet haben und
3. sie darf nicht bis zum 31. März des Folgejahres aus dem Arbeitsverhältnis ausscheiden.

Befindet sich die Arzthelferin am Stichtag 30. November nicht mehr im Arbeitsverhältnis, kann sie die Weihnachtsgratifikation nicht erhalten.

Davon gibt es nur eine Ausnahme: Wenn die Arzthelferin seit 1. Januar des Jahres bei dem Arzt gearbeitet hat und dieser durch Kündigung das Beschäftigungsverhältnis vor dem 30. November beendet hat. Verursacht die Arzthelferin diese Kündigung nicht durch eigenes, g r o ß e s Verschulden, wäre es unbillig, ihr das Weihnachtsgeld völlig zu versagen. Der Manteltarifvertrag sieht daher für diese Arzthelferinnen wenigstens das halbe Weihnachtsgeld vor.

Die Arzthelferin kann die volle Weihnachtsgratifikation auch dann nicht erhalten, wenn sie zwar am 30. November bei ihrem Arzt beschäftigt ist, aber erst im Laufe des Jahres dort angefangen oder aus sonstigen Gründen, z. B. wegen Sonderurlaubs, nicht das ganze Jahr Vergütung bezogen hat.

In diesen Fällen wird das Weihnachtsgeld gezwölfelt und für jeden angefangenen Monat, in dem die Arzt-

helferin von ihrem Arzt Gehalt bezogen hat, 1/12 bezahlt.

Zu Problemen führt häufiger die dritte Voraussetzung für den Weihnachtsgeldanspruch, das Fortbestehen des Arbeitsverhältnisses bis zum 31. März des nächsten Jahres.

Endet das Beschäftigungsverhältnis vorher, ist das Weihnachtsgeld zurückzuzahlen. Denn das Weihnachtsgeld ist nicht nur eine Treueprämie für die bereits geleistete Arbeit, sondern auch eine Prämie für die zukünftige Betriebstreue. Das bedeutet, daß die Arzthelferin angesichts der Kündigungsfrist von 6 Wochen zum Quartalschluß frühestens zum 30. Juni kündigen kann, wenn sie das Weihnachtsgeld behalten will. Kündigt hingegen der Arzt bis zum 31. März, dann braucht die Arzthelferin nichts zurückzuzahlen, es sei denn, sie hat die Kündigung aus grobem Verschulden selbst verursacht. Sie darf das Weihnachtsgeld auch behalten, wenn sie wegen Schwangerschaft oder wegen Rentenbezugs ausscheidet.

### IV. Vermögenswirksame Leistungen

Arzthelferinnen, auf die der Manteltarifvertrag wegen beiderseitiger Tarifbindung oder entsprechender Verweisung im Einzelarbeitsvertrag Anwendung findet, erhalten auch vermögenswirksame Leistungen.

Durch die Änderung des Manteltarifvertrags für Arzthelferinnen im Jahre 1977 wurden die Arbeitgeberzuwendungen für diese vermögenswirksamen Leistungen erhöht.

Zuvor wurde erst nach 2jähriger Tätigkeit bei demselben Arzt eine vermögenswirksame Leistung von DM 13,- monatlich bezahlt. Dieser Betrag wird heute noch in vielen Bereichen unverändert gewährt.

Seit 1977 erhalten die Arzthelferinnen jedoch schon nach 1jähriger Tätigkeit in derselben Praxis die vermögenswirksamen Leistungen. Das bedeutet in der Regel, daß die Arzthelferin sofort nach ihrer Prüfung diese Zuwendung erhält, wenn sie bei demselben Arzt bleibt, bei dem sie schon im Ausbildungsverhältnis stand. Denn die Ausbildungszeit zählt für die Gewährung der vermögenswirksamen Leistung als Beschäftigungszeit (§ 11 Abs. 8 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen).

Weiter wurden durch den Manteltarifvertrag 1977 die vermögenswirksamen Leistungen von DM 13,- auf DM 26,- und nach 3jähriger Beschäftigungszeit in derselben Praxis auf DM 39,- erhöht.

Will der nicht tarifgebundene Arzt die Ausbildungszeit für die Gewährung der vermögenswirksamen Leistungen nicht anrechnen, muß dies im Einzelarbeitsvertrag ausdrücklich bestimmt werden. Denn richtet sich die Höhe einer Gratifikation nach der Dauer der Betriebszugehörigkeit, ist im Zweifel (bei fehlender Vereinbarung) die Zeit der Berufsausbildung auf die Betriebszugehörigkeit anzurechnen, wenn der Arbeitnehmer im Anschluß an die Berufsausbildung in derselben Praxis weiterbeschäftigt wird.

## V. Arbeitsversäumnis bzw. Arbeitsbefreiung und Gehaltsfortzahlung

Nach § 616 BGB verliert ein Arbeitnehmer seinen Anspruch auf Vergütung nicht dadurch, daß er für eine verhältnismäßig unerhebliche Zeit durch einen in seiner Person liegenden Grund ohne sein Verschulden an der Arbeit verhindert ist. Diese Bestimmung ist der Ausgangspunkt für die bezahlte Arbeitsbefreiung. Dabei kann eine unverschuldete Arbeitsverhinderung in der Person des Arbeitnehmers verschiedene Ursachen haben. Am häufigsten wird es die Erkrankung des Arbeitnehmers sein. Es sind aber auch andere Gründe denkbar, wie etwa der Tod naher Angehöriger oder ein sonstiger Unglücksfall.

Für nicht tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien bzw. für Parteien, die das Tarifrecht nicht entsprechend anwenden, beurteilt sich die Lohnfortzahlung im Falle der Arbeitsverhinderung allein nach § 616 BGB. Danach ist im Einzelfall festzustellen, welcher Verhinderungsgrund als vom Arbeitnehmer als nicht verschuldet anzusehen ist und welcher Zeitraum einer Arbeitsverhinderung noch als „verhältnismäßig unerheblich“ im Sinne dieser Vorschrift gelten kann. Lediglich für die Fälle der Erkrankung des Arbeitnehmers sowie die Fälle der legalen Sterilisation und des legalen Schwangerschaftsabbruchs enthält das Gesetz selbst eine Klarstellung: Als verhältnismäßig unerheblich gilt hier der Zeitraum von 6 Wochen. Hier ist die 6wöchige Lohnfortzahlung gesetzlich verankert. Entsprechende Regelungen enthält auch das sogenannte Lohnfortzahlungsgesetz, das jedoch nur für Arbeiter gilt und auf die Arzthelferin als Angestellte nicht anwendbar ist. Dieser Anspruch auf Gehaltsfortzahlung bei Krankheit, legaler Sterilisation und legalen Schwangerschaftsabbruch kann nach § 616 Abs. 2 BGB vertraglich weder ganz ausgeschlossen noch beschränkt werden. Die Arzthelferin behält diesen Gehaltsfortzahlungsanspruch auch dann, wenn der Arzt das Arbeitsverhältnis aus Anlaß der Erkrankung kündigt oder umgekehrt die Arzthelferin das Arbeitsverhältnis aus einem vom Arzt zu vertretenden wichtigen Grunde (Grund, der zur außerordentlichen Kündigung berechtigt) kündigt (§ 616 Abs. 2 BGB).

Voraussetzung für eine Dienstbefreiung unter Fortzahlung der Bezüge ist stets, daß die Dienstverhinderung unverschuldet ist. Eine Erkrankung wird meist unverschuldet sein und daher den Gehaltsfortzahlungsanspruch auslösen. Eine Krankheit kann aber auch schuldhaft herbeigeführt werden, so z. B. Unfallverletzungen durch das Betreiben extrem gefährlicher Sportarten. Verschulden in diesem Sinne liegt nämlich auch vor, wenn der Arbeitnehmer eine leichtsinnige, unverantwortliche Selbstgefährdung in Kauf nimmt.

Für die tarifgebundenen Arbeitsvertragsparteien bzw. den Arzt und die Arzthelferin, die das Tarifrecht entsprechend anwenden, enthält der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen verschiedene Bestimmungen, die den § 616 BGB ausfüllen und konkretisieren. Zunächst findet sich in § 10 des Manteltarifvertrags eine dem § 616 BGB entsprechende Generalklausel für die unverschuldete Arbeitsversäumnis, z. B. bei Erkrankung und Unfall. Auch nach dieser Vorschrift besteht ein

Anspruch auf Fortzahlung des Gehalts bis zum Ende der 6. Woche.

§ 16 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen zählt einige andere Fälle auf, in denen der Arzthelferin die Dienstleistung nicht zugemutet werden kann. Danach wird unter Fortzahlung des Gehalts eine Arbeitsbefreiung gewährt

- bei Eheschließung der Arzthelferin oder ihrer Kinder sowie bei Umzug bis zu 2 Tagen;
- bei Tod von Eltern, Ehegatten, Kindern und Geschwistern bis zu 3 Tagen;
- bei schwerer Erkrankung von im Haushalt der Arzthelferin lebenden Familienmitgliedern bis zu 3 Tagen.

Diese Arbeitsbefreiung muß aber von der Arzthelferin beantragt und vom Arzt genehmigt werden. In letzterem Falle (schwere Erkrankung von im Haushalt der Arzthelferin lebenden Familienmitgliedern) muß darüber hinaus die Bescheinigung eines Arztes vorgelegt werden, daß die Anwesenheit der Arzthelferin zur vorläufigen häuslichen Pflege erforderlich ist.

In diesem Zusammenhang ist auch auf § 185 c RVO zu verweisen. Danach erhält der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherte bis zu 5 Tagen im Jahr Krankengeld, wenn er nach ärztlichem Zeugnis zur Pflege seines Kindes von der Arbeit fernbleiben muß, das Kind noch nicht 8 Jahre alt ist und andere Personen im Haushalt diese Pflege nicht übernehmen können. Bei mehreren Kindern beträgt dieser Krankengeldanspruch für jedes Kind 5 Tage im Jahr. Für diese Zeit der häuslichen Pflege des kranken Kindes besteht gegen den Arbeitgeber ein Anspruch auf Freistellung von der Arbeit (§ 185 c Abs. 3 RVO).

Soweit ein Arbeitnehmer aber bereits arbeitsrechtlich einen Freistellungsanspruch unter Gehaltsfortzahlung besitzt, greift § 185 c RVO nicht ein. Für diese Zeit wird das Krankengeld nicht bezahlt. Die Arzthelferin, für die der Manteltarifvertrag unmittelbar oder über eine entsprechende Verweisung im Arbeitsvertrag gilt, kann also bei Erkrankung ihres Kindes bis zu 5 Tagen zu Hause bleiben und erhält für die ersten 3 Tage Gehaltsfortzahlung vom Arzt nach § 16 Manteltarifvertrag und für die restlichen 2 Tage Krankengeld von ihrer Krankenkasse nach § 185 c RVO. Für Arzthelferinnen, für die der Manteltarifvertrag nicht unmittelbar oder über eine entsprechende Verweisung im Arbeitsvertrag gilt, ergibt sich der Freistellungsanspruch zur Pflege des kranken Kindes unmittelbar aus § 616 BGB.

Die Gründe für ein bezahltes Arbeitsversäumnis sind in § 10 Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen jedoch nicht erschöpfend aufgezählt. Eine unverschuldete Dienstverhinderung im Sinne dieser Vorschrift liegt – wie bereits das Gesetz in § 616 Abs. 2 BGB bestimmt – auch bei legalen Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation vor. Eine längere, vom Arbeitnehmer nicht verschuldete Dienstverhinderung bringt z. B. auch eine von einem Sozialversicherungsträger bewilligte Kur ohne Arbeitsunfähigkeit im medizinischen Sinne mit sich. Als Beispiel für eine kürzere Dienstverhinderung sei etwa die Autopanne auf dem Weg zur Arbeitsstätte genannt. Auch in diesen Fällen ist dem Arbeitnehmer die Arbeitsleistung nicht möglich bzw. nicht zumutbar, ohne daß ihn ein Verschulden trifft.

Nicht zu jenen Dienstverhinderungen gehört aber die Teilnahme an Sportveranstaltungen. Auch die Besorgung persönlicher Angelegenheiten hat grundsätzlich außerhalb der Dienstzeiten zu geschehen. Insoweit ist es der Arzthelferin zuzumuten, daß sie solche Besorgungen, z. B. Behördengänge, Aufsuchen eines anderen Arztes, soweit möglich außerhalb der Arbeitszeit erledigt. Das legt der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen in § 9 ausdrücklich fest.

Während die Dauer der bezahlten Arbeitsfreistellung bei Krankheit, Unfall, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch durch Tarifvertrag und Gesetz auf maximal 6 Wochen festgelegt ist, gilt in den übrigen im Tarifvertrag nicht genannten Fällen der Arbeitsverhinderung wiederum § 616 BGB, wo von einer „verhältnismäßig unerheblichen Zeit“ die Rede ist. Kriterien für die Ausfüllung dieses Begriffs sind u. a. die Dauer des Arbeitsverhältnisses und der Grund des Fehlens der Arzthelferin. Auch wird zu berücksichtigen sein, wie oft die Arzthelferin ausfällt. In der Regel werden es nur wenige Tage sein, die in sonstigen Fällen der Arbeitsverhinderung unter Gehaltsfortzahlung freigegeben werden können. Bei einem schon länger bestehenden unbefristeten Arbeitsverhältnis wird man – soweit erforderlich – nach der Rechtsprechung bis etwa 2 Wochen Dienstbefreiung geben können.

Für die Gehaltsfortzahlung bei Arbeitsversäumnis ist es notwendig, daß der Arbeitgeber dem Fernbleiben des Arbeitnehmers vorher zustimmt oder, wenn das nicht möglich ist, der Arbeitgeber unverzüglich über das Ausbleiben unterrichtet wird. Der Arbeitgeber kann dann das Fernbleiben nachträglich genehmigen. Soweit das Arbeitsversäumnis nicht genehmigt ist, besteht kein Gehaltsfortzahlungsanspruch. Das Fernbleiben wegen Arbeitsunfähigkeit ist dem Arbeitgeber durch unverzügliche Benachrichtigung und Nachreichen einer AU-Bescheinigung anzuzeigen. Auch eine Änderung der Gründe für eine Dienstverhinderung ist dem Arbeitgeber unverzüglich mitzuteilen. Wenn die an Grippe erkrankte Arzthelferin wieder genesen ist, nun aber ihr kleines Kind erkrankt und sie zur Pflege zu Hause bleiben muß, hat sie diesen neuen Grund einer Arbeitsverhinderung ihrem Arzt baldmöglichst mitzuteilen.

Abschließend noch einige Bemerkungen zur Arbeitsunfähigkeit, die durch einen Dritten, z. B. bei Unfällen, verursacht wird. Hier ist die Arzthelferin verpflichtet, dem Arzt nach Möglichkeit exakte Angaben über den Unfallhergang und den Schädiger zu machen. Weiter ist sie verpflichtet, ihren Schadensersatzanspruch gegen den Schädiger insoweit an ihren Arzt abzutreten, falls dieser Gehaltsfortzahlung geleistet hat. Der Arzt kann sich dann aus dem abgetretenen Recht vom Schädiger bzw. dessen Versicherung die Aufwendungen für die Gehaltsfortzahlung gegebenenfalls erstatten lassen.

## VI. Vergütung bei Teilzeitbeschäftigung

Der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen regelt auch die Vergütung bei Teilzeitbeschäftigung. Hier wird die Vergütung auf Stundenbasis nach der Stundenzahl der teilzeitbeschäftigten Arzthelferin im Verhältnis zur Stundenzahl einer vollbeschäftigten Arzthelferin

berechnet. Dabei ist nach dem Manteltarifvertrag von einer Stundenvergütung von 1/173 des Monatsgehalts der vollbeschäftigten Arzthelferin auszugehen.

Diese tarifliche Regelung gilt jedoch nur bei einer Mindestteilzeitbeschäftigung von 18 Wochenstunden.

Nicht tarifgebundene Arbeitsvertragspartnern sowie tarifgebundene mit einer Teilzeitbeschäftigung unter 18 Wochenstunden können selbstverständlich eine andere Vergütungsregelung für die Teilzeitbeschäftigung treffen.

## H) Haftung der Arzthelferin gegenüber dem Arzt aus dem Arbeitsverhältnis

Verursacht die Arzthelferin dem Arzt unmittelbar einen Schaden, kommt eine Haftung aus dem Arbeitsverhältnis in Frage. Es kann sich dabei um Sachschäden an Praxiseinrichtungsgegenständen durch unsachgemäße Behandlung oder z. B. Vermögensschäden durch fahrlässig unterlassene Abrechnung ärztlicher Leistungen gegenüber Patienten oder Kostenträgern (z. B. aufgrund nachlässiger Betreuung der Patientenkartei) handeln.

Die Arzthelferin haftet dem Arzt aber auch mittelbar in den Fällen, in denen sie schuldhaft einem Patienten Schaden zugefügt hat, der Patient den Arzt aus dem Behandlungsvertrag oder aus deliktischer Haftung in Anspruch nimmt und der Arzt – oder besser gesagt dessen Haftpflichtversicherung – auf die Arzthelferin wegen des geleisteten Schadensersatzes zurückgreifen will.

Im Arbeitsrecht gibt es in den Fällen der sogenannten schadensgeneigten Arbeit zugunsten des Arbeitnehmers eine gewisse Haftungsmilderung. Diese hat die Rechtsprechung aus der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers konstruiert. Schäden von Dritten oder Schäden des Arbeitgebers, die der Arbeitnehmer bei schadensgeneigter Tätigkeit verursacht hat, muß danach der Arbeitgeber ganz oder teilweise übernehmen. Ganz muß er sie übernehmen, wenn dem Arbeitnehmer nur leichteste Fahrlässigkeit vorzuwerfen ist. Bei mittlerer Fahrlässigkeit müssen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer den Schaden teilen, wobei für die Höhe der jeweiligen Anteile die mit der Arbeit verbundene Schadensgefahr und die Lohnhöhe des Arbeitnehmers maßgeblich sind. Die Belastung des Arbeitnehmers mit einem Schadensersatz sollte über ein Monatsgehalt aber nicht hinausgehen. Ist dem Arbeitnehmer grobe Fahrlässigkeit oder sogar Vorsatz vorzuwerfen, kommt es zu keiner Teilung. Der Arbeitnehmer hat dann den Schaden allein zu tragen.

Die Frage, wann eine schadensgeneigte Tätigkeit des Arbeitnehmers vorliegt, ist nicht so leicht zu beantworten. Die Schadensneigung kann aus subjektiven Gründen hoch sein, z. B. bei dauernder Überbeanspruchung des Arbeitnehmers. Das kann unter Umständen auch bei der Arzthelferin der Fall sein, wenn sie nicht nur vorübergehend, sondern für längere Zeit permanent in erheblichem Umfang Überstunden erbringen muß.

Die Tätigkeit des Arbeitnehmers kann auch objektiv eine erhöhte Schadensneigung mit sich bringen. Das gilt immer dann, wenn erfahrungsgemäß bei einer Arbeit auch unter Anwendung aller Sorgfalt mit gelegentlichen Fehlern zu rechnen ist. Ob und inwieweit diese letzteren Voraussetzungen für Arzthelferinnen zutreffen können, kann nur nach den Umständen des Einzelfalles beurteilt werden.

## I) Beendigung des Arbeitsverhältnisses

### I. Befristetes Arbeitsverhältnis

Ist das Arbeitsverhältnis von vornherein befristet geschlossen worden (siehe unter Abschnitt B V.), so endet es mit Ablauf der Frist, ohne daß es einer Kündigung bedarf. In einem befristeten Arbeitsverhältnis ist die ordentliche Kündigung daher ausgeschlossen. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grunde bleibt aber möglich.

### II. Tod des Praxisinhabers

Im Gegensatz zum Ausbildungsverhältnis, das mit dem Tode des Ausbilders endet, wird das Arbeitsverhältnis beim Tod des Arztes nicht automatisch beendet, sondern besteht mit den Erben des Arztes fort. Die Erben können aber sogleich eine ordentliche und gegebenenfalls auch eine außerordentliche Kündigung aussprechen, wenn keine Möglichkeit zur Fortführung der Arztpraxis durch die Erben selbst oder durch einen anderen Arzt besteht.

### III. Auflösungsvertrag

Beim unbefristeten, auf unbestimmte Dauer abgeschlossenen Arbeitsverhältnis bedarf es zur Beendigung eines Auflösungsvertrags oder der Kündigung.

Das Arbeitsverhältnis kann auch ohne Kündigung einvernehmlich durch Auflösungsvertrag zwischen Arzt und Arzthelferin beendet werden, wenn z. B. beide Seiten die Kündigungsfrist nicht in Kauf nehmen wollen oder eine fristlose Kündigung, die in der Regel ja die Suche nach einer neuen Arbeitsstelle erschwert, vermieden werden soll. Dabei ist aber zu empfehlen, daß im Auflösungsvertrag auch eine Einigung über die Frage des Resturlaubs, d. h. die eventuelle Abgeltung des Urlaubs, getroffen wird. Gegebenenfalls sollte auch die Frage der Rückzahlung des Weihnachtsgeldes bei Ausscheiden vor dem 31. März im Auflösungsvertrag geregelt werden.

### IV. Kündigung

(Zur Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall bei Kündigung siehe unter Abschnitt G V.)

#### 1. Schriftform

Der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen legt zwingend fest, daß jede Kündigung, gleich von welcher Seite sie ausgesprochen wird, schriftlich zu erfolgen hat (§ 17 Abs. 4). Halten beiderseits tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien bzw. Arbeitsvertragsparteien,

die den Manteltarifvertrag entsprechend anwenden, diese Schriftform nicht ein, ist die Kündigung wirkungslos.

Auch in anderen Fällen sollte die Kündigung stets schriftlich und mit entsprechendem Empfangsnachweis vorgenommen werden. Im Streitfall ist nämlich die Kündigung und ihr fristgerechter Zugang von demjenigen nachzuweisen, der gekündigt hat.

#### 2. Bedingte Kündigung

Die Kündigung darf grundsätzlich nicht mit einer Bedingung verknüpft werden, sonst ist sie unwirksam. So kommt etwa einer Kündigung durch die Arzthelferin unter dem Hinweis, daß diese Kündigung gelten soll, wenn der Arzt nicht ab dem nächsten Monatsersten mehr Gehalt zahlt, keine Wirksamkeit zu. Umgekehrt wäre eine Kündigung des Arztes mit der Feststellung unwirksam, daß die Kündigung als ausgesprochen gilt, wenn die Arzthelferin nicht ab sofort pünktlich zur Arbeit kommt.

Aus Gründen der Rechtssicherheit und zur Vermeidung späterer Streitigkeiten sollten Kündigungen immer ohne Bedingung ausgesprochen werden.

Es kann vorkommen, daß eine Arbeitsvertragspartei, z. B. aus einer augenblicklichen Verärgerung über den anderen heraus, eine Kündigung ausspricht, sich später aber eines Besseren besinnt und das Arbeitsverhältnis fortsetzen will. Dann kann die einmal dem anderen gegenüber schon ausgesprochene Kündigung nicht einseitig wieder rückgängig gemacht werden. Eine solche Rücknahme bzw. ein Widerruf ist nur wirksam und beseitigt die Kündigung, wenn der andere damit einverstanden ist und beide Teile die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses vereinbaren. Ebenso wie der Kündigungsausspruch sollte letzteres schriftlich geschehen.

#### 3. Ordentliche Kündigung

##### a) Kündigungsfristen:

Die ordentliche Kündigung ist fristgebunden.

Während der Probezeit kann die ordentliche Kündigung nach dem Manteltarifvertrag bis zum 15. eines jeden Monats zum Monatsende ausgesprochen werden. Für nicht tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien, die das Tarifrecht auch nicht entsprechend anwenden, beträgt die gesetzliche Kündigungsfrist im Probearbeitsverhältnis einen Monat zum Monatsende.

Ansonsten beträgt die Frist nach dem Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen bei der ordentlichen Kündigung 6 Wochen zum Quartalsschluß. Das entspricht der gesetzlichen Regelung nach § 622 BGB, die für nicht tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien eingreift.

Diese Kündigungsfrist kann sich bei langjährig tätigen Arzthelferinnen im Falle einer Kündigung durch den Arzt verlängern, gleichgültig, ob eine Tarifbindung vorliegt oder nicht. Denn es gilt auch heute noch das Gesetz über die Fristen für die Kündigung von Angestellten aus dem Jahre 1926. Dieses Gesetz erfaßt Angestellte ab dem 30. Lebensjahr, die mindestens 5

Jahre lang ununterbrochen bei demselben Arbeitgeber oder dessen Vorgänger beschäftigt waren. Weitere Voraussetzung für die Anwendung des Gesetzes ist, daß der Arbeitgeber mehr als 2, also mindestens 3 Angestellte beschäftigt, wobei Auszubildende nicht mit eingerechnet werden. Dieser besondere Kündigungsschutz kommt also nur Arzthelferinnen in größeren Praxen zugute. Nach diesem Gesetz erweitert sich die Kündigungsfrist nach 5 Beschäftigungsjahren auf 3 Monate zum Schluß des Kalenderjahres, nach 8 Beschäftigungsjahren auf 4 Monate, nach 10 Beschäftigungsjahren auf 5 Monate und nach 12 Beschäftigungsjahren auf 6 Monate zum Schluß des Kalenderjahres.

#### b) Berechnung der Kündigungsfristen:

Zu den Kündigungsfristen ist zu bemerken, daß die Kündigung vor dem Zeitpunkt, ab dem die Kündigungsfrist zu laufen beginnt, nicht nur ausgesprochen, sondern auch zugegangen sein muß. Bei der Berechnung der Kündigungsfrist ist die Woche mit 7 Tagen anzusetzen; Sonn- und Feiertage werden mit eingerechnet.

*Beispiel:* Soll im letzten Quartal des Jahres mit 6 Wochen zum Quartalsende, also zum 31. Dezember, gekündigt werden, muß die Kündigung spätestens am 19. November zugegangen sein. Dann beginnt die 6wöchige bzw. 42tägige Kündigungsfrist ab 20. 11. zu laufen und endet am 31.12.

Maßgeblich für die Berechnung der Kündigungsfrist ist also der Zugang der Kündigung, d. h. die Übergabe des Kündigungsschreibens (möglichst gegen Empfangsbestätigung) oder die Übersendung (möglichst gegen Zustellungsnachweis). Ist der Arbeitnehmer in Urlaub und will der Arbeitgeber in dieser Zeit eine Kündigung aussprechen, ist folgendes zu beachten: Ein Arbeitgeber, dem bei Abgabe der Kündigungserklärung bekannt ist, daß der beurlaubte Arbeitnehmer verreist ist, kann im Regelfall nicht erwarten, daß ein an die Heimatanschrift des Arbeitnehmers gerichtetes Kündigungsschreiben diesem vor Rückkehr von der Urlaubsreise zugeht. Daher beginnt die Kündigungsfrist erst mit Rückkehr von der Urlaubsreise (Zugang) zu laufen. Dem Arbeitnehmer kann in einem solchen Fall auch nicht entgegengehalten werden, daß er dem Arbeitgeber seine Urlaubsanschrift nicht bekannt gegeben und so die Zusendung des Kündigungsschreibens an den Urlaubsort ermöglicht hat. Denn zur Bekanntgabe der Urlaubsanschrift ist der Arbeitnehmer grundsätzlich nicht verpflichtet.

#### 4. Begründung der ordentlichen Kündigung, Kündigungsschutz

Die ordentliche Kündigung muß im Gegensatz zur außerordentlichen Kündigung nicht begründet werden. Dies gilt sowohl für die Kündigung während der Probezeit als auch für die Kündigung danach. Es gibt aber, wenn das Kündigungsschutzgesetz zur Anwendung kommt, eine Darlegungs- und Beweislast des Arbeitgebers in bezug auf die Ursachen der Kündigung.

Abgesehen von den anderen Kündigungsschutzvorschriften (z. B. Kündigungsschutz im Rahmen der

Mutterschaft, Kündigungsschutz für Schwerbehinderte) kommt für die Arzthelferin in größeren Arztpraxen vor allem das Kündigungsschutzgesetz zum Zuge. Das Gesetz ist jedoch nur auf Arztpraxen anwendbar, in denen regelmäßig mindestens 5 Arbeitnehmer (das müssen also nicht nur Arzthelferinnen sein) beschäftigt werden. Auch hier sind jedoch Auszubildende nicht mit einzurechnen.

Auf das Kündigungsschutzgesetz kann sich darüber hinaus nur die Arzthelferin berufen, die mindestens 6 Monate bei dem Arzt beschäftigt ist.

Sind diese Voraussetzungen gegeben, kann eine gekündigte Arzthelferin innerhalb einer Frist von 3 Wochen nach Zugang der Kündigung das Arbeitsgericht anrufen und feststellen lassen, ob die Kündigung sozial gerechtfertigt ist.

Eine nicht sozial gerechtfertigte Kündigung ist unwirksam. Nach dem Kündigungsschutzgesetz ist eine Kündigung nur dann sozial gerechtfertigt, wenn sie durch Gründe, die in der Person oder im Verhalten der Arzthelferin liegen oder durch dringende Erfordernisse des Praxisbetriebes, die einer Weiterbeschäftigung der Arzthelferin entgegenstehen, bedingt ist. Die erste Alternative erfaßt z. B. Fälle, in denen sich die Arzthelferin etwas hat zuschulden kommen lassen, dies aber für eine fristlose Kündigung nicht ausreicht oder der Arzt nicht so massiv vorgehen will. So kann z. B. eine ordentliche Kündigung wegen unzureichender Arbeitsleistung ausgesprochen werden (dabei ist aber zu beachten, daß diesem Schritt des Arbeitgebers eine erfolglose Abmahnung gegenüber dem Arbeitnehmer vorauszugehen hat – zur Abmahnung siehe unter 5. a – ). Auch die Verweigerung von Überstunden, zu deren Ableistung der Arbeitnehmer in dringenden Fällen (Notfällen) verpflichtet ist, kann dann eine ordentliche Kündigung rechtfertigen, wenn aus dem Verhalten des Arbeitnehmers erkennbar ist, daß er sich in besonderen Situationen bzw. Notfällen für den Betrieb nicht einsetzen will. Die Erkrankung des Arbeitnehmers ist grundsätzlich kein Kündigungsgrund. Eine ordentliche Kündigung kann ausnahmsweise nur in Betracht kommen, wenn der Arbeitnehmer länger (über 6 Wochen) oder sehr häufig krank ist und dem Arbeitgeber nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit andere Maßnahmen, z. B. Einstellung von Aushilfskräften, Überbrückung des Arbeitsausfalls durch Überstunden der anderen Arbeitnehmer oder durch personelle Umorganisation, nicht mehr möglich oder zumutbar sind.

Bei der zweiten Variante, dem betrieblichen Erfordernis (z. B. Praxisumorganisation), verlangt das Gesetz die soziale Auswahl unter mehreren Angestellten der Praxis. Wenn z. B. das Praxispersonal aus wirtschaftlichen Gründen reduziert werden muß, darf der Arzt nicht gerade der sozial schwächsten Angestellten kündigen. Bei der Auswahl ist daher z. B. der Familienstand und die Zahl der unterhaltspflichtigen Kinder, die Dauer der Beschäftigung, das Alter usw. zu berücksichtigen. Auch die Tatsache, daß bei einem Arbeitnehmer zugleich der Ehegatte verdient (Doppelverdiener), kann im Rahmen der sozialen Auswahl Berücksichtigung finden.

## 5. Außerordentliche (fristlose) Kündigung

Die außerordentliche Kündigung richtet sich sowohl für tarifgebundene als auch für nicht tarifgebundene Arbeitsvertragsparteien ausschließlich nach § 626 BGB, auf den auch der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen verweist.

### a) Kündigungsgründe:

Eine außerordentliche Kündigung ist nur aus wichtigem Grunde möglich. Ein wichtiger Grund ist gegeben, wenn bei der Abwägung der beiderseitigen Interessen die Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses bis zum Ablauf der normalen Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann.

Diese Voraussetzungen liegen häufig bei schwerwiegenden Vertragsverletzungen vor, so etwa bei beharrlicher Arbeitsverweigerung, bei eigenmächtigem Urlaubsantritt, bei ungerechtfertigtem und unentschuldigtem Fernbleiben von der Arbeit, bei Vortäuschen einer Krankheit zum Zwecke der Arbeitsunfähigkeit, bei häufigem Zuspätkommen zur Arbeit, bei vorsätzlichem Nichtbefolgen der Weisungen des Arztes, bei Verletzung der Schweigepflicht, bei Nebentätigkeit während einer krankheitsbedingten AU (falls durch diese Nebentätigkeit der Heilungsprozeß verzögert wird) usw. Die Verfehlung muß so gravierend sein, daß sie das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Arzthelferin stört und deshalb die Fortsetzung des Beschäftigungsverhältnisses nicht zumutbar erscheint. Bezüglich des unentschuldigtem Fernbleibens von der Arbeit ist noch auf folgendes hinzuweisen: Erscheint der Arbeitnehmer auch nach dem Ende der zunächst bescheinigten AU nicht zur Arbeit, muß der Arbeitgeber noch 3 weitere Kalendertage abwarten, ehe er die Kündigung ausspricht. Denn der Arbeitnehmer hat die Möglichkeit, dem Arbeitgeber innerhalb der weiteren 3 Tage die Fortdauer der AU anzuzeigen und damit ein unentschuldigtes Fernbleiben von der Arbeit auszuschließen.

Bei Arbeitspflichtverletzungen sollte in der Regel vor der außerordentlichen Kündigung eine Abmahnung erfolgen. Zur Abmahnung gehört, daß der Arbeitgeber den Arbeitnehmer deutlich und ernsthaft auffordert, das (genau zu bezeichnende) Fehlverhalten zu ändern bzw. aufzugeben. Darüber hinaus muß der Arbeitgeber für den Wiederholungsfall die Kündigung androhen. Diese Abmahnung sollte möglichst schriftlich erfolgen, da sie im Streitfalle vom Arbeitgeber zu beweisen ist.

Der Kündigende ist bei der außerordentlichen Kündigung verpflichtet, die Kündigungsgründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen, wenn der andere Teil dies verlangt.

### b) Kündigungsfrist:

Auch die außerordentliche Kündigung ist fristgebunden. Sie kann nur innerhalb von 2 Wochen erfolgen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, in dem der Kündigungsberechtigte von den Tatsachen und Umständen, die eine außerordentliche Kündigung rechtfertigen, Kenntnis erlangt hat.

Nach der Rechtsprechung kann diese Frist in bestimmten Fällen für den Arbeitgeber erst nach etwa

1 bis 4 Tagen ab Kenntnis des möglichen Kündigungsgrundes anlaufen, so z. B., wenn der Arzt einer Angelegenheit erst nachgehen, einen Sachverhalt, der als Pflichtverletzung der Arzthelferin erscheint, erst aufklären und dazu mit der Arzthelferin ein Gespräch führen muß.

Wird die 2wöchige Frist für die außerordentliche Kündigung versäumt, ist die Kündigung unzulässig.

(Hinsichtlich des Zugangs der Kündigung und der Berechnung der Kündigungsfristen vgl. unter IV. 3. b)

### c) Anfechtung der außerordentlichen Kündigung:

Auch die außerordentliche Kündigung kann vor dem Arbeitsgericht angegriffen werden. Arzthelferinnen, auf die das Kündigungsschutzgesetz Anwendung findet (siehe unter 4.), haben hier jedoch auf § 13 dieses Gesetzes zu achten. Danach muß auch die Rechtswirksamkeit einer außerordentlichen Kündigung innerhalb von 3 Wochen nach Kündigungszugang vor dem Arbeitsgericht geltend gemacht werden. Ansonsten wird für diese Arzthelferin auch eine außerordentliche Kündigung wirksam, die unbegründet ist oder wegen Versäumung der 2-Wochenfrist unzulässig gewesen wäre.

### d) Außerordentliche Kündigung mit sozialer Auslauffrist:

Häufig wird eine außerordentliche Kündigung zugleich auch als fristlose Kündigung ausgesprochen. Das ist aber keineswegs zwingend.

Bei der außerordentlichen Kündigung kann der Arzt auf die fristlose Entlassung verzichten und eine sogenannte soziale Auslauffrist für die Beendigung des Arbeitsverhältnisses gewähren, deren Dauer er selbst bemessen kann. Diese außerordentliche Kündigung mit sozialer Auslauffrist erfolgt häufig zum Zwecke der Einbringung des Resturlaubs durch die Arzthelferin. Die Auslauffrist wird dann nach der Dauer des Resturlaubs bemessen (siehe unter 6. b).

## 6. Kündigung und Urlaubsanspruch

### a) Reduzierung des Urlaubsanspruchs bei außerordentlicher Kündigung:

Eine außerordentliche Kündigung kann bei der Arzthelferin im Falle der Tarifgebundenheit der Parteien oder der entsprechenden Anwendung des Manteltarifvertrags für Arzthelferinnen eine Reduzierung des Urlaubsanspruchs zur Folge haben. Nach § 15 Abs. 6 des Manteltarifvertrags verringert sich bei der außerordentlichen Kündigung der Arzthelferin, wenn sie diese Kündigung verschuldet hat, der Urlaubsanspruch auf den gesetzlichen Mindesturlaub. Dieser beträgt 18 Werktagen pro Jahr. Besteht nur Anspruch auf einen Teil des Jahresurlaubs (siehe unter Abschnitt E II.), so ist dieser Bruchteil unter den Voraussetzungen des § 15 Abs. 6 Manteltarifvertrag lediglich aus den 18 Tagen pro Jahr zu berechnen.

Sind diese 18 Tage oder der entsprechende Anteil für das Jahr der Entlassung zum Zeitpunkt der außerordentlichen Kündigung von der Arzthelferin bereits genommen, hat sie keinen restlichen Urlaubsanspruch mehr.

## b) Einbringen des Resturlaubs, Urlaubsabgeltung:

Nach dem Bundesurlaubsgesetz darf eine Abgeltung nur erfolgen, wenn der Urlaub wegen der Beendigung des Arbeitsverhältnisses nicht mehr gewährt werden kann (zur Urlaubsabgeltung siehe unter Abschnitt E VII.).

Da die finanzielle Urlaubsabgeltung somit grundsätzlich nicht erfolgen soll, kann der Arzt, wenn er nicht auch noch während der Kündigungsfrist auf die Arbeitsleistung der Arzthelferin angewiesen ist, bei einer Kündigung verlangen, daß die Arzthelferin den ihr zustehenden Urlaub bzw. Resturlaub noch während der Kündigungsfrist nimmt und eine finanzielle Abgeltung unterbleibt. Die Urlaubsgewährung während der Kündigungsfrist wird bei einer ordentlichen Kündigung meist möglich sein, da die Kündigungsfrist bei der ordentlichen Kündigung ja 6 Wochen zum Quartalschluß beträgt.

Aber auch bei der außerordentlichen Kündigung kann der Arzt zur Einbringung des Resturlaubs eine soziale Auslaufzeit gewähren (siehe unter Abschnitt I IV. 5. d) und die Einbringung des Resturlaubs während dieser Zeit von der Arzthelferin verlangen.

Die Arzthelferin kann die Einbringung eines Resturlaubs in der Kündigungsfrist nicht etwa deshalb ablehnen, weil ihr diese Zeit als Urlaubszeit ungelegen kommt.

## V. Freizeitgewährung zur Stellensuche

Nach § 629 BGB hat der Arbeitnehmer nach der ordentlichen Kündigung Anspruch auf angemessene Dienstbefreiung zum Zwecke der Stellensuche unter Fortzahlung des Gehalts. Dieser Anspruch besteht aber nur, soweit die Suche eines neuen Arbeitsplatzes eine Arbeitsbefreiung überhaupt erforderlich macht, z. B. wegen der persönlichen Vorstellung beim neuen Arbeitgeber. Auch diese Arbeitsbefreiung muß vom Arzt vorher genehmigt werden.

## J) Zeugnis

### I. Zwischenzeugnis und endgültiges Zeugnis

Die Arzthelferin kann schon während des ungekündigten Arbeitsverhältnisses ein sogenanntes Zwischenzeugnis verlangen, wenn sie ein berechtigtes

Interesse daran hat. Sie muß dem Arzt dann aber ihre Gründe darlegen. So müßte die Arzthelferin dann z. B. angeben, daß sie sich trotz ungekündigter Stellung um eine andere Stelle bemüht und ein Zwischenzeugnis zur Stellensuche benötigt.

Zum Zwecke der Stellensuche wird die Arzthelferin nach der Kündigung (und nicht erst nach Auslaufen des Arbeitsverhältnisses) ein Arbeitszeugnis ihres Arztes benötigen (vorläufiges Zeugnis). Einen dahingehenden Anspruch räumt ihr auch der Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen (§ 18) ein. Das vorläufige Zeugnis wird bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch ein endgültiges Zeugnis ersetzt.

### II. Einfaches und qualifiziertes Zeugnis

Beim Arbeitszeugnis unterscheidet man generell zwei Arten: Das einfache und das qualifizierte Zeugnis.

Das einfache Zeugnis enthält nur Angaben über die Art und Dauer der ausgeübten Tätigkeit, sagt aber nichts darüber aus, ob der Arbeitgeber mit der Arbeitsleistung zufrieden war oder nicht. Das qualifizierte Zeugnis, das nur auf Verlangen des Arbeitnehmers auszustellen ist, enthält dann zusätzliche Angaben über die Arbeitsleistung und über die persönliche Führung des Arbeitnehmers.

Der Arbeitgeber muß sich beim qualifizierten Zeugnis aber immer zu beiden Punkten äußern. Es geht z. B. nicht, daß die Arzthelferin, deren Arbeitsleistung zwar gut, deren persönliches Auftreten und Verhalten aber zu Beanstandungen Anlaß gab, im Rahmen eines qualifizierten Zeugnisses nur die Arbeitsleistung, nicht aber die persönliche Führung beurteilt haben will.

Darüber hinaus muß jedes Zeugnis objektiv richtig sein. Es darf insbesondere beim qualifizierten Zeugnis weder Positives noch Negatives ausgelassen oder falsch dargestellt werden. Werden Gefälligkeitszeugnisse geschrieben und die Arbeitsleistung eines Arbeitnehmers bewußt fälschlich als besonders gut bezeichnet, können unter Umständen Ersatzansprüche eines anderen Arbeitgebers entstehen, der im Vertrauen auf das Zeugnis den Arbeitnehmer eingestellt und aufgrund schlechter Leistungen des Arbeitnehmers einen Schaden erlitten hat.

Bemerkungen über den Kündigungsgrund bzw. die Ursache des Verlustes des Arbeitsplatzes dürfen im Zeugnis nur erscheinen, wenn sie in sachlichem Zusammenhang mit der Bewertung von Leistung und Führung des Arbeitnehmers stehen.

# Anomalien in Hirn und übrigem Nervensystem

## Beobachtungen an Operations- und Obduktionsmaterial

Zu den Arbeitsbereichen mit einem besonders reichhaltigen, interessanten Untersuchungsgut gehört an der Medizinischen Fakultät der Universität München das Institut für Neuropathologie (Vorstand: Professor Dr. Otto Stochdorph), durch dessen Labor jedes Jahr zwischen 600 und 700 Gewebeproben von Operationen und etwa ebensoviele Gewebentnahmen aus Obduktionen laufen. Dienstleistung für die Klinik und eigenständige Forschung sind hier also gar nicht zu trennen, denn Naturbeobachtung an immer neuen Befunden summiert sich zu Erkenntnissen, die anderswo im Experiment gesucht und gewonnen werden müssen.

Das Institut für Neuropathologie ist, in enger Zusammenarbeit mit dem Pathologischen Institut, nicht nur „zuständig“ für Gehirn, Rückenmark und Nerven bei allen Obduktionen, bei denen die genauere Untersuchung dieser Organgewebe angezeigt ist. Hauptarbeitspartner und Haupt-„Lieferant“ des Neuropathologen ist naturgemäß die Neurochirurgische Klinik in Großhadern – und da wiederum steht, was Umfang und Schwierigkeitsgrad des anfallenden Materials anbelangt, die **Diagnose von Hirntumoren** im Vordergrund. Unter den Tumorerkrankungen insgesamt machen Hirntumoren im weiteren Sinne immerhin etwa zehn Prozent aus, bei Obduktionsuntersuchungen treten sie in etwa ein bis zwei Prozent aller Fälle als Todesursache auf. Von 100 000 Menschen erkranken pro Kalenderjahr zwischen sieben und dreizehn an einem Hirntumor, dessen Wachstum und Entwicklung sich von den bei anderen Tumoren zu beobachtenden bekannten Gesetzmäßigkeiten grundlegend unterscheiden. Hierzu Professor Stochdorph:

„Eine Aufteilung in ‚gutartige‘ und ‚böartige‘ Tumoren ist bei Geschwülsten im Schädelinnern schon deshalb nicht im gleichen Maße wie bei Tumoren im

übrigen Körper möglich, weil alles, was innerhalb unserer ja starren Schädelkapsel wächst oder en Masse zunimmt, hier schließlich lebensbedrohend werden kann. Davon abgesehen, unterscheiden sich hirngewebeeigene Tumoren phänomenologisch von den übrigen Karzinomen insofern, als sie sich nicht in Form der bekannten Krebsmetastasen bilden und ausbreiten, sondern multifokal oder sogar diffus, was naturgemäß eine ungeheure Erschwernis für die Diagnose und besonders für die Therapie bedeutet –, es sei denn, es handelt sich um einen jener in der Regel gut operablen Hirnhauttumoren, bei denen Heilung durch Eingriff möglich ist. Eigenschaften, die einen Tumor in anderen Organgewebe zum bösartigen Tumor machen, treffen beim hirngewebeeigenen Tumor nicht zu: Er zerstört das Nachbargewebe nicht und er setzt so gut wie nie Tochtergeschwülste in den Körper –, anders ist das natürlich im Falle der Absiedlung eines Karzinoms, etwa aus dem Bronchialsystem, ins Gehirn. Die noch immer vorherrschende Lehrmeinung, daß auch der Hirntumor – wie jedes andere Karzinom – von einem Ausgangsareal her die Umgebung infiltriere, ist also falsch: Nach heutigem Stand unserer Erkenntnis ist vielmehr anzunehmen, daß das Größerwerden eines Hirntumors nicht auf dem Vordringen von Tumorzellen im Normalgewebe beruht, sondern auf dem zeitlich etwas nachhinkenden Ingangkommen des Tumorprozesses im angrenzenden Gewebsareal.“

Das in zeitlicher Staffelung auftretende Wachstum von Wucherungen in benachbarten Gebieten darf beim Hirntumor bzw. Gliom also nicht als infiltrierendes Wachstum interpretiert werden. Es dringen nicht etwa die Tumorzellen selbst weiter vor, sondern die Proliferation bzw. Zellwucherung greift in immer weiteren Gewebsbezirken um sich –, ein Wachstumsprozeß besonderer Art, den der Mediziner als „multifokales“, d. h. an mehr als einer Stelle in Gang kommendes Tumorzellwachstum bezeichnet. Über die Ursachen der Entstehung von hirngewebs-

eigenen Tumoren bei Menschen allerdings weiß man heute noch so gut wie nichts – auch darüber nicht, ob das spätere Auftreten eines Glioms vielleicht schon zur Zeit der Geburt „vorprogrammiert“ ist und möglicherweise auf der Einwirkung eines chemischen Agens auf das Ungeborene beruht. Professor Stochdorph:

„Es gibt immerhin zu denken, daß im Tierversuch die Verabreichung von krebserregenden Substanzen an trächtige Ratten zu einem Auftreten von Hirntumoren bei diesem Wurf nach mehreren hundert Tagen führte, obgleich die verabreichte einzelne Dosis beim Muttertier selbst keinen Hirntumor erzeugte.“

Am Obduktionsgut, an Gewebeproben Verstorbener, die dem Institut für Neuropathologie zur endgültigen Abklärung von Krankheitsverlauf und Todesursache zur Verfügung stehen, lassen sich neben den verschiedensten pathologischen Prozessen auch jene gemeinhin als „Abnutzungs“- oder „Verfallerscheinungen“ eingestuft Symptome studieren, die in der Gerontologie, der Wissenschaft von den **Alterungsvorgängen**, heute noch keineswegs eindeutig abgeklärt sind. Daß der Mensch altert, nicht nur an Jahren, auch organisch, daß sich der alte Mensch anatomisch vom jungen Menschen unterscheidet, ist eine triviale Tatsache, die an sich freilich noch nichts über Herkunft und Ursachen bestimmter Degenerationsmerkmale aussagt: Sind Verlauf und Tempo des Alterns dem Menschen erblich mitgegeben, ist er in dieser Hinsicht von Geburt an „vorprogrammiert“ oder werden die Symptome des Alterns durch eigene Lebensführung, durch eigenes Lebensschicksal nach und nach ganz individuell „erworben“? Unterscheidet sich der Alte vom Jungen wie der Erwachsene vom Kind – oder eher wie ein narbenbedeckter Krieger vom Büromenschen? Bei Untersuchungen von Hirnproben verstorbener alter Menschen ist Professor Stochdorph einer Antwort auf diese Fragen in einer Richtung nähergekommen, die vom gängigen Klischee einer alterstypischen Atrophie, eines allein durch die Zahl der gelebten Jahre bedingten generellen körperlichen und geistigen Verfalls vom Ansatzpunkt her entscheidend abweicht:

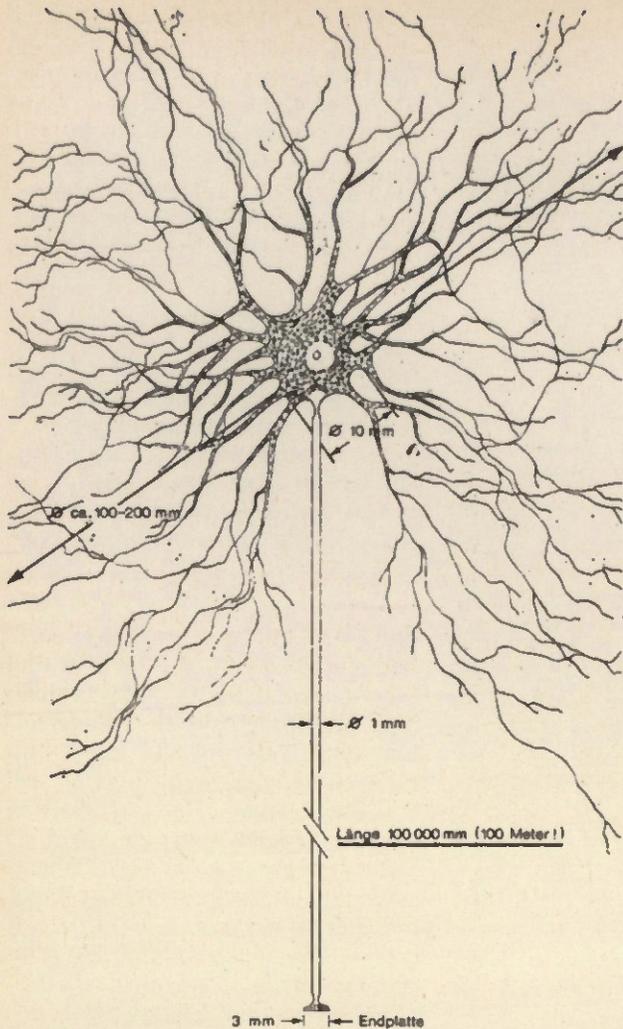
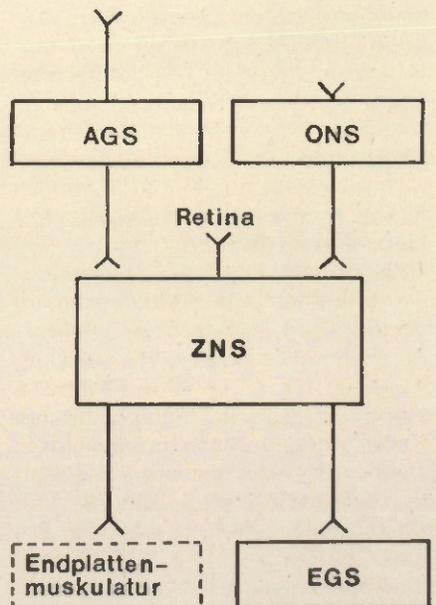


Abbildung 1  
Darstellung eines Neurons (die eingetragenen Abmessungen entsprechen einer Vergrößerung auf das 100fache!)

„Bei manchen alten Menschen setzt bekanntlich eines Tages ein Verfall der sogenannten gelstigen Leistungsfähigkeit ein. In solchen Fällen findet man bei Untersuchung des Gehirns nach dem Tode dann in der Regel bestimmte Veränderungen, teils in den Nervenzell-Leibern, teils im Bereich des Filzes der Nervenzellfortsätze, der sogenannten Dendriten. Diese Veränderungen heben eine auffällige und merkwürdige Ähnlichkeit mit Symptomen bei bestimmten infektiösen Hirnerkrankungen, bei denen die Erreger nicht oder nicht mehr bekannt sind —, so z. B. bei der vom Menschen auf den Schimpansen übertragbaren Jakob-Creutzfeldtschen Erkrankung oder bei der um 1920 epidemisch aufgetretenen Enzephalitis, die der österreichische Neurologe von Economo seinerzeit als eigenständige Erkrankung zuerst erkannte. Die Histologie und Verteilungsmuster der Hirngewebsveränderungen bei sogenannten senilen und präsenilen Hirnprozessen, mit anderen Worten: bei geronto-psychiatrischen Syndromen schlechthin, gewisse auffallende Ähnlichkeitsbeziehungen zu Veränderungen und Verteilungsmustern

bei langsam verlaufenden Virusinfektionen haben, ist zumindest zu überlegen, ob nicht die Einbuße der geistigen Leistungsfähigkeit bei manchen Patienten die späte Auswirkung einer — möglicherweise längst vergessenen — Infektionskrankheit ist. In diesem Falle wäre es dann wohl angezeigt, eher von Erkrankungen im Alter statt von Erkrankungen infolge Alterns zu sprechen.“

So wenig sich der erfahrene Neuropathologe der Vorstellung einer allein genetisch bedingten Determination beim Alterungsprozeß oder der simplen Abnutzungs- und Verschleißtheorie beim alten Menschen vorbehaltlos anschließen vermag, so wenig sieht er sich in der Lage, aus den strukturellen und histologischen Unterschieden der verschiedenen Teilsektionen des menschlichen Nervensystems, kurzum: aus der **Anatomie** des Nervengewebes insgesamt auf autonome, voneinander unabhängige Funktionsbezirke, säuberlich getrennte „Schachteln“ zu schließen. Hierzu Professor Stochdorph:



AGS = afferentes Gangliensystem (Spinalganglien und homologe Kopfganglien)  
ONS = olfaktorisches Nervensystem (Sinnesnervenzellen der Riechschleimhaut)  
EGS = efferentes Gangliensystem (sogenanntes „vegetatives Nervensystem“)

Abbildung 2  
Verschiebung des zentralen Nervensystems (ZNS) in Gehirn und Rückenmark mit den anderen drei Nervenzellpopulationen

„Das Wort ‚Nerven‘ bezeichnet anatomische Gebilde, die eine gewisse Ähnlichkeit mit Sehnen haben —, weshalb das griechische Stammwort für beide Begriffe gleichzeitig steht. Nach unserer heutigen Kenntnis beruht die Zusammenfügung der Organfunktionen zu einem Organismus und die Einfügung des Individuums in die Gesellschaft und in den historischen Ablauf maßgeblich auf der Funktion desjenigen Organsystems, dessen funktionstregende Einzellelemente die sogenannten Nervenzellen mit allen ihren Ausläufern und Fortsätzen sind. Von durchaus ungewöhnlicher Gestalt, bilden diese Nervenzellen — sehr im Gegensatz zur Struktur gewöhnlicher Epithelverbände — miteinander kein Quaderwerk, sondern einen dichten Filz, eine Art ‚Afriook-Frisur‘, wie die Darstellung eines Neurons in der Abbildung 1, und zwar einer motorischen Vorderhornzelle des Rückenmarks, in 100facher Vergrößerung zeigt.“

Rein anatomisch stellt die Nervenzellpopulation von Gehirn und Rückenmark (ZNS) den größten Anteil des menschlichen Nervensystems insgesamt dar. Zu anderen kleineren Gruppen sind jene Nervenzellen zusammengefügt, deren Zell-Leiber

in den Spinalganglien beiderseits des Rückenmarks liegen (AGS). Eine besonders winzige Population von Nervenzellen ist in der menschlichen Nasenschleimhaut angesiedelt, wo sie für den Riechvorgang „verantwortlich“ ist (ONS) —, während eine weitere Population von Nervenzellen die Funktionen von Eingeweidemuskulatur, Blutgefäßmuskulatur und Drüsenzellen beeinflusst und im populären Sprachgebrauch hierdurch besonders hervorgehoben ist (EGS). Die „Verschaltung“ des Zentralorgans ZNS mit den anderen drei Nervenzellpopulationen, mit der über Endplatten innervierten Körpermuskulatur ist in der Abbildung 2 schematisch abgebildet. Welche Einwände, welche Vorbehalte aus der Sicht des Neuropathologen gegen eine schematisierende Zerlegung in streng getrennte Funktionseinheiten und Zentren anzumelden sind, erläutert Professor Stochdorph:

„Weil es hauptsächlich die Eingeweide sind, von denen die sogenannten vegetativen Funktionen des Körpers verrichtet werden, kam die an letzter Stelle genannte Nervenzellpopulation zu ihrer Bezeichnung als ‚vegetatives Nervensystem‘. Sie spielt heute bekanntlich weiterhin die Rolle eines ‚Prügelkneben‘, der immer denn schuld am mißlichen Stand der Dinge sein soll, wenn ein Mensch als Persönlichkeit mit sich und seiner Umwelt nicht zu Rande kommt. Eine einigermaßen zutreffende Vorstellung von der Rolle des sogenannten vegetativen Nervensystems bei den verschiedensten Krankheiten wäre nur dann zu gewinnen, wenn schon im anatomischen Unterricht der angehenden Mediziner die verschiedenen Nervenzellpopulationen als Bestandteile des Gesamtnervensystems präziser herausgestellt würden. Störungen in den vegetativen Aspekten von Betriebszuständen des Organismus dürfen jedenfalls nicht wahllos dem vegetativen Nervensystem engeleitet werden, dem damit ja eine — der Realität tatsächlich unangemessene — beherrschende Rolle in der Krankheitslehre zukäme. Zu unzutreffenden Vorstellungen anderer Art verführt leider auch die vom Sprachgebrauch noch immer aufgelegte Trennung des Zentralorgans in Gehirn und Rückenmark — und dies keineswegs nur etwa bei Lalén.“

(nach einem Beitrag in „Berichte aus der Forschung“ der Ludwig-Maximilians-Universität München — UM-INTERNA, August 1981)

## 68. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Für die Herbsttagung in der Augsburger Kongreßhalle hatten Professor B. Frosch und Dr. Hellmann (beide Augsburg) das Rahmenthema „der Notfall in der Praxis“ gewählt.

Professor M. Stöhr, Tübingen, sprach über den **akuten Bewußtseinsverlust**, wobei er daran erinnerte, daß die Diagnostik in einer solchen Notfallsituation erschwert wird, weil das wichtigste diagnostische Instrument, nämlich die Anamnese, ausfällt und sich die klinische Untersuchung auf Maßnahmen beschränken muß, die keine Mitarbeit des Patienten erfordern. Neben einer Einschätzung des Schweregrades der Bewußtseinsstörung kommt es auf eine orientierende neurologische Untersuchung an, die jedem Arzt möglich ist und bei der nach diagnostisch relevanten Symptomen gefahndet wird. Hierbei sind Körperhaltung und Motorik des Patienten von größter Wichtigkeit. Einseitig fehlende spontane bzw. schmerzreaktive Gliedmaßenbewegungen deuten neben anderen Symptomen („Tabakblasen“, einseitig positiver Babinski) auf eine Halbseitenlähmung hin. Eine Überstreckung von Kopf und Rumpf findet man bei meningealen Reizzuständen unterschiedlicher Genese.

Auch die Beobachtung des Atemtyps erlaubt lokalisatorische und nosologische Rückschlüsse. So deutet die große Kussmaulsche Atmung auf eine azidotische Stoffwechselsituation hin, während bei Schlafmittelintoxikationen die Atemdepression im Vordergrund steht. Raumfordernde intrakranielle Prozesse führen zu einer periodischen Atmung vom Cheyne-Stokes'schen Typ.

Eine Untersuchung auf Nackensteifigkeit, mit der man einen meningealen Reizzustand durch Erreger, Blut oder Tumorzellen erfassen kann, darf nur erfolgen, wenn keine Hinweise auf eine Verletzung der Halswirbelsäule vorliegen. Im Rahmen

der Notfalldiagnostik kann man sich zur Prüfung der Hirnstammreflexe auf den Pupillen- und den Kornealreflex beschränken. Wird eine Anisokorie und eine Störung der reflektorischen Pupillenverengung auf Lichteinfall festgestellt, so muß eine Schädigung des Mittelhirns bzw. des dort entspringenden Nervus oculomotorius angenommen werden. Abschwächung oder Ausfall des Kornealreflexes weist auf eine Schädigung im Bereich der Brücke bzw. auf eine Läsion des Nervus trigeminus oder Nervus facialis hin.

Stöhr ging davon aus, daß sich der niedergelassene Arzt in vielen Fällen mit dem Herbeirufen des Notarztes und der Einweisung in eine geeignete Klinik begnügen kann bzw. begnügen muß. Doch gibt es Situationen, die ein rasches therapeutisches Eingehen erforderlich machen, um irreversible Schäden zu verhüten. Da eine intakte Hirnfunktion eine ständige Versorgung mit Sauerstoff und Glukose voraussetzt, gehört zu einer solchen Situation neben dem Freihalten der Atemwege und der Aufrechterhaltung der Herz-Kreislauffunktion auch die Versorgung mit notwendigen Substraten, d. h. mit Glukose. Deshalb sollten bei jedem bewußtlosen Patienten, bei dem die Möglichkeit einer spontanen oder medikamentös induzierten Hypoglykämie auch nur im entferntesten in Betracht kommt, 25 g Glukose intravenös verabreicht werden, was 50 ml einer 50%igen Glukoselösung entspricht. Bei bestehendem Verdacht auf eine intrakranielle Raumforderung sowie bei einem akuten Schädel-Hirntrauma sollten 100 mg Dexamethason i. v. zur Prophylaxe bzw. zur Therapie eines Hirnödems appliziert werden. Zur Dämpfung motorischer Unruhezustände, die mit einer Erhöhung des intrakraniellen Druckes einhergehen, eignet sich z. B. Valium® (5 bis 10 mg i. v.), wobei dessen atemdepressorische Wirkung vor allem bei älteren Patienten beachtet werden muß.

Bei der Behandlung von **akuten psychischen Störungen**, so führte Professor H. Hippus, München, aus, sind Psychopharmaka zwar unentbehrliche Hilfsmittel, doch dürfen vor und während ihrer Anwendung einige Allgemeinmaßnahmen keinesfalls vernachlässigt werden. Am wichtigsten ist ein ruhiges und bestimmtes Auftreten des Arztes gegenüber einem solchen Notfallpatienten. Er muß versuchen, Kontakt herzustellen, was bei deliranten Patienten und vor allem bei stuporösen Zuständen schwierig oder auch unmöglich sein kann. Er muß weiterhin versuchen, Zeit zu gewinnen. Zeitgewinnen bedeutet aber auch – sich Zeit nehmen.

Bei der Besprechung einiger medikamentöser Notfallmaßnahmen wies Hippus darauf hin, daß ein deliranter Patient prinzipiell stationär, wenn möglich in einer psychiatrischen Klinik, behandelt werden sollte. Zwar gilt Distraneurin® nach wie vor als Mittel der Wahl zur Behandlung von Delirien verschiedener Genese, doch sollte diese Substanz, weil sie vor allem bei parenteraler Applikation eine ständige Überwachung des Patienten erforderlich macht, nur unter stationären Bedingungen eingesetzt werden. Wer als erstbehandelnder Arzt einen deliranten Patienten vor sich hat und primär handeln muß, sollte als überbrückende Medikation (falls eine Klinikeinweisung in den nächsten ein bis zwei Stunden erfolgen kann) Haloperidol® (Haldol®) einsetzen, vor allem wenn nicht klar ist, wodurch ein solches Delir verursacht wurde. Denn im Gegensatz zu Distraneurin®, welches hypnotisch-dämpfende Eigenschaften aufweist, führt Haloperidol® kaum zu einer Beeinträchtigung des Wachbewußtseins bzw. der Vigilanz.

Wie Hippus weiter ausführte, werden Erregungszustände immer dann zu einem Notfall, wenn sie über Aggressivität zur Fremdgefährdung führen. Auch hierbei eignet sich Haloperidol® zur psychomotorischen Beruhigung. Falls bei einem erregten Patienten, der voll bei Bewußtsein ist, eine massive Dämpfung angestrebt wird, sollte als zweites Medikament (eventuell auch schon von vornherein) ein dämpfend wirkendes Phenothiazin vom Typ des Neurocil® verwendet werden. Als drittes Medikament ist, vor allem bei psychogenen Erregungszuständen,

auch Valium® zu gebrauchen. Ebenso wie Haloperidol® und Neurocil® kann auch Valium® sowohl oral als auch parenteral verabreicht werden. Für letzteres gilt jedoch der Hinweis, daß es bei parenteraler Zufuhr nicht i. m., sondern nur i. v. gegeben werden sollte, weil – jedenfalls in einer solchen Notfallsituation – die Wirkung nach i. m. Gabe schwächer und langsamer einsetzt als nach oraler Zufuhr. Sofern bei einem Erregungszustand der Verdacht besteht, daß es sich um die Folge einer Intoxikation handeln könnte, sind dämpfend wirkende Tranquillizer oder Neuroleptika kontraindiziert.

Auch bei einem depressiven Patienten kann es zu Erregungszuständen kommen, die gewöhnlich durch zusätzliche Noxen, beispielsweise durch die Einwirkung eines stark stimulierenden Antidepressivums, ausgelöst werden. In solchen Fällen sind dämpfend wirkende Antidepressiva vom Typ des Amitryptilin (z. B. Saroten®, Tryptizol®) angezeigt. Beim Umgang mit suizidalen Patienten, so betonte Hippus, ist der Kontakt mit dem Kranken wesentlicher als alle medikamentösen Maßnahmen. Wenn zur Unterstützung Psychopharmaka eingesetzt werden sollen, dann kommen hier in erster Linie dämpfend wirkende und schlaffördernde Antidepressiva, wie z. B. Amitryptilin, in Frage. Hiermit kann man erreichen, daß die Antriebsdynamik und die gesamte Energie in Richtung Suizidalität gebremst wird.

Bei dieser Patientengruppe muß der niedergelassene Arzt schwierige und verantwortungsvolle Entscheidungen treffen: Inwieweit kann er mit dem suizidalen Patienten in Kontakt bleiben und seine Situation in der Hand behalten? Können zur Überbrückung – auch unter ambulanten Bedingungen – Psychopharmaka eingesetzt werden, oder ist eine Klinikeinweisung notwendig – unter Umständen auch gegen den Willen des Patienten?

Dr. H.-J. Schmall, Hannover, befaßte sich mit **Notfällen unter zytostatischer Therapie**. Diese treten zwar relativ selten auf, doch liegt die Problematik in ihrer Unvorhersehbarkeit. Deshalb sollte auch der niedergelassene Arzt, der heute einen Großteil der internistisch-onkologischen Therapie durchführt, beson-

dere Sorgfalt walten lassen, vor allem, was sowohl die Dosierung und die tatsächlich aufgezoogene und injizierte Menge des Medikamentes als auch was die Dosis der rezeptierten Tabletten sowie die Angabe über die Einnahmehäufigkeit anbelangt.

Unter den verschiedenen Ursachen, die bei einer zytostatischen Behandlung zu einer akuten lokalen Toxizität führen können, stehen die paravenöse Injektion und der Kapillarschaden bei Stase in dem injizierten Gefäß im Vordergrund, weil sie sofortige Gegenmaßnahmen erfordern, um schwerste Folgeerscheinungen, bis hin zur ausgedehnten Nekrose, zu vermindern oder zu vermeiden. Zu den Zytostatika, bei denen eine paravenöse Injektion schon in kleinsten Mengen folgen-schwer sein kann, gehören Adriblastin®, Daunoblastin®, Velbe®, Vincristin und Lyovac-Cosmegen. Das Tückische hierbei ist, daß es der injizierende Arzt oft gar nicht bemerkt, daß eine geringe Menge der injizierten Substanz durch die Venenwand penetriert, da oft die punktierten Venen infolge längerfristiger zytostatischer Therapie fragil geworden sind. So kann das Pharmakon trotz noch möglicher Blutaspiration in die Venenwand oder in das umgebende Gewebe dringen. Leitsymptom ist oft, leider aber nicht immer, der Schmerz im Bereich der Injektionsstelle. Er ist erst bei längeranhaltender Schädigung (nach Minuten) oder bei größeren Medikamentendepots von Schwellung und Rötung an der Injektionsstelle begleitet.

Um solche Zwischenfälle zu vermeiden, muß der Patient vor der Injektion um die sofortige Angabe einer Schmerzempfindung oder eines anderen ihm unbekanntes Gefühls in der betreffenden Extremität gebeten werden. Das Medikament sollte langsam, aber zügig und gleichmäßig, und zwar im Nebenschluß mit einer laufenden Infusion injiziert werden. Ist es trotz dieser Vorsichtsmaßnahmen zu einer paravenösen Injektion gekommen oder besteht auch nur ein entsprechender Verdacht, so muß die Injektion sofort gestoppt und die Nadel entfernt werden. Weitere Maßnahmen sind großflächige Unter- und Umspritzung mit 10 bis 20 ml 0,9%iger Kochsalzlösung, in der 5000 E Heparin gelöst sind, anschließend wird der Bereich mit 100 bis 200 mg Solu-

Decortin® infiltriert. Weitere Maßnahmen sind Hochlagerung des Armes, lokale Kühlung mit Eisbeuteln über 24 Stunden sowie zweimal tägliches Einreiben mit einer 1%igen Cortison-Creme.

In seinen weiteren Ausführungen befaßte sich Schmöll mit der akuten systematischen Toxizität, worunter schwere akute Nebenwirkungen zu verstehen sind, die nach wenigen Minuten bis mehreren Stunden auftreten und zum Teil lebensbedrohlich sind. Hierzu gehört die kardiale Toxizität, die mit Rhythmusstörungen, Veränderungen der ST-Strecken im EKG sowie mit oder ohne Linksherzinsuffizienz einhergehen kann. Verantwortlich sind hierfür vor allem Adriblastin®, aber auch Endoxan® (bei i. v. Applikation), Bleomycin, Corticoide und Östrogene kommen hier in Frage. Die Veränderungen sind um so ausgeprägter, je mehr bei dem betreffenden Patienten eine kardiale Vorschädigung im Sinne einer Reizbildungs- oder Reizleitungsstörung oder eine ischämische Herzerkrankung vorgelegen hat. Bei Adriblastin® ist außerdem ein kumulativer Effekt nachweisbar: bei Dosen über 550 mg/m<sup>2</sup> Adriblastin® muß mit einem erheblich ansteigenden Risiko für eine Kardiomyopathie mit Herzversagen in der Größenordnung von 20 bis 70 Prozent gerechnet werden.

Zur Hormontherapie mit Androgenen oder Östrogenen wurde gesagt, daß diese das Risiko von kardiovaskulären oder zerebrovaskulären Insulten erhöht. Hieran sollte insbesondere bei der Behandlung des Prostatakarzinoms oder des Mammakarzinoms gedacht werden. Bei letzterem können sich somit zwei kardiale Risikofaktoren addieren, wenn eine Adriblastin®-haltige Kombinationsbehandlung zusammen mit einer Hormontherapie durchgeführt wird. Aus diesem Grund werden in den letzten Jahren zunehmend synthetische Substanzen, wie das antiöstrogen wirksame Tamoxifen (Nolvadex®), verwendet, die eine den Sexualhormonen vergleichbare Wirkung aufweisen, die aber mit bedeutend weniger Nebenwirkungen belastet sind.

*Referent:*

*Dr. med. D. Müller-Plettenberg, Herzkammer Straße 1e, 5600 Wuppertal 2*

## Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

### Veränderung in der Bezirksstelle Oberpfalz der KVB

Dr. med. Erwin Stetter legte den Vorsitz der Bezirksstelle Oberpfalz der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zum 31. Dezember 1981 nieder. Sein Nachfolger ist Dr. med. Christian Rechl, Kettelerstraße 3, 8480 Weiden.

Seit 1955, also über ein Vierteljahrhundert, widmet Kollege Stetter Freizeit und Arbeitskraft der ärztlichen und kassenärztlichen Selbstverwaltung. Ärztlicher Bezirksverband Oberpfalz, Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, KV-Bezirksstelle Oberpfalz, Vertreterversammlung und Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sind Stationen seines Wirkens. Seit 1975 leitete er als Vorsitzender die KV-Bezirksstelle Oberpfalz.

Sein besonderes Augenmerk galt der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Die Zusammenfassung größerer Arztgruppen zu einem weiträumigen Notfalldienst war schon lange sein Bestreben.

Dr. Stetter, ein gebürtiger Oberfranke, wurde nach seinem Abitur 1934 wegen hervorragender Leistungen in das Maximilianeum aufgenommen. Er entschied sich für den Dienst als aktiver Offizier und wurde im zweiten Weltkrieg fünfmal, davon einmal schwer verwundet. Zuletzt Major im Generalstab, mußte er wie viele seiner Kameraden nach dem Kriege eine neue Existenz aufbauen. Er studierte in Bonn und Erlangen Medizin und promovierte 1951. Nach mehreren Jahren Tätigkeit im Krankenhaus gründete Erwin Stetter seine Praxis als Praktischer Arzt in Amberg.

Wer Erwin Stetter würdigen will, kann sich nicht darauf beschränken, die Abschnitte seiner berufspolitischen Laufbahn darzustellen und auf die große Leistung hinzuweisen, die dahintersteht.

Was uns mit ihm besonders verbindet, ist seine Menschlichkeit, seine Toleranz, seine aufrichtige Freundschaft und sein Humor.

Mit Erwin Stetter im Kreise des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zusammenzuarbeiten, war stets eine aufrichtige Freude. Es ist schön zu wissen, daß er im Bereich des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer noch einige Zeit an unserer Seite weilen wird. Dr. Stetter gilt der Dank der Kassenärzte Bayerns, insbesondere der oberpfälzischen.

*Professor Dr. Sewering*

### Neuwahlen in der Vereinigung der Bayerischen Internisten

Auf der Jahresmitgliederversammlung der Vereinigung der Bayerischen Internisten e.V. am 20. November 1981 in München wurde der bisherige Vorstand in seinem Amt bestätigt:

Dr. med. Hartwig Holzgartner, München, 1. Vorsitzender, Professor Dr. med. Egon Wetzels, Rosenheim, 2. Vorsitzender,

Dr. med. Otto Schloßer, Rosenheim, Schatzmeister.

Zu Ehrenvorsitzenden wurden gewählt:

Dr. med. Fritz Valentin, München (von 1949 bis 1959 1. Vorsitzender der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e.V.),

Dr. med. Robert Schindlbeck, Herrsching (von 1959 bis 1977 1. Vorsitzender).

Für seine besonderen Verdienste um die Innere Medizin wurde Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering zum Ehrenmitglied ernannt.

### Neuwahl des Vorstandes der Süddeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose

Zum Präsidenten der Süddeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose wurde Dr. med. Klaus Hellmann, Augsburg, zum Schriftführer Professor Dr. med. Kurt-Friedrich Petersen, Gauting, und zum Schatzmeister Privatdozent Dr. med. Wolfgang Otte, Freiburg/Br. gewählt.

## Screening auf Galaktosämie

### Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Neugeborene

Im Rahmen des Früherkennungsprogramms für Neugeborene wurde neben dem Screening auf Phenylketonurie von den Landesuntersuchungsämtern für das Gesundheitswesen Nordbayern und Südbayern zusätzlich ab 1. Oktober 1981 das Screening auf Galaktosämie aufgenommen.

Die hereditäre Galaktoseintoleranz ist eine angeborene Galaktoseverwertungsstörung, die sich unter Galaktosezufuhr (Milchprodukte) manifestiert und rezessiv erblich ist. Sie führt klinisch zu einer charakteristischen Symptomentrias mit Leberzirrhose, Linsenkatarakt und Oligophrenie. Daneben bestehen in schweren Fällen Nierenfunktionsstörungen, insbesondere in Form der Aminoazidurie und Proteinurie.

Aminoazidurie und Proteinurie klingen bei milchfreier Ernährung innerhalb von fünf bis sieben Tagen ab, nach Milchzufuhr treten sie im gleichen Zeitintervall wieder auf. Diesem Verhalten kommt außerordentliche diagnostische Bedeutung zu. Auch die Galaktosämie und Galaktosurie, die das Stoffwechselleiden des Neugeborenen kennzeichnen, werden lediglich bei Verabfolgung von Milchmahlzeit (Galaktosebelastung) angetroffen. Mit dem Anstieg des Galaktosespiegels im Blut ist stets ein Abfall des Glucosespiegels verbunden.

Dem Schweregrad nach lassen sich drei Verlaufsformen der hereditären Galaktoseintoleranz unterscheiden:

- die schwere akute Form
- die leichtere protrahierte Form
- die subklinische oder inapparente Form

Die *schwere akute Form* manifestiert sich bereits wenige Tage nach Beginn einer Milchmahlzeit unter den Zeichen von Nahrungsverweigerung, Erbrechen, Durchfällen, Gewichtsverlust, Lebervergrößerung und zunehmender Gelbsucht, die eine beträchtliche Verstärkung des physiologischen Neugeborenenikterus bis hin zur Symptomatologie eines Icterus gravis hervorrufen kann. Außerdem bestehen eine Galaktosurie, Aminoazidurie und Proteinurie. Die für die hereditäre Galaktoseintole-

ranz gleichfalls charakteristischen Linsentrübungen treten schon im ersten Lebensmonat – meist in Form eines Kernstars – auf, und die schnell fortschreitende Leberzirrhose führt innerhalb weniger Monate unter den Begleitsymptomen von Aszites, universellen Ödemen sowie Haut- und Schleimhautblutungen zum Tode.

Die *leichtere protrahierte Verlaufsform* der Galaktosämie ist dadurch gekennzeichnet, daß die Kinder die Periode der Milchmahlzeit überleben und sich erst später die Kardinalsymptome der hereditären Galaktoseintoleranz – Leberzirrhose, Katarakt, Oligophrenie – ausprägen. Aminoazidurie und Proteinurie können fehlen; auch die Galaktosurie ist nicht konstant.

Bei der *subklinischen oder inapparenten Form* bestehen keine Krankheitssymptome; dagegen ist eine mehr oder weniger stark herabgesetzte Galaktoseintoleranz nachweisbar. Nicht selten haben die Betroffenen an Milchunverträglichkeit mit gastrointestinalen Störungen gelitten oder sie zeigen auch einen Widerwillen gegen Milch bis in das Erwachsenenalter.

Die Prognose der hereditären Galaktoseintoleranz hängt in erster Linie von dem frühzeitigen Beginn und der konsequenten Durchführung der Therapie ab und damit von ihrer Früherkennung.

Zu späte Erkennung und verzögerter Behandlungsbeginn führen praktisch zu geistigem Entwicklungsrückstand, Perzeptionsstörungen, Verhaltensstörungen und Linsentrübung mit nachfolgender Blindheit.

Für die praktische Durchführung dieser Vorsorgeuntersuchung sind folgende Hinweise zu beachten:

#### Einsendung

Untersucht werden blutbeschickte Testkarten. Bei allen Neugeborenen und ebenso bei Verdachts- und Kontrollfällen sind die Untersuchungen gebührenfrei. Die Testkarten einschließlich Hüllen werden auf Anforderung kostenlos von den Landesuntersuchungsämtern versandt.

Benachrichtigungen über die Ergebnisse erfolgen bei positiven und verdächtigen Werten telefonisch bzw. schriftlich, bei Normalwerten durch Rücksendung der mit den Testkarten eingesandten Vorblätter (Südbayern) bzw. Untersuchungsenträge (Nordbayern).

Die *Blutentnahme* erfolgt durch tiefen Stich in die Ferse mittels Einmalnadel. Von den auf der Testkarte markierten sechs Kreisen ist jeder Kreis mit je einem Blutstropfen so zu beschicken, daß die Vorder- und Rückseite im Bereich des vorgezeichneten Kreises voll ausgefüllt sind. Nach Lufttrocknung wird die Testkarte voran mit den Blutkreisen in die Schutzhülle gesteckt und möglichst am Tag der Blutentnahme zur Untersuchung eingesandt.

Der *Zeitpunkt der Blutentnahme* soll zwischen dem fünften und siebenten, jedoch *nicht vor dem fünften* Lebenstag liegen, damit falsch negative Ergebnisse vermieden werden. Bei Galaktosämie kann nach achtstündiger Nachtpause der Galaktosespiegel im Blut des Neugeborenen auf Normalwerte absinken und dadurch die Erkrankung nicht erfaßt werden. Deshalb ist es notwendig, das Neugeborene vor der Blutentnahme mindestens drei Tage mit Milch zu ernähren und, wenn möglich, die Blutentnahme ein bis zwei Stunden nach der zweiten Milchmahlzeit vorzunehmen.

*Nach Behandlung mit Antibiotika oder Sulfonamiden* können falsch negative Ergebnisse entstehen, da die Testungen mittels Bakterien durchgeführt werden. In diesen Fällen ist eine Wiederholungsuntersuchung erforderlich, für die die Blutentnahme drei bis fünf Tage nach Absetzen der Chemotherapeutika erfolgen soll.

*Nach einem Blutaustausch* ist das Testergebnis erst verwertbar, wenn das für den Test benötigte Blut sechs Tage nach Beginn einer normalen Säuglingsernährung abgenommen wird.

Das Testergebnis wird ferner durch Berühren der Testkarten mit Desinfizienten, bakterizidem Puder, Milch, Harn, Schweiß, Fett, extremer Wärme beeinflusst. Mehrmaliges Auftropfen eines Blutstropfens auf dieselbe Stelle führt zu falschem Testergebnis. Blutgetränkte Kreise der Testkarte dürfen nicht mit den Fingern berührt werden.

## Bayerische Zahnärzte starten Vorbeugemaßnahmen in Kindergärten

Aktions-Motto: „Auf geh't's, putz mit Bibi“

Um die Zahngesundheit der Kinder ist es nach Feststellung der bayerischen Zahnärzte schlecht bestellt. Sie wollen deshalb aus eigener Initiative Maßnahmen ergreifen, um bei Kindern bessere Voraussetzungen für die Entwicklung gesunder Zähne zu schaffen. Die nunmehr anlaufende Kindergarten-Prophylaxe-Aktion werden sie aus eigenen Mitteln finanzieren. Hinzu kommt, daß sich in den jeweiligen Orten die ansässigen Zahnärzte ehrenamtlich für die Durchführung dieser Aktion zur Verfügung stellen. Seit Oktober 1981 laufen bereits die Vorbereitungen in rund 50 oberbayerischen und schwäbischen Kindergärten. Aus organisatorischen Gründen kann das Programm noch nicht auf ganz Bayern ausgedehnt werden. Es wird sukzessive vorgegangen. 1982 werden voraussichtlich Niederbayern, Oberpfalz und Unterfranken folgen. In der Startphase fielen an Kosten rund 80000 DM an. Die Ausgaben der Zahnärzte dürften in diesem Jahre 100000 DM erreichen.

Der Präsident der Bayerischen Landes Zahnärztekammer Dr. Pillwein, gab seiner Hoffnung in einer Pressekonferenz Ausdruck, daß sich die zuständigen Stellen (der Staat, die Kommunen, aber auch die Eltern) später selbst an den Ausgaben für die Durchführung der Vorbeugemaßnahmen beteiligen. Der Zahnärzte-Präsident zitierte Untersuchungsergebnisse aus München:

Von 500 untersuchten Kindern zwischen sechs und sieben Jahren hatten nur 4,8 Prozent ein völlig naturgesundes Gebiß. Bei den Kindern zwischen sieben und zehn Jahren wurden fast keine karies- und füllungs freie Gebisse registriert; 98,2 Prozent der untersuchten Kinder wiesen einen extrem schlechten Mundhygiene-Zustand auf.

Die Kindergarten-Prophylaxe-Aktion setzt sich aus drei Phasen zusammen:

1. Elternabend
2. Zahnputz-Tag im Kindergarten

3. nachbereitende Betreuung des Kindergartens durch den Zahnarzt

Beim Elternabend wird Eltern und Erzieherinnen anhand eines Diavortrages zunächst die Entstehung von Zahnschäden (Karies) durch mangelnde Mundhygiene sowie deren Folgen für die Bildung des bleibenden Gebisses dargestellt. Anschließend werden dann die Grundvoraussetzungen der Mundhygiene sowie für die Zähne gesunde Ernährungsformen erläutert. Auch die Anwendungsmöglichkeiten von Fluoriden werden angesprochen. Zur Vertiefung erhalten die Eltern einen Farb-Prospekt „Die Pflege der Milchzähne“.

Der Zahnputz-Tag im Kindergarten ist der Höhepunkt der Prophylaxe-Aktion. Der ortsansässige Zahnarzt demonstriert den Kindern Aufbau und Funktion des Zahnes und bereitet so den eigentlichen Zahnputzunterricht vor.

Für die nachbereitende und begleitende Arbeit der Erzieherinnen im Kindergarten erhält jeder von einem Zahnarzt auf diese Weise betreute Kindergarten eine umfangreiche Lerneinheit ausgehändigt.

# sinupret®

bei  
Sinusitiden und  
Sinobronchitiden

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat (Auszugsmittel 58,9 G/G Ethanol) aus Rad. Gentian 0,2 g, Flor. Primul. cum Calyc. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 g. 1 Dragee enthält: Rad. Gentian 0,006 g, Flor. Primul. cum Calyc. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g. **Indikationen:** Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinusitis, Sinobronchitis, Infektprophylaxe beim bronchialen Syndrom, sinogener Kopfschmerz. **Kontraindikationen** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Dosierung:** 3mal täglich 10 Tropfen bis 1 Teelöffel voll oder 1 bis 2 Dragees. **Handelsformen:** OP mit 100 ml DM 9,45, OP mit 60 Dragees DM 9,45, OP mit 240 Dragees DM 26,30. Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragees.



bionorica  
Nürnberg 1



### Dr. Seidl 80 Jahre

Am 31. Dezember 1981 konnte Dr. med. Josef Seidl, Hochstraße 2, 8069 Scheyern, seinen 80. Geburtstag begehen. Im niederbayerischen Eichen-dorf, Lkr. Landau/Isar, geboren, erhielt er 1927 in München die Bestal-lung als Arzt. Nach einer Tätigkeit als Assistenzarzt in Straubing und Pilsting ließ er sich im März 1928 als Praktischer Arzt in Scheyern nieder. Trotz seiner großen Landpraxis, die er auch in den für ihn sehr schweren Jahren des Dritten Reiches mit vol-lem Einsatz versorgte, hat er sich sofort nach dem Zusammenbruch für die berufsständische Selbstver-waltung zur Verfügung gestellt. Bereits 1946 übernahm er das Amt des Vorsitzenden des Ärztlichen Kreis-verbandes Pfaffenhofen, das er bis 1976 innehatte. Viele Jahre war er Vorsitzender des Ärztlichen Bezirks-verbandes Oberbayern und auch Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer. Zwölf Jahre war er der zweite Vorsitzende der Bezirksstelle Oberbayern der Kas-senärztlichen Vereinigung Bayerns und Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bay-erns.

Auf dem Deutschen Ärztetag 1972 in Westerland wurde Dr. Seidl durch die Verleihung der Paracelsus-Me-daille, der höchsten Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft, geehrt.

ad multos annos!

*Professor Dr. Sewering*

### Bayerische Verfassungsmedaille für Professor Sewering

Im Rahmen des Festakts aus Anlaß des 35jährigen Bestehens der Bayerischen Verfassung am 1. De-zember 1981 in München überreich-te Landtagspräsident Dr. Heubl Pro-fessor Dr. med. Hans Joachim Sewer-ing die ihm vom Ältestenrat des Bayerischen Landtags verliehene Bayerische Verfassungsmedaille in Silber. Diese Auszeichnung wurde für Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens gestiftet, die sich um Bayern besonders verdient gemacht haben.

### Bundesverdienstkreuz am Bande

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundes-republik Deutschland wurden aus-gezeichnet:

Professor Dr. med. Theodor Hell-brügge, Vorstand des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedi-zin der Universität München, Leiter des Kinderzentrums und der Aktion Sonnenschein, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2;

Dr. med. Erich Kurkhaus, Allgemein-arzt, Frauentalstraße 6, 8941 Schwaig-hausen-Holzgünz.

### Verdienstmedaille

Dr. med. Nils Freiherr von Strom-berg, Allgemeinarzt, Kaiserberg 5, 8481 Erbdorf, wurde mit der Ver-dienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

### Dr. Braun welter Vorsitzender des Instituts für Freie Berufe

Die Mitgliederversammlung des In-stituts für Freie Berufe wählte im De-zember 1981 Dr. med. Hermann Braun, Talstraße 5, 8411 Nittendorf, auch für die nächsten vier Jahre zum Vorsitzenden.

Professor Dr. med. Alfred Doenicke, Abteilungsvorsteher der Anästhe-sieabteilung an der Chirurgischen Poliklinik der Universität München, Pettenkoflerstraße 8a, 8000 Mün-chen 2, erhielt den diesjährigen Karl-Thomas-Preis. Damit ehrte die Deutsche Gesellschaft für Anästhe-siologie und Intensivmedizin seine zehnjährige Forschungsarbeit zur weiteren Risikominderung bei Nar-kosen.

Dr. med. habil. Michael R. Gaab, Neurochirurgische Klinik und Poli-klinik der Universität Würzburg, Jo-sef-Schnelder-Straße 11, 8700 Würz-burg, wurde für seine Arbeit über „Die Registrierung des intrakraniellen Druckes“ der E. K. Frey-Preis 1981 verliehen.

### Bergmann-Plakette für Professor Demling

Anläßlich der 16. Tagung für prak-tische Gastroenterologie an der Me-dizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg überreichte der Vizepräsident der Bayerischen Lan-desärztekammer Dr. med. Georg Fuchs dem Direktor der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Uni-versität Erlangen-Nürnberg, Profes-sor Dr. med. Ludwig Demling, Kran-kenhausstraße 12, 8520 Erlangen, die ihm vom Vorstand der Bundes-ärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Professor Demling hat sich in der ärztlichen Fortbildung besonders verdient gemacht. Seit Übernahme des Lehrstuhls für Innere Medizin an der Universität Erlangen-Nürn-berg hat er stets sich selbst und alle Mitarbeiter seiner Klinik bereitwillig für die Fortbildung der niedergelas-senen Ärzte zur Verfügung gestellt. Seit 1966 leitet er jeweils im Okto-ber die „Erlanger Fortbildungstage in praktischer Gastroenterologie“ mit einer Teilnehmerzahl von rund 450 Ärztinnen und Ärzten. Zweimal im Jahr organisiert er die Erlanger Fortbildungskurse in „Gastroente-rologischer Endoskopie“ mit etwa 200 Teilnehmern. Seit 1968 führt er einmal jährlich zusammen mit dem Ärztlichen Kreisverband Erlangen die „Erlanger Fortbildungstage in praktischer Medizin“ mit rund 350 Teilnehmern durch. Außerdem ist Professor Demling Verfasser bzw. Herausgeber zahlreicher medizini-scher Bücher, u. a. „Klinische Gas-troenterologie“, „Handbuch Magen“. Von ihm stammt auch eine große Zahl von Veröffentlichun-gen aus dem Spezialgebiet der Gastroenterologie in zahlreichen Zeitschriften. Unter seiner Leitung entstanden außerdem an der Medi-zinischen Universitätsklinik Erlan-gen-Nürnberg bisher 15 Filme mit gastroenterologischen Themen, die der ärztlichen Fortbildung zur Ver-fügung gestellt wurden.

Das besondere Engagement Profes-sor Demlings in der medizinischen Öffentlichkeitsarbeit verdient in die-sem Zusammenhang ebenfalls ge-würdigt zu werden. In zehn Sendun-gen des ZDF-Gesundheitsmagazins Praxis stand er vor der Fernseh-kamera und informierte über gastro-enterologische Themen.

## Bayerischer Maximiliansorden für Professor Betke

Am 9. Dezember 1981 überreichte der Bayerische Ministerpräsident Dr. Franz Josef Strauß Professor Dr. med. Klaus Betke, Direktor der Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, den Bayerischen Maximiliansorden für Wissenschaft und Kunst.

Professor Dr. med. Franz Paul Gall, Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, und Professor Dr. med. Bernd Husemann, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurden zu korrespondierenden Mitgliedern der Polnischen Chirurgengemeinschaft ernannt.

Professor Dr. med. Otto P. Hornstein, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied der Argentinischen Gesellschaft für Dermatologie und der Ungarischen Gesellschaft für Dermatologie ernannt.

Professor Dr. med. Wolf-Dieter Keidel, Leiter des Instituts für Physiologie und Biokybernetik der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 17, 8520 Erlangen, wurde vom Vorstand der „International Association of Physicians in Audiology“ zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Wolf Müller-Limmroth, Vorstand des Instituts für Arbeitsphysiologie der Technischen Universität München, Barbarastraße 16, 8000 München 40, erhielt für seine besonderen Verdienste um die Ernährungswissenschaft und die Ernährungsberatung den Ehrenteller des Bayerischen Staatsministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten.

Dr. med. Paul Schweier, Chefarzt der 2. Abteilung im Kinderkrankenhaus München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40, wurde zum Präsidenten des Deutschen Kinderärztekongresses 1983 gewählt.

Professor Dr. med., Dr. med. dent. Emil Steinhäuser, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie der Universität Erlangen-Nürnberg, Glückstraße 11, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied des „Philipine College of Oral Surgeons“ ernannt.

Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Josef Ströder, ehemaliger Direktor der Kinderklinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Schlesierstraße 22, 8700 Würzburg, wurde vom Deutschen Caritasverband die Werthmann-Medaille verliehen.

Professor Dr. med. Helmut Valentin, Leiter des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Schillerstraße 25 und 29, 8520 Erlangen, wurde von der Bundesregierung auf Vorschlag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit für vier Jahre zum Mitglied des Bundesgesundheitsrates ernannt.

## in memoriam

### Dr. Pfeiffer †

Am 10. Dezember 1981 verstarb im Alter von 61 Jahren der Medizinjournalist Dr. Werner Pfeiffer.

Nach Krankenhaustätigkeit als Assistenzarzt widmete sich Dr. Pfeiffer seit 1948 dem Medizinjournalismus. Er war viele Jahre Chefredakteur der „Ärztlichen Praxis“. Seit den sechziger Jahren war er ständiger Berichterstatter des Kongreß-Dienstes „refero-med“ und anderer Zeitschriften.

Seine Verdienste um die ärztliche Fortbildung wurden 1977 mit der Überreichung der Ernst-von-Bergmann-Medaille der Deutschen Ärzteschaft durch Professor Dr. Sewering gewürdigt. 1978 erhielt er die Walter-Trummert-Medaille der Deutschen Medizinischen Fach- und Landespresse. 1979 wurde er mit dem Preis „Medizin im Wort“ ausgezeichnet. Sein Platz in der medizinischen Berichterstattung, der ihm nicht durch Zufall zukam, ist jetzt leer; es ist niemand in Sicht, der ihn einnehmen könnte. Dr. Pfeiffer wird unvergessen bleiben.

## Fakultät

### Universität Erlangen-Nürnberg

apl. Professor Dr. med. Ulrich Gessler, Vorstand der 4. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenhäuser Nürnberg, wurde zum Professor für Nephrologie ernannt.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. habil. Peter Frühmorgen, Medizinische Klinik mit Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Ekkefried Krönert, Nuklearmedizinische Abteilung des Klinikums der Stadt Nürnberg.

Zum Akademischen Oberrat wurden ernannt: Dr. med. Jörn Beck, Kinderklinik mit Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Hansjosef Böhles, Kinderklinik mit Poliklinik.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Dietrich Berg für Geburtshilfe und Gynäkologie; Dr. med. habil. Walter Niederer für Innere Medizin; Dr. med. habil. Burghard Schellmann für Rechtsmedizin; Medizinalkurator Dr. rer. nat., Dr. med. habil. Theodor Schmidt für Medizinische Strahlkunde.

### München—Technische Universität

Professor Dr. med. Paul Bernett, Institut für Sporttraumatologie und Poliklinik für Sportverletzungen, wurde bis zunächst 30. September 1982 die Leitung des Sportzentrums übertragen.

Professor Dr. med. Rudolf Hartung, Urologische Klinik und Poliklinik, wurde zum Professor an der Gesamthochschule Essen ernannt.

Professor Dr. med. Hans Lauter, Direktor der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik, wurde für die Dauer von zwei Jahren mit der kommissarischen Wahrnehmung der Aufgaben des Direktors des Klinikums rechts der Isar beauftragt.

Privatdozent Dr. med. habil. Bernd-Josef Klose, Frauenklinik am Kreiskrankenhaus Erding, wurde die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

### Düstere Aussichten für 1982

Wie sich 1982 die Finanzen der Sozialversicherung entwickeln werden, ist derzeit kaum abzuschätzen. Des hängt nicht nur von dem endgültigen Ergebnis der Vermittlungsbemühungen zwischen der Bundestags-Mehrheit von SPD und F.D.P. sowie der Bundesratsmehrheit von CDU und CSU ab; bedeutsamer noch werden die Ergebnisse der nächsten Lohnrunde und die Entwicklung der Arbeitslosenzahlen sein. In dem schwierigen Vermittlungsverfahren geht es um die Frage, ob der Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung entsprechend den Vorschlägen der Bundesregierung von drei auf vier Prozent erhöht und gleichzeitig der Beitragssatz in der Rentenversicherung von 18,5 auf 18 Prozent gesenkt werden soll. Die CDU/CSU stemmt sich zwar gegen die Erhöhung der Sozialabgaben, aber am Ende dürfte sich doch die Koalition durchsetzen.

Die Beitragserhöhung bringt der Nürnberger Bundesanstalt rund sechs Milliarden DM mehr in die Kasse. Entsprechend verringert sich der Bundeszuschuß. Es ist nicht zu sehen, wo diese Milliarden herkommen sollen, wenn es nicht zu dieser Beitragserhöhung in der Arbeitslosenversicherung kommen sollte. Daß eine solche Maßnahme ganz und gar nicht zur wirtschaftlichen Entwicklung paßt, braucht eigentlich nicht erwähnt zu werden. Solange der Gesetzgeber aber nicht bereit ist, in die sozialen Leistungsgesetze einzugreifen, bleibt eben nur die Erhöhung der Abgaben übrig.

An die Lohnrunde wird die Sozialversicherung keine großen Hoffnungen knüpfen dürfen. Der Sachverständigenrat hält Einkommensverbesserungen von allenfalls drei Prozent für vertretbar, wenn in der zweiten Jahreshälfte 1982 die langdauernde Stagnation überwunden werden soll. Er bezeichnet Lohn-erhöhungen, die darauf zielen, die Kaufkraft der Einkommen zu erhalten, als unrealistisch. Diese Auttassung dürfte sich, wenn auch weniger deutlich, im Jahreswirtschaftsbericht der Bundesregierung niederschlagen, der bis Ende Januar vorgelegt werden muß. Jedenfalls erscheint es aus heutiger Sicht wenig wahrscheinlich, daß die Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit so, wie bislang in den Haushalten der Sozialversicherung veranschlagt, steigen werden.

Der Sachverständigenrat schätzt auch die Arbeitslosenzahlen höher als die

Bundesregierung ein. Er rechnet im Jahresdurchschnitt 1982 mit einer Zahl von 1,65 Millionen Arbeitslosen; die Bundesregierung unterstellt ihren Haushaltszahlen eine Zahl von 1,6 Millionen. Dieser Unterschied bedeutet ein zusätzliches Finanzierungsdefizit von rund 700 Millionen DM. Die ungünstige Konjunktur – der Sachverständigenrat rechnet mit einem realen Wachstum von nur 0,5 Prozent – wird nicht nur auf die Lohnerhöhungen, sondern auch auf die Steuer- und Beitragseinnahmen durchschlagen. So zeichnet sich schon heute ein zusätzliches Defizit im Bundeshaushalt von zwei bis drei Milliarden DM ab. Freilich dürfte das wohl erst in einem Nachtragshaushalt berücksichtigt werden. Die Koalition will jetzt ihren Haushaltsentwurf möglichst unverändert Mitte Januar durch den Bundestag bringen.

Die Folgen der ungünstigeren Wirtschaftsentwicklung und der Gesetzgebung zeigen sich am deutlichsten am Beispiel der Rentenversicherung. Die Rentenversicherung wird am Jahresende über Rücklagen in Höhe von etwa 22 Milliarden DM oder 2,3 Monatsausgaben verfügen, obwohl die Einnahmen seit einigen Monaten hinter den Erwartungen zurückbleiben. Die Rentenversicherung gilt zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedenfalls noch als konsolidiert. Ursprünglich bestand sogar die Hoffnung, die Reserven bis Ende 1984, also bis zu der geplanten Reform der Hinterbliebenenversorgung, weiter verstärken zu können. Daraus wird nun nichts.

Im Gegenteil, die Rentenversicherung hat schon wieder um ihre Zahlungsfähigkeit zu fürchten. Im laufenden Jahr ist ihr der Bundeszuschuß um 3,5 Milliarden DM gekürzt worden. 1982 und 1983 wird der Beitragssatz um einen halben Prozentpunkt zurückgenommen, um Spielraum für die Erhöhung der Beiträge in der Arbeitslosenversicherung zu schaffen. Dies bedeutet den Ausfall von Beitragseinnahmen von etwa sieben Milliarden DM. Berücksichtigt man die in den Haushaltssanierungsgesetzen vorgesehenen Gesetzesänderungen, die sich teilweise auch auf die Rentenfinanzen auswirken, so ergibt sich, daß von 1982 an die Rücklagen wieder schrumpfen werden und 1985 nur noch 1,1 Monatsausgaben entsprechen. Das ist die gesetzlich vorgeschriebene Mindestreserve. Die Wirklichkeit sieht aber noch trister aus, da nur die Hälfte dieser Rücklage überhaupt liquidisierbar ist.

Diese Zahlen beruhen jedoch auf der Annahme, daß die Bruttolöhne jährlich im Durchschnitt um 5,5 Prozent steigen und die Arbeitslosenzahlen deutlich niedriger liegen, als heute erwartet werden muß. Schätzt man die künftige Entwicklung realistisch ein, so führt kein Weg an der Erkenntnis vorbei, daß die Rentenversicherung schon 1983 wieder in finanzielle Schwierigkeiten geraten kann. Dies wäre dann nicht nur der schlechten Konjunktur, sondern auch der Politik des ständigen Hin- und Herschiebens von Finanzmassen zwischen den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung und dem Bundeshaushalt anzulasten.

Eine gewisse Entlastung hat es bei den Plänen zur Reform der Hinterbliebenenversorgung gegeben. Die umfangreichen statistischen Erhebungen der Rentenversicherungsträger zeigen, daß die Pläne zur Einführung einer Teilhaber-Rente, bei der der überlebende Ehegatte 70 Prozent der zusammengerechneten Anwartschaften beider Ehepartner, bei Garantie der Anwartschaften aus eigener Beitragsleistung, erhalte, bis zum Jahre 2000 lediglich eine Beitragserhöhung um 0,3 Prozentpunkte erfordern würde. Insofern läßt sich sagen, daß diese Reform finanzierbar ist. Dabei wird allerdings leicht übersehen, daß die übrigen damit verbundenen Reformpläne in dieser Rechnung nicht berücksichtigt sind. Dabei geht es um so kostspielige Unternehmen wie die Anrechnung beitragsloser Erziehungsjahre für Frauen, die Verbesserung der Renten nach Mindesteinkommen und die Einführung einer bedarfsorientierten Mindestrente. Die Sozialpolitiker möchten dafür den Bund zahlen lassen. Aber wo bekommt dieser das Geld her?

Der Gesetzgeber hat inzwischen auch das Rentenanpassungsgesetz 1982 verabschiedet. Damit werden nicht nur alle Renten um 5,76 Prozent erhöht; neu geordnet wird von 1983 an auch die Rentnerkrankensversicherung. Im Kern geht es weniger darum, die bisherige pauschale Beitragsleistung der Rentenversicherung in die Krankenversicherung durch eine individuelle Beitragszahlung abzulösen; vielmehr sollen zusätzliche Alterselinkommen beitragspflichtig werden. Das betrifft nicht nur die zusätzlichen Versorgungsleistungen der öffentlichen Hand und der Betriebe, sondern auch die Leistungen der berufsständischen Versorgungswerke. Wie immer man diese Reform auch zu bewerten vermag, sie trägt im Ergebnis zu einer Nivellierung der Alterseinkommen bei. Dies war auch die Folge der Abwertung der Ausbildungs-Ausfallzeiten durch das 20. Rentenanpassungsgesetz, das inzwischen vom Bundesverfassungsgericht in einer umstrittenen Entscheidung als verfassungsgemäß anerkannt worden ist. Danach sind Rentenanwartschaften praktisch ungeschützt. Der Gesetzgeber dürfte dies zur weitergehenden Nivellierung der Renten nutzen. bonn-mot

### 25. Internationaler Kongreß der Schriftstellerärzte

vom 24. bis 29. September 1981 in Niederbronn-Les Bains/Frankreich

Der Leser des nachfolgenden Berichtes wird eine gewisse Enttäuschung und daraus entspringend eine leichte Verärgerung unseres Confrères Rottler spüren. Diese ist verständlich. Wenn man sich so engagiert einsetzt und so viel Zeit und Geld in eine gute Sache steckt, so will man auch einen Erfolg vor allem darin sehen, daß die mühsam vorbereiteten Veranstaltungen auch gut besucht werden. Und die Teilnahme war trotz der günstigen Lage des Tagungsortes schlecht. Dies mag verschiedene Gründe gehabt haben, berufliche und altersmäßig bedingte. Die Besucherzahlen der UMEM-Tagungen bewegten sich immer in unteren Zahlen. In Abano 1970, als der BDSÄ erstmals als offizielle Gruppe auftrat, waren wir unter den 85 Schriftstellerärzten aus aller Welt nur 11 Deutsche, im eigenen Land in Regensburg 1972 bei 38 Gesamtteilnehmern auch nurmäßige 21, jeweils von den Zaungästen abgesehen. Die Teilnehmerzahlen waren nie groß, was auch wohl mit der stark ausgeprägten Individualität unseres ärztlichen Berufs zusammenhängen mag. Man sollte also dieses Problem nicht überbewerten, jedenfalls nicht zur Grundlage einer Resignation machen.

Anders ist es jedoch mit der schlechten Zahlungsmoral einzelner Gruppen und für die damit verbundene Gefährdung des Erscheinens der

von Confrère Rottler so verdienstvoll herausgegebenen „Musa medica“, deren Tod wäre wohl auch ein solcher der UMEM.

Der „Äskulap und Pegasus“ gratuliert Frau Leonore Rottler herzlich zur Ehrenmitgliedschaft der UMEM. Dies ist eine hohe Ehre. Sie ist verdient. Frau Rottler hat von Anfang an ihren Mann bei seiner Arbeit als Generalsekretär der UMEM tatkräftig unterstützt und sich um diese verdient gemacht. Unser Glückwunsch für die gleiche Ehrung gilt auch Madame Merry Noël, die — ebenso wie ihr verstorbener Mann — uns deutschen Schriftstellerärzten immer freundschaftlich verbunden war.

Wo der nächste UMEM-Kongreß stattfinden wird, in Ungarn, Polen oder Spanien, was wohl am günstigsten wäre, ist noch nicht entschieden. Es wäre zu wünschen, wenn dann mehr als fünf Consoeurs und Confrères daran teilnehmen würden. Es ist dringend notwendig, diese Weltorganisation zu unterstützen.

*Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen*

Wir bringen jetzt den Bericht von Confrère Rottler:

Als es hieß, die Schriftstellerärzte aus aller Welt treffen sich in Nieder-

bronn, ging ein Aufschrei begeisterter Geschichtskundiger aus dem „Reich“ durch die Reihen der bundesverbundenen schreibenden Ärzte. Immerhin hatten sich Maria Bednara, kurzfristig Jebens, die Ehepaare Rottler und Schnellen und Valentin-Schenkel eingefunden. Aber auch die Angehörigen des Gastlandes hatten die Repräsentanz ihres Landes auf zwölf Schultern verteilt. — Fast haben uns die Holländer an Zahl übertroffen. — Dazu fügen sich ein paar Belgier, Patrioten aus Polen, zwei treue Ungarn, drei Paare Griechen (ohne drei vorzeitig erkrankte Russen).

Die ausgezeichnete Organisation lag in den Händen von Bernard Schmitt, der — wie so häufig — auch als vielsprachiger Dolmetscher und Stegreifübersetzer immer wieder Beifall erhielt, neben der unermüdlischen Merry Noël und der reizenden Vertreterin von C.G.A. Voyages Auteuil.

Donnerstag, 24. September 1981:  
Eintreffen, Begrüßung

Freitag, 25. September 1981:

Auf der Einladungskarte hieß es, der Bürgermeister von Straßburg fühle sich geehrt, wenn wir seine Einladung zu einem Empfang im Rathaus annähmen. Aber Monsieur Pflimlin ließ sich vertreten, wohl ersichtlich wegen der geringen Anzahl der Kongressisten.

Im alten Zollhaus, à la Vieille Douane, einem schön wiederaufgebauten Wirtshaus begann „une visite guidée de Strasbourg“, auf deutsch Sightseeing. — Abends schloß sich an: Spectacle de Son et Lumière à la Cathédrale

**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: Malun 25 kann bei höherer Dosierung in Ausnahmefällen zu Zyklusstörungen oder erneutem Auftreten von Blutungen nach den Wechseljahren führen. Packungsgröße/Preis: 12 Vaginaltabletten DM 9,10.

TEMLER-WERKE  
MARBURG

Fluor vaginalis



**Malun<sup>®</sup>25**

Ein eigens für unsere Gruppe allein aufgeführtes feierliches Hör- und Schauspiel einzigartiger Gestaltung. Chöre, Sprechrollen, Stimmen von Engeln, Göttern, Teufeln und Menschen dieser und vergangener Zeiten. Mystische Musik und geheimnisvolles Licht, Nachtschatten und überirdische Kreuzesbilder, Ausleuchtungen des weltberühmten gotischen Kirchenbaues auf romanischen Ursprüngen: Kraft, Größe und Innerlichkeit. Wohl niemand von allen Confrères und Consoeurs hat diese Nachtwache nicht bis in die letzte Faser gepackt und ergriffen. Das ging unter die Haut, würde ein moderner Berichterkollaborateur artikulieren.

Arbeitssitzung im „Grand Hotel“ am Samstag, 26. September 1981: Die zwei Hauptthemen des Kongresses:

1. Pilgerfahrt zum Turm von Babel
2. Versehrte
3. Freie Lesungen, Table ronde

Realistisch einige kritische Anmerkungen. Ich glaube nicht, daß wir es uns leisten können, bis wir jene Computer in der Tasche tragen, die sekundenschnell die Sprache des Gesprächspartners in die eigene übersetzen, solange werden wir wohl andere lernen müssen.

Polyglottismus ist nicht jedermann gelegen. Also eine universelle Sprache? Jedenfalls müßte eine solche gelernt werden, denn in der Sprache des Herzens, wie Boissou vorschlug, läßt sich wohl nur ein recht beschränktes Gebiet ausdrücken. Die feinsten Regungen selbstverständlich lassen sich nur in der Muttersprache ausdrücken und selbst diese hat noch Unterteilungen, das Idiom. Und wer sich ganz besonders deutlich, herzlich oder polternd mitteilen will, sagt seine echtsten Gefühle am leichtesten im Dialekt. Gerade heutzutage wird die Mundart allenthalben sehr gepflegt.

Zuletzt werfe ich eine Frage, eine These, oder noch eine Tatsache auf, die ich beobachtet habe:

Wenn schon eine Universalsprache — dann muß sie gelernt werden — wie oben erwähnt — unbedingt. Das betone ich, weil ich die eigenartige Erfahrung gemacht habe, daß leider viele Arztschriftsteller (die intelligentesten unter den Menschen) nur eine Sprache und vielleicht Lateinisch können. Latein, so sehr es

sich uns Ärzten anbietet, erscheint mir doch grammatikalisch zu schwer. Ich bin gegen das häßlich anzuhörende germanische Idiom Englisch. Ich spreche es ganz gut und konnte meine Rede in San Francisco vor 400 englisch-amerikanisch sprechenden Teilnehmern am 5th world congress of poets halten. Ich sprach über die Institution und Ziele der UMEM. Ich bin sehr für Französisch, je l'aime et je peux m'en exprimer. Anche io po parlare un po l'italiano, sogar pa ruski poniemai. — Aber am liebsten rede ich natürlich deutsch, wie Madame Noël französisch und mein Freund Jerzy polnisch.

Was den Vorschlag von Lutowski betrifft, so will ich mitteilen, daß das internationale Schriftstellerprogressiv in Schweden 1981 mit zehn Nationen ausschließlich in Deutsch abgehalten worden ist. Nach allem ist meine Meinung, daß eine überarbeitete internationale „Sprache der Hoffnung“ die beste Zukunft hat. Es sei denn, wir bedienen uns für alle Zeiten der Taubstummenzeichen.

Nach Meinungsforschern steht zur Zeit die deutsche Sprache an dritter Stelle hinter Englisch und Französisch auf dem Stundenplan der internationalen Sprachenschulen.

Es wurde ein Beschluß gefaßt, an die UNESCO die Forderung zu richten, daß an den Schulen eine allgemein verständliche Sprache gelehrt werden solle, an zweiter Stelle hinter der Muttersprache, aber noch vor den bislang allgemein bevorzugten Fremdsprachen.

Sonntag, 27. September 1981, 9 Uhr, Arbeitssitzung mit Diversem:

Pierre Vicard: „Code secret“ — Peter Valentin: „Tanja“, wird von Bernard Schmitt gelesen, da cfr. Valentin in der Nacht nach Straßburg zur Intensivstation gefahren wurde. — Augusta Lampe: „Drei Tanka“.

Ab 11 Uhr sollte das Theaterstück von Rottler: „Ich wollte meinen Nächsten finden“ uraufgeführt werden. Wegen Unterbesetzung der Rollen, besonders aber wegen des Herzinfarktes von Valentin wurde das Stück abgesetzt und an dessen Stelle eine Präsidialsitzung abgehalten. Das Stück soll demnächst in Berching gelesen werden. (Es wurde in der Zwischenzeit dort „uraufgeführt“; vgl. späteren Bericht über

die Tagung in Berching — die Redaktion.)

Alturingeführt, wurde am Samstag die „Table ronde de Poesie“ abgehalten. Es beteiligten sich mit starken Beiträgen: Schnellen, Vicard, Benichon, Bednara, Lemarchal, Bouissou, Schmitt, Rottler und mehrere andere

Drei Omnibusexkursionen führten uns die Schönheit des elsässischen Landes, der Weingärten, wunderbare kleine Örtchen voller Fachwerk, romanischer und gotischer Kirchen vor Augen. In der Gegend um Merkwiler sprudeln viele heiße Quellen und dort auch wurde das erste Erdöl auf der Welt gebohrt; damals verwendete man es für Achsen, Lager und Laufräder. Zahlreiche Störche auf den Dächern weisen auf den Wappenvogel hin und die spitzen Dächer der Kirchtürme haben ein Sprichwort geboren: „Je spitzer, desto hübscher die Mädchen des Dorfes“. Wir durchfahren das unserem Schwarzwald entsprechende Zwillingsgebirge, die Vogesen, und den Urwald bei Hagenau, sahen bedeutende Kulturdenkmäler und ansässige Betriebe, wie Töpfereien und Brennereien.

Wir hörten viel von Geschichte aus französischer Sicht. Ich habe dann nachgelesen und einfach ab 830 gerechnet, denn bis dahin gab es nur ein einziges zusammengefaßtes Frankenreich. Dann war das Elsaß bis 1648 deutsch, von 1681 bis 1870 französisch. Hierauf von 1871 bis 1918 gehörte es dem Deutschen Reich an, ging dann wieder für 21 Jahre in französischen Besitz. Die weiteren 1000 Jahre Zugehörigkeit zum dritten Reich dauerten nur fünf Jahre und jetzt heißt der alte Landstrich der Kaiserherrlichkeiten erneut l'Alsace. Aber es wird dütsch gesprochen, von Colmar bis weit hinter Straßburg, „du wunderschöne Stadt“.

Auch einen farbenfrohen Folkloreabend mit bäuerischen und Erntedank- und Hochzeitstänzen durften wir bewundernd erleben.

Am Montag, 28. September 1981, fand die Mitgliederversammlung, das sogenannte „Assemblée générale“ statt. Die für uns wichtigsten Entscheidungen:

In der Angelegenheit der seit sieben Jahren beitrags säumigen Italiener

wurde beschlossen, für Italien einen Nullzeitpunkt gelten zu lassen, also Totalablaß.

Den nächsten Kongreß will Hankiss in Ungarn organisieren. Auch Polen stünde Gewähr bei Fuß in Zakopane. Rottler schlägt Spanien vor, weil dort 1982 der 6th. world congress of poets stattfindet. Und als letzten Ausweg hat man vorgesehen, an Aschaffenburg einen Tag für einen außerordentlichen UMEM-Kongreß anzuhängen, weil Schmitt einen satzungsändernden Antrag gestellt hat. Die neue Ausgabe 3 der „Musa medica“ fand viel Beifall, und auf Antrag Jebens wurde die Deckung des Defizits von DM 6000,— voll genehmigt. Eine neue Nummer soll entstehen, wenn die Finanzierung gesichert ist.

Ebenfalls auf Jebens Antrag ist seit dem 28. September 1981 Frau Leonora Rottler Ehrenmitglied der UMEM, wie Mme Merry Noëi.

Am Tage unserer Abreise verschied Dr. med. Edmund Schenkel, genannt Peter Valentin, im 72. Lebensjahr.

#### Versehrt

(geschrieben, als der Infarkt bekannt wurde)

Ich bin ein Sperber  
mit eingebrochener Schwinge;  
es blutet durch die Federn.

Nicht nur der Höhenflug  
in Ireie, reine Lülte  
ist mir verwehrt,  
unlähig, Fraß zu fangen.

Ich bin in großer Not.  
Ich werde sterben.

Die Zunge fehlt dem Dichter.  
Ich will, muß sterben,  
weil ich unnützlich bin.

Dr. med. Alfred Rottler, Virchowstraße 7,  
8500 Nürnberg 10

## Kongresse — Allgemeine Fortbildung

### Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzterverbandes

am 30. Januar 1982 in Bischofsmels  
11. Sportärztliches Seminar in Niederbayern

Leitung: Dr. K. Kohler, Deggendorf  
Ort: Hotel „Westlsäge“

Auskunft und Anmeldung:  
Dr. K. Kohler, Krankenhausstraße 4,  
8360 Deggendorf, Telefon (0991) 6620

am 6. Februar 1982 in Penzberg  
Fortbildungsveranstaltung

Leitung: Dr. H. Galli, München  
Thema: Sportmedizin in der täglichen Praxis — Skilanglauf

Auskunft und Anmeldung:  
Dr. H. Galli, Fromundstraße 29, 8000 München 90, Telefon (089) 6922098

am 13./14. März 1982 in Grünwald  
Sportärztliche Ausbildungstagung

Leitung: Dr. P. Lenhart, Dr. H. Pabst, beide München  
Thema: Sportmedizin in Theorie und Praxis

Auskunft:  
Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (089) 649626

vom 14. bis 27. März 1982 in Pontresina/Schweiz  
Fortbildungslehrgang

Leitung: Professor Dr. P. Bernett  
Thema: Lebenslanger Sport aus internistischer und traumatologischer Sicht

Auskunft:  
Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion,  
Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1, Telefon (0611) 1566-1

### Fortbildungsprogramm

der Augenklinik und Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München und der Augenabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Herleching

Donnerstag, 14. Januar 1982

Pharmekologie am Auge: Cortisontherapie — Einführung in die Technik der Fluoreszenzangiographie — Praktische Übungen zum Thema

Donnerstag, 28. Januar 1982

Refraktion: Formen der Anisokonie und ihre Korrektur — Klinische Demonstration

Donnerstag, 4. Februar 1982

Haut und Auge: Dermatosen mit Beteiligung der äußeren Augenabschnitte aus dermatologischer Sicht und ophthalmologischer Sicht — Klinische Demonstration

Donnerstag, 18. Februar 1982

Gutachten: Bescheinigungen für Verkehrsteilnehmer — Das große, sogenannte „Ireie“ Gutachten — Klinische Demonstration

Donnerstag, 25. Februar 1982

Abschlußtest und Besprechung

Beginn: jeweils 16.00 Uhr

Ort: Konferenzraum Nord (Urologische Klinik) des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismeringer Straße 22, München 80

### Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin

vom 28. Februar bis 6. März 1982 in Garmisch-Partenkirchen

Auskunft:

Dr. V. Harth, Helnstraße 9, 8600 Bamberg, Telefon (0951) 26608

**ZUSAMMENSETZUNG Tabletten:** 1 Tablette enthält: Cocculus D4 2,10 mg, Conium D3, Ambra D4, Petroleum D8 ana 30 mg  
**Tropfen:** 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 mg, Conium D3, Ambra D4, Petroleum D8 ana 10 ml  
**Injektionslösung:** 100 ml enthalten: Cocculus D3 0,7 ml, Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1 ml; Meerwasser 32 g, Aqua pro inject. ad 100 ml.  
**DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen:** 3–4 mal täglich 1 Tablette festschlucken bzw. 8–10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Übelkeit mit kalter 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., ec., i.c.  
**DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (incl. MwSt.)**  
Packungen mit 50 Tabletten DM 4,84, mit 250 Tabletten DM 16,09, Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,96, mit 100 ml DM 22,28  
Packungen mit 9 Ampullen zu 1,1 ml DM 9,22, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 15,28 1.82

**Schwindel  
verschiedener Genese  
(besonders arteriosklerotisch bedingter)**

# Vertigoheel®

**Kinetosen (See-, Luft-  
Autkrankheit)**

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

**-Heel**

## Badgastein 1982 — Der Kongreß vor der Haustüre Bayerns:

### Schwere und chronisch verlaufende Krankheiten In der ärztlichen Praxis

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

vom 7. bis 20. März 1982 in Badgastein

Leitung: Professor Dr. Dr. Dr. h. c. H. E. Ehrhardt, Marburg

In Badgastein wer und ist es üblich, den Kongreß unter ein Gesamt- oder Rahmenthema zu stellen, das gleichsam als roter Faden wenigstens für die Hauptreferate, Podiumsgespräche oder Kolloquien dient, die für das tägliche Nachmittagsprogramm bestimmend sind. Das Rahmenthema für 1982 dürfte sich durch besondere Aktualität auszeichnen, obwohl es sich um einen nicht gerade neuen Fragenkomplex handelt.

Auch in Badgastein beherrschen 23 Seminare, die über eine, vereinzelt auch über zwei Wochen laufen, rein quantitativ das Programm. Es haben sich bestimmte Schwerpunkte herausgebildet, also Seminare, die regelmäßig, aber mit stets wechselndem Programm angeboten werden.

#### A. Kongreßeröffnung und Referat zur Einleitung

#### B. Hauptreferate und Podiumsgespräche oder Kolloquien

- I. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
- II. Onkologie
- III. Gastroenterologie
- IV. Psychiatrie
- V. Neurologie und Neurochirurgie
- VI. Rheumatologie
- VII. Nephrologie — Urologie
- VIII. Gynäkologie — Pädiatrie
- IX. Sportmedizin
- X. Plebologie — Proktologie

#### C. Seminare

Kardiologie — Autogenes Training — Angiologie — Sportmedizin — Immunologie in der Praxis — Neuropsychiatrie — Ultraschalldiagnostik — Notfälle in der Medizin — Hämatologie in der Praxis — Sexualmedizin — Nuklearmedizin — Rheumatologie — Kinder- und Jugendpsychiatrie „Familiendynamik und kinderpsychiatrische Erkrankungen“ — Klinisch-chemische Untersuchungen in der Praxis — Ophthalmologie — Psychosomatik und Psychotherapie — Dermatologie und Venerologie — Hals-Nasen-Ohrenheilkunde — Geriatrie — Elektrokardiographie — Endokrinologische Therapie in der Praxis — Arzneimitteltherapie

#### D. Veranstaltungen verschiedener Thematik

Balneologie — Der Problempatient (Fallbesprechung aus der eigenen Praxis, Selbsterfahrungsgruppen nach Balint) — Sportmedizin — Berufspolitik in Österreich — Theologie und Medizin — Quellenführungen — Filme gemäß Sonderprogramm — Einfahrten in den Thermalstollen Badgastein-Böckstein

#### Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 233 bis 235

#### 4. Weiterbildungskurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“

vom 18. bis 23. Januar 1982 in München

Thema: Elektro- und Lichttherapie

Auskunft:

Frau Steiner, Klinik für Physikalische Medizin der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 - 40 71

#### Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth

##### 10. Februar 1982

Diagnostik und Therapie von Gefäßkrankungen  
Privatdozent Dr. Raitheil Erlangen  
Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

##### 3. März 1982

Der Suchtkranke und seine Behandlung heute  
Dr. Benos, Hochstadt  
Ort: Stadthalle, Bayreuth

##### 24. März 1982

Die Wirkung herzwirksamer Pharmaka auf zellulärer Ebene, dargestellt am Beispiel von Antiarrhythmika  
Professor Dr. Nawrath, Mainz  
Ort: Stadthalle, Bayreuth

##### 21. April 1982

Cortisone in Klinik und Praxis  
Professor Dr. Kaiser, Augsburg  
Ort: Stadthalle, Bayreuth

##### 12. Mai 1982

Therapie mit Beta-Blockern  
Privatdozent Dr. Borchard, Düsseldorf  
Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

##### 19. Mai 1982

Neue Lebendimpfstoffe — Aktuelle Impfungen  
Professor Dr. Stehr, Erlangen  
Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

##### 9. Juni 1982

Diagnose und Therapie der Nephritis  
Professor Dr. Schulz, Bemberg  
Ort: Stadthalle, Bayreuth

##### 30. Juni 1982

Ärzte und Theologen — Heil und Heilung  
Pfarrer Ries, Neuendettelsau  
Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

##### 14. Juli 1982

Wirtschaftliche Ordnungswesen und Regresse  
Rechtsanwalt Wartenzenleben, Stollberg-Aachen  
Ort: Stadthalle, Bayreuth

Auskunft:

Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Hohe Warte 8, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 28 02 22

### Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

13. Februar 1982

8. Mai 1982

3. Juli 1982

18. September 1982

20. November 1982

im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.00 Uhr — Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 788, Frau Klockow, zu richten bis 5. Februar, 30. April, 25. Juni, 10. September und 12. November 1982.

Die Teilnehmergebühr ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

**Fortbildung für Augenärzte**  
am 13. Januar 1982 in Erlangen

Referat: Erkrankungen der Konjunktiva und Sklera I: Konjunktivitis und Skleritis – Kurzdemonstration – Diskussion  
Zeit und Ort: 18 Uhr c. t. – Großer Hörsaal des Kopfkrankenhauses, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft:  
Sekretariat der Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-4362

**Fortbildungsveranstaltung für Technische Assistenten in der Medizin – Fachrichtung Labor**  
am 30. Januar 1982 in München

Leitung: Professor Dr. F. Delnhardt, München  
Beginn: 9.30 Uhr – Ende: 14.45 Uhr  
Ort: Max-v.-Pettenkofer-Institut der Universität München, Pettenkoferstraße 9 a, München 2

Auskunft und Anmeldung:  
Frau M. Schmidt, Glötzleweg 9 a, 8000 München 71

**Kolloquium des Institutes und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München**  
gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Landesverband Südbayern

Donnerstag, 18. Februar 1982  
Thema: Kadmlum (Professor Dr. W. Forth, Vorstand des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität München) – Diskussion  
Zeit und Ort: 18.15 Uhr – Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II, Zimmer 251, München 2

**16. HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen**

am 13./14. Februar 1982 in Erlangen  
Thema: Die tastbaren Halstumoren – Halbtägige praktische Kurse – Teilnahme an klinischen Visiten  
Kursgebühr: DM 50,-

Auskunft:  
Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Sekretariat Frau Sippel, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3141

**Veranstaltungen der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen**

am 20. Februar 1982 in Erlangen  
Symposium „Endoskopische Prothetik“  
Leitung: Professor Dr. L. Demling, Erlangen

am 26./27. Februar 1982 in Erlangen  
15. Erlanger Fortbildungstage in Praktischer Medizin  
Leitung: Professor Dr. L. Demling, Dr. K. Bachmann, beide Erlangen

22. bis 25. März 1982 in Erlangen  
27. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschall Diagnostik für Anfänger  
Leitung: Privatdozent Dr. J. F. Riemann, Privatdozent Dr. H. Lutz, Privatdozent Dr. G. Lux, alle Erlangen

am 26./27. März 1982 in Erlangen  
Symposium „Therapie postoperativer Störungen des Gastrointestinaltraktes“  
Leitung: Professor Dr. L. Demling, Erlangen  
Auskunft und Anmeldung:  
Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3374

**III. Fürther medizinischer Fortbildungstag**

am 27. Februar 1982 in Fürth  
Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband Fürth gemeinsam mit der II. Medizinischen Klinik des Stadtkrankenhauses Fürth  
Leitung: Professor Dr. O. Stadelmann Fürth  
Themen: Hepatitis – Diabetes mellitus  
Beginn: 8.30 Uhr – Ende: 13.00 Uhr  
Ort: Stadttheater, Fürth  
Auskunft:  
Ärztlicher Kreisverband Fürth, Henri-Dunant-Straße 11, 8510 Fürth, Telefon (0911) 771980

**4. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung**

vom 7. bis 13. März  
In Bad Kleinkirchheim  
Veranstalter: Berufsverband Deutscher Internisten e. V. (BDI), Wiesbaden, in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Kärnten  
Leitung: Dr. H.-J. Frank-Schmidt, Ludwigshafen, Professor Dr. J. Stockhausen, Köln  
Themen (zumeist in Seminarform): Kardiologie – Echokardiographie – Angiologie – Gastroenterologie – Hepatologie – Onkologie – Rheumatologie – Geriatrie – Angst und Depression – Forum: „Diabetes“ – Röntgenologie – Antikoagulation/Aggregationshemmer – Autogenes Training – Gastroskopie – Sonographie – Sigmoidoskopie – Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik – Medizinwissenschaftliches Filmprogramm  
Auskunft und Anmeldung:  
Kongreßabteilung des Berufsverbandes Deutscher Internisten, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden, Telefon (06121) 306028

# Schnupfen • Husten • Infekte

## Sinuselect® gegen Rhinitis, Sinuitis

**Indikationen:** Sinusitis, Pansinusitis, Rhinitis, Nebenhöhlenentzündungen, Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Keifer- und Stirnhöhlenkatarrhe und bei fieberhaften Infekten.  
**Kontraindikationen:** Nicht bekannt.  
**Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Cinnabaris D<sub>3</sub> 15 g, Carbo vegetabilis D<sub>3</sub> 10 g, Silicea D<sub>3</sub> 10 g, Mercur solub D<sub>3</sub> 15 g, Hydrastis D<sub>3</sub> 10 g, Kalium bichromic. Q<sub>1</sub> 15 g, Thuja D<sub>3</sub> 15 g, Calc. sulfuric. Q<sub>1</sub> 10 g.  
**Dosierung:** 3–5 mal täglich 10–15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.  
**Packungen und Preise:** Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, 100 ml DM 17,30. Klinikpackungen.

## Capval® Depot-Antitussikum

**Indikationen:** Akute und chronische Atemwegserkrankungen, die hustenreizfördernde Wirkung erfordern.  
Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichtes Asthma bronchiale, Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeartigen Infekten.  
**Hinweis:** Keine Südtal- und keine Obertalpele.  
**Kontraindikationen:** Nicht bekannt.  
**Zusammensetzung:** Saft = 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg, Tropfen = 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,8 g, Camphora ad 100 ml.  
**Dosierung:** = 1 Droge enthält: Noscapin-Rosin entspr. 25 mg Noscapin.  
**Dosierung:** Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren:  
Saft: 3–4 mal täglich 1 Teel. bis Eßlöffel.  
Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.  
**Dosierung:** Mehrmals täglich 1–2 Drogelein.  
**Dosierung:** Dosierungsanleitung für Kinder (2 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monate) bitte Packungsbeilage einsehen!  
**Handelsnamen und Preise:**  
Saft: OP m. 100 ml DM 7,85 OP m. 250 Stück DM 41,15  
Tropfen: OP m. 30 ml DM 7,85 OP m. 250 Stück DM 41,15  
Klinikpackungen.

## Toxiselect® zur körpereigenen Abwehr akuter und chronischer Infekte

**Indikationen:** Erkältungskrankheiten in den verschiedensten Formen. Grippeinfekte, insbesondere bei begleitenden Schleimhautkatarrhen. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden. Einige Infektionen jeder Genese, auch zur Prophylaxe bei anfälligen Patienten und bei Rezidiven.  
**Kontraindikationen:** Nicht bekannt.  
**Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Echinaceae purp. s. angust. 40 g, Bryonia D<sub>3</sub> 30 g, Apis mellific. D<sub>3</sub> 10 g, Lachesis D<sub>3</sub> 20 g, Sulfur D<sub>3</sub> 10 g.  
**Dosierung:** Am ersten Tag 3–4 mal täglich 20–30 Tropfen, dann 3 mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen!  
**Packungen und Preise:** Tropfflasche zu 30 ml DM 6,50, 100 ml DM 17,30. Klinikpackungen.

# Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

**Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16,  
8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288**

## Echokardiographie

**Einführungs- und Fortbildungsseminar  
in M-Mode-Echokardiographie  
am 6./7. März 1982 in Bernried**

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern  
Direktor: Dr. H. Hofmann

Beginn: Samstag, 6. März 1982, 9.00 Uhr  
— Ende: 17.45 Uhr — Beginn: Sonntag,  
7. März 1982, 9.30 Uhr — Ende: 12.30 Uhr

1. Wochenendtagung mit Fachvorträgen  
und Demonstrationen

Teilnehmergebühr: DM 90,—

Vorkündigung:

Grund- und Aufbaukurs (Dauer eine  
Woche) für Interessenten möglich

Leitung: Dr. A. Schinz

Teilnehmergebühr: DM 500,—

Auskunft und Anmeldung:

Dr. A. Schinz, Klinik Höhenried, 8139  
Bernried, Telefon (081 58) 2 41

## Ergometrie

**Ergometrie-Wochenende am 15./16. Mai  
und am 16./17. Oktober 1982 in Bernried**

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern

Direktor: Dr. H. Hofmann

Das Programm umfaßt praktische Übungen  
sowie Referate über die theoretischen  
Grundlagen der ergometrischen  
Belastungsprüfungen und ihre heutige  
Bedeutung in Klinik und Praxis

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried,  
8139 Bernried, Telefon (0 81 58)  
24-210 oder 24-209

## Elektrokardiographie

**Fortgeschrittenen-Kurs  
am 16./17. April 1982 in Schwarzenbruck**

Rummelsberger Anstalten der Inneren  
Mission, Krankenhaus Rummelsberg,  
Leurentiushaus, Schwarzenbruck

Leitung: Oberarzt Dr. Werning

Beginn: Freitag, 9.00 Uhr — Ende: Samstag  
17.30 Uhr

Ort: Hörsaal der Orthopädischen Klinik,  
Wichernhaus des Rummelsberger  
Krankenhauses, 8501 Schwarzenbruck

Teilnehmergebühr: DM 80,— (einschließlich  
Mittag- und Abendessen)

Übernachtungsmöglichkeit im Hause

Letzter Anmeldetermin: 22. März 1982  
(Posteingang)

Voranzeige:

Einführungskurs am 29./30. Oktober 1982

## Innere Medizin

**Internationales Symposium „Therapie  
postoperativer Störungen des Gastrointestinaltraktes“  
am 26./27. März 1982 in Erlangen**

Leitung: Professor Dr. L. Demling —  
Privatdozent Dr. G. Lux — Professor Dr. W.  
Domschke

Medizinische Klinik und Poliklinik der  
Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Direktor: Professor Dr. L. Demling

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 18.00 Uhr

Themen: Akute Störungen nach Eingriffen  
am oberen und unteren Magen-Darm-Trakt — Möglichkeiten gastrointestinaler Pharmakotherapie — Ösophagus: Divertikelabtragung — Palliative Prothetik — Magen-Vagotomie: Rezidivulcus — Duodenogastrischer Reflux — Endoskopische Diagnostik — Konservative und operative Therapie — Magenresektionen: Dumping-Syndrom — Mangelzustände — „Umwandlungsresektionen“ — „Totale“ Gastrektomie — Magencarcinom — Dünndarm — Dickdarm: Short Bowel-Syndrom — Bypass-Operationen — Bakterielle Störungen — Adhäsionsileus — Ileotomie und Kolostomie — Stompepflege — Morbus Crohn — Kolonkarzinom — Inkontinenz — Begutachtung nach operativen Eingriffen am Gastrointestinaltrakt — Rundtischgespräch

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-33 74

## März bis Oktober 1982

6./7. März

Echokardiographie, Bernried

19./20. März

Sonographie, München

19. bis 21. März

Neurologie und Psychiatrie,  
Erlangen

26./27. März

Innere Medizin, Erlangen

16./17. April

Elektrokardiographie, Schwarzenbruck

14./15. Mai

Sonographie, München

15./16. Mai

Ergometrie, Bernried

16. bis 18. September

Sonographie, München

16./17. Oktober

Ergometrie, Bernried

## Nervenheilkunde

**10. Fortbildungsveranstaltung für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete  
vom 19. bis 21. März 1982 in Erlangen**

Nervenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Kommissarischer Direktor: Professor Dr. H. Daun

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 18.30 bzw. 13.00 Uhr

Themen: Schizophrenie, Verläufe und Therapie — Interne Erkrankungen und Nervensystem — Alkoholismus

Ort: Großer Saal der Stadthalle im Kongreßzentrum, Rathausplatz 1, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Nervenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Frau K. Paschke, Schwabeanlage 6 und 10, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-45 63 und 85-45 64

## Sonographie

**Einführungs- und Fortbildungskurs  
am 19./20. März 1982 in München  
und**

**1. Seminar für Sonographie — Aufbaukurs**

(Abdominelle Organe) bestehend aus zwei Teilen:

**Teil I am 14./15. Mai 1982 und Teil II vom 16. bis 18. September 1982 in München**

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann  
Stiftsklinik Augustinum, Stiftsbogen 74,  
München 70

Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Teilnehmergebühr jeweils DM 80,—

Letzter Anmeldetermin: Kurs: 9. März 1982 (Posteingang) — Seminar: 4. Mai 1982 (Posteingang)

Begrenzte Teilnehmerzahl

# 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 Mühfbeerstraße 16, 8000 München 80, telefonisch unter (0 89) 41 47-267 — Frau Urben / Frau Krönauer

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

### Anlage '82: Gewiß — nur die Ungewißheit

In den über drei Jahrzehnten meiner wirtschaftsjournalistischen Praxis habe ich bei meinen Lesern, Hörern und Gesprächspartnern noch niemals eine so tiefgreifende, verzweifte Unsicherheit verspürt wie in den letzten Monaten, wenn es um die simple Frage geht: wie lege ich mein Geld zurück?

Das Problem liegt ja nicht etwa in einer Vermögensbildung für kommende Geschlechter. Wenn jemand hämisch jenen überholten Begriff des Reichtums aus der Mottenkiste holt, beweist er doch nur, daß er eigentlich selbst eben in jenen Aufbewahrungsort unmodern gewordener Requisiten gehört.

Jedermann geht es heute ganz simple um ein auskömmliches Alter. Dafür muß in einer Zeit der Geldentwertung aus versteuertem Einkommen soviel zurückgelegt werden, daß nach der Besteuerung der Erträge real möglichst noch etwas übrigbleibt.

Das ist schon ein Kunststück, das kaum gelingt. Aber eines späteren Tages müssen die Ansprüche ja so hoch outgetürmt sein, daß die Altersbezüge ausreichen, auch die jährliche Inflationsrate noch zu kompensieren.

Das heißt, je 1000 DM Anfangsvorsorge müssen kontinuierlich wachsend bei fünf Prozent Kaufkraftschwund pro Jahr nach sechs Jahren 1340 DM und nach zwölf Jahren 1796 DM zur Verfügung stehen, um den Lebensstandard des ersten Ruhestandsjahres aufrecht erhalten zu können.

Das gelingt inzwischen nur noch den Beamten. Selbst die als so sicher gepriesene gesetzliche Rentenversicherung hat ihren Glanz verloren. Die hochgelobte versicherungsrechtliche Lösung zur großen Rentenreform 1957 ist längst aufgehoben. Das Bundesverfassungsgericht hat ernüchternd festgestellt, daß Renten je nach aktueller Notwendigkeit verändert werden könnten, und daß selbst diese Veränderungen nicht gleichmäßig vorgenommen werden müssen. Das heißt, oben darf gekürzt, unten darf outgestockt werden, wie die Finanzlage es gerade befiehlt.

Die Rekord-Staatsverschuldung setzt inzwischen jeden Zweifel in Geldwertanlagen, die über DM lauten. Der Bund sei kei-

ne erste Schuldneradresse mehr, gab Ex-NRW-Landesminister Gerhard Kienbaum, Präsident der Deutschen Schutzgemeinschaft für Wertpapierbesitz, erst kürzlich zu bedenken. Umwerfend einfach und überzeugend ist sein Rezept, dem Bund das Schuldenmachen zu verunmöglichen: Wenn niemand mehr Anleihen kauft, wird er zu einer radikalen Änderung seiner Finanzpolitik gezwungen.

Zum Inflationsausgleich taugen höchstens festverzinsliche Wertpapiere während eines Hochzinsniveaus. Zwölf Prozent Ertrag minus fünfzig Prozent Einkommensteuer minus Geldwertschwundrate von sechs Prozent ergibt Null. Dabei ist die kaufkraftverlustbedingte Minderung der Substanz noch nicht einmal berücksichtigt.

Die Suche nach Geborgenheit in dem Sachwertanteil Aktie hat euch getrogen, denn zur Inflationskompensation müßten die Kurse um die Geldwertschwundrate ansteigen. Dann bliebe selbst nach Abzug der Steuer noch etwas von der Dividende übrig.

Die Mietgesetzgebung bremst die Erträge aus Wohnhäusern häutig so stark, daß sie bestentalis noch zur Finanzierung der Bewirtschaftung und Instandsetzung eusreichen. Die Sachwerte Edelmetalle und Edelsteine haben in letzter Zeit schwer enttäuscht, zumal sie keine laufenden Renditen abwerten. Und es ist heiße Spekulation anzunehmen, daß die Staatsschulden eines Tages zu einer dreistelligen Senkung des DM-Wertes im Inland zwingend werden und man wenigstens mit unangemeideten Sachwerten hell über die Runde kommt.

Bombensicher, übrigens auch im wahren Sinne des Wortes, sind Auslandsanlagen schließlich ebensowenig. Wenn sich der Wechselkurs jener Währungen im Verhältnis zur DM nämlich gerade in der Zeit stark verschlechtert hat, wenn man sein Geld zurückbekommen will, ist auch eine solche Anlage mit Verlust verbunden.

Keine rosigen Zeiten. Der Versuch eines Auswegs: die vernünftige Mischung von Anlagen nach den eigenen Voraussetzungen und Erwartungen und schnelle Reaktionen auf Marktveränderungen.

Viel Glück.

Horst Beloch

### Über den Tellerrand

*Überstanden die obligat erscheinenden Worte zum Jahreswechsel. Nur wenige wiesen wirklich in die Zukunft und somit über die nächsten 365 Tage hinaus.*

*Darauf aber kommt es für jeden Arzt in dieser Zeit an: Die sozialpolitischen Anfechtungen des Alltags entschieden abzuwehren, ohne sich dadurch kräfteverzehrend in Konflikte verwickeln zu lassen. Die Energie zum Blick über den Tellerrand muß erhalten bleiben.*

*Über den Tellerrand, d. h., die Grundsatz-Bestrebungen der Sozialpolitik auf das Jahr 1984 zu kritisch zu verfolgen, soweit Einzelheiten darüber überhaupt durch die ideologie-isolierten Wände der Strukturwandelaktivisten dringen.*

*Allein mit solchen möglichen Reaktionen darf der Arzt es nicht bewenden lassen. Ich wähle bewußt die Einzahl. So soll der einzelne Arzt erkennen, daß ohne seinen persönlichen Einsatz gegen abträgliche Entwicklungen, die ihn wiederum ganz persönlich benechtigen würden, den entsprechenden Anstrengungen der Standsvertretung nur ein mäßiger Erfolg sicher sein könnte.*

*Der Patient ist es, der die Leiden und unzumutbaren Unzuträglichkeiten nicht zu erkennen vermag, die nach allen Erfahrungen mit staatlichen Gesundheitsdiensten im Westen wie im Osten er zu betürchten hat. Was immer der Arzt darüber erfährt, hat er ihm weiterzugeben. Das ist die wirksamste Immunisierung gegen die segenverheißende kollektivierte Medizin auf Zustände hin, wie sie dem deutschen Patienten noch niemals zugemutet wurden.*

*Wer den Frieden für seine Patienten will, braucht ihre Unterstützung in der Auseinandersetzung mit selbsternannten Gesundheitssystem-Funktionären, die selbst kraft ihrer Bezüge freilich niemals den Unbillen eines Staats-Gesundheitsdienstes ausgesetzt wären.* Prosper

### Kurz über Geld

UM 30000 DM REICHER in fünf Wochen für 150 DM Einsatz verspricht ein neues Schneeballsystem aus Österreich. Resultat: Um 150 DM Verlust klüger.

HAFTPFLICHTVERTRÄGE neu ordnen, weil bis Mitte '81 abgeschlossene Vereinbarungen noch einschränken, daß Schäden unter engen Verwandten nicht reguliert werden. Jene Verwandtenklause ist jetzt weggetalien.

PFANDBRIEFE STATT ANLEIHEN kaufen, verhindert, daß man eis Sperer den überschuldeten Staat weiterfinanziert.

# Selektiv tremorwirksam bei allen extrapyramidalen Tremorformen



## Tremarit®

WANDER PHARMA GMBH · 8500 Nürnberg

Tremarit® Wandler 5 mg  
Tremarit® Wandler 15 mg

#### Zusammensetzung

1 Tablette Tremarit® Wandler 5 mg enthält: 5 mg Metixenhydrochlorid, 1 Tablette (Mantel-Kerntablette) Tremarit® Wandler 15 mg enthält 15 mg Metixenhydrochlorid.

#### Anwendungsgebiete

Parkinsonsyndrom jeglicher Genese (idiopathischer, postencephalitischer, arteriosklerotischer Parkinsonismus, Neuroleptika-Parkinsonoid, Restsymptome nach stereotaktischen Operationen), Isolierte extrapyramidale Tremorformen, essentieller und Alters-(seniler)Tremor.

#### Gegenanzeigen

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Resiharbildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Myasthenia gravis. Tierexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise für eine keim-schädigende Wirkung von Tremarit Wandler. Die Anwendung sollte jedoch in der Frühschwangerschaft nur unter sorgfältiger Risikoabwägung erfolgen.

#### Nebenwirkungen

Die Verträglichkeit von Tremarit Wandler ist im allgemeinen gut. Bei höherer Dosierung können gelegentlich Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion, Hautrötung, Schwindel, Akkomodationsstörungen, Pupillenerweiterung,

Tachykardie, Verstopfung und Harnverhalten auftreten. Übelkeit und Erbrechen sind selten. Durch vorsichtige einschleichende Dosierung können diese Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden.

#### Weitere Angaben zu Tremarit® Wandler:

##### Dosierung und Anwendungsweise

Die Dosierung von Tremarit Wandler wird individuell vorgenommen. Im allgemeinen gelten folgende Richtlinien:  
Bei den verschiedenen Formen des Parkinsonsyndroms wird mit Einzeldosen von 1/2 Tablette (5 mg) 3- bis 4mal über den Tag verteilt begonnen. Steigerung im Laufe der nächsten 4 bis 6 Wochen auf die optimal wirksame zwischen 15 bis 30 (bis 60) mg liegende Tagesdosis. Dauertherapie zweckmäßig unter Verwendung von Tremarit® Wandler 15 mg Tabletten. Während einer kombinierten Therapie mit L-Dopa oder Amantadin kann die Tagesdosis von Tremarit Wandler im allgemeinen unverändert bleiben. Die Tagesdosis von L-Dopa und Amantadin kann häufig um 1/4 bis 1/3 herabgesetzt werden. Beim essentiellen und Alters- (senilen) Tremor wird die optimal wirksame zwischen 10 bis 20 (bis 30) mg liegende Tagesdosis ebenfalls in Wochenabschnitten ermittelt. Dauertherapie nach teilweiser oder vollständiger Umstellung auf Tremarit® Wandler 15 mg Tabletten.

##### Wechselwirkungen mit anderen Mitteln

Amantadin, Chinidin und trizyklische Antidepressiva können die anticholinerge Wirkung von Tremarit verstärken.

#### Besondere Hinweise

Wegen des gelegentlich zu Beginn der Behandlung auftretenden leichten Schwindels und Anpassungsstörungen des Auges ist eine mögliche Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und bei Präzisionsarbeit zu beachten. Antidot: Neostigmin, 0,5 - 2,5 mg, ist intramuskulär oder langsam intravenös zu injizieren, kann gegebenenfalls wiederholt werden.

#### Hendeleformen

Tabletten 5 mg:	
Originalpackungen zu 50 und 100 Stück	DM 19,32 und DM 33,76
Anstaltspackungen	
Tabletten 15 mg:	
Originalpackung zu 50 Stück	DM 47,12
Anstaltspackungen	

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Dezember 1981

WANDER

**Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Oktober 1981\***  
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Salmonellose wurden im Oktober fest ebenso häufig bekannt wie im September, und zwar 92 je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Damit war die Salmonellose-Inzidenz wiederum, wie bereits seit August, niedriger als im Vorjahr zur gleichen Jahreszeit.

Häufiger als im Vormonat wurden im Oktober Erkrankungen an Virushepatitis gemeldet. Die Erkrankungsziffer stieg von 18 auf 35 je 100 000 Einwohner. Dabei nahm vor allem die Inzidenz an Hepatitis A zu, nämlich von 7 auf 19. Die Inzidenz an Hepatitis B erhöhte sich von 7 auf 11 sowie die an nicht bestimmbar

und übrigen Formen von 4 auf 5 Fälle je 100 000 Einwohner.

Die Erkrankungshäufigkeit an Meningitis/Enzephalitis ging im Oktober weiter zurück, nämlich von 14 Fällen im September auf 9 je 100 000 Einwohner.

**Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. September bis 1. November 1981 (vorläufiges Ergebnis)**

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen <sup>1)</sup>		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimmbar 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	1	7	—	11	1	4	—	324	—	212	—	75	—	31	—	18	—
Niederbayern	4	—	3	—	—	—	3	1	131	1	2	—	7	—	10	—	5	—
Oberpfalz	2	—	1	—	—	—	4	—	88	—	4	—	12	—	12	—	8	—
Oberfranken	2	—	2	—	4	—	5	—	56	1	4	—	11	—	10	2	4	—
Mittelfranken	—	—	5	1	—	—	2	—	163	—	21	—	39	—	23	1	6	—
Unterfranken	4	—	3	—	—	—	6	—	118	—	20	—	15	—	11	—	6	—
Schwaben	4	—	2	—	3	—	2	—	83	—	25	—	45	—	16	—	2	—
Bayern	23	1	23	1	18	1	26	1	963	2	288	—	204	—	113	3	49	—
Vormonat	20	—	40	2	27	—	30	—	780	3	35	—	58	—	62	—	30	2
München	1	—	3	—	5	1	—	—	116	—	1	—	30	—	14	—	9	—
Nürnberg	—	—	3	—	—	—	—	—	38	—	1	—	18	—	10	1	2	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	1	—	15	—	—	—	9	—	4	—	1	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	20	—	3	—	—	—	—	—	1	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	1	—	7	—	—	—	3	—	4	—	2	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	20	—	2	—	3	—	2	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellenruhr		Malaria		Ornithose		Botulismus		Brucellose		Angeb. Toxoplasmose		Trachom		Gesbrend		Tollwutverdacht <sup>2)</sup>
	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		
Oberbayern	11	—	2	—	48	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	48
Niederbayern	1	1	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Oberpfalz	—	—	—	—	6	—	—	—	1	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	7
Oberfranken	1	—	1	—	11	—	1	—	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	4
Mittelfranken	1	—	—	—	9	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	4
Unterfranken	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	3
Schwaben	2	1	1	—	24	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	77
Bayern	17	2	4	—	103	—	7	—	2	—	1	1	1	—	8	—	2	—	5	—	145
Vormonat	7	—	4	—	136	—	6	—	3	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	239
München	6	—	2	—	30	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	8
Nürnberg	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2
Augsburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Regensburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Fürth	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

Hinzu kommen noch je ein Erkrankungsfall an Q-Fieber in Oberbayern und Schwaben sowie zwei Erkrankungsfälle an Cholera in Oberbayern. E = Erkrankungen, einschließlich der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle, unter Ausschluß der Verdachtsfälle. St = Sterbefälle.

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

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

## Schnell informiert

### Private Krankenversicherung: Konkurrenz befebt das Geschäft

Wettbewerb ist ein wesentliches, unverzichtbares Element unserer freiheitlichen Wirtschaftsordnung. Das gilt auch auf dem Versicherungsmarkt.

Bekanntlich haben wir zur Absicherung der Heilbehandlungskosten unserer Mitglieder und ihrer Angehörigen einen Gruppenversicherungsvertrag mit der Vereinigten Krankenversicherung AG, München, abgeschlossen. Damit sichern wir uns nicht nur einen preiswerten Krankenschutz, sondern auch ein auf unseren besonderen Bedarf abgestelltes Tarifangebot.

Darüber hinaus gibt es eine Reihe von vertraglichen Regelungen, die die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu unseren Gunsten ergänzen, die aber nur durch den Gruppenversicherungsvertrag gegeben sind – so z. B. der Annahmewang bei Eintritt in den versicherbaren Personenkreis, der Verzicht des Versicherers auf das Kündigungsrecht nach Arbeitsunfähigkeit und das Schiedsgericht bei Meinungsverschiedenheiten unserer Mitglieder mit der „Vereinigten“. Bisher ist es uns allerdings immer gelungen, ohne Formalitäten mit der „Vereinigten“ Lösungen für die Versicherten zu finden, wenn das erforderlich war.

Die Kostensteigerungen sind – wie Sie alle beobachten konnten – auch an unserem Gruppenvertragspartner nicht vorbeigegangen. Es wurden Beitragsanpassungen erforderlich.

Das führt dazu, daß hin und wieder ein Unternehmen der privaten Krankenversicherung die Tarife der Vereinigten „nehempfindet“ und Ärzttarife als Einzelversicherungen mit etwas billigeren Beiträgen anbietet. Das ist an sich nur zu begrüßen, denn „Konkurrenz befebt das Geschäft“.

Auf zwei Gefahren möchten wir jedoch aufmerksam machen:

1. Den „billigeren“ Beiträgen liegen vermutlich weniger Erfahrung aus hinreichend großen Versicherungsbeständen an Ärzten zugrunde. Die Verwaltungskosten der „Billigversicherer“ sind jedenfalls nicht geringer als bei der „Vereinigten“ – im Gegenteil. Also müssen die Beiträge dem wahren Bedarf eisbald angepaßt werden.
2. Es sind Fälle von Kollegen bekanntgeworden, die ihre Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag aufgegeben haben, dann aber von der Gesellschaft, bei der sie einen Antrag auf Versicherungsschutz (mit angeblichem Preisvorteil) stellten, aus gesundheitlichen Gründen nicht genommen wurden. Dank der guten Zusammenarbeit hat die „Vereinigte“ bis jetzt diese Kollegen wieder aufgenommen.

Jeder von uns sollte sich überlegen, ob die Vorteile eines vorübergehend billigeren Beitrages ausreichen, um die Gemeinschaft des Ärztegruppenversicherungsvertrages zu verlassen. Wir sind sicher, daß auf lange Sicht der führende Ärzteversicherer, die „Vereinigte“, den preiswerteren Versicherungsschutz bietet.

### Lieferbare Großdruckbücher 1981/82

Diese Auswahlliste des Deutschen Caritasverbandes soll wieder helfen, Lesestoff für jene zu finden, die trotz Brille normale Schriftgrößen nicht über längere Zeit lesen können. Sie kann beim Deutschen Caritasverband, Postfach 420, 7800 Freiburg, angefordert werden.

## Buchbesprechungen

### Megenkrenk?

*Behandlung – Heilung – richtige Lebensweise*

Herausgeber: Prof. Dr. M. Eisenberg, 168 S., Paperback, DM 22,-. Ehrenwirth Verlag GmbH, München.

Das aus dem Amerikanischen übertragene Buch vermittelt auf sehr anschauliche Weise mit vielen „Magenanamnesen“ einen guten Einblick in Pathogenese und Klinik der Magenkrankheiten unter besonderer Berücksichtigung des psychosozialen Umfeldes des Magenkranken. Leider ist der therapeutische Teil nicht ganz auf dem neuesten Stand (H<sub>2</sub>-Rezeptorenblocker wie Cimetidin fehlen), dennoch ein lesenswertes, allgemeinverständlich geschriebenes Buch, empfehlenswert für Magenranke und Magenoperierte.

Professor Dr. med. Chr. Kunstmann, Coburg

### Der anatomische Wortschatz

Herausgeber: G. Krüger, 154 S., Kunststoff, DM 10,-. Dr. D. Steinkopff Verlag, Darmstadt, Lizenzausgabe des S. Hirzel Verlages, Leipzig.

Diese 12. Auflage ist eine aktualisierte und ergänzte Überarbeitung dieses inzwischen wohl als Klassiker zu bezeichnenden Titels. Die kurzgefaßte Übersicht zur lateinischen und griechischen Grammatik (einschließlich Betonungsregeln) ist insbesondere für Studenten gedacht, die wenig Grundkenntnisse in diesen Sprechern haben.

### Lehrbuch für Arzthelferinnen

Herausgeber: Prof. Dr. C. Maurer, 314 S., 304 Abb., 2 Teb., Farbtafeln, kart., DM 29,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Dieses Buch basiert auf langjährigen Erfahrungen in der praktischen und theoretischen Ausbildung von Arzthelferinnen. Es eignet sich in ganz hervorragender Weise als unterrichtsbegleitendes Lehrbuch. An dem Buch haben ärztliche Kolleginnen und Kollegen mitgewirkt, die in Berufsfachschulen für Arzthelferinnen jahrelang Unterricht gegeben haben. Behandelt werden neben Anatomie, Physiologie und Krankheitslehre die spezielle Praxiskunde, wie man sie bei Arzthelferinnen voraussetzt. Ein besonders gutes Kapitel ist die Laborkunde und die Versicherungskunde.

Dr. med. S. Maier, Regensburg

### Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis

*Band 90: Die Form-Funktionsproblematik des lumbosakralen Überganges*

Herausgeber: F. U. Nietherd, 96 S., 46 Abb., 14 Teb. kart., DM 78,-. Hippokrates Verlag, Stuttgart.

Mit morphologischen, experimentellen und röntgenologisch klinischen Untersuchungen wird in diesem Buch dem Zusammenhang von Formabweichungen der Lumbosakralregion und der daraus resultierenden Funktionsstörungen nachgegangen. Das Werk leistet einen Beitrag zur Pathophysiologie des lumbosakralen Überganges und fördert das Verständnis für die vielfältigen Ursachen von Funktionsstörungen dieser Region.

### Die Meniskuläsion

*Praktische Probleme der Diagnostik und Therapie*

Herausgeber: Prof. Dr. P. Ricklin/Prof. Dr. A. Rüttimann, 150 S., 171 Abb. in 244 Einzeldarstellungen, 2 Farbtafeln, geb., DM 90,—. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Der Arthroskopie wurde in der zweiten Auflage ein besonderer Abschnitt gewidmet. In die differentialdiagnostischen Erwägungen wurde neu die habituelle Patellarluxation miteinbezogen, welche namentlich bei Mädchen und jungen Frauen leicht zu Verwechslungen mit Meniskusblockaden Anlaß gibt. Die wichtigsten Folgerungen, die sich für die Diagnostik des instabilen Knies vor allem durch die großen Fortschritte der letzten Jahre auf dem Gebiet der Biomechanik und funktionalen Anatomie ergeben haben, wurden im Abschnitt über die Kreuzbandläsionen zusammengefaßt.

### Therapie innerer Krankheiten

Herausgeber: G. Riecker, 4., völlig neubearbeitete Aufl., 799 S., 36 Abb., 196 Tab., geb., DM 88,—. Springer-Verlag, Berlin-Heldelberg-New York.

Dieses Werk hat in der Praxisliteratur der Internisten und Allgemeinärzte einen festen Platz eingenommen. In übersichtlicher Form wird umfassend und praxisgerecht auf die Wahl der Medikamente, auf Dosierungen und Kontraindikationen sowie auch auf prophylaktische Maßnahmen und Nachsorgeprobleme eingegangen und das jeweilige Behandlungsrisiko erörtert. Mit besonderer Sorgfalt wurden Notfallpläne für die Erstversorgung akuter Krankheitszustände ausgearbeitet. — Ein umfangreiches Sach- und Pharmaregister, das sowohl chemische Kurzbezeichnungen als auch die handelsüblichen Bezeichnungen aufführt sowie Umrechnungstabellen für SI-Einheiten erleichtern die praktische Benutzung.

### Krebsnachsorge

Herausgeber: Prof. Dr. O. A. Scheibe u. a., 420 S., 34 Abb., 25 Tab., DM 48,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Der nachsorgenden Betreuung krebserkrankter Patienten kommt bei den stetig fortschreitenden Erkenntnissen eine immer größer werdende Bedeutung zu. Unerläßlich hierbei ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit von Tumorzentrum, Krankenhaus und niedergelassenem Arzt, Voraussetzung eine genaue Kenntnis eiler Probleme, die sich bei der Tumorbehandlung ergeben. Die Autoren, Experten der verschiedenen Fachgebiete, haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Maßnahmen in Diagnostik, Therapie und Überwachung bei Krebskranken im allgemeinen sowie bei speziellen Tumorformen umfassend darzustellen. Auch die möglichen Nebenwirkungen der Therapie werden eingehend besprochen. So kann dieses Buch für alle, die sich mit Tumorkranken in Therapie und Nachsorge befassen, wärmstens empfohlen werden.

Dr. med. A. Wunderer, Nürnberg

### Refluxkrankheit des Magens

Herausgeber: Priv.-Doz. Dr. V. Schumpelick, 260 S., geb., DM 98,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

In diesem Buch werden die verschiedenen Formen der Refluxschädigung des nichtoperierten und operierten Magens unter Hinweis auf diagnostische und therapeutische Konsequenzen dargestellt. Hierbei wird von Anatomen, Internisten, Radiologen, Endoskopikern, Pathologen, Bakteriologen und Chirurgen die Refluxkrankheit des Magens aus der Sicht neuer klinischer und experimenteller Befunde untersucht.

### Kleines Arrhythmie-Seminar

Herausgeber: K. A. Zölich, 237 S., brosch., DM 34,—. perimed Fachbuch Verlagsgesellschaft mbH, Erlangen.

Der Sinn dieses Büchleins ist eine möglichst einfache, klare und übersichtliche Darstellung der wesentlichen Rhythmusstörungen des Herzens. Aus didaktischen Gründen wurde versucht, ein einheitliches Schema beizubehalten, in dem jeweils in Kurzform Definition, EKG-Beschreibung, Ätiologie und Klinik sowie Therapie der einzelnen Arrhythmieformen abgehandelt und einer entsprechenden EKG-Aufzeichnung zugeordnet wurde. Der Band ist als Einführung und Anregung gedacht und kann keineswegs das Studium der zum Teil ausgezeichneten und umfassenden Darstellungen der Elektrokardiographie und Arrhythmie-Elektrokardiographie ersetzen, auf die im Anhang ausdrücklich verwiesen wird.

### Who's who in Medicine?

*Erfolge — Erfahrungen — Ergebnisse in der Medizin*

2 Bände, ca. 1400 S., Leinen, DM 290,—. Who's Who the international red series Verlag GmbH, Wörthsee.

Die 5. Auflage von Who's who in Medicine ist nunmehr erschienen. Sie setzt damit eine langjährige Tradition fort. Die ca. 12000 Biographien aus dem Bereich der Medizin und Pharmazie geben Auskunft über persönliche Daten, wie Ausbildung, Karriere, Auszeichnungen und Mitgliedschaften bedeutender Spezialisten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Ein Anhang faßt die Persönlichkeiten zu Fachgruppen zusammen und gibt damit einen Überblick über die Arbeitsschwerpunkte im deutschsprachigen Raum. Ein weiterer Anhang erfaßt die Verbände, Vereinigungen und Institutionen.

Leider verändern sich die persönlichen Daten der in diesem Werk Besprochenen oft so rasch, daß auch manche Angabe in dieser Neuauflage schon wieder überholt ist. Vielleicht sollte sich der Verlag einmal Gedanken darüber machen, ob nicht eine Lose-Blatt-Ausgabe sinnvoller ist. Dieses Buch ist in englischer Sprache geschrieben, da der Verlag glaubt, damit eine weltweite Informationsmöglichkeit zur Verfügung stellen zu können. Zweifelsohne handelt es sich um ein ausgezeichnetes internationales Kommunikationsmittel.

Dr. med. J. Mertens, Fürth

### Der Fall Nicolai

Verf.: W. Zuelzer, 448 S., zahlr. Abb., Leinen, DM 36,—. Societäts-Verlag, Frankfurt.

Der Autor hat sich seit langem mit dieser faszinierenden Gestalt beschäftigt. Er hat Nicolais literarischen Nachlaß ausgewertet, ist seinen Spuren in Europa und Südamerika nachgegangen, hat Archive durchstöbert und Augenzeugen befragt. Mit Engagement und archivarischer Genauigkeit entwirft er in diesem Buch ein lebendiges Porträt Nicolais. Und mit der Sachkenntnis des Philologen und des Naturwissenschaftlers werden Nicolais Schriften und ihre Folgen analysiert.

### Der Darwinismus

*Die Geschichte einer Theorie*

Herausgeber: G. Altner, 544 S., 11 Abb., Leinen, DM 96,—. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

Der Band versucht, nennenswerte Folgewirkungen des Darwinismus in den Natur-, Geistes-, Human- und Gesellschaftswissenschaften zu dokumentieren. Dabei erweist es sich als notwendig, zwischen den Darwinismus als wissenschaftliche Theorie und als Weltanschauungsbewegung zu unterscheiden.

# Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

## Februar 1982

- 1.—12. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs (B 1). — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terressenstraße 2—4, 6350 Bad Nauheim.
- 2.—5. **Bad Nauheim:** Fortbildungsveranstaltung „Rehabilitation am Kurort — Mode oder Notwendigkeit?“ — Auskunft: R. Leitloff, Deutsche Akademie für medizinische Fortbildung, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 3.—12. **Neuherberg:** Spezialkurs für zu ermächtigende Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 5.—6. **Bad Nauheim:** Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation e. V. — Auskunft: Sekretariat Dr. F. Matzdorf, Goethestraße 4—6, 6350 Bad Nauheim.
6. **Penzberg:** Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Dr. H. Galli, Fromundstraße 29, 8000 München 90.
- 6.—13. **Zürs:** 3. Internationales Symposium über Anästhesie-Reanimations- und Intensivbehandlungsprobleme. — Auskunft: Professor Dr. I. Podlesch, Moorenstraße 5, 4000 Düsseldorf.
- 6.—20. **Kühtel:** 15. Winterkongreß über Fortschritte in Diagnostik und Therapie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt.
8. 2.—5. 3. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
10. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Ralsch, Hohe Werte 8, 8580 Bayreuth.
12. **München:** 4. Münchener Symposium für experimentelle Orthopädie. — Auskunft: Dipl.-Ing. W. Plitz, Harlachinger Straße 51, 8000 München 90.
- 12.—13. **Bad Nauheim:** 9. Fortbildungskongreß für Angiologie. — Auskunft: Privatdozent Dr. W. Hach, William Harvey Klinik, 6350 Bad Nauheim.
- 12.—14. **Hannover:** Spezialkurs zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz als ermächtigter Arzt. — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
- 13.—14. **Erlangen:** 16. HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen. — Auskunft: Professor Dr. M. E. Wigand, Weldstraße 1, 8520 Erlangen.

- 13.—27. **Bad Homburg:** Wintersportlehrgang des Sportärzterverbandes Hessen e. V. — Auskunft: Professor Dr. B. Böhmer, Marienburgerstraße 2, 6000 Frankfurt.
20. **Erlangen:** Symposium über „Endoskopische Prothetik“. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schett, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 22.—25. **Berlin:** Wissenschaftliches Symposium des Instituts für Arzneimittel des Bundesgesundheitsamtes. — Auskunft: Bundesgesundheitsamt, Postfach 33 00 13, 1000 Berlin 33.
- 22.—28. **Los Angeles:** Internationales Symposium für Anästhesie. — Auskunft: Dr. S. F. Sullivan, Department of Anaesthesia, School of Medicine, Los Angeles, Calif. 90 024, USA.
- 24.—26. **Frankfurt:** 6. Frankfurter Fortbildungskurs für Sexualmedizin. — Auskunft: Professor Dr. V. Sigusch, Theodor-Stern-Kai 7, 6000 Frankfurt 70.
- 26.—27. **Erlangen:** 15. Erlanger Fortbildungstage in Praktischer Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 26.—28. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen im medizinischen Bereich. — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
27. **Augsburg:** Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. — Auskunft: Dr. H. Hauptmann, Ulmer Straße 150, 8900 Augsburg.
28. 2.—6. 3. **Garmisch-Partenkirchen:** Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin einschließlich Naturheilverfahren. — Auskunft: Dr. V. Herth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.

## März 1982

- 1.—12. **München:** Einführungslehrgang in die betriebsärztliche Tätigkeit zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde (E-Kurs II). — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
3. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Ralsch, Hohe Werte 8, 8580 Bayreuth.
- 3.—6. **München:** 16. Deutscher Krebskongreß. — Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Krebsgesellschaft e. V., Innere Klinik (Tumortorschung) im Klinikum Essen, Hufelandstraße 55, 4300 Essen.
- 4.—18. **Porto de la Cruz/Teneriffa:** 12. Internationaler Fortbildungskongreß. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kessenerztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 6.—7. **Bernried:** Einführungs- und Fortbildungsseminar in M-Mode-Echokardiographie. — Auskunft: Dr. A. Schinz, Klinik Höhenried, 8139 Bernried.
- 7.—13. **Bad Kleinkirchheim:** Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Kongreßbüro, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.

- 7.-20. **Bedgesteln: XXVII. internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 8.-12. **Bed Berleburg:** Kurs über Grundlagen und Techniken der Physikalischen Medizin zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“. — Auskunft: Professor G. Hildebrandt, L. R. Grote Institut, 5920 Bad Berleburg.
- 8.-20. **Devos: XXX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 9.-12. **Berlin:** Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar für Führungskräfte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 9.-12. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 11.-13. **Erlangen:** Fortbildungstagung „Fortschritte auf dem Gebiet der Neuroorthopädie: Wirbelsäulenerkrankungen mit Beteiligung des Nervensystems“. — Auskunft: Dr. B. Kügelgen, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
- 13.-14. **Bad Nauheim:** Notfalldienstseminar. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oefemenn-Weg 5-7, 6350 Bad Nauheim.
- 13.-14. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pebst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 13.-21. **Freudenstadt:** 62. Ärztlicher Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. — Auskunft: Geschäftsstelle des Zentralverbandes für Naturheilverfahren e. V. Eichelbachstraße 61, 7290 Freudenstadt-Kniebis.
- 14.-19. **Orlando/USA:** 6. Internationaler Glaukom-Kongreß. — Auskunft: Dr. J. G. Bellows, 6 North Michigan Avenue, Chicago, Ill. 60602, USA.
- 14.-27. **Pontresina:** Fortbildungsseminar des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
- 15.-16. **München:** Internationaler Kongreß der Deutschen Herzhilfe e. V. — Auskunft: Kongreßbüro der Deutschen Herzhilfe e. V., Clemensstraße 86, 8000 München 40.
- 15.-18. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 15.-18. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 15.-20. **Tokio:** Deutsch-Japanischer Kongreß für Angiologie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
- 19.-21. **Erfangen:** 10. Fortbildungsveranstaltung für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete. — Auskunft: Frau K. Peschke, Universitäts-Nervenlinik mit Poliklinik, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
20. **Bad Nauheim:** Notfalldienstseminar. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oefemenn-Weg 5-7, 6350 Bad Nauheim.
- 20.-26. **Bad Hofgastein:** II. Österreichischer Geriatriekongreß. — Auskunft: Universitätsprofessor Dr. W. Döberauer, Postfach 58, A-1140 Wien.
- 21.-22. **Augsburg:** 69. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 22.-25. **Erlangen:** 27. Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschall Diagnostik (Anfänger). — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schett, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 22.-25. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz in der Therapie mit Röntgenstrahlen, Gamma-Bestrahlungen und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

(Schluß folgt)

„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: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit regelmäßiger Verlegerbeilage „Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“.

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

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und 6 1/2 % = DM 0,33 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52 - 802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 77 - 1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburg Straße 9, 8060 Dachau.

Affe 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 des Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

ISSN 0005-7126



# 12 Milliarden Zellen brauchen Sauerstoff



## Nehydrin<sup>®</sup> sorgt für das Gehirn

**Zusammensetzung:** 1 ml Tropflösung bzw. 1 Dreege 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), Schläflosigkeit, Konzentrationschwäche, Ohrsausen, Vergeßlichkeit, Affektiabilität und psychomotorische Unruhe.

**Dosierung und Anwendungsweise:** Dreeges: 3 mal täglich 1 Dreege 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 Dreeges 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 (Dreeges, Tropfen) sehr gut verträglich. Bei parenteraler Gabe (Ampullen) kann es gelegentlich zu einer Blutdrucksenkung kommen. Daher ist nach der Injektion eine Blutdruckkontrolle angezeigt.

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Dreeges: OP mit 30 Dreeges DM 16,32; OP mit 100 Dreeges DM 48,10; Tropfen: OP mit 30 ml DM 16,32; OP mit 100 ml DM 48,10; Ampullen: OP mit

TAD

Pharmazeutisches Werk  
Cuxhaven



## Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

# Leitsymptom: Depression

## Der Notfall: Akute Selbstmordgefahr

bearbeitet von Dr. A. Papageorgiou und Professor Dr. W. Schmitt, Saarbrücken

### Symptomatik:

Angaben über Gefühle der Insuffizienz, der Hoffnungslosigkeit, der Enttäuschung, der Hilflosigkeit. Einengung der Persönlichkeit im Sinne von negativem Selbsterleben, depressive Verstimmtheit, Selbstaggression, Selbstmordphantasien, Reduzierung der Wertwelt und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Plötzliches Auftreten von Stimmen und Wahnvorstellungen bei Psychosen. Bei Zylothymien plötzlicher Umschwung einer manischen in eine depressive Stimmung.

### Anamnese:

Als Auslöser vorwiegend Konflikte in den zwischenmenschlichen Beziehungen sowie ausgeprägte Minderung des Selbstwertgefühles.

Erhöhte Selbstmordgefahr bei endogenen Depressionen, Altersdepressionen, bei reaktiven Depressionen nach Tod oder Verlust von Angehörigen, bei depressiven Dekompensationen neurotischer Störungen, bei unheilbaren Krankheiten, bei Alkoholismus und verschiedenen Suchtformen. Beiastende Stimmen oder Wahnvorstellung bei Schizophrenie. Bei Zylothymien auch in der manischen Phase, wegen der Möglichkeit des plötzlichen Umschwunges in einer depressiven Verstimmung.

### Sofortdiagnostik:

Keine Scheu vor der direkten Frage nach Selbstmordgedanken, da für den Arzt im Notfalldienst eine psychodynamische Beurteilung kaum möglich ist. Abschätzung der sonstigen Symptomatik. Es muß an die Möglichkeit eines ausweichenden Verhaltens gedacht werden. Wenn die Beurteilung schwierig ist, einen Psychiater hinzuziehen.

### Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Bei akuter Selbstmordgefahr sollte unbedingt ein Psychiater hinzugezogen werden oder eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus erfolgen.

Auf jeden Fall dem Gefährdeten Verständnis entgegenbringen. Es ist wichtig, ihn unabhängig von seinen Motiven ernst zu nehmen und zu versuchen, ihn im Gespräch zu entlasten. Er sollte zunächst nicht allein gelassen werden ohne Gesprächspartner, zu dem er Vertrauen hat.

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

**Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:**

**Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:**

Erkannte akute Selbstmordgefahr oder Schwierigkeiten bei deren Abschätzung

Bei neurotischen Störungen, wenn notwendig Sedierung mit Tranquilizern (z. B. *Valium* 5 bis 10 mg). Bei endogenen Depressionen eventueii sedierende Antidepressiva (z. B. *Saroten*, *Stangyl* i.v. oder i.m.). bei Schizophrenien neuroleptische Medikation (z. B. *Haldol* 10 bis 20 mg oder als Mischspritze mit *Atosil* oder *Truxal*). Bei Manien hochpotente Neuroleptika (z. B. *Haldol*, *Glianimon*, *Truxal* oder *Atosil*).

Die Ansicht, wer von Selbstmord sprecha, sei nicht gefährdet, ist falsch. Die Ernsthaftigkeit einer Seibstmordhandlung ist nicht unbedingt identisch mit Ihrer Bedrohlichkeit. Es ist schwer, die tatsächliche Lebensgefahr auch sogenannter „demonstrativer“ Selbstmordver- suche genau einzuschätzen.