



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

November 1982

Eröffnung des 35. Bayerischen Ärztetages in Bamberg

Im Zeichen der Bonner Wende

Pirkl: Grundzüge einer neuen Gesundheitspolitik

Vilmar: Erwartungen an die neue Bundesregierung

Sewering: Bereit zu sachverständiger, aber auch kritischer Mitarbeit

Das konstruktive Mißtrauensvotum war erst wenige Stunden zuvor über die Bonner Bühne gegangen. Der 35. Bayerische Ärztetag wurde am 1. Oktober in einer politisch besonders brisanten Phase eröffnet. Jeder der Teilnehmer an der Eröffnungsveranstaltung im Bamberger Dominikanerbau hatte die Bonner Ereignisse im Sinn, die Bundestagsdebatte, die dem Mißtrauensvotum gegen die nunmehr verflossene Bundesregierung Schmidt vorausging, jeder wird seine persönlichen Erwartungen, Hoffnungen, vielleicht auch Befürchtungen gehabt haben. Schon von daher war selbstverständlich, daß in den Reden zur Eröffnung des Ärztetages die Bonner Lage eine Hauptrolle spielte. Es blieb dabei nicht bei einigen allgemeinen, aus der Stunde heraus geborenen Wendungen.

Der bayerische Arbeits- und Sozialminister Dr. Fritz Pirkl nahm gut vorbereitet und recht detailliert zu anstehenden Fragen der Sozial- und Gesundheitspolitik aus Sicht der Bayerischen Staatsregierung und seiner Partei, der CSU, Stellung. Wer hätte das auch berufener tun können? Pirkl war zusammen mit dem

Vorsitzenden der Sozialausschüsse und neuem Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm und dem F.D.P.-Fraktionsvorsitzenden Dr. Wolfgang Mischnick an der Ausarbeitung der sozialpolitischen Passagen des Koalitionspapiers beteiligt.

● Erwartungen der Ärzteschaft formulierten der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, der auch in diesem Jahr wieder am Bayerischen Ärztetag teilnahm, und Bayerns Ärztekammerpräsident Professor Dr. Hans J. Sewering. Beide erklärten übereinstimmend ihre Bereitschaft, die neue Bundesregierung mit sachverständigem Rat, aber auch begründeter Kritik zu unterstützen. Vilmar: „Wir haben überzeugende Argumente, und ich hoffe, daß wir bei dieser Bundesregierung die Chance haben, daß vielleicht etwas mehr auf unsere Argumente gehört wird.“ Vilmar und Sewering warnten allerdings auch davor, an die Politik der neuen Bundesregierung übertrieben hohe Erwartungen zu stellen. Sewering: „Wir sind uns alle darüber klar, daß mit dem Beginn dieser neuen Ära, mit dem Beginn der Arbeit einer neuen Koalition und einer neuen

Bundesregierung für uns kein warmer Regen verbunden ist. Wir stehen vor sehr großen Anstrengungen um das Schiff wieder fahrfähig zu machen!“

Sewering rückte auch unterschwellige Vorwürfe zurück, die ärztliche Kritik an der Politik der früheren Bundesregierung sei deshalb so hart gewesen, weil der Regierung die Ärzte parteipolitisch nicht gepaßt haben. Sowohl Vilmar wie Sewering halten die Gesundheitspolitik der verflossenen Bundesregierung grundsätzlich in wesentlichen Fragen für verfehlt. In seinem Tätigkeitsbericht zu Beginn der Plenarsitzung des 35. Bayerischen Ärztetages präziserte Professor Sewering die ärztliche Haltung gegenüber jeder, also auch der neuen Regierung. Er wies darauf hin, daß die Ärzteschaft mit keinem Arbeitsminister so hart gekämpft habe, wie mit dem aus der CDU stammenden Theodor Blanck. Die Ärzteschaft werde sich mit jedem anlegen, der gegen die berechtigten Interessen von Patient und Arzt agiere. „Daran hat sich auch gestern, am 1. Oktober, nicht das leiseste geändert“, versicherte Sewering. Beifall bei



Blick in den Saal des Dominikanerbaus bei der Eröffnung des 35. Bayerischen Ärztetages: Die Reihen der Ehrengäste

den Delegierten des Bayerischen Ärztetages. Sewering versicherte aber auch, ähnlich wie vor ihm auch Dr. Vilmar, daß die Ärzteschaft angesichts der desolaten wirtschaftlichen Lage und den daraus folgenden Konsequenzen für die Sozialpolitik bereit sei, Opfer zu bringen und den Gürtel enger zu schnallen. Man werde sich allerdings dagegen wehren, zum Prügelknaben gemacht zu werden für Fehler, die andere verschuldet hätten.

Pirkl setzt sich für eine eigenständige Gesundheitspolitik ein

Minister Pirkl umriß in seinem bezeichnenderweise „Gesundheitspolitik in schwieriger Zeit“ betitelten Referat die Linien einer künftigen Gesundheitspolitik. Am vordringlichsten sei es, der Gesundheitspolitik endlich wieder ein eigenständiges politisches Gewicht zu geben. Das Gesundheitswesen sei viel zu

lange Vehikel der Gesellschaftspolitik gewesen und mit sachfremden Aufgaben belastet worden. Viel zu lange sei unter dem Deckmantel der Kostendämpfung die Selbstverwaltung entmachtet worden.

Soweit Pirkl's Kritik an der verflochtenen Bundesregierung und deren Politik. „Eine von der Union geführte Bundesregierung“, damit wandte Pirkl sich der Zukunft zu, „kann diese schwere Erblast nicht von heute auf morgen abschütteln“. Die neue Bundesregierung werde aber in der Gesundheitspolitik wieder nach sachlichen Erfordernissen und nicht nach Maßgabe der Deckungslücken im Bundshaushalt entscheiden. Auf Einzelfragen eingehend, wies Pirkl an erster Stelle auf eine Koalitionsvereinbarung hin, nach der die Bundesanstalt für Arbeit die Beiträge für die Krankenversicherung für die Arbeitslosen auch künftig vom vollen Bruttoarbeitsentgelt berechnen soll. Damit entfällt ein ganz entscheidender Grund für

das von der früheren Bundesregierung eingebrachte Sozialversicherungsänderungsgesetz. Vor allem der Kassenarten übergreifende Finanzausgleich wird damit entbehrlich. Pirkl kündigte ferner an, daß das System der Krankenhausfinanzierung auf eine bessere Grundlage gestellt werden soll, die Mischfinanzierung habe sich nicht bewährt. Schließlich griff Pirkl auch in diesem Jahr vor dem Bayerischen Ärztetag wieder das von ihm schon seit längerem vorgebrachte Thema des Pflegefallrisikos auf. Das Problem ist auch, gewiß mit Zutun Pirkl's, in der Koalitionsvereinbarung aufgeführt. Der Minister kündigte zwar keine konkrete Lösungsmöglichkeit an – dazu ist die Diskussion auch noch zu sehr im Fluß –, er deutete aber seinen Gedankengang in einer Frage an: „Hat nicht das Risiko der Pflegebedürftigkeit angesichts der rapide steigenden Pflegekosten eine Dimension erreicht, bei der sich einfach die Frage aufdrängt, ob dessen Absicherung nicht wichtiger ist



Oberbürgermeister P. Röhner

als so manche Bagatell-Leistung der Krankenversicherung?"

Schließlich war Pirkls Rede auch noch eine vorsichtige Hinwendung zum Gedanken der Selbstbeteiligung zu entnehmen: Bei allen Vorbehalten müsse man doch einräumen, „daß es zum Selbstbestimmungsrecht des einzelnen gehört, jenseits einer gesetzlich vorgeschriebenen Basissicherung für den Krankheitsfall selbst Vorsorge zu treffen“.

Unmißverständliches Bekenntnis zum Bayern-Vertrag

Aus den, das bayerische Gesundheitswesen betreffenden Ausführungen von Minister Pirkli seien zwei Punkte hervorgehoben: Bayern-Vertrag und Bettenbedarf.

Vor dem Hintergrund einiger Kontroversen um den Bayern-Vertrag, die in den letzten Wochen bundesweit die Runde machten, ist Pirklis Bekenntnis zum Bayern-Vertrag und dessen tregendem Grundsatz „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ besonders beachtenswert, ja der Minister appellierte sogar dringend an die Delegierten des Bayerischen Ärztetages und die bayerische Ärzteschaft, „unbeirrt den Weg weiter zu beschreiten, den die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Kostenträger in unserem Land eingeschlagen haben.“ Es gebe keine freiheitliche

Alternative zu diesem Vertragswerk. Dessen Grundsatz sei medizinisch richtig und wirtschaftlich unabdingbar.

Zum sogenannten Bettenberg – eine Frage, die auch in Zusammenhang mit dem Bayern-Vertrag steht – stellte Minister Pirkli fest, daß das Bettenangebot dem veränderten Bedarf angepaßt werden müsse. Er appellierte an die Krankenhausträger, ihre Planungen in Zukunft noch stärker am wirklich Notwendigen zu orientieren und versicherte, die Bayerische Staatsregierung werde auf dem eingeschlagenen Weg „der Bedarfsanpassung ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeiten und der Bürgernähe entschlossen fortfahren“.

Sewering sieht im Bayern-Vertrag keine Basis für einen Verteilungskampf

Zu diesem Problem nahm auch der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans J. Sewering, in einer Entgegnung auf Pirklis Rede Stellung. Sewering versicherte zunächst, die Ärzteschaft werde den mit dem Bayern-Vertrag beschrittenen Weg konsequent fortsetzen und wies darauf hin, daß der tragende Grundsatz inzwischen auch bundesweit zum Prinzip geworden ist. Er machte freilich auch keinen Hehl daraus, daß der Grundsatz und seine Realisierung in Bayern auch zu Spannungen zwischen den Ärzten in der freien Praxis und im Krankenhaus geführt hat. Differenzen würden aber, so Sewering, durch gemeinsame Bemühungen beseitigt. Wörtlich: „Auf keinen Fall lassen wir Ärzte uns aus dieser Arbeit heraus zu Gegnern machen.“ Der Grundsatz „soviel ambulant wie möglich“ sei nicht die Basis eines Verteilungskampfes, sondern entspringe ärztlicher Verantwortung für die Patienten. Sewering forderte schließlich dazu auf, mutig klarzustellen, welcher Bettenbedarf in Bayern besteht und entsprechend zu halten.

Professor Sewering nahm auch zu den von Pirkli aufgeworfenen Grundsatzproblemen Pflegefallrisiko und Selbstbeteiligung Stellung. Auch er ist der Meinung, das Problem der Pflegefälle müsse angegangen werden. Nach seiner Auffassung kann das aber nur *innerhalb* der gesetzlichen Krankenversicherung gesche-



Dr. C. Sebald, Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Bamberg

hen, und man solle sich darüber klar sein, „daß das Geld kostet“. Die Selbstbeteiligung berührt, nach Sewering, ein Fundament der gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich das Solidaritätsprinzip. Der F.D.P.-Vorschlag „Wahltarife“ werde beispielsweise, sollte er realisiert werden, dazu führen, daß junge Versicherte den billigen Tarif mit hoher Selbstbeteiligung wählen würden, Familienväter mit Kinder jedoch gezwungen wären, den hohen Beitrag zu bezahlen, weil sie sich Selbstbeteiligung nicht leisten könnten. Sewering: „Ich halte diesen Weg für gefährlich und glaube, daß er uns nicht weiterführen wird.“ Die wirksamste Selbstbeteiligung, die er sich denken könne, sei eine vernünftige gesundheitsbewußte Lebensweise. Und damit wieder auf die Bonner Wende eingehend: „Ich hoffe, daß die neue Koalition den Mut hat, dies auch unseren Bürgern ganz klar zu sagen und sie darauf hinzuweisen, daß wir nicht von dem Recht auf Gesundheit, sondern von einer Pflicht zur Verantwortung für die eigene Gesundheit sprechen müssen.“

Zwei Kuckuckseler: Sozialpsychiatrie und Krebsregister

Klare Worte auch zu zwei weiteren, bundesweit diskutierten Problemen, die derzeit auch in Bayern für Bewegung in der Gesundheitspolitik sorgen: die sozialpsychiatrischen Dienste und das Krebsregister. Sewering setzte sich mit der ideologi-

Indorektal®
100 mg Indometacin

Indo-Tablinen®

neu von Sanorania

1. 10. 82:
**Rheuma-
therapie
noch
sparsamer**

Zusammensetzung

1 Suppositorium enthält
100 mg Indometacin,
1 Tablette enthält 50 mg Indometacin.

Indikationen

Entzündliche und degenerative
(rheumatische) Erkrankungen des
Bewegungsapparates.

Kontraindikationen

Ulcus ventriculi et duodeni, auch in der
Anamnese, Allergie gegen Acetylsalicyl-
säure oder Indometacin, Anwendung
bei Kindern unter 14 Jahren.

Nebenwirkungen

Gastrointestinale Störungen und
Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel,
Somnolenz, psychische Störungen,
allergische Hauterscheinungen,
Störungen der Hämatopoese,
Sehstörung, Retina- und Makula-
veränderungen.

Dosierung

Indorektal: 1-2 X 1 Suppositorium.
Indo-Tablinen: 2-3 X 1/2-1 Tablette.

10 Supp.	50 Supp.
9.90	46.00

20 Tabl.	50 Tabl.
5.60	12.70

stark
gesenkte
Preise

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28



Stimmungsvolles Bamberg

Herzlich und kurz war die Begrüßung des 35. Bayerischen Ärztetages durch Dr. Clemens Sebeld, den 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Bamberg – so kurz, daß die rund 500 Teilnehmer der Eröffnungsveranstaltung, allesamt offenbar erfahren aus vielen Tagungen, es kaum glauben wollten. Sebeld wünschte dem Ärztetag auch im Namen des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken, Bamberg und die fränkische Lebensart möge den Delegierten und den Gästen in guter Erinnerung bleiben. Das wird es. Schon allein ob des Grußwortes, aber selbstverständlich auch wegen Bamberg selbst, dieser schönen, festlichen Stadt, in der sich eine große Vergangenheit mit der lebhaften Gegenwart verbinden.

Von einer bekannten Illustrierten ist Bamberg gar zur „Traumstadt“ der Deutschen erklärt worden. Bambergs Oberbürgermeister Paul Röhner versäumte nicht, darauf mit berechtigtem Stolz hinzuweisen. Tatsächlich hat sich die Stadt ein geschlossenes Stadtbild über die Jahrhunderte bis in die Gegenwart hinein gerettet. Röhner führt das darauf zurück, daß man den Wert der Denkmalpflege in Bamberg schon lange vor der Nostalgiewelle, vor Städtebauförderungs- und Denkmalschutzgesetzen erkannt habe und durch erhebliche eigene finanzielle Anstrengung die Schönheit Bambergs hebe sichern können. Mit überregendem Erfolg. Die Stadt zählt über 2000 geschützte Einzelobjekte und ist als „Gesamtdenkmal“ geschützt.

Bei so viel Ehre verwundert es geradezu, daß der Bayerische Ärztetag in diesem Jahr zum ersten Mal erst in Bamberg tagte. Der Grund ist wohl in den bisher in Bamberg fehlenden Tagungsmöglichkeiten zu suchen. Daran hat sich inzwischen einiges geändert; der Ärztetag war z. B. im Freizeitwerk St. Heinrich durchaus zweckmäßig untergebracht. Einiges wird aber auch noch geschehen müssen. Der Oberbürgermeister kündigte jedenfalls den Bau einer Konzert- und Kongreßhalle an, sobald die öffentlichen Kassen wieder voller werden sollen. Mit dem Dominikanerbeu, in dem die Eröffnung stattfindend, und der ehemaligen Residenz, wo der Empfang gegeben wurde, hatte Bamberg „Repräsentationsräume“ zu bieten, um die sie manche andere Stadt beneiden kann.

Wie es sich für einen guten Oberbürgermeister gehört, begrüßte Röhner die Gäste nicht nur herzlich in den Mauern seiner Stadt, sondern werb auch um künftige Tagungen, einschließlich zukünftiger Ärztetage. Gerade die Medizin fände in Bamberg gute Anknüpfungspunkte. Röhner erinnerte an das seit 1789 bestehende Bamberger Allgemeine Krankenhaus, damals eines der ersten Akutkrankenhäuser in Europa überhaupt. Erst in diesen Tagen wird es abgelöst durch den Neubau des Hauptversorgungskrankenhauses, einem Bau mit 847 Betten, für den 313 Millionen DM investiert wurden. Für Bamberg ist das die größte einzelne Investitionsmaßnahme, die der Stadthaushalt je zu verkraften hatte.

Die Eröffnung des Ärztetages am Abend des 1. Oktober wurde vom Oboenquartett der Kammermusikvereinigung der Bamberger Symphoniker umrahmt. Die Teilnehmer konnten so einen Eindruck von der Qualität dieses weltberühmten Orchesters gewinnen – und auch von der Atmosphäre, in der die Konzerte der Bamberger Symphoniker gegeben werden, denn Helmut des Orchesters ist jener Dominikanerbeu in der Bamberger Altstadt, eine ehemalige Kirche, deren Raum würdig auf die musikalischen Darbietungen einstimmt.

schon Herkunft der Sozialpsychiatrie auseinander; er hält sie für das „Kuckucksei der Antipsychiatrie“ und ergötzt, daß sie von manchen Politikern, so auch von der letzten Bundesregierung, aus politischen Gründen benutzt wird, um über die Einführung sozialpsychiatrischer Dienste eine Umstrukturierung der ambulanten Versorgung einzuleiten. In Bayern wird man solche Absichten, die die Bundesregierung mit ihren Modellversuchen vielleicht gehabt haben mag, wohl nicht suchen dürfen.

Sewering ließ keinen Zweifel daran, daß die Ablehnung sozialpsychiatrischer Dienste nicht bedeutet, die soziale Betreuung psychisch Kranker werde abgelehnt. Im Gegenteil: „Was wir wollen, ist, daß der psychisch Kranke so wie der somatisch Kranke seinen Arzt aufsuchen kann“, sagte Sewering. „daß er behandelt wird von Ärzten in Krankenhaus und in freier Praxis und daß für diese psychisch Kranken ein bestfunktionierender sozialer Betreuungsdienst ausgebaut wird, der ergänzend zu den Ärzten diese psychisch Kranken betreut.“

Ein Kuckucksei, gelegt von der verflissenen Bundesregierung, wurde den Bundesländern auch mit dem Mustergesetzentwurf für die Einrichtung staatlicher Krebsregister präsentiert. Die Kritik Sewerings an diesem Gesetzesplan richtet sich dagegen, daß Ärzte (nach dem Willen der früheren Bundesregierung) Krebspatienten auch ohne deren Wissen melden sollen. Sewering hält auch entsprechende Forderungen von Epidemiologen für nicht gerechtfertigt. Das Recht des Bürgers auf Schutz seiner Persönlichkeitssphäre dürfe nicht durch die Interessen der Forschung beeinträchtigt werden. Man müsse sich vielmehr überlegen, wie man Forschung betreiben könne, ohne unnötig die Persönlichkeitssphäre dieser Patienten zu beeinträchtigen.

Die Nachwuchswelle – eine Folge der verfehlten Bildungspolitik

Die „Nachwuchsschwemme“ – Sewering gehört bekanntlich zu den beharrlichsten Mahnern; er machte schon wernend auf die nun allgemein sichtbare Ärztwelle aufmerksam, als Politiker und auch viele Ärzte ihre Augen noch davor ver-

schlossen. Inzwischen zeichnet sich ab, daß bereits in Kürze für viertausend, wenn nicht sogar fünftausend junge Ärzte, die ihr Studium frisch abgeschlossen haben, keine Planstellen im Krankenhaus zur Verfügung stehen werden. „Die Hälfte eines Jahrgangs“, warnte Sewering, auch in diesem Jahr vor dem Bayerischen Ärztetag, „muß also praktisch dem Heer der Arbeitslosen zugeordnet werden“. Die „Nachwuchsschwemme“ bedeute für die Ärzte, wie auch allgemein für die freien Berufe, eine ungeheure Gefahr, eine Gefahr aber auch für die Allgemeinheit. Ein Übermaß an Ärzten werde nämlich nicht zu einer Verbesserung der Versorgung, sondern eher zu einer Gefährdung führen. Sewering klagte für diese Entwicklung die Bildungspolitik an, die seit gut einem Jahrzehnt betrieben wird. Es habe Politiker gegeben, die in der Vergangenheit geradezu genüßlich das „Überlaufprinzip“ proklamiert hätten im Glauben, dadurch die Ärzte besser in den Griff bekommen zu können. Das Destruktive dieses Prinzips zeige sich inzwischen. Sewering hofft, „daß mit der politischen Wende auch eine Wende in der Bildungspolitik eintritt“.

Auch der Präsident der Bundesärztekammer klagte die Bildungspolitik der verflissenen Bundesregierung an. Sie habe die Mentalität bei Schülern und Studenten verändert, Konkurrenzdenken in den Schulen und einen Verlust an Gemeinschaftsgeist erzeugt. Durch verfehlte Auswahlkriterien für Studenten der Medizin sei es dazu gekommen, daß an die Stelle von Qualität Quantität getreten sei.

Vilmer: Soziale Gerechtigkeit durch Zurückdrehen der Anspruchsmentalität

Vilmer beschuldigte die bisher betriebene Politik auch dafür, daß Anspruchs- und Versorgungsdenken in der Bevölkerung um sich gegriffen habe, daß ein Zustand permanenter Unzufriedenheit entstanden sei. Wenn es jetzt gelte, die Anspruchsmentalität zurückzudrängen, so bedeute dies nicht, die soziale Gerechtigkeit zu beeinträchtigen. Die soziale Gerechtigkeit sei vielmehr durch die bisherige Politik gefährdet gewesen, gefährdet durch das Gießkannenprinzip und eine Vielfalt durch eine Gefälligkeitspolitik herangezuchteter „Sozialparasiten“.



neu
von Sanorania

Amoxi-Tablinen®

1000 mg Amoxicillin

Infektionen

1. 10. 82:
weitere drastische
Senkung der
Therapiekosten

Zusammensetzung
1 Tablette enthält 1147,6 mg Amoxicillintrihydrat, entsprechend 1000 mg Amoxicillin.

Indikationen
Infektionen mit amoxicillinempfindlichen Erregern, z. B. Infektionen der Atemwege und Lunge, im Magen-Darm-Trakt (einschließlich Typhus), im Urogenital-Trakt, im HNO-Bereich, der Gallenblase und -wege, der Haut und Weichteile.

Kontraindikationen
Penicillinallergie, Mononukleose. Während der Schwangerschaft sollte die Indikation streng gestellt werden. Kreuzallergie mit anderen Penicillinen und Cephalosporinen.

Nebenwirkungen
Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. anaphylaktische Reaktionen), Magenreizungen und Durchfälle, Masern-ähnliche Hautausschläge in Verbindung mit Juckreiz und Arzneimittelfieber.

Dosierung
Erwachsene und Jugendliche über 14 Jahre: 3 mal täglich 1 Tablette, Schulkinder (6 bis 14 Jahre): 3 mal täglich ½ Tablette.

10 Tabl.	20 Tabl.
34.95	68.-



SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Der Präsident der Bundesärztekammer verspricht sich von einer neuen Regierung vor allem einen Beitrag zur Mentalitätsänderung. Er erwartet die Förderung von Eigeninitiative und Eigenverantwortung und mehr Entfaltungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Gedanke der Selbstverwaltung solle auch auf Bereiche, wie das Krankenhauswesen, in dem er bisher nicht verwirklicht ist, ausgedehnt werden. Zu den Erwartungen der Ärzteschaft an die neue Bundesregierung gehört auch eine Abkehr von der vordergründigen Kostendämpfungspolitik zugunsten einer eigenständigen Gesundheitspolitik, die Befreiung der gesetzlichen Krankenversicherung von versicherungsfremden Leistungen und eine Novellierung der Approbationsordnung mit dem Ziel, daß ärztliches Handeln und ärztliches Gespräch sowie das Denken in Zusammenhängen gelernt werden. Vilmar hofft auch, daß die neue derzeit im Bundesrat steckende emtliche Gebührenordnung für Ärzte nochmals überdacht wird.

Vielleicht ist hier aber schon eine Grenze erreicht, die auch einer neuen Bundesregierung gezogen sind. Man wird deren Verhalten jedenfalls sorgfältig zu beobachten haben. Nicht nur in dieser Frage. Um ein weiteres Beispiel dafür zu erwähnen, daß auch diese Bundesregierung mit ihren Vorgaben zu leben hat, ihre verschiedenen Flügel zu berücksichtigen hat, sei auf jenen Passus in der Koalitionsvereinbarung hingewiesen, mit dem gefordert wird: man müsse untersuchen, ob nicht Leistungen der „Bagatell- und Luxusmedizin“ aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen werden müßten. Professor Sewering griff diesen Punkt in der Eröffnungsveranstaltung zum 35. Bayerischen Ärztetag auf: eine solche Forderung würde die Ärzte vor außerordentliche Schwierigkeiten stellen. Denn wo beginne der Bagatellfall und wo die Luxusmedizin? Einstweilen hofft Sewering, daß dieser Satz des Koalitionspapiers durch den Zeitdruck, unter dem er niedergeschrieben wurde, zu erklären ist. Ihm und den Ärzten ist zu wünschen, daß er nicht eines anderen belehrt wird.

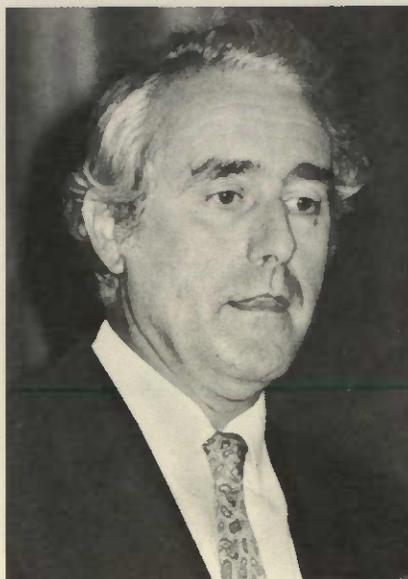
— N J —

Fotos (7): F. Sebal, Eamberg

Erwartungen und Wünsche an die neue Bundesregierung

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

- Förderung von Eigeninitiative und Eigenverantwortung
- Entlastung der Krankenversicherung von fremden Aufgaben
- Beendigung der Pseudoforschung mit politischen Vorgaben



Dr. K. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer

Es ist mir eine besondere Freude, Ihnen in diesem Jahr wiederum die Grüße der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages überbringen zu können. Der ohnehin hohe Rang des Bayerischen Ärztetages innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung der Bundesrepublik Deutschland gewinnt heute zweifellos mit dem Ergebnis in Bonn noch zusätzlich an Bedeutung. Es ist die erste Tagung einer großen ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaft, nachdem heute ein neuer Bundeskanzler gewählt wurde.

Wenn wir nunmehr eine neue Regierung bekommen, wäre es ein großer Irrtum, zu meinen, daß damit alle Probleme gelöst wären. Die Lösungsversuche können nämlich jetzt erst beginnen, und es wird ein schwerer Weg sein, bis die Probleme bewältigt sind. Das müssen wir uns alle klarmachen, und deshalb der neuen Regierung für ihre schwierige Aufgabe eine glückliche Hand und Erfolg wünschen. Es geht auch keineswegs nur um die wirt-

schaftliche Situation und einen gigantischen Schuldenberg in Höhe von einem Drittel des Bruttosozialproduktes. Die wirtschaftliche Situation hat nämlich auch Auswirkungen auf die Gesundheits- und Sozialpolitik und damit auf die Ärzte und die ärztliche Versorgung der Patienten.

Es geht aber vielmehr um die Folgen der Bildungspolitik, die uns Ärzten natürlich ebenfalls tangieren. Es geht darum, daß sich durch diese Bildungspolitik die Mentalität verändert hat, Konkurrenzdenken schon in den Schulen Platz gegriffen hat und z. B. durch die Aufhebung von Klassengemeinschaften ein Verlust an Gemeinschaftsgeist eingetreten ist. Das alles wirkt sich auf die Geisteshaltung aus, ebenso wie die verfehlten Auswahlkriterien für Studenten, insbesondere in der Medizin, wo vor allem die Quantität die Qualität der Ausbildung beeinträchtigt. In der Bevölkerung ist eine früher unbekannte Anspruchs- und Versorgungsmentalität entstanden. Es ist eine Umwertung von Begriffen erfolgt, so daß bei manchen sinnentleerten Begriffshülsen zur Zeit gar nicht mehr festzustellen ist, was eigentlich genau darunter zu verstehen ist. Wir sind ferner in einen Zustand permanenter Unzufriedenheit versetzt worden. Dieses alles gilt es in erster Linie zu überwinden. Die soziale Gerechtigkeit wird dabei nicht beeinträchtigt. Sie ist nicht dadurch in Gefahr, daß Leistungsbeurteilung gefordert wird, was jetzt neuerdings als „Ellenbogenprinzip“ verteuftelt wird. Soziale Gerechtigkeit ist vielmehr gefährdet durch das „Gießkannenprinzip“ und durch eine geradezu exotische Vielfalt von „Sozialparasiten“, so daß wirklich Bedürftigen keine oder nicht Hilfe in erforderlichem Umfang zukommen kann, wenn man z. B. an das Schwerbehindertengesetz und dessen Auswirkungen denkt.

Was erwartet nun die Ärzteschaft von der neuen Regierung?

Zunächst einmal natürlich die Lösung dringender wirtschaftlicher und sozialpolitischer Probleme, die unsere Volkswirtschaft bedrohen, damit wieder Prosperität und damit auch Abbau der Arbeitslosigkeit erreicht werden. Dann aber vor allem eine Veränderung der Mentalität, daß alles schon allein deshalb besser wird, wenn es nur der Staat macht. Wir erwarten die Förderung von Eigeninitiative und Eigenverantwortung, von Leistungsbereitschaft, die Förderung aber auch von Gemeinsinn anstelle von egozentrischer Selbstverwirklichung. Wir erwarten, daß endlich Schluß ist mit ständigem staatlichen Einwirken auf die Selbstverwaltung, auf die gesetzliche Krankenversicherung. Wir erwarten die Erhaltung des freiheitlichen Gesundheitssystems und des bewährten gegliederten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir erwarten, daß dem Gedanken der Selbstverwaltung wieder mehr Geltung verschafft wird — auch vielleicht in den Bereichen, wo sie noch nicht verwirklicht ist, ich denke z. B. an das Krankenhauswesen. Wir erwarten, daß im System der sozialen Sicherung wieder das Versicherungsprinzip beachtet wird, daß man sich dort auf das Wesentliche und Notwendige beschränkt, wir erwarten, daß die gesetzliche Krankenversicherung ebensowenig wie die verschiedenen anderen Zweige der Sozialversicherung gleichsam als zweites Besteuerungssystem zur Sanierung des Bundeshaushaltes mißbraucht werden.

Wir wünschen uns . . .

. . . von der neuen Bundesregierung eine wirkliche Gesundheitspolitik statt vordergründiger Kostendämpfungspolitik. Dazu mag vielleicht beitragen, wenn die Ressorts anders gegliedert werden und das Gesundheitswesen wieder in einem Ministerium zusammengefaßt wird. Wir wünschen uns die *Befreiung der gesetzlichen Krankenversicherung von versicherungsfremden Leistungen*, die ihr vom Staat aufgebürdet worden sind. Durch diese Überwälzung staatlicher, versicherungsfremder Aufgaben und die Erweiterung des Leistungskataloges sind erst die Probleme entstanden und nicht etwa durch die vielfach als „Leistungsanbieter“ verteuerten Leistungser-

Im nächsten Heft

Die Berichterstattung über den 35. Bayerischen Ärztetag wird im Dezember-Heft fortgesetzt. Darin werden vor allem die Rechenschaftsberichte der Landesärztekammer und ihrer Ausschüsse dokumentiert und die Beschlüsse des Plenums des 35. Bayerischen Ärztetages festgehalten. Sie behandeln eine große Vielfalt gesundheitspolitischer und berufspolitischer Fragen, wie schon die folgenden Titel der verabschiedeten Entschlüsse besagen:

- Approbationsordnung
- Krebsregister
- Koordination medizinisch-technischer Großgeräte im ambulanten und stationären Bereich
- Aufklärung des Patienten
- Neuregelung der Arzthaltung
- „Selbsteinweisung“
- Kostendämpfungsmaßnahme durch Selbstbeteiligung der Patienten an den Krankenhauskosten
- Kostentragung für Hepatitisimpfungen durch die Berufsgenossenschaften
- Honorierung der Ärzte im Rettungsdienst
- „Mitternachts-Statistik“
- Datenschutz, Wahrung des Arztgeheimnisses
- Aufklärungspflicht bei Operationen
- Zulassungssperre
- Neue Bemessungsgrundlage der Kammerbeiträge
- Ehrenamtliche Helferkreise für psychisch Gefährdete
- Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte und Krankenhausärzte mit Sozialstationen, Nachbarschaftshilfen und Selbsthilfegruppen
- Soziale Dienste und deren Einbindung in die ambulante und stationäre Versorgung unserer Patienten
- Soziale Dienste

bringer. Wir wünschen uns ferner die *Beendigung der Pseudoforschung* und der zahlreichen „Modellversuche“ mit politischen Vorgaben zum Zwecke der Systemveränderung. Dieser Gedanke liegt ja auf der Hand, wenn „Modellversuche“ auf Dauer etabliert werden sollen, ohne überhaupt Ergebnisse abzuwarten. Damit könnten Millionen- und Milliardenbeträge gespart werden. Es muß vielmehr mehr echte Forschung betrieben werden.

Wir wünschen uns natürlich eine *Novellierung der Approbationsordnung*. Ansätze dazu wurden schon von der alten Regierung gemacht. Es muß wieder mehr darauf hingewirkt werden, daß ärztliches Handeln und ärztliches Gespräch erlernt werden, daß das Denken in Zusam-

menhängen gelernt wird. Da die hohe Medizinstudentenzahl zu Lasten der Qualität der Ausbildung geht, ist eine Überarbeitung der Kapazitätsverordnung nötig. Maßstab für die ärztliche Ausbildungskapazität muß die Zahl der Patienten und der qualifizierten Hochschullehrer sein, die zur Ausbildung der Studenten zur Verfügung stehen können und nicht die Zahl freier Hörsaalplätze. Wir wünschen uns aber auch, daß sich das Studierverhalten vieler Studenten ändert und sie von selbst darauf kommen, nicht nur das zu lernen, was man in Katalogen zusammengefaßt hat und was in der Prüfung abgefragt wird, sondern sich ausreichendes Allgemeinwissen anzueignen und fachübergreifend denken zu lernen. Es ist nicht nötig und nicht möglich, alles und

Jedes perfektionistisch in der Approbationsordnung zu regeln.

Wir wünschen uns auch, daß vielleicht doch die *neue amtliche Gebührenordnung* für Ärzte nochmals überdacht wird. Der Bundesrat sollte sich gerade in dieser Situation überlegen, ob er als Erfüllungsgelhilfe bei der Weichenstellung in Richtung Einheitsversicherung fungieren will und gewissermaßen „Vollstrecker“ des Werkes einer „präfinalen“ Bundesregierung werden will.

Wir wünschen uns, daß die Jugend wieder *mehr Vertrauen in den Staat* und die parlamentarische Demokratie bekommen kann und nicht völlig frustriert ist, wenn sie nach vielen Versprechungen und nach großen Anstrengungen in der Schule und auch der Hochschule später keine ihrer Ausbildung adäquate Beschäftigung findet. Wir wünschen uns, daß Schluß gemacht wird mit der Flut von vorgeblichen „Jahrhundertgesetzen“ — die fast schon bei ihrem Inkrafttreten überholt sind.

Ärzeschaft zu sechverständiger Beretung bereit

Auch an dieser Stelle und an diesem Tage möchte ich unterstreichen, daß die Ärzteschaft wie bisher mit Sachverstand und mit Rat und Tat der Bundesregierung, aber auch der Opposition, den Parlamentariern, den Fraktionen, auch auf Landesebene, den Sozialpartnern und anderen zu Beratungen zur Verfügung steht. Wir werden weiterhin ärztliche Argumente in die Meinungsbildung einbringen, die gewachsen sind auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und die auf täglicher Erfahrung bei der Behandlung kranker Menschen beruhen. Wir werden uns wehren gegen eine Entwissenschaftlichung der Medizin, sei es in der Ausbildung oder in der täglichen Arbeit in Klinik und Praxis. Wir haben als Ärzte keinen Grund zur Resignation, wir haben überzeugende Argumente und wir hoffen, bei dieser Bundesregierung die Chancen zu haben, daß vielleicht etwas mehr auf unsere Argumente gehört wird. In diesem Sinne wünsche ich dem 35. Bayerischen Ärztetag einen guten Verlauf und die ihm gebührende Beachtung in der Öffentlichkeit.

Gesundheitspolitik in schwieriger Zeit

Grußansprache des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung Dr. Fritz Pirkl

- **Ausblick auf die Vorhaben der neuen Koalition in Bonn**
- **Klares Bekenntnis zum „Bayern-Vertrag“**
- **Zusammenarbeit von Ärzten und sozialen Diensten**
- **Anpassung des Bettenangebots an den Bedarf**



Arbeits- und Sozialminister Dr. F. Pirkl

Der Bayerische Ärztetag steht heuer in unerwarteter Konkurrenz zu einem bundespolitischen Ereignis allerersten Ranges. Aber die Vollversammlung der bayerischen Ärzte braucht diese Konkurrenz nicht zu fürchten. Ihre Verhandlungen genießen in Bayern und über die Grenzen unseres Freistaates hinaus seit jeher größte Aufmerksamkeit. Denn der Bayerische Ärztetag hat sich stets nicht nur als medizinisches Kolloquium oder eine berufsständische Versammlung, sondern immer auch als ein Forum der Gesundheits- und Sozialpolitik verstanden.

Für die Staatsregierung ist die jährliche Versammlung der bayerischen Ärzte ein willkommener Anlaß für einen fruchtbaren Meinungsaustausch. Ich freue mich deshalb sehr, daß ich Ihnen auch zum diesjährigen Ärztetag die Grüße des Herrn Ministerpräsidenten Dr. Franz Josef Strauß, meines Kollegen Gerold

Tandler und aller Mitglieder der Staatsregierung überbringen kann.

Diese Grüße verbinde ich mit dem Dank der Staatsregierung an das Parlament der bayerischen Ärzteschaft und vor allem an seinen Präsidenten, Herrn Senator Professor Dr. Sewering: Mein Dank gilt Ihrem engagierten und entschlossenen Eintreten für unser freiheitliches Gesundheitswesen.

Die letzten Jahre, vor allem aber die vergangenen zwölf Monate, waren gerade in der Gesundheitspolitik besonders schwierig. Denn wohl in keinem anderen Zeitraum wurde die Freiheitlichkeit unseres Gesundheitswesens so sehr beschnitten. Die sogenannte Operation '82 der heute abgelösten sozial-liberalen Bundesregierung hat schmerzliche Eingriffe in das Selbstverwaltungsrecht gebracht und damit einen verhängnisvollen Schritt zu mehr Staat, mehr Bürokratie und mehr Reglementierung vollzogen.

Die Bayerische Staatsregierung hat sich schon im Vorfeld der Beratungen zu den Kostendämpfungsgeetzen energisch gegen diesen Irrweg ausgesprochen. Sie ist dabei gerade von der bayerischen Ärzteschaft stets engagiert und fachkundig unterstützt worden. Sicher, diese „Koalition der Vernunft“ konnte nicht alle Angriffe auf unser freiheitliches Gesundheitswesen abwehren. Aber es ist damals doch gelungen, das Schlimmste zu verhüten. Ich erinnere nur an den Versuch des damaligen Bundesarbeitsministers, bei den ärztlichen Vergütungen einen „Honorardeckel“ einzuführen. Es ist nicht zuletzt auch ein Erfolg der klaren und unmißverständlichen Haltung der bayerischen Ärzteschaft, daß dieser Plan nicht Gesetz geworden ist.

Ich meine, dieser entschlossene Einsatz gegen die Versuche der Systemveränderung hat sich gelohnt: Die neue Bundesregierung findet ein Gesundheitswesen vor, das zwar ernsthaft krank, aber nicht unheilbar ist, wenn nach sorgfältiger Anamnese und Diagnose die richtige Therapie rasch und entschlossen eingeleitet wird. An die Heilungskräfte der neuen Koalition werden gerade auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik hohe Erwartungen geknüpft — sicher auch von der Ärzteschaft. Dies ist ein gutes Zeichen, weil dem Patienten offensichtlich auch von fachkundiger Seite Heilungschancen eingeräumt werden. Aber Wunder werden gerade Sie nicht erwarten, die Sie ja den Gesundheitszustand des Patienten bestens kennen.

Was braucht unser Gesundheitswesen jetzt am nötigsten?

Ich meine, am vordringlichsten ist es, den Aufgaben der Gesundheitspolitik endlich wieder ein eigenständiges politisches Gewicht zu geben. Viel zu lange wurde das Gesundheitswesen als Vehikel einer in sich nicht ausgewogenen Gesellschaftspolitik mißbraucht und mit sachfremden Aufgaben belastet. Viel zu lange wurde unter dem Deckmantel der Kostendämpfung die Selbstverwaltung entmachtet. Und viel zu lange haben nicht die fachlichen Einsichten den Kurs der Gesundheitspolitik bestimmt, sondern die Löcher des Bundeshaushalts. Wen kann es wundern, daß eine solche Politik die Bereitschaft zu wirtschaftlichem Verhalten im Gesundheitswesen nicht gerade anregt?

Eine von der Union geführte Bundesregierung kann diese schwere Erblast nicht von heute auf morgen abschütteln. Aber ich bin sicher, daß die neue Bundesregierung in der Gesundheitspolitik wieder nach sachlichen Erfordernissen und nicht nach Maßgabe der Deckungslücken im Bundeshaushalt entscheiden wird. Die Absicht der neuen Koalition, die Beiträge für die Krankenversicherung der Arbeitslosen auch weiterhin vom vollen Bruttoarbeitsentgelt zu berechnen, ist ein wichtiger Schritt auf dem richtigen Weg.

Das in den nächsten Tagen neu zu bildende Bundeskabinett steht ge-

rade in der Gesundheitspolitik vor schwierigen Aufgaben:

● Die *Kostenprobleme der Krankenversicherungsträger* müssen dauerhaft gelöst werden. Das heißt: die Ausgaben müssen sich auch langfristig im Rahmen der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung bewegen.

● Das System der *Krankenhausfinanzierung* muß auf eine neue, bessere Grundlage gestellt werden. Die Mischfinanzierung hat sich auch in diesem Bereich nicht bewährt. Bei den Krankenhausbehörden aller Bundesländer türmen sich die Förderanträge für Neubau- und Sanierungsprojekte, weil die Finanzplanung mit der Fachplanung nicht mehr Schritt halten kann.

● Und schließlich wird unser Sozial- und Gesundheitswesen immer drängender herausgefordert durch Risiken, die heute vom einzelnen meist nur noch mit Hilfe einer Solidargemeinschaft bewältigt werden können: Ich erinnere nur an das *Problem der Pflegekosten*.

Die Bayerische Staatsregierung hat mit Befriedigung zur Kenntnis genommen, daß die neue Bundesregierung diese wichtigen Probleme zum Gegenstand ihrer Koalitionsvereinbarung gemacht hat.

Die Lösung dieser Probleme wird — das haben die vergangenen Jahre gezeigt — nicht gelingen mit einer weiteren Serie von Spar- oder Strukturgesetzen, die nur an den Symptomen laborieren ohne die Ursachen zu kurieren. Wir müssen vielmehr auch im Gesundheitsbereich

— das Ziel der Politik wieder fester ins Auge fassen,

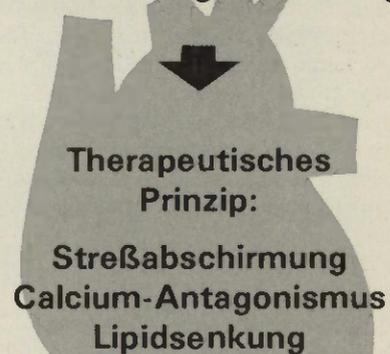
— alle Maßnahmen, die zu diesem Ziel führen sollen, an den bewährten Grundsätzen einer freiheitlichen Gesundheitspolitik orientieren und

— immer wieder prüfen, ob der Aufwand in einem angemessenen Verhältnis zum Erfolg steht.

Ich habe mich oft gefragt, ob Bundesregierung und Bundestagsmehrheit bei ihrem hektischen Aktionismus im Bereich der Krankenversicherung die Aufgabe der staatlichen Gesundheitspolitik eigentlich noch im Visier haben. Wenn ich die Entwicklung des Rechts der Krankenversicherung in den letzten Jahren recht beurteile, dann hat sich

MAGNESIOCARD®

Monosubstanz zur gezielten Magnesiumtherapie von Risikofaktoren bei coronaren Gefäßkrankheiten und Infarktgefährdung



Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i.m. zu 5 ml
enthalten:

mono-Magnesium-L-espertat-
hydrochlorid-trihydrat 614,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,76 mg)

1 Ampulle i.v. zu 10 ml enthält:

mono-Magnesium-L-espertat-
hydrochlorid-trihydrat 737,8 mg

Magnesium-Gehalt: 6 mval (72,94 mg)

5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:

mono-Magnesium-L-espertat-
hydrochlorid-trihydrat 1229,6 mg

Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg)

Verdeuliche Kohlenhydrate 3,1 g

Indikationen

Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzerkrankungen. Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Festenkuren, Hypercholesterinaemie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie.

MAGNESIOCARD® Ampullen sollen nicht angewendet werden bei AV-Block, Myasthenia gravis. Die Injektion von MAGNESIOCARD® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

Nebenwirkungen

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

Kapseln			
50 Kapseln	OM 19,55	100 Kapseln	OM 35,20
Lackierte Tabletten			
50 Tabletten	OM 19,20	100 Tabletten	OM 34,40
Granulat zum Trinken			
20 Beutel	OM 13,35	50 Beutel	OM 29,75
Ampullen			
2 Ampullen i.m.	OM 3,85	5 Amp. i.m.	OM 8,60
3 Ampullen i.v.	OM 6,85	10 Amp. i.v.	DM 20,45

Verla-Pharm
Tutzing/Obb.

doch die Gesundheitspolitik in diesem Bereich immer stärker ins Detail geflüchtet, in Kostenfragen verbissen und sich dem entscheidenden Problem nicht gestellt. Natürlich ist es richtig, die Krankenversicherungsträger von einzelnen nicht notwendigen Leistungen zu entlasten und Mißbrauchsmöglichkeiten abzubauen.

Wenn wir davon ausgehen, daß die Grenzbelastung mit Steuern und Sozialabgaben bereits erreicht ist, die der Gesetzgeber dem Bürger bei sinkendem Realeinkommen noch zumuten kann, dann dürfen wir auch der Frage nicht ausweichen, ob nicht der einzelne Bürger stärker als bisher selbst bestimmen sollte, in welchem Ausmaß er z. B. das Risiko der Krankheit absichern will.

Was kann dem Bürger an „Selbstbeteiligung“ zugemutet werden?

Ich bin mir sehr wohl im klaren darüber, daß diese Fragestellung Emotionen weckt. Aber ich halte es für meine Pflicht als Gesundheits- und Sozialpolitiker, Zusemmenhangs und Einsichten aufzuzeigen, die eine grundlegende politische Entscheidung zwingend erfordern. Ich bin überzeugt davon, daß wir mittel- und langfristig einer Antwort auf die Frage, ob die völlige Absicherung des Risikos Krankheit in einer Pflichtversicherung angesichts der heutigen Risikostruktur sozialpolitisch noch gerechtfertigt werden kann, nicht ausweichen können. Natürlich müssen dieser sehr weittragenden Entscheidung eingehende Untersuchungen und intensive Diskussionen aller am Sozial- und Gesundheitswesen Beteiligten vorausgehen. Aber ich warne davor, notwendige Überlegungen in diesem Bereich von vornherein zu tabuisieren.

Ich habe schon vor dem 33. Ärztetag 1980 betont, daß die Selbstbeteiligung des Patienten sicher kein Allheilmittel für die Kostenprobleme im Gesundheitswesen ist.

Aber wer sein Bekenntnis zu einem freiheitlichen, auf dem Grundsatz der Selbstverantwortung und dem Versicherungsprinzip aufbauenden Gesundheitswesens ernst meint, der muß auch einräumen, daß es zum Selbstbestimmungsrecht des

einzelnen gehört, jenseits einer gesetzlich vorgeschriebenen Basis-sicherung für den Krankheitsfall selbst Vorsorge zu treffen.

Für die Bayerische Staatsregierung waren und sind die bewährten Prinzipien einer freiheitlichen Gesundheitspolitik die selbstverständliche Grundlage ihres politischen Handelns. Diese Grundsätze haben wir mit engagierter Unterstützung der bayerischen Ärzteschaft in den letzten 13 Jahren immer wieder der Gesundheitspolitik der sozial-liberalen Koalition entgegengehalten. Nun wird mehr gefordert: Alle an unserem freiheitlichen Gesundheitswesen Beteiligten müssen jetzt den Beweis dafür antreten, daß dieses System ohne überzogene Kontrollen und ohne Zwang die Herausforderungen meistern kann.

Zur Ausgestaltung dieser Politik kann der Ärztestand in den kommenden Monaten einen wichtigen Beitrag leisten, wenn er geschlossen seine gesundheitspolitischen Vorstellungen in die Diskussion einbringt.

Zum Bayern-Vertrag gibt es keine freiheitliche Alternative

Ich habe mit Sorge die Kontroversen der letzten Wochen um den Bayern-Vertrag verfolgt. Die Motive für die Kritik an diesem bayerischen Weg in der Gesundheitspolitik möchte ich hier nicht näher untersuchen. Aber ich appelliere dringend an Sie, die bayerische Ärzteschaft, unbeirrt den Weg weiter zu beschreiten, den die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Kostenträger in unserem Land eingeschlagen haben. Denn es gibt keine freiheitliche Alternative zu einem Vertragswerk.

Die kassenärztliche Versorgung konnte erheblich verbessert werden. Der Fehlbestand an Ärzten hat sich von rund 480 am Ende des Jahres 1978 auf weniger als 180 im April dieses Jahres verringert. Dies ist ein Erfolg der engagierten Arbeit der kassenärztlichen Selbstverwaltung und aller an der Bedarfsplanung beteiligten Stellen. Wir verdanken diese sehr positive Bilanz aber auch der konsequenten und gezielten Niederlassungsförderung, die seit nunmehr über zehn Jahren von der bayerischen Ärzteschaft

mit Unterstützung des Freistaates Bayern betrieben wird.

Auch in manchen Spezialbereichen der ambulanten Versorgung haben die bayerische Ärzteschaft und die bayerischen Krankenkassen bewiesen, daß Kostenbewußtsein und medizinischer Fortschritt sehr wohl miteinander vereinbar sind: Ich erwähne nur beispielhaft den erfolgreichen Ausbau des Rettungsdienstes, die Verbesserung des kassenärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienstes, die Fortschritte bei der Tumornachsorge und den Ausbau der perinatalen und neonatologischen Versorgung.

Starthilfen für die humangenetische Beratung

Einen sehr vielversprechenden Anfang hat auch der Aufbau eines Netzes von humangenetischen Untersuchungs- und Behandlungsstellen genommen.

Sicher, wir haben in diesem immer wichtiger werdenden Bereich der ambulanten Versorgung sehr unkonventionelle Wege beschritten. Wege, die sich zwar mit der Dringlichkeit der Aufgabe rechtfertigen lassen, aber doch die Ausnahme bleiben müssen.

Ich möchte mich bei allen an diesem gut abgestimmten Projekt Beteiligten für ihren engagierten Einsatz bedanken und vor allem die niedergelassenen Ärzte bitten, in ihrer täglichen Praxis auch den Fragen der Humangenetik ihre Aufmerksamkeit zu widmen.

Ich meine, an diesem Beispiel zeigt sich besonders deutlich, wie wichtig die gute und enge Zusammenarbeit zwischen dem niedergelassenen oder auch im Krankenhaus tätigen Arzt und den verschiedenen sozialen Diensten ist.

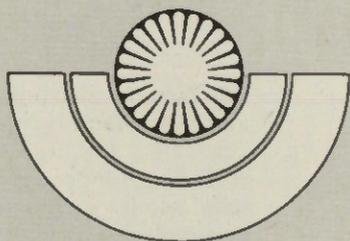
Das Verhältnis von medizinischer Behandlung und ambulanter Betreuung durch soziale Dienste ist ja leider durch manche Vorurteile belastet und einer fruchtbaren Zusammenarbeit stehen oft Berührungsängste auf beiden Seiten entgegen. Ich bin deshalb sehr froh darüber, daß sich Ihre diesjährige Vollversammlung mit diesem Problem besonders beschäftigt. Denn ich erwarte mir davon doch eine Versachlichung der Diskussion über dieses

Unser Beitrag zur Kostendämpfung

Die Wirkstoffe der Kamille
in standardisierter und
therapeutisch
optimaler Zusammensetzung

KAMILLEN BAD ROBUGEN

badefertig portioniert



O.P. 400 ml
(10 Beutel zu 40 ml)
13,90 DM

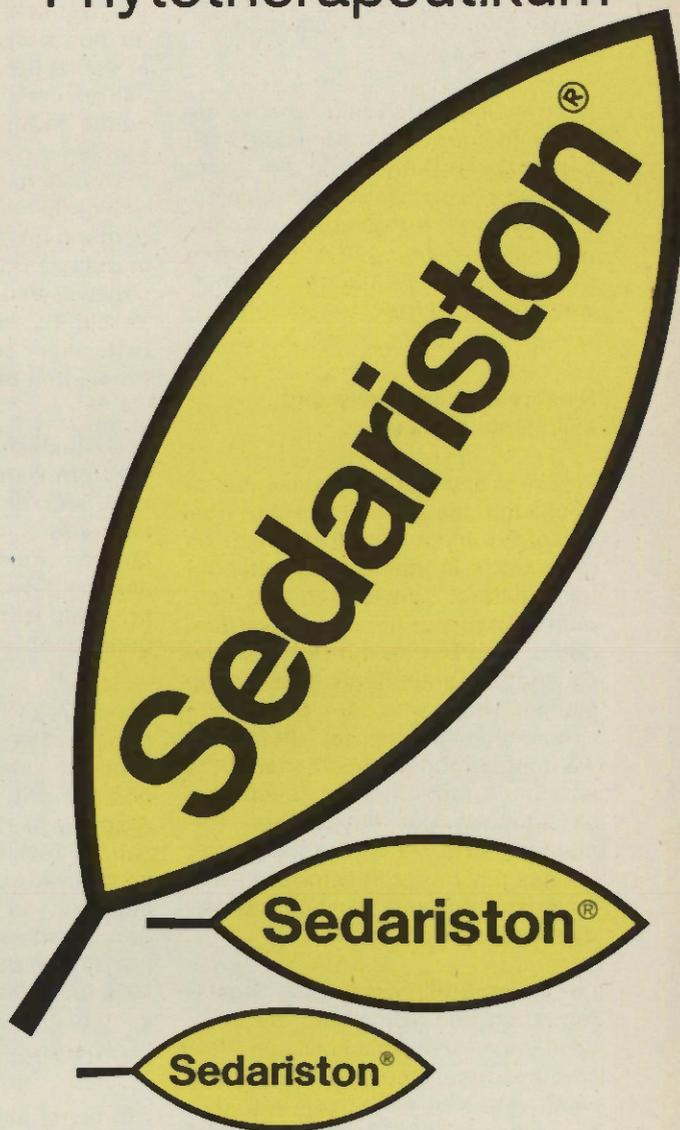
Indikationen: Badezusatz und zur äußerlichen Anwendung bei akuten, vor allem nässenden Dermatiden, bei Juckreiz am Darmausgang, zur Granulationsanregung bei der Wundbehandlung. Zur Pflege empfindlicher Haut. Kontraindikationen: keine bekannt.

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

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

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/VN

Beruhigend und antidepressiv wirkendes Phytotherapeutikum



Tropfen

Zusammensetzung:

100 ml alkoholischer Auszug enthalten:
Rad. Valerian. (Baldrian) 20 g
Fol. Meliss. (Zitronmelisse) 20 g
Herb. Sarothamn. scopar. (Besenginster) 20 g
Herb. Lycopi europ. (Wolfsfuß) 20 g
Herb. Hyperic. (Johanniskraut) 20 g
enthaltend 0,15 mg Hypericin

Anwendungsgebiete:

Nervöse Erregungs- und Spannungszustände, Schlafstörungen, leichtere Depressionen, funktionelle und thyreogene Herzbeschwerden und Kreislaufstörungen, nervöse Magen- und Darmbeschwerden, vegetative Störungen, Examensangst, Beschwerden der Wechseljahre, Pubertätsneurosen und Umweltstörungen des Kindes.

Gegenanzeigen und Nebenwirkungen:

Keine bekannt.

Dosierung: 3 mal täglich 5-10-15 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Besondere Hinweise: Die Verkehrstüchtigkeit wird nicht beeinflusst. Eine Kumulation oder Gewöhnung ist - auch bei Langzeittherapie - nicht zu befürchten.

Handelsformen und Preise:

O.P. 20 ml DM 9,50, O.P. 50 ml DM 18,40
O.P. 100 ml DM 33,10, in Tropfflasche
Mittlere Tagesdosis OM 0,55

STEINER
Arzneimittel
Berlin West

Theme. Aus meiner Sicht, also aus dem Blickwinkel des Sozial- und Gesundheitspolitikers, ist die Zusammenarbeit zwischen den sozialen Diensten und der Ärzteschaft eine Nagelprobe für das reibungslose Ineinandergreifen der Einrichtungen unseres fachlich und funktionell gegliederten Sozial- und Gesundheitswesens.

Nach meiner Erfahrung bereitet die Zusammenarbeit der Klinikärzte mit den sozialen Diensten in den Krankenhäusern keine Schwierigkeiten. Im Gegenteil: Vor allem in psychiatrischen Einrichtungen ist die Arbeit der Sozialdienste längst als notwendig und hilfreich anerkannt.

Niedergelassene Ärzte und ambulante Dienste

Für die bayerische Krankenhauspolitik hat das Jahr 1982 größte Herausforderungen gebracht. Denn es galt, auch in einer haushaltspolitisch äußerst schwierigen Zeit dem hohen Anspruch gerecht zu werden, den unsere Bürger mit Recht an die Qualität der stationären Versorgung stellen. Ich meine, die bayerische Krankenhauspolitik hat diese Bewährungsprobe gut bestanden. Dies ist den enormen finanziellen Anstrengungen der bayerischen Kommunen und einer im Bundesgebiet einmaligen Investitionsleistung des bayerischen Staatshaushalts zu verdanken.

Der hohe Stellenwert, den Staatsregierung und Kommunen der Verbesserung unserer klinischen Versorgung beimessen, wird deutlich, wenn man sich vor Augen hält, daß in diesem Jahr 1982 fast 28 Prozent aller Investitionen im Krankenhausbau in der Bundesrepublik bei uns in Bayern vorgenommen werden – und dies bei einem Bevölkerungsanteil von nur 17 Prozent. Mit diesen Investitionsmitteln in einer Größenordnung von über 700 Millionen DM war es möglich, nach gewissenhafter Abstimmung mit dem Krankenhausplanungsausschuß auch in diesem Jahr wieder ein Krankenhausbauprogramm aufzustellen, das 70 laufende Baumaßnahmen enthält und in das auch 15 neue Maßnahmen aufgenommen werden konnten. Dieses Bauprogramm ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur weiteren Verbesserung der stationären Versorgung in unserem Land.

Grundsätze der bayerischen Krankenheuspolitik

Wir müssen uns darauf einstellen, daß die finanziellen Rahmenbedingungen nicht nur für die Förderung des Krankenhausbaus, sondern für die Krankenhausförderung und auch für den Bereich der Betriebskosten in den Kliniken in den kommenden Jahren noch schwieriger werden als heute. Wenn diese Finanzierungsprobleme nicht zu einem spürbaren Einbruch in die Leistungsfähigkeit und die Qualität der stationären Versorgung führen sollen, dann ist auch in diesem Bereich unseres Gesundheitswesens eine „Koalition der Vernunft“, eine enge Zusammenarbeit aller am Krankenhauswesen Beteiligten unabdingbar.

Die staatlichen Planungsbehörden und ihre Beratungsgremien werden noch stärker als bisher darauf achten müssen, daß das Bettenangebot laufend dem veränderten Bedarf angepaßt wird und nicht erforderliche Kapazitäten aus der Förderung genommen werden.

Die Bayerische Staatsregierung hat sich in den letzten Jahren dieser sehr schwierigen, politisch heiklen und oft mit Emotionen beladenen Aufgabe gestellt. Die in den letzten Jahren rückläufige Verweildauer in unseren Krankenhäusern hat es ermöglicht, im Zusammenwirken mit den verschiedenen Trägergruppen der bayerischen Krankenhäuser von 1975 bis 1980 die Zahl der Krankenhausbetten um fast 6500 zu verringern.

Ich meine aber, den größten Erfolg versprechen Einsparungsbemühungen dort, wo Wünsche und Ansprüche entstehen.

● Deshalb geht meine Bitte an die Krankenhausträger, Ihre Neubau-, Erweiterungs- und Sanierungspläne in Zukunft noch stärker am wirklich Notwendigen zu orientieren und auf das Wünschenswerte zu verzichten. Dies gilt auch für die medizinisch-technische Ausstattung unserer Kliniken. Aus vielen Gesprächen mit den Vertretern von Krankenhausträgern weiß ich natürlich, daß sich mancher Bürgermeister oder Landrat den Forderungen seiner Krankenhausärzte und der Pflegedienstleitung recht hilflos ausgeliefert

sieht, weil er die medizinische und pflegerische Notwendigkeit dieser Wünsche nicht beurteilen kann. Ich appelliere deshalb an Sie, meine Damen und Herren, die Sie in den Krankenhäusern tätig sind, sich immer der Tragweite der von Ihnen vorgetragenen Wünsche für die Willensbildung des Krankenhausträgers bewußt zu sein.

Dieser kurze Streifzug durch die wichtigsten Probleme unseres Gesundheitswesens hat wohl gezeigt, daß auch dieser Bereich der Politik heute einer ernsten Bewährungsprobe unterliegt – wie unser Sozialsystem, wie unsere Wirtschaftsordnung.

Die hemmungslose Ausgabenpolitik der vergangenen zehn Jahre hat die soziale Sicherheit und die soziale Gerechtigkeit nicht verbessert, sondern einer schädlichen Anspruchsmentalität Vorschub geleistet.

Die Zukunft verlangt Opfer von Jedermann

Die neue Bundesregierung hat deshalb, wie ich meine, rasch die richtigen Weichen gestellt: Wir brauchen eine „nationale Atempause“.

In dieser Phase der Herausforderung darf niemand in einer Abwehrhaltung verharren, in Gruppenegoismus verfallen oder sich nur auf die Bewahrung von Besitzständen zurückziehen. Gerade Sie, die Vertreter der freien Berufe, haben jetzt die Chance und die Verpflichtung, aktiv und engagiert bei der Bewältigung dieser Krise mitzuhelfen. Die Politik, auch die Gesundheits- und Sozialpolitik, braucht jetzt Rat und Tat Ihres Berufsstandes.

Ich bin sicher, daß die bayerische Ärzteschaft unter der bewährten, sechskundigen und weitblickenden Leitung Ihres Präsidenten einen wertvollen Beitrag zur Bewältigung der vor uns liegenden Probleme leisten wird. Ich bitte Sie heute, an diesem 1. Oktober 1982, der ja auch den Beginn einer besseren Gesundheitspolitik in Bonn markieren soll, um Ihre kritische, konstruktive Solidarität in unserem Bemühen, unser freiheitliches Gesundheitswesen zu bewahren und fortzuentwickeln.

„Wir Ärzte in Bayern setzen unseren Weg konsequent fort“

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

- Bonner Gesundheitspolitik: Kritik an der „verflossenen“, Hoffnungen auf die neue Regierung
- Bayerische Gesundheitspolitik: Bayern-Vertrag, Gemeinsamkeit von Ärzten in Krankenhaus und Praxis, Sozialpsychiatrische Dienste
- Krankenversicherung: Selbstbeteiligung und Pflegefallrisiko

Zunächst darf ich Ihnen, Herr Oberbürgermeister, danken für Ihr Grußwort und Sie und die Bevölkerung beglückwünschen zu dem neuen Krankenhaus, das sie in Betrieb nehmen. Wir freuen uns darüber, daß in diesem Krankenhaus auch Studenten ausgebildet werden können, daß es ein Lehrkrankenhaus geworden ist. Es hat mich beruhigt, daß Sie keine Andeutungen gemacht haben, das Krankenhaus — nach dem Vorbild anderer bayerischer Städte — dem Freistaat anbieten zu wollen, um wieder eine neue medizinische Fakultät zu errichten. Sie wissen ja, daß wir, was neue Fakultäten angeht, in den letzten Jahren etwas zu euphorisch gewesen sind. Ich danke dem Präsidenten der Bundesärztekammer, unserem Kollegen Vilmar, für seine Ausführungen (dazu s. Seite 838 ff.). Er ist in das aktuelle Tagesthema, den Regierungswechsel in Bonn, eingetreten und hat manche Aussagen gemacht, die uns in der nächsten Zeit beschäftigen werden. Wir stehen an einem Anfang.

Ihnen, lieber Herr Staatsminister Pirkel, vielen Dank für den umfassenden Überblick über die gesundheits- und sozialpolitischen Probleme. Ich gehe ja nicht fehl in der Annahme, daß Sie einer der Mitverfasser des Koalitionspapiers sind, soweit es sich um den Bereich Sozialpolitik und Gesundheitspolitik handelt, und da haben wir viele Ansatzpunkte für fruchtbare Gespräche. Wir sind uns, glaube ich, alle darüber klar, daß mit dem Beginn dieser neuen Ära, mit dem Beginn der Arbeit einer



Professor Dr. Hans J. Sewering

neuen Koalition und einer neuen Bundesregierung für uns kein warmer Regen verbunden ist. Wir stehen vor sehr großen Anstrengungen, um das Schiff wieder flott zu machen, oder um den „Karren“, wie man so sagt, wieder aus dem Dreck zu ziehen. Ich glaube, unsere Bürger haben noch nicht begriffen, wie weit wir wirtschaftlich abgesunken sind, welche Verschuldung die verflossene Bundesregierung zurückgelassen hat, welche Anstrengungen von uns allen erwartet werden, welche Opfer wir bringen müssen, um aus der Misere herauszukommen, ohne daß der Bevölkerung eine Inflation zugemutet werden muß.

Was in den letzten Jahren in Bonn betrieben wurde, war keine Gesundheits- und Sozialpolitik, sondern ein Verschiebepolitik-Spiel: Man hat die Lächer dort, wo sie am deutlichsten wurden, gestopft und dafür andere aufgerissen. Die Milliarden wurden zwischen der Renten- und der Arbeitslosenversicherung hin und her geschoben; die gesetzliche Krankenversicherung hat man finanziell gemolken und ihr Aufgaben zugeschoben, die mit den eigentlichen Aufgaben einer gesetzlichen Krankenversicherung überhaupt nichts zu tun hatten. Die Leidtragenden dieser „Politik“ waren die Versicherten und die Vertragspartner der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir wissen alle, daß bei einer verantwortungsvollen Politik unsere gesetzliche Krankenversicherung gesund wäre. Doch nach der Devise „haltet den Dieb“ hat man auf deren Vertragspartner gezeigt und erklärt, sie seien zu teuer geworden, die von Ihnen veranlaßten Leistungen könnten nicht finanziert werden. In Wirklichkeit hat man aber der Krankenversicherung die Gelder entzogen und sie zu anderen Zwecken, auch zur Haushaltsanierung verwandt, die wegen einer destruktiven Haushaltspolitik nötig wurde. Wir waren in den letzten Jahren nicht nur die Leidtragenden einer solchen Politik, wir waren vielmehr gezwungen, mit ungeheurem Einsatz und in großer Verantwortung die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung lebensfähig zu erhalten und sie in die Lage zu versetzen, ihre Aufgaben auch weiterhin zu erfüllen. Die Partner der gesetzlichen Krankenversicherung haben jedenfalls hierzu erheblich beigetragen. Wir haben diese Probleme soweit wie möglich zu lösen versucht, in dem wir uns gemeinsam einen Weg suchten, gemeinsam Modelle entwickelt haben, die immerhin eine Abflachung der Kostenentwicklung bewirkten — soweit das in unserer Hand lag.

Minister Pirkel hat sehr lobende Worte über den sogenannten „Bayern-Vertrag“ gesprochen; ich darf dafür besonders herzlich danken, sicher auch im Namen der hier anwesenden Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern. Ich erinnere mich, mit welchen Wertungen dieser Vertrag in der Bundesrepublik — in der Publizistik bis hinein in die Bundesregierung — versehen wurde. Heute — man

möchte es kaum für möglich halten — ist plötzlich der Grundsatz: soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig, bundesweit zur Leitlinie geworden. Wir freuen uns darüber und werden diesen Weg konsequent fortsetzen. Die Verwirklichung unserer Ziele erfordert von allen Beteiligten einen enormen Einsatz und eine ständige Bereitschaft, dazu beizutragen, sie in die Tat umzusetzen. Das gilt für jeden einzelnen Kassenarzt, das gilt auch für die Kollegen in den Krankenhäusern, die es in dieser Sache mit Sicherheit nicht leicht haben.

Das Thema „Krankenhaus“ wurde von Minister Pirkl angesprochen. Ich bin sehr froh darüber, wenn wir von der leidigen Mischfinanzierung wegkommen. Man müßte sich auch überlegen, ob sich das duale Finanzierungsprinzip bewährt hat, oder ob es geändert werden muß. Denn im Bereich der privaten Krankenanstalten hat die duale Finanzierung den Charakter einer Enteignung, und von daher rühren im Grunde viele Schwierigkeiten.

Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig — das ist nicht Basis für einen Verteilungskampf

Der Grundsatz „soviel ambulant wie möglich“ hat auch zu Mißverständnissen und zu manchen Spannungen zwischen den Ärzten in der freien Praxis und im Krankenhaus geführt. Aber wir in Bayern heben uns, statt gegeneinander zu egieren, zusammengesetzt und beschlossen, die Probleme gemeinsam zu lösen. Wir müssen den Mut haben, klarzustellen, welchen Bettenbedarf wir in unserem Lande tatsächlich haben. Wir werden uns gemeinsam dagegen wehren, daß eine solche Untersuchung durch Ehrgeiz von anderer Seite, „Bettendenkmäler“ zu erhalten, verhindert wird.

Auf keinen Fall lassen wir Ärzte uns aus dieser Sache heraus zu Gegnern machen! Der Grundsatz „soviel ambulant wie möglich“ ist auch keine Parole. zum „Verteilungskampf“. Wenn wir bei jedem Patienten überlegen, ob er ins Krankenhaus muß oder nicht, dann hat das mit Verteilungskampf überhaupt nichts zu tun, mit ärztlicher Verantwortung aber sehr viel. Diese ärztliche Verantwortung gilt nicht nur gegenüber dem Patienten, sondern nicht minder gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung, deren wirtschaftliche Leistungsfähigkeit im Interesse der kranken Menschen in unserem Land erhalten werden muß.

Es beruhigt mich, wenn im Koalitionspapier vorgesehen ist, daß der Beitrag der Arbeitslosenversicherung zur Krankenversicherung auch künftig nach dem letzten Bruttolohn bezahlt, also nicht abgesenkt wird. Die Lücke von etwa 1,3 Milliarden — so hat man sie berechnet — wird also nicht entstehen. Damit entfallen auch die fragwürdigen Manipulationen, wie sie das „Sozialversicherungsänderungsgesetz“ der verflochtenen Bundesregierung vorgesehen hat. Wir bekämen wieder Luft, uns gemeinsam Gedanken über sinnvolle Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu machen. Mit Recht hat Minister Pirkl darauf hingewiesen, daß jetzt auch der geplante zweite Schritt zum Finanzausgleich entfällt und damit die Entwicklung zur Einheitskrankenversicherung verhindert wurde. Auch darüber sind wir außerordentlich froh.

Die von Minister Pirkl angeschnittene Frage, wie weit der Bürger über den Umfang der Absicherung des Risikos Krankheit entscheiden soll und entscheiden kann, ist außerordentlich heikel. Ich erinnere an politische Pläne, z. B. Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung einzuführen. Der neue Koalitionspartner F.D.P. hatte diesen Gedanken geboren. Man versteht dar-

unter, daß der einzelne Versicherte die Möglichkeit haben sollte, zu entscheiden, ob er einen niedrigeren Beitrag mit höherer Selbstbeteiligung oder einen höheren Beitrag mit geringer Selbstbeteiligung bezahlen will. Ich halte diesen Weg für gefährlich und glaube, daß er uns mit Sicherheit nicht weiterführen wird. Es ist doch naheliegend, daß jeder junge Versicherte, noch dazu, wenn er ledig ist, den billigen Tarif mit der hohen Selbstbeteiligung wählt, weil er damit rechnet, nicht krank zu werden. Der Familienvater mit Kindern müßte jedoch den hohen Beitrag bezahlen, weil er sich Selbstbeteiligung nicht leisten kann. Hier würde das Solidaritätsprinzip, das ich als Fundament der gesetzlichen Krankenversicherung ansehe, ernsthaft gefährdet werden.

Ich glaube also, daß wir diesen Weg nicht gehen dürfen. Man wird sich indes manches andere überlegen können. Zum Beispiel halte ich die Frage für diskussionswürdig, dem Begriff der Beitragsbemessungsgrenze auch wieder den Begriff der Versicherungsberechtigungs-grenze gegenüberzustellen. Eine Gesellschaft kann nur leben, wenn eine möglichst große Gruppe bereit ist, Verantwortung zu tragen — auch für das eigene und persönliche Schicksal. Man sollte aber nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung verlangen, für diesen Personenkreis oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze einen eigenen Versicherungs-zweig mit Kostenerstattungsprinzip zu eröffnen, sondern diesen Personenkreis auf andere Versicherungsmöglichkeiten verweisen.

Versicherung des Pflegefallrisikos

Das Pflegefallrisiko wirft zweifellos außerordentlich ernste Probleme auf. Der Gedanke, eine eigene Bundesanstalt für Pflegeversicherung zu gründen, ist zwar mit dem heutigen Tage wohl gestorben. Aber ich

Neu aus der Schwabe-Ginkgoforschung: Tebonin® forte Tropfen

Zusammensetzung: 100 ml Tropfen enthalten: Extr. Ginkgo bilobae e fol. elcc. 4,0 g, stand. auf 900 mg Ginkgoflavonglykoside. **Anwendungsgebiete:** Durchblutungsstörungen in den Armen und Beinen, auch bei diabetischen Gefäßschäden. Störungen der Hautdurchblutung, Hautgeschwüre, die auf einer Mangel durchblutung mit schlechter Sauerstoff- und Nährstoffversorgung beruhen. Mangel durchblutung und Ernährungsstörungen des Gehirns, besonders im höheren Lebensalter.
Dr. Willmar Schwabe, Karlsruhe

Dosierungsanleitung: 3- bis 4 mal täglich 20 Tropfen mit etwas Wasser verdünnen. **Darreichungsformen und Preise:** (Stand 09/82): O.P. mit 25 ml Tropfen DM 24,40, O.P. mit 50 ml Tropfen DM 42,80, O.P. mit 100 ml Tropfen DM 80,95. Apothekenpflichtig.

**Dr. Willmar Schwabe
Arzneimittel
Postfach 410925
7500 Karlsruhe 41**



neu aus der Schwabe-Ginkgoforschung

Tebonin[®] forte

verbessert vaskulär-metabolisch das Hirnfunktionsniveau



Tebonin forte
normalisiert die
gestörte Funktionseinheit

Blutfaktor · Gefäßfaktor · Gewebefaktor

Typische Symptome zerebraler Mangel durchblutung und Mangel-
ernährung werden signifikant*) gebessert:

● **Merkfähigkeit und
Konzentration**

● **Vigilanz und
Gedächtnis**

● **Schwindel und
gefäßbedingte Kopf-
schmerzen**

*) Eckmann, F. und Schlag, H.: Fortschritte der Medizin 31/32 (1982)

Tebonin forte wirkt kurativ und protektiv
Zerebral – Peripher

bin durchwegs der Meinung, daß man der Frage Pflegefallrisiko näher treten sollte, dabei böte sich nur ein Weg *innerhalb* der gesetzlichen Krankenversicherung an. Wir sollten uns allerdings darüber klar sein, daß das Geld kostet! Die gesetzliche Krankenversicherung hat freilich für diesen Personenkreis heute schon erhebliche Aufwendungen zu machen; denn die gesamte ambulante ärztliche Versorgung, auch im Altenheim, ist durch sie abgedeckt. Sie trägt ebenfalls die Aufwendungen für die pflegebedürftigen Menschen, die heute in den Akutkrankenhäusern für teure Pflegesätze gepflegt werden müssen, weil versäumt wurde, für sie Pflegeeinrichtungen zu schaffen. Bei einer Pflegefallregelung würde die herkömmliche Krankenversicherung natürlich um solche Ausgaben entlastet. Aber alles in allem — es kann keine Mark ausgegeben werden, die nicht vorher aufgebracht wurde.

Die neue Koalition hat sich auch vorgenommen, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung daraufhin zu untersuchen, ob man nicht Leistungen der, wie es heißt, „Bagatell- und Luxusmedizin“ herausnehmen könne. Ich hoffe und glaube, daß dieser Satz durch den Zeitdruck, unter dem er niedergeschrieben wurde, zu erklären ist. Eine solche Forderung, sollte sie tatsächlich erhoben werden, würde uns vor außerordentliche Schwierigkeiten stellen. Denn wo beginnt der „Bagatellfall“ und wo die „Luxusmedizin“? Ich bin immer noch der Meinung, daß noch nie ein Patient als „Bagatellfall“ das Sprechzimmer eines Arztes betreten hat. Erst nach einer genauen Untersuchung werden Arzt und Patient wissen: es handelt sich um eine Bagatelle. „Luxusmedizin“ im Rahmen der Humanmedizin? Da müßte erst einmal dargelegt werden, was darunter zu verstehen ist. Es gibt bei uns allerdings einen Zweig der Luxusmedizin: bekanntlich wird in keinem Land der Welt, nicht einmal in Amerika, soviel Gold in Gebisse installiert wie bei uns. Das sollte man — Schönheit und Kostenbelastung abwägend — genauer untersuchen.

Ob die „Negativliste“, also die Liste von Arzneimitteln, die nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen, weiter verfolgt wird, wissen wir noch nicht. Ich will zu dieser Frage ganz deutlich sagen: wenn

der Gesetzgeber bestimmte Gruppen von Arzneimittel ausnehmen will, dann mag er das tun; wir Ärzte sind dann gegenüber den Patienten in einer klaren Position. Man darf aber nicht (wie in den jetzt verflossenen Zeiten) in denselben Paragraphen zuerst hineinschreiben: das und das darf nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden, und dann im nächsten Absatz feststellen, bei ersten Krankheiten dürfe all das doch zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden. Wie soll ich als Pneumologe dem einen Patienten erklären, sein Husten sei ein Bagatellhusten und er müsse selber zahlen, und dem nächsten, ich sei der Meinung, er habe einen ersten Husten und ich könne ihm ein Kassenrezept geben? Dafür hätten die meisten verständlicherweise nicht das leiseste Verständnis. Als Ärzte müssen wir es ablehnen, daß hier der Konflikt in unser Sprechzimmer verlagert wird.

Selbstbeteiligung — wo kann sie sinnvoll eingeführt werden?

Die „Selbstbeteiligung“ ist ein unbedingt zu diskutierendes Thema. Man wird überlegen müssen, wo sie sinnvoll ist und ob sie eingeführt werden kann, ohne daß die dafür entstehenden Verwaltungskosten die Selbstbeteiligungsbeiträge auffressen. Bei dem, was man „Ware“ nennen könnte, würde ich eine Selbstbeteiligung für sinnvoll halten, weil dadurch wahrscheinlich der sorgfältige Umgang mit diesen „Waren“ gefördert würde. Wenn man aber eine echte Selbstbeteiligung, z. B. bei den Arzneimitteln einführen will, darf man nicht eine Gebühr von DM 1,50 pro Päckung einführen, ganz gleich, ob sie klein oder groß ist, sondern dann muß man eine saubere prozentuale Selbstbeteiligung mit einer Obergrenze machen.

Schon die verflossenen Koalitionspartner hatten vorgesehen, daß für stationäre Behandlung in den ersten sieben Tagen pro Tag vom Versicherten DM 5,— bezahlt werden müssen. Um den Bundesrat zu umgehen, war vorgesehen, daß die DM 5,— von der Krankenkasse kassiert werden sollten. Die gesetzliche Krankenkasse sollte also, wenn die Rechnung vom Krankenhaus kommt, zunächst prüfen, ob der Versicherte

zahlungspflichtig ist. Der bekäme dann eine Rechnung über die paar Tage zu je DM 5,—, stellt dann vielleicht einen Antrag auf Anerkennung als Härtefall, die Kasse hätte vielleicht noch eine Kommission einzurichten, die das prüft und einen Bescheid erläßt. Kurzum — eine „siebenmal DM 5-Rechnung“ einzuziehen, hätte die Krankenversicherung mehr gekostet, als es ihr einbringen würde.

Nun soll die Leufzeit auf 14 Tage verlängert werden. Lieber wäre es mir, wenn die Selbstbeteiligung erst am siebten Tag *beginnen* würde und danach 14 Tage zu zahlen wäre. Dann wäre der Versicherte stärker daran interessiert, daß er am Freitag entlassen wird und nicht bis zum Montag im Krankenhaus bleibt.

Zu den Kuren: Ich bin der Meinung, daß das Anschlußheilverfahren, z. B. nach einem Herzinfarkt, nicht mit finanziellen Lasten belegt werden darf; das sind notwendige Maßnahmen. Aber das, was so „en gros“ von der Rentenversicherung genehmigt wurde — ich glaube 1981 waren es nicht weniger als 814 000 Kuren —, hat seinen ursprünglichen Sinn verloren. Denn der Grundsetz war ja: Kur oder Heilverfahren *statt* Rente! Wir beobachten aber, daß die Menschen immer früher in Rente gehen. Arbeitende, die nahe an 65 Jahre sind, wird es in Kürze wahrscheinlich nur noch als Ausstellungsstücke geben. Auch die neue Koalition plant ja eine flexible Altersgrenze ab 60. Ich habe überhaupt nichts dagegen, nachdem im Koalitionsprogramm festgelegt wurde, daß mathematische Abschläge erfolgen. Das heißt, hier wird endlich einmal das Versicherungsprinzip zur Anwendung gebracht. Wer früher in Rente geht, muß sich halt mit weniger begnügen.

Zurück zu den Kuren. Ich halte den Gedanken: entweder Zahlung der DM 10,— oder Anrechnung auf den Urlaub für ausgezeichnet. Man sollte ihn unter allen Umständen weiter verfolgen. Persönlich bin ich der Meinung, daß unsere Erwerbsfähigen und alle Mitbürger, die ein Interesse an ihrer Gesunderhaltung haben, doch ihren Urlaub in einem Kurort verbringen und eine „Aktivurlaubskur“ durchführen sollten. Das wäre viel gesünder, als zum Grillen nach Jesolo oder Ibiza zu fahren.

Sozialpsychiatrischer Dienst, das Kuckucksei der Antipsychiatrie

Ein heikles Thema wurde von Staatsminister Pirkl mit der sogenannten Sozialpsychiatrie angesprochen. Es gibt kein Fach der Medizin, in dem sich in den letzten Jahrzehnten soviel geändert, soviel fortentwickelt hat, wie in der Psychiatrie! Jahrzehnte war sie ein verwahrendes Fach ohne bedeutende therapeutische Möglichkeiten, heute ist sie zu einem hochaktiven dynamischen Fach geworden. Der Psychiater hat jetzt Behandlungsmöglichkeiten, er setzt sie auch ein, und die Erfolge sind überzeugend! Vor einigen Jahren, als die APO-Welle durchs Land plätscherte, hat man sich auch der Psychiatrie angenommen und versucht, aus ihr eine Art gesellschaftliches Versuchsobjekt zu machen. Die psychisch Kranken waren nicht mehr Kranke, sondern Opfer der Gesellschaft; um sie zu heilen, galt es — das war die Meinung dieser Leute — die Gesellschaft zu verändern. Das war die sogenannte Antipsychiatrie, die damals geboren wurde. Aus dieser Antipsychiatrie heraus haben sich dann die sogenannten sozialpsychiatrischen Dienste entwickelt. Sie wurden auch von denjenigen akzeptiert, die ideologisch überhaupt nichts mit der Antipsychiatrie zu tun hatten, sondern einfach in Sorge um den psychisch Kranken waren. Sie haben, so meine ich, nicht erkannt, daß „sozialpsychiatrische Dienste“ nicht einfach eine Bezeichnung ist, sondern ein Werkzeug zur Gesellschaftsveränderung. Nach meiner Meinung ist „sozialpsychiatrischer Dienst“ das ausgebrütete Kuckucksei der Antipsychiatrie.

Schon die Tatsache, daß die verflozene Bundesregierung Millionen aufgeboten hat, um das Modell der sozialpsychiatrischen Dienste unter die Leute zu bringen, ist ein Beweis dafür, daß hier politische Beweggründe erheblich im Spiel waren. Nach der Begründung der Bundesregierung für die Errichtung sozialpsychiatrischer Dienste (ich habe das schon 1980 publiziert) wird angeblich ein großer Teil krankenhausesentlassener und nachsorgebedürftiger Patienten von den niedergelassenen Ärzten nicht erreicht, machen die Gebietsärzte in Praxen keine Hausbesuche und keine Nacht- und Feiertagsdienste in der erforderlichen Intensität. Jetzt frage ich mich, ob denn die Ambulatorien,

wie sie mit dem Modellprogramm geplant wurden, vom Patienten tatsächlich besser erreicht werden wie der niedergelassene Nervenarzt, wenn der gute Wille vorhanden ist, den psychisch Kranken so wie den somatisch Kranken dem niedergelassenen Arzt zuzuführen.

Wenn wir in Bayern dringend fordern, von sozialer Betreuung psychisch Kranker zu sprechen, dann kämpfen wir nicht um eine Namensänderung und ein Schildchen, sondern um ein Prinzip. Was wir wollen ist, daß der psychisch Kranke so wie der somatisch Kranke seinen Arzt aufsuchen kann, daß er behandelt wird von Ärzten im Krankenhaus und in freier Praxis und daß für diese psychisch Kranken ein bestfunktionierender sozialer Betreuungsdienst ausgebaut wird, der ergänzend zu den Ärzten diese psychisch Kranken betreut. Ich möchte Ihnen, Herr Staatsminister, ausdrücklich danken für das Verständnis; wir sind gerade in den weiteren Gesprächen dabei, das künftige Modell in Bayern zu schaffen und dieses ausgebrütete Kuckucksei wieder dahin zu bringen, wo es hingehört.

Krebsregister — das Persönlichkeitsrecht des Patienten geht vor

Ein anderes Problem ist der Muster-gesetzentwurf der ehemaligen Bundesregierung für die Einrichtung staatlicher Krebsregister. Nachdem der Bund keine Zuständigkeit für die Gesetzgebung hat, lieferte das Bundesgesundheitsministerium den Ländern einen Entwurf für ein Landesgesetz mit der Empfehlung, ein solches Gesetz zu erlassen. Danach sollen die Ärzte jeden Tumorpatienten melden, selbst dann, wenn dem Patienten — aus Rücksicht auf seinen Zustand — nicht gesagt wird, daß er gemeldet wird. Eines muß dazu klipp und klar herausgestellt werden: Das Strafgesetzbuch verpflichtet den Arzt zum Schweigen. Ein Ländergesetz kann ihn nicht ermächtigen, seine Schweigepflicht dadurch zu brechen, daß er den Patienten hinter seinem Rücken einem staatlichen Krebsregister meldet.

Zu unserer innerärztlichen Diskussion in dieser Frage: Die Kliniken und Ärzte, die Tumorpatienten behandeln, sind verpflichtet, ihre Diagnosen, ihre Befunde, auch ihre therapeutischen Maßnahmen aufzuzeichnen. Wenn diese Kliniken in

einem Verbund arbeiten, also z. B. in einem Tumorzentrum, und die Aufzeichnung gemeinsam in der modernen Form der Datenspeicherung erfolgt, dann wird — bei Beachtung des Datenschutzes — niemand etwas dagegen einzuwenden haben, wenn Forschung, auch epidemiologische, mit diesen Daten betrieben wird. Aber das ist etwas ganz anderes als ein staatliches Krebsregister mit einer Art von Vorratshaltung personenbezogener Daten, die dann interessierten Forschergruppen von einer Universität oder einem Institut zur Verfügung gestellt werden, um epidemiologische Forschung zu betreiben. Wir müssen daran festhalten, daß das Recht des Bürgers auf Schutz seiner Persönlichkeitssphäre auch nicht durch solche Interessen der Forschung beeinträchtigt werden darf! Wir haben in einem Sozialstaat ohnehin genügend Verpflichtungen, personenbezogene Angaben weiterzugeben, denn ein soziales System, etwa die Krankenversicherung, kann ja nicht Leistungen gewähren, wenn nicht dargelegt ist, warum sie gewährt werden. Deshalb meine ich, daß wir uns jedes Vorhaben, bei dem es wiederum um Speicherung personenbezogener Daten geht, sehr genau ansehen müssen. Für den Epidemiologen mag es zwar sehr schön sein, wenn er mit solchen Daten arbeiten kann; doch man muß sich Gedanken darüber machen, wie man zu Ergebnissen kommt, ohne daß man unnötig die Persönlichkeitssphäre dieser Patienten beeinträchtigt und immer wieder erneut gefährdet.

Von leichtfertigen Schlagworten und dem Mut zur Wahrheit

Es wird leider immer mehr von dem „Recht auf Gesundheit“ gesprochen. Unsere Bürger melden es geradezu als eine Forderung an, die Medizin hätte sie gesund zu machen! Man fragt nicht danach, wieweit der einzelne Bürger selber dazu beigetragen hat, daß er zunächst einmal krank geworden ist. Das angebliche „Recht auf Gesundheit“ wurde natürlich auch in der ideologischen Propaganda aufgegriffen. Man hat erkannt, daß man hier einen Vorwand hat, um wieder einmal den Ärzten am Zeug flicken zu können — etwa nach dem Muster: bei uns stagniert die Lebenserwartung der Erwachsenen, daran kann doch bloß die insuffiziente Medizin und die un-

geeignete Ärzteschaft schuld sein; also Veränderung unseres Gesundheitssystems.

Nun, bleiben wir bei den Tatsachen. Alle Menschen müssen sterben, und wir wissen, daß wir die Sterblichkeit von 100 Prozent nicht verändern können. Was wir erreichen wollen, ist ein möglichst langes Leben, eine möglichst lange Lebenserwartung mit möglichst vielen gesunden Tagen. Das medizinische Angebot, um das zu erreichen, ist umfangreich, und unser System der gesundheitlichen Versorgung ist so perfekt, daß es besser eigentlich nicht mehr ausgestaltet werden kann. Rund 93 Prozent unserer Bevölkerung genießt den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch die teuersten Methoden für Diagnostik und Therapie stehen jedem Versicherten offen, die Computertomographie oder die Bypass-Operation, die Dialyse, auch wenn dafür jährlich DM 100000,- pro Patient ausgegeben werden. Das alles wird bezahlt. Für den Rettungsdienst haben die bayerischen Krankenkassen im vergangenen Jahr 120 Millionen DM aufgewandt, nur damit so schnell wie möglich Hilfe geleistet wird. Was tragen nun eigentlich unsere Mitbürger selber dazu bei? Wir haben von Selbstbeteiligung gesprochen. Die wirksamste Selbstbeteiligung, die ich mir denken könnte, wäre eine vernünftige, gesundheitsbewußte Lebensweise unserer Mitbürger. Ich hoffe, daß die neue Koalition den Mut hat, dies auch unseren Bürgern ganz klar zu sagen und sie darauf hinzuweisen, daß wir nicht von dem „Recht auf Gesundheit“, sondern von einer Pflicht zur Verantwortung für die eigene Gesundheit sprechen müssen.

Ein anderes Schlagwort, das man erwähnen muß: „Gesundheit für alle im Jahre 2000“. Es wurde geboren von der Weltgesundheitsorganisation und hört sich wunderbar an. Aber wer nur einigermaßen seinen Verstand beisammen hat, weiß, daß das Ziel in dieser Zeit nicht einmal annähernd erreicht werden kann. Sollte es uns gelingen, bis zum Jahr 2000 zum Beispiel die Grundlagen einer einigermaßen ausreichenden Ernährung und Wasserversorgung in den Entwicklungsländern zu schaffen, dann wäre das schon ein großer Fortschritt. Jugendliche Schwärmer meinen, wir würden schon dadurch Probleme der Drit-

ten Welt lösen können, wenn wir unseren eigenen Lebensstandard absenken. Ich glaube, damit hilft man keinem, der in einem dieser Länder Hunger leidet. Nivellierung nach unten hat den Armen noch nie geholfen. Das sind nur sozialistische Ideologen, die so etwas propagieren.

Nachwuchswelle — eine mögliche Gefahr für die Allgemeinheit

Mit der Bewältigung der akademischen Nachwuchsschwemme nicht nur im ärztlichen Bereich — aber hier mit besonderer Deutlichkeit — stehen wir vor einem besonders schweren Problem. Der Staat oder die Institutionen tun sich leicht; sie haben Planstellen, und mehr Bewerber, als Planstellen vorhanden sind, werden nicht eingestellt. Die freien Berufe aber werden durch die Nachwuchsschwemme überschwemmt und in eine Situation getrieben, die zu einer ungeheueren Gefahr nicht nur für die Angehörigen der freien Berufe, sondern auch für diejenigen werden kann, für die die freien Berufe arbeiten. Wir sind für eine gute ärztliche Versorgung und dafür, daß genügend Ärzte zur Verfügung stehen, aber wir müssen nachdrücklich darauf hinweisen, daß ein Übermaß an Ärzten nicht zu einer Verbesserung der Versorgung, sondern eher zu einer Gefährdung führt. Dies um so mehr, wenn man bedenkt, daß etwa ab dem nächsten Jahr damit zu rechnen ist, daß für elftausend oder mehr junge Ärzte vielleicht fünf- bis fünfeinhalbtausend Planstellen an Krankenhäusern zur Verfügung stehen. Die Hälfte eines Jahrganges des ärztlichen Nachwuchses muß also prekäritisch dem Heer der Arbeitslosen zugeordnet werden. Sollten sie etwa in die Praxis gehen — mit welchen Voraussetzungen? Es ist doch völlig undenkbar, daß sich diese jungen Ärzte in freier Praxis niederlassen.

**Im Dezember-Heft
folgt eine ausführliche
Berichterstattung über
die Arbeitstagung**

In den vergangenen Jahren ist manchmal genüßlich das „Überlaufprinzip“ proklamiert worden, weil man der Meinung war, wenn man mehr an akademischem Nachwuchs produziere, als man benötige, dann könne man die betreffende Berufsgruppe (besonders gilt das für Ärzte) besser in den Griff bekommen. Nun, auch diejenigen, die mit dem Überlaufprinzip geliebäugelt haben, werden in absehbarer Zeit das Destruktive dieses „Prinzips“ einsehen.

Wir hoffen, daß mit der politischen Wende auch eine Wende in der Bildungspolitik eintritt, daß man wieder den Mut hat, zu sagen: der eine eignet sich zu einem guten Handwerker, der andere ist ein guter Schullehrer und der dritte ein guter Doktor, Jurist oder Geschäftsführer einer Krankenkasse. Man muß den Mut haben zu sagen, daß die Menschen nicht gleich sind und nicht den gleichen Intelligenzstand haben, sondern daß jeder eine bestimmte Begabung mitbringt (und diese Begabung soll dann auch gefördert werden!). Man sollte den Menschen nicht weismachen, daß einer nichts ist, wenn er nicht mindestens das Abitur gemacht hat. Tüchtigste und angesehenste Menschen in unserem Lande haben ohne Abitur viel für unsere Gesellschaft und für unseren Staat geleistet.

Was die freien Berufe angeht, so meine ich, daß sie ein unverzichtbarer Bestandteil unserer Gesellschaft sind. Wer sie ruiniert, nimmt eine Verantwortung auf sich, die er niemals tragen kann, denn diese Gesellschaft braucht die freien Berufe. Sie sind ein notwendiger Bestandteil unserer Gesellschaft, unserer Wirtschaft und unseres sozialen und künstlerischen Lebens. Aber diese freien Berufe müssen lebensfähig erhalten werden. Auch das sollte ein Anliegen der Bundesregierung sein, so sehr wir uns darüber klar sind, daß wir alle den Gürtel enger schnallen müssen, um aus der Misere herauszukommen.

Für uns Ärzte darf ich erklären, und ich bin sicher, daß meine Kollegen mir zustimmen, daß wir bereit sind, mit aller Kraft am Wiederaufbau mitzuwirken, bereit sind, unsere Beiträge dafür zu leisten, daß unsere Bürger in der Bundesrepublik Deutschland wieder hoffnungsvoll in die Zukunft blicken können.

Pernionin®

Teil-Bad

das Rheuma-Bad
für die Extremitäten

bei rheumatischen und posttraumatischen Beschwerden

schmerzlindernd
entzündungshemmend
durchblutungsfördernd



Pernionin® Teil-Bad, Ergebnis der Doppelstrategie:
Sofort- und Langzeitwirkung

Pernionin® Teil-Bad

Medizinische Teilbäder zur Perkutan-Therapie bei rheumatischen und neuralgischen Beschwerden. **Zusammensetzung** 100 ml enthalten: Fichtennadelöl sibir. 3 g, Methylsallycyilat 1 g, Nicotinsäure-benzylester 0,3 g, Nicotinsäure-methylester 0,2 g, Nonylsäurevenillylamid 0,03 g, Roßkastanienextrakt 1 g, Salbeiöl 1 g. **Anwendungsgebiete** Gelenk- und Muskelrheumatismus, neuralgische Beschwerden, kurmäßige Behandlung degenerativer Erkrankungen des Bewegungsapparates, funktionelle periphere Durchblutungsstörungen und deren Folgen, Nachbehandlung traumatischer Schädigungen, Frostschäden. **Gegenanzeigen** Gefäßverschlüsse, akut-entzündliche Erkrankungen. Aufgrund des Salicylatgehaltes ist bei Langzeitbehandlung und Anwendung auf großen Flächen das Baden in den letzten vier Wochen der Gravidität zu vermeiden sowie Vorsicht bei vorgeschädigter Niere geboten. **Nebenwirkungen** Bei zu starker Konzentration können vereinzelt Hautirritationen auftreten.

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln Bisher keine bekannt. **Dosierung und Art der Anwendung** Handbad: etwa 15 ml (= ¼ Meßb.) auf 1 ½ l Wasser. Armbad: etwa 10 - 15 ml (= ½ - ¾ Meßb.) auf 4 - 8 l Wasser. Fußbad: etwa 15 ml (= ¼ Meßb.) auf 4 l Wasser. Unterschenkelbad: etwa 30 - 45 ml (= 1 ½ - 2 ¼ Meßb.) auf 10 l Wasser. Badetemperatur: 36° - 39° C (bei trockenen Erfrierungen 18° - 20° C). Badedauer: 10 Minuten. Näheres siehe Gebrauchsinformation bzw. Basisprospekt! **Darreichungsformen und Packungsgrößen** O. P. mit 100 ml DM 8,60, O. P. mit 500 ml DM 29,50, O. P. mit 1000 ml DM 51,70, O. P. mit 5000 ml DM 191,50. Stand: August 1982.



KREWEL-WERKE 5208 EITÖRF

Von vielen Gästen und einer kleinen Veränderung

Eine nur auf den ersten Blick unscheinbare Veränderung: Vor einem Jahr war an dieser Stelle zu lesen: Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans J. Sewering, habe – neben der Vielzahl der Ehrengäste – bei der Eröffnungsveranstaltung des Bayerischen Ärztetages (selbstverständlich) die Delegierten der „fast dreißigtausend“ Ärzte Bayerns begrüßt. In diesem Jahr, zum 35. Bayerischen Ärztetag in Bamberg repräsentierten die 180 Delegierten bereits „über 31 000“ Ärzte – auch diese wundersame Vermehrung ist ein Zeichen der Zeit.

Die Zahl der Ehrengäste war, wie immer bei den Bayerischen Ärztetagen, auch heuer groß:

An der Spitze der Gäste der Vertreter der Bayerischen Staatsregierung und des Ministerpräsidenten Dr. h. c. Franz Josef Strauß; der Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung Dr. Fritz Pirkel (siehe Rade, mit vielen aktuellen Bezügen zur Bonner Situation, wird auf Seite 840 dokumentiert). Professor Sewering konnte weiter den Landtagsabgeordneten Johann Böhm (er ist Vorsitzender des sozialpolitischen Ausschusses) und den Vizepräsidenten des Bayerischen Senats Professor Dr. Audomar Scheuermann sowie Senator Prälat Professor Dr. Michael Arneith begrüßen.

Aus den Ministerien waren vertreten: vom Bayerischen Staatsministerium des Innern Ministerialdirektor Dr. Siegwil Süß und der Leiter der Gesundheitsabteilung, Ministerialdirigent Dr. med. Heinz Drausnick und Ministerialrat Georg Scholz; vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung die Ministerialdirigenten Dr. Walter Spaeth und Dr. med. Richard Ecknick. Weiterhin: als Vertreter der Regierung von Oberfranken, Regierungsvizepräsident Hans Karl Zürn und Leitender Ministerialdirektor Dr. med. Herbert Riemenschneider.

Als Vertreter der Wissenschaft: der Vorsitzende des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages und Präsident der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Professor Dr. med. Helmut Valentin, der Präsident der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Professor Dr. Theodor Berchem, die Dekane der Medizinischen Fakultäten Würzburg, Erlangen-Nürnberg und TU München, Professor Dr. med. Karl-August Busha, Professor Dr. med. Volker Becker und Professor Dr. med. H. W. Pabst.

Als Vertreter der Gerichtsbarkeit: die Vizepräsidenten des Bayerischen Landessozialgerichtes Karl Englert und dessen Vorgänger Frenz Wolf sowie der Präsident des Sozialgerichtes Nürnberg Dr. Konrad Zolles, der Vizepräsident des Bayerischen Obersten Landesgerichtes und Vorsitzende des Landesberufesgerichtes für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht, Vizepräsident Johann Zitzmann, der Vorsitzende des Berufesgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München, Ernst Wolf, sowie der Vizepräsident des Oberlandesgerichtes Bamberg, Dr. Rolf Bemmert, und der Generalstaatsanwalt des Oberlandesgerichtes Bamberg Dr. Hens Geißler. Vom Bayerischen Landesprüfungsamt für Sozialversicherung war Leitender Ministerialrat Alois Kröniger gekommen.

Der Oberbürgermeister der Stadt Bamberg, Paul Röhner, war (selbstverständlich) ebenfalls unter den Ehrengästen; er begrüßte den Ärztetag herzlichst mit einem Grußwort. Als Vertreter der Kirche war der Päpstliche Ehrenprälat Johannes Krauser anwesend. Unter den Ehrengästen waren weiter der Präsident und der Vizepräsident der Bayerischen Versicherungskammer, Dr. Walter Rieger und Dr. Hanns Winkelhofer, der Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Abteilungsdirektor Walter Albrecht, und Dr. med. Alfred Böhm, der Vorsitzende des Bayerischen Landesgesundheitsrates.

Professor Dr. Sewering begrüßte aus dem Kreise der Vertragspartner Willi Heitzer (1. Vorsitzender des Landesverbandes der Ortskrankenkassen und gleichzeitig 1. Vorsitzender des Bundesverbandes der Allgemeinen Ortskrankenkassen), den 2. Vorsitzenden Dr. Fritz Schenk und die Direktoren Hans Sitzmann und Eduard Ziegler, die 1. und 2. Vorsitzenden des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen, Oswald Kunzemann und Gustav Heinz, vom Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern den 1. Vorsitzenden Josef Felner sowie aus dessen Geschäftsführung Hartmut Holmer und Herbert Fischer, von der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Oberbayern die Vorsitzenden Josef Holzer und Josef Berger und Direktor Dr. Alban Braun, vom Verband der Angestelltenkrankenkassen den Vorsitzenden, Ludwig Geissinger.

Auch in diesem Jahr war wieder Staatsminister a. D. Dr. Heinrich Junker anwesend, ferner die Präsidenten und Vizepräsidenten des Verbandes der Freien Berufe in Bayern, Dr. med. Hermann Braun, und Dipl.-Ing. Architekt Peter Lanz. Die Heilberufskammern waren vertreten durch den Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer Dr. Edgar Wrana sowie Dr. Otto Rouenhoff, den Geschäftsführer der Bayerischen Landes Zahnärztekammer. Von der Vereinigten Krankenversicherung (dem Partner des Gruppenversicherungsvertrags) kamen Direktor Dr. Franz Karl Jäkel und Hans-Joachim Seldemann, für die Winterthur-Versicherungsgruppe Abteilungsdirektor Wolfgang Jehn und von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank der Leiter der Niederlassung München, Direktor Winfried Kahllich. Anwesend war auch der Landesarzt des Bayerischen Roten Kreuzes, Dr. med. Rutherford Hammer.

Aus dem Kreis der ärztlichen Kollegen und aus den ärztlichen Organisationen waren vertreten: die Trägerin der Peracelsus-Medaille, Dr. Elisabeth Alletag-Hald, der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages Dr. Karsten Vilmar (Bremen), der Vorsitzende des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins, Dr. Kurt Käfer, außerdem Repräsentanten der Landesverbände des Hartmannbundes, des Marburger Bundes und des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands sowie als Repräsentanten des Verbandes der Privatkrankenanstalten dessen Vorsitzender, Dr. Gabriel Mayer, und dessen Geschäftsführer, Rechtsanwalt Heinz Rottmann. Ferner: Dr. Dr. Franz Hochreiter vom Bundesverband der Deutschen Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Dr. Kleus Wellhöfer vom Berufsverband der Deutschen Radiologen und Nuklearmediziner sowie Captain Dr. Dennis M. Boenke vom Deutsch-Amerikanischen Verbindungsbüro.

Das Krankenhaus heute

Die Bewältigung der Kosten der gesundheitlichen Betreuung unserer Bürger ist unser gemeinsames Problem. Die gesetzlichen Krankenkassen betreuen in unserem Land deutlich über 90 Prozent unserer Bevölkerung. Die finanzielle Lage dieser Krankenkassen ist damit auch unsere gemeinsame Sorge. Hier allerdings beginnen bereits die Bedenken und Vorbehalte. Sind es denn eigentlich die Aufwendungen für echte Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, welche sie finanziell gefährden? Auf diese Frage gibt es nur ein klares Nein. Wer die Politik der letzten Jahre verfolgt hat, weiß zu gut, daß die Sozialpolitik nur noch Prügelnabe einer verfehlten Finanzpolitik war. Der gesetzlichen Krankenversicherung und ihren Versicherten wurden Aderlässe zugemutet, die nur noch als sozialpolitische Verantwortungslosigkeit gewertet werden können. Hier sind politische Antworten nötig.

Damit allein ist es aber nicht getan. Wir müssen auch sehen, daß die Kosten der gesundheitlichen Betreuung als solche erheblich angestiegen sind. Unter den Ausgabenposten der gesetzlichen Krankenversicherung nehmen die Krankenhauskosten mit Abstand den ersten Platz ein. Die Leitlinie „soviel ambulant wie möglich, nur soviel stationär wie nötig“ ist ein Ansatz dazu, Kosten auf diesem so teuer gewordenen Sektor zu sparen. Damit allein ist das Problem aber nicht zu lösen.

Es bringt uns auch nicht weiter, wenn öffentliche Auseinandersetzungen den Eindruck vermitteln, als stünden sich im Bereich der gesundheitlichen Versorgung Interessengruppen wie Blöcke feindlicher Heerscharen gegenüber. Das Krankenhaus ist ein viel zu bedeutender Faktor unseres gesundheitlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Lebens, als daß wir es damit bewenden lassen könnten. Die Gremien der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bemühen sich seit langem um das Problem. Es ist auch ständig der Inhalt unserer Beratungen mit den Vertragspartnern.

Um mit Material und Erkenntnissen zu einer vertieften und sachbezogenen Beratung beizutragen, bringen wir in dieser und den nächsten Ausgaben des „Bayerischen Ärzteblattes“ Arbeiten aus der Feder der Beteiligten. Wir beginnen in dieser Ausgabe mit einem Aufsatz von Stadtrat Dr. Genzel, dem Krankenhausreferenten der Stadt München, der uns einen weit gespannten Überblick zum Thema Krankenhaus gibt. Dabei wird auch das Verhältnis Krankenhaus – ambulante Praxis aus seiner Sicht angesprochen. Ein guter Einstieg in ein Thema, das wir bewältigen müssen, wenn wir auch in Zukunft eine gute ärztliche Versorgung unserer Mitbürger sicherstellen wollen.

Professor Dr. Sewering

Entwicklung der stationären Versorgung: Situationsanalyse – Ausblicke

von H. Genzel

Die gegenwärtige Diskussion über unser Gesundheitswesen und speziell den Krankenhausbereich ist fast ausschließlich geprägt von der Forderung nach Kostenbegrenzung. Die Begriffsinhalte haben sich so verschoben, daß heute Gesundheitspolitik gleichgesetzt wird mit Kostendämpfung. Als selbstverständlich unterstellt oder übergangen wird der sozialstaatliche humanitäre Auftrag unserer Krankenhäuser, entsprechend den rasch fortschreitenden Erkenntnissen der modernen Medizin und Medizintechnik kranke Menschen angemessen zu behandeln, zu pflegen, deren Leiden zu heilen oder zumindest zu lindern. Vermehrte Leistungsanforderung und verstärkter Kostendruck kennzeichnen das Spannungsfeld, in dem sich die stationäre Versorgung heute in besonderer Weise befindet.

Die bundeseinheitlich geführte, vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Krankenhausstatistik (zum 31. 12. 1980) sowie der von den Bayer. Staatsministerien des Innern und für Arbeit und Sozialordnung herausgegebene „Bericht über das bayerische Gesundheitswesen für das Jahr 1980“ geben Veranlassung, die vielfältig gegliederten Daten über Zahl und Trägerschaft der Krankenhäuser, des Bettenangebots, die behandelten Patienten, Auslastung, Verweildauer sowie über Personalstrukturen in den Kliniken näher zu untersuchen. Daraus lassen sich bedeutsame Schlüsse über die Leistungsfähigkeit unseres Krankenhauswesens ableiten. Die Angaben zeigen aber auch Entwicklungen auf, die in verschiedener Weise – sei es gesetzgeberisch, administrativ oder betrieblich organisatorisch – es geboten erscheinen

lassen, insbesondere für die Planungsbehörden, die Krankenhaus- und die Kostenträger, Steuerungsmechanismen auszulösen.

Gerade für die Ärzte in unseren Krankenhäusern, die das Leistungsgeschehen bei Diagnose und Therapie weitgehend bestimmen und damit auch die ökonomische Belastung entscheidend prägen, ist es unabdingbar, die gesundheitspolitischen Zusammenhänge, die rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ihres Handelns zu erkennen.

Innerhalb unseres bestehenden, aufgabenteiligen Gesundheitssystems (ambulante Versorgung – stationäre Versorgung – öffentlicher Gesundheitsdienst) hat sich der Krankenhaussektor in den letzten Jahrzehnten aus seiner ursprünglichen

Ergänzungsfunktion zur ambulanten Versorgung immer mehr zu einem abgegrenzten eigenständigen Bereich mit erheblicher gesundheitspolitischer Bedeutung entwickelt. Eine der Hauptursachen für diese Tendenz liegt in der stürmischen Entwicklung von Medizin und Medizintechnik und damit verbunden den erweiterten Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie. Eine Ausdehnung des klinischen Behandlungsspektrums löst unweigerlich mehr Krankenhausleistung aus. In den letzten 15 Jahren wurden neue Fachgebiete und Fachschwerpunkte auf- und ausgebaut; besonders hervorzuheben sind: Anästhesiologie und Intensivmedizin, Plastische- und Wiederherstellungs-Chirurgie, Kardiovaskularchirurgie, Neurochirurgie, als Teilgebiete der Inneren Medizin, die Endokrinologie, die Gastroenterologie, die Nephrologie, die Rheumatologie u. a.

Die Weiterbildungsordnungen für Ärzte haben dieser Entwicklung Rechnung getragen durch die Anerkennung zum Führen von Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnungen, sofern bestimmte Weiterbildungsvoraussetzungen erfüllt sind¹⁾.

Zur Entwicklung der stationären Versorgung

Die Bedeutung der stationären Versorgung zeigt sich besonders anhand der statistischen Zahlen²⁾ der Patienten, der Krankenhausbetten, der Krankenhäuser (Tab. 1).

Die Zahl der jährlich **stationär behandelten Patienten** — wobei das Verhältnis zwischen Akutkrankenhäusern und Sonderkrankenhäusern etwa 1:6 beträgt — hat sich seit 1965 konstant erhöht; in 15 Jahren um fast 43 Prozent; bei den Akutkrankenhäusern um 40,4 Prozent. Die Entwicklung in Bayern weicht hiervon nicht wesentlich mit 41,8 Prozent und 39,4 Prozent im Akutbereich ab (Tab. 2). Die Ursachen für dieses Ansteigen der Patientenzahlen sind bisher im einzelnen nicht hinreichend erfaßt. Es bedarf hier weiterer Untersuchungen³⁾.

Allgemein führen die erweiterten stationären Behandlungsmöglichkeiten, die veränderte Alterszusammensetzung der Bevölkerung, die Einweisungsgewohnheiten der nie-

dergelassenen Ärzte, Zunahme der Verkehrs- und Arbeitsunfälle, Ansteigen der Zivilisationskrankheiten u. ä. zu einer Zunahme der Krankenhaushäufigkeit⁴⁾.

Diese stieg — gemessen am Krankenzugang je 10000 Einwohner — für den gesamten Krankenhausbereich von 1461 (1970) auf 1812 (1980). Dies bedeutet: 1970 begab sich statistisch jeder 7., 1980 bereits fast jeder 5. Bundesbürger in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung. Von den 625995 Geburten im Jahre 1980 erfolgten 619523⁵⁾ in einer Klinik, d. s. 99 Prozent. Von 714000 Menschen, die 1980 starben, beendeten 395000, d. s. 55 Prozent ihr Leben im Krankenhaus. Die Zahl der **Krankhausplanbetten**⁶⁾ stieg von 1965 bis 1975 im

¹⁾ Vgl. § 2 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 1. 1978 (Bayer. Ärzteblatt 1977, Sondernummer Dezember S. 28 ff.) i. d. F. Bayer. Ärzteblatt 1978, S. 1429; 1979 S. 1180; 1980 S. 1183.

²⁾ Die aufgrund einer Koordinierungsvereinbarung zwischen Bund und Ländern aus dem Jahr 1952 geführte Krankenhausstatistik unterscheidet zwischen **Akut- und Sonderkrankenhäusern**. Es steht bei der begrifflichen Zuordnung nicht die ärztlich-pflegerische Zielsetzung und Aufgabenstellung im Vordergrund, sondern die Intensität der Behandlung und Pflege und damit als maßgebliches Kriterium die Verweildauer. Als Sonderkrankenhäuser werden erst Tuberkulosekrankenhäuser, Psychiatrische und Neurologische Krankenhäuser (ohne Rücksicht, ob und in welchem Umfang Akutversorgung erfolgt), Suchtkrankenhäuser, Rheuma- und Rehabilitationskrankenhäuser, Kurkrankenhäuser einschließlich Einrichtungen für Langzeit- und Chronischkranke sowie Versorgungskrankenhäuser.

³⁾ In Bayern wird gegenwärtig ein Forschungsvorhaben „Regionale Unterschiede der Krankenhaushäufigkeit in Bayern“ (untersucht in drei Planungsregionen) durchgeführt. In der ersten Stufe wurden Basis- und Strukturdaten gesammelt und ausgewertet. Einflußfaktoren der Krankenhaushäufigkeit, wie quantitatives und qualitatives Bettenangebot, Arztdichte, Alters- und Erwerbsstruktur, geografische Lage, Unfallhäufigkeit in Verkehr und Beruf u. a. waren vorgegeben. Der Bericht des Bayer. Statistischen Landesamtes wurde im Januar 1981 veröffentlicht. Bedauerlicherweise wurde die 2. Stufe der wissenschaftlichen Auswertung noch nicht eingeleitet.

⁴⁾ Die Krankenhaushäufigkeit ist festzustellen, indem die Zahl der in einem Gebiet wohnenden Patienten, die im Lauf eines Jahres Krankenhäuser zur stationären Behandlung aufsuchen, mit 1000 bzw. 10000 Gebietsbewohnern in Beziehung gesetzt wird. Bei den Krankenhausaufenthalten kann abgestellt werden auf die Patientenzugänge oder die in einem Jahr stationär behandelten Patienten. Erstere liegen der Krankenhausbedarfsplanung zugrunde.

⁵⁾ Davon 616255 Lebendgeburten und 3268 Totgeburten.

⁶⁾ Der Begriff des Planbettes ist bisher normativ nicht bestimmt. Statistisch und krankheuserplenerisch wird in der Verwaltungspraxis darunter ein Krankenhausbett verstanden, das gewissen funktionellen, besonders hygienischen Mindestanforderungen genügt. (Vgl. im einzelnen zur Begriffsbestimmung „Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen für das Jahr 1964“).

DIE DINGE SEHEN WIE SIE SIND. GERADE ALS ARZT.

Angestellte Ärzte haben Steuervorteil.

Bei nicht gedeckten Krankheitskosten, die unter die Selbstbeteiligung fallen, sind Sonderregelungen möglich. Angestellte Ärzte können nämlich mit ihrem Arbeitgeber eine steuerfreie Unterstützung bis 1.000.- DM jährlich aushandeln. Das gilt nach einem Erlaß des Finanzministers des Landes Nordrhein-Westfalen vom 10.10.1980 S 2333-4-VB3, der im Einvernehmen mit dem Bundesminister der Finanzen und den obersten Finanzbehörden der anderen Länder ergangen ist.

Manchmal lassen sich auch Krankheitskosten abschreiben.

Als außergewöhnliche Belastung gelten nicht erstattete Krankheitskosten (also z. B. Selbstbeteiligungsbeiträge). Sie werden allerdings erst dann auf das zu versteuernde Einkommen angerechnet, wenn die sogenannte »zumutbare Belastung« überschritten wird: Je nach Verdienst und Anzahl der Kinder zwischen 1% (Steuerpflichtige mit 3 oder mehr Kindern und Einkünften bis 100.000.- DM) und 7% (Ledige mit Einkünften über 100.000.- DM) des gesamten Einkommens. Weitere Informationen zu diesen Themen erhalten Sie per nebenstehendem Coupon mit der Info-Mappe »Arzt und Versicherung«.

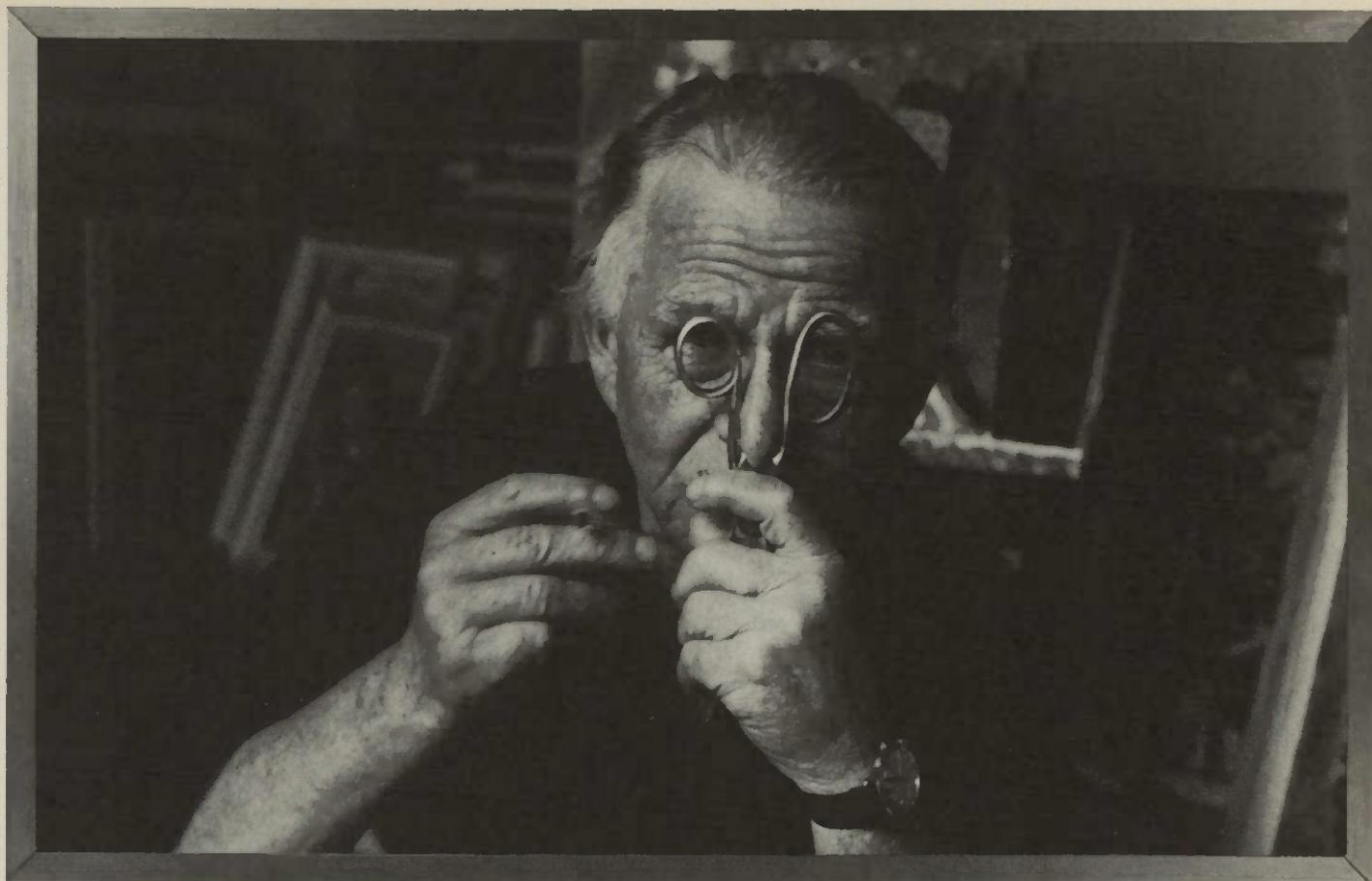
Vereinigte Versicherungsgruppe
Informationszentrale
Postfach 202522, 8000 München 2

WIR BRINGEN IHNEN SICHERHEIT NÄHER

Speziell für Sie und Ihren Berufsstand haben wir seit Jahren einen Sonder-service: Über 130 Direktionsbeauftragte der Vereinigten sorgen überall im Bundesgebiet und Westberlin für umfassende ärztliche Betreuung.

IHRE VEREINIGTE

DIE DINGE SEHEN WIE SIE SIND



Stefan Moses

Was er sieht, wenn er den Menschen sieht.
In einer Foto-Edition exklusiv für Sie.



»Allen Menschen, denen ich auf den Stationen meines Lebens begegnet bin, gehört meine Zuneigung, Verehrung und großer Respekt«, sagt Stefan Moses über seine menschlichen Beziehungen. Das zeigt, warum er gerade dieses Foto zu Thema »Mensch« ausgewählt hat. Weil

er »hineinsehen« will, um Charaktere sichtbar zu machen.

Stefan Moses, Jahrgang 1928, wuchs in Schlesien auf. Erst Bühnenfotograf am Nationaltheater Weimar, widmete er sich später ganz der Fotoreportage: in vier Erdteilen stets auf der Suche nach Aktualität. Zahlreiche Ausstellungen und fünf Fotobände sprechen seine bewegte menschliche Sprache.

Senden Sie uns den untenstehenden Coupon. Dann können Sie dieses Foto – sowie vier weitere von anderen namhaften Fotografen, gewinnen. Alle als Originalabzüge, signiert, nummeriert und in einer limitierten Auflage von 50 Editionen. Inklusive der Biographien aller beteiligten Fotografen.

Vereinigte
Versicherungsgruppe

Vereinigte Aachen-Berlinische · Vereinigte Eos-Isar
Vereinigte Kranken · Saar Rhein

Ich möchte nur an der Auslosung der beschriebenen Foto-Editionen teilnehmen.

Schicken Sie mir außerdem die nebenstehend angebotene Info-Mappe »Arzt und Versicherung«.

Einsendeschluß dieses Coupons ist der 8.12.82. (Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen).

Name _____ Alter _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Tel. _____

Coupon bitte einsenden an:
Vereinigte Versicherungsgruppe
Informationszentrale AW 5
Postfach 20 25 22 8000 München 2

Zahl der Patienten, der Krankenhausplanbetten, der Krenkenhäuser in der Bundesrepublik

	Zahl der Patienten				Zahl der Krankenhaus-Planbetten				Zahl der Krankenhäuser			
	Veränderung %				Veränderung %				Veränderung %			
	alle Krankenh.	Akuthäuser	alle KH	Akuthäuser	alle Krankenh.	Akuthäuser	alle KH	Akuthäuser	alle Krankenh.	Akuthäuser	alle KH	Akuthäuser
1965	8 121 225	7 147 753			831 447	423 219			3 619	2 540		
1970	9 337 705	8 190 454	+ 15,0	+ 14,8	683 254	457 004	+ 8,2	+ 8,0	3 587	2 441	- 0,9	- 3,9
1975	10 426 080	9 032 100	+ 11,7	+ 10,3	729 791	489 756	+ 6,8	+ 7,2	3 481	2 260	- 3,0	- 7,4
1980	11 595 558	10 033 004	+ 11,2	+ 11,1	707 710	478 652	- 3,0	- 2,7	3 234	1 991	- 7,1	- 11,9

Akut- und Sonderkrankenhäuser

Stand 31. 12. 1980

Tabelle 1

Zahl der Patienten, der Krenkenheusplanbetten, der Krankenhäuser in Bayern

	Zahl der Patienten				Zahl der Krankenhaus-Planbetten				Zahl der Krankenhäuser			
	Veränderung %				Veränderung %				Veränderung %			
	alle Krankenh.	Akuthäuser	alle KH	Akuthäuser	alle Krankenh.	Akuthäuser	alle KH	Akuthäuser	alle Krankenh.	Akuthäuser	alle KH	Akuthäuser
1965	1 489 525	1 258 204			109 367	69 960			812	560		
1970	1 720 349	1 446 702	+ 15,5	+ 15,0	118 254	76 718	+ 8,1	+ 9,7	797	538	- 1,8	- 3,9
1975	1 923 145	1 591 389	+ 11,8	+ 10,0	128 976	82 745	+ 9,1	+ 7,9	772	494	- 3,1	- 8,2
1980	2 112 839	1 753 536	+ 9,9	+ 10,2	124 931	79 536	- 3,1	- 3,9	738	433	- 4,7	- 12,3

Akut- und Sonderkrankenhäuser

Stand 31. 12. 1980

Tabelle 2

Bundesgebiet um rd. 16 Prozent, in Bayern um rd. 18 Prozent. Sie erreichte in diesem Jahr auch bei den Akutbetten zahlenmäßig den höchsten Stand und nimmt seither wohl auch unter dem Einfluß der Krankenhausbedarfsplanung in den Ländern⁷⁾ kontinuierlich eb. Die Zahl der Planbetten hat sich in den letzten zehn Jahren im Ergebnis nur mehr um 3,6 Prozent, in Bayern um 5,6 Prozent erhöht. In der Tendenz geht heute ein weiterer Bettenabbau mit einer qualitativen Verbesserung einher. Rückgang der Auslastung in einigen Fachrichtungen, wie etwa in der Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Allgemeinchirurgie u. a. läßt zwangsläufig für den Krankenhausträger wegen des erheblichen Druckes auf die Betriebskosten Umstrukturierungen und damit auch eine Reduzierung des Bettenangebots geboten erscheinen.

Die **Bettendichte**, d. h. die Zahl der Planbetten, bezogen auf 10000 Einwohner, betrug im Bundesgebiet⁸⁾ 1980 114,8 davon in Akutkrankenhäusern 77,3. Sie hat sich in den letzten zehn Jahren im Ergebnis nur mehr wenig erhöht (vgl. Tab. 3). Sie liegt aber im Vergleich zu anderen Staaten⁹⁾ relativ hoch. Die Ursachen hierfür liegen vor allem in der

Eigenart des jeweiligen Versorgungssystems begründet. Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, insbesondere mehr Betonung planwirtschaftlicher, staatlicher Einflußmöglichkeiten, andererseits weitgehende Trennung von ambulanten und stationären Einrichtungen mit beschränkten Versorgungsmöglichkeiten spielen neben der sozialversicherungsrechtlichen Absicherung der Behandlung für den einzelnen und dem Vorhandensein alternativer Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen eine bedeutsame Rolle.¹⁰⁾

Die **Zahl der Krankenhäuser** in der Bundesrepublik ist in den letzten 15 Jahren erheblich zurückgegangen; bei allen Krankenhäusern insgesamt um 10,6 Prozent, bei den Akutkrankenhäusern um rd. 21,6 Prozent. Der

Rückgang besonders ab 1975 (um 11,9 Prozent im Akutbereich) ist sicherlich auf die durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz eingeleitete Konzentration des Bettenangebots¹¹⁾ mit zurückzuführen. Die Ent-

⁷⁾ Nach § 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vom 29. 6. 1972 stellen die Länder den Krankenhausbedarfsplan auf. Ihm kommt für die Durchführung des KHG grundlegende Bedeutung zu. Er hat die Aufgabe, regional den gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf an stationären Krankeneinrichtungen festzustellen (Bedarfsfeststellung) und zu bestimmen, welche Krankenhäuser gegenwärtig und zukünftig notwendig sind, um die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen (Versorgungsplanung) und die damit öffentlich gefördert werden.

⁸⁾ In den einzelnen Ländern schwankt die Bettendichte erheblich; so beträgt sie beispielsweise in Berlin (West) 184,5, in Bremen 127,9, in Baden-Württemberg 115,0, in Schleswig-Holstein 106,2, in Niedersachsen 100,5; in Bayern liegt sie mit 114,3 knapp unter dem Bundesdurchschnitt.

⁹⁾ Nach einer Erhebung im Jahre 1976 beträgt die Bettendichte in der EG 103; in Großbritannien 89; Niederlande 101; Belgien 89; außerhalb der EG beispielsweise in der Schweiz 114; in Schweden 151 und in den USA im Durchschnitt 64.

¹⁰⁾ Vergleichende Untersuchungen der einzelnen Gesundheitssysteme und ihrer Kostenrelevanz fehlen in der Bundesrepublik bisher weitgehend, vgl. neuerdings Stolte/Baugert: „Der Vergleich von Gesundheitssystemen in anderen Ländern“ in Krankenhaus-Umschau 1/82 S. 18 ff.; 2/82 S. 74 ff.; 3/82 S. 147;

¹¹⁾ Die durchschnittliche Bettenzahl stieg je Krankenhaus von 1970 mit 190 Betten auf 219 Betten 1980.

Bettendichte im Bundesgebiet

	Planbetten je 10 000 Einwohner (alle Krankenhäuser)	Planbetten je 10 000 Einwohner (Akutkrankenhäuser)
1965	106,5	71,4
1970	112,0	74,9
1975	118,3	79,4
1980	114,8	77,3

Tabelle 3

Krankenhäuser und Planbetten nach Trägerschaft in der Bundesrepublik

	Akuten- krankenhäuser Anzahl	Anteil %	Sonderkran- kenhäuser Anzahl	Anteil %	insges. Anzahl	Anteil %	Akuten- krankenhäuser Planbetten	Anteil %	Sonderkran- kenhäuser Planbetten	Anteil %	insge- samt	Anteil %
öffentliche Träger	845	42,4	345	27,8	1 190	36,8	262 228	55,0	108 486	47,0	370 714	52,4
freigemeinn. Träger	802	40,3	295	23,7	1 097	33,9	195 796	41,1	52 921	22,9	248 717	35,1
private Träger	344	17,3	603	48,5	947	29,3	18 828	3,9	69 651	30,1	88 279	12,5
insgesamt	1 991	100%	1 243	100%	3 234	100%	476 852	100%	231 058	100%	707 710	100%

Stand 31. 12. 1980

Tabelle 4

Krankenhäuser und Planbetten nach Trägerschaft in Bayern

	Akuten- krankenhäuser Anzahl	Anteil %	Sonderkran- kenhäuser Anzahl	Anteil %	insges. Anzahl	Anteil %	Akuten- krankenhäuser Planbetten	Anteil %	Sonderkran- kenhäuser Planbetten	Anteil %	insge- samt	Anteil %
öffentliche Träger	270	62,4	81	26,7	351	47,7	59 485	74,8	24 990	55,1	84 475	67,6
freigemeinn. Träger	77	17,8	42	13,8	119	16,2	14 967	18,8	4 787	10,5	19 754	15,8
private Träger	86	19,8	180	59,4	266	36,1	5 084	6,4	15 618	34,4	20 702	18,8
insgesamt	433	100%	303	100%	736	100%	79 538	100%	45 395	100%	124 831	100%

Stand 31. 12. 1980

Tabelle 5

Krankenhäuser und Planbetten nach Trägern und Größe für die Bundesrepublik

Träger	Krankenhäuser					Planbetten in den Krankenhäusern				
	bis 200 B	200 - 500 B	500 - 1000 B	über 1000 B	insgesamt	bis 200 B	200 - 500 B	500 - 1000 B	über 1000 B	insgesamt
öffentlich	618	383	108	81	1190	84 345	115 525	75 304	115 540	370 714
freigemeinnützig	587	430	75	5	1097	59 872	133 756	48 142	8 847	248 717
privat	829	110	7	1	847	53 864	28 654	4 425	1 338	88 278
zusammen	2034	923	190	87	3234	178 081	277 935	125 871	125 823	707 710
In %										
öffentlich	19,2	11,8	3,3	2,5	36,8	9,1	16,3	10,6	16,3	52,3
freigemeinnützig	18,1	13,3	2,3	0,2	33,9	8,5	18,9	6,5	1,3	35,2
privat	25,6	3,4	0,2	0,1*	29,3	7,6	4,1	0,6	0,2	12,5
zusammen	82,9	28,5	5,8	2,8	100,0	25,2	39,3	17,7	17,8	100,0

* Aufrundung!

Stand: 31. 12. 1980

Tabelle 6

Krankenhäuser und Planbetten nach Trägern und Größe für Bayern

Träger	Krankenhäuser					Planbetten in den Krankenhäusern				
	bis 200 B	200 - 500 B	500 - 1000 B	über 1000 B	insgesamt	bis 200 B	200 - 500 B	500 - 1000 B	über 1000 B	insgesamt
öffentlich	215	102	15	16	348	22 035	29 250	10 020	23 170	84 475
freigemeinnützig	85	27	8	-	118	7 878	8 209	3 869	-	19 754
privat	238	26	1	-	265	13 648	6 537	517	-	20 702
zusammen	538	155	22	18	731	43 358	43 996	14 406	23 170	124 831
In %										
öffentlich	29,4	14,0	2,0	2,2	47,6	17,6	23,4	8,0	18,8	67,6
freigemeinnützig	11,6	3,7	0,8	-	16,1	8,1	6,6	3,1	-	15,8
privat	32,6	3,6	0,1	-	36,3	11,0	5,2	0,4	-	18,8
zusammen	73,8	21,3	2,9	2,2	100,0	34,7	35,2	11,5	18,6	100,0

Stand: 31. 12. 1980

Tabelle 7

wicklung in Bayern entspricht der im übrigen Bundesgebiet. Die Zahl der Akutkrankenhäuser nahm hier um rd. 22,7 Prozent von 560 auf 433¹²⁾ ab.

Eine Aufgliederung der **Krankenhäuser nach der Trägerschaft** ergibt, daß etwa je ein Drittel sich in öffentlicher, frei-gemeinnütziger oder privater Trägerschaft befinden (Tab. 4). Bei den Akutkrankenhäusern überwiegen die öffentlichen und frei-gemeinnützigen Träger, während bei den Sonderkrankenhäusern – mit 603 Häusern – die privaten Träger ein deutliches zahlenmäßiges Übergewicht haben. Bei den Planbetten stellen die öffentlichen Krankenhausträger, insbesondere Staat und Kommunen einschließlich der Kommunalverbände, bei Akut- und Sonderkrankenhäusern mehr als die Hälfte bereit. Die frei-gemeinnützigen Träger halten anteilmäßig etwa gleich viel Krankenhäuser wie Betten vor. Die privaten Träger haben mit 12,5 Prozent insgesamt bzw. 3,9 Prozent im Akutbereich nur einen relativ geringen Anteil an den Gesamtbetten.

In Bayern führte die rechtliche Ausgangslage aufgrund der Kommunalgesetze dazu¹³⁾, daß heute die stationäre Versorgung weitgehend in Händen der kommunalen Gebietskörperschaften liegt. Damit haben die öffentlichen Krankenhausträger ein deutliches Übergewicht (Tab. 5). Dies zeigt sich besonders an der Zahl der vorgehaltenen Krankenhausbetten. Daraus kann aber nicht auf eine Vorrangigkeit der kommunalen Krankenhäuser geschlossen werden. Auch in rechtlicher Hinsicht ist heute in der Krankenhausbedarfsplanung vielmehr von der Gleichwertigkeit der Krankenhausträger auszugehen¹⁴⁾. Von den 433 Akutkrankenhäusern stehen 270 in öffentlicher Trägerschaft, d. s. 62,4 Prozent, 77 haben einen frei-gemeinnützigen Träger und 86 sind in privaten Händen. Die Bedeutung der öffentlichen Träger zeigt sich besonders an der Zahl der vorgehaltenen Krankenhausplanbetten. In öffentlichen Krankenhäusern stehen mit 59485 Betten 74,8 Prozent des Bettenangebots, davon 7386, d. s. 9,3 Prozent in Universitätskliniken. 14967 Betten oder 18,8 Prozent sind in Krankenhäusern frei-gemeinnütziger Träger, vor 5084 oder 6,3 Prozent in Privatkliniken. Der Anteil der privaten Träger an allen Kranken-

häusern deckt sich in etwa mit dem Anteil der vorgehaltenen Betten bei den Sonderkrankenhäusern (rd. 35 Prozent). Insgesamt zeigt die Krankenhauslandschaft in Bayern, daß rund $\frac{2}{3}$ der Krankenhausbetten in öffentlicher Trägerschaft stehen, während je $\frac{1}{6}$ frei-gemeinnützige und private Träger bereithalten.

Mit 731 Krankenhäusern¹⁵⁾ besitzt Bayern die meisten stationären Einrichtungen im Bundesgebiet, nämlich 22,6 Prozent¹⁶⁾; hinsichtlich der Planbetten erreicht Bayern allerdings nur 17,7 Prozent¹⁷⁾. Das entspricht in etwa dem Bevölkerungsanteil.

Die Krankenhaussituation ist in Bayern weiter gekennzeichnet durch den großen Anteil an kleinen Krankenhäusern. Er liegt erheblich höher als im Bundesdurchschnitt (Tab. 6 und 7).

Während im Bundesgebiet der Anteil der Krankenhäuser bis 200 Planbetten 62,9 Prozent mit 25,2 Prozent des Bettenangebots beträgt, sind in Bayern 73,6 Prozent mit 34,7 Prozent der Krankbetten in dieser Größenstufe. Auch die Zahl und der Bettenanteil bei den Kliniken über 500 Betten mit 5,1 Prozent der Kliniken gegenüber 8,6 Prozent bzw. 30,1 Prozent der Planbetten gegenüber 36,3 Prozent ist in Bayern niedriger als im Bundesdurchschnitt (Tab. 6 und 7).

Sowohl im Bund wie in Bayern befinden sich die meisten Krankenhausbetten in Häusern von 200 bis 500 Betten, nämlich 39,3 Prozent bzw. 35,2 Prozent.

Auch die Aufgliederung der Krankenhäuser in Akut- und Sonderkrankenhäuser bestätigt im wesentlichen dieses Ergebnis. Näheres über die Gliederung der Krankenhäuser nach Planbetten, Größenklasse und Zweckbestimmung siehe Tabelle 8.

Nach der **Fachrichtung** standen die meisten Krankbetten im Bundesgebiet für innere Krankheiten (21,4 Prozent bzw. 20,2 in Bayern) und in der Chirurgie (18,7 Prozent bzw. 19,3 Prozent in Bayern) (vgl. Tab. 9). Auf die Gynäkologie und Geburtshilfe entfielen 8,4 Prozent bzw. 7,6 Prozent. Für die psychiatrische Versorgung werden 15,4 Prozent bzw. in Bayern 12,3 Prozent der Betten vorgehalten.

Diese Zahlen geben zwar einen groben Überblick über die Anzahl und den Anteil der Betten in den einzelnen wesentlichen Fachrichtungen. Da aber die Zuordnungskriterien unvollständig und nicht immer eindeutig sind, besonders hinsichtlich der Fachabteilungen, erscheint es geboten, auch im Interesse der Verfeinerung der Krankenhausbedarfsplanung möglichst umgehend zu einer bundeseinheitlichen genaueren, fachrichtungsbezogenen statistischen Erfassung zu kommen.

Trotz des nicht unbedeutenden Anstiegs der Zahl der Patienten in den Krankenhäusern blieben die **Pflege-tage** im wesentlichen konstant. Bei einem Rückgang der **durchschnittlichen Bettennutzung** konnte die Behandlung dieser Patienten nur wegen des erheblichen **Rückgangs der Verweildauer** erfolgen (Tab. 10), die bei allen Krankenhäusern 7,7 Tage, bei den Akuthäusern 5,1 Tage be-

¹²⁾ Diese Zahl deckt sich nicht mit den nach dem KHG öffentlich geförderten Akutkrankenhäusern. Die amtliche Krankenhausstatistik geht hinsichtlich der Zuordnung der einzelnen Krankenhäuser nicht mit dem Geltungs- bzw. Anwendungsbereich des KHG konform (vgl. §§ 3, 4 KHG). Auch die für statistische Zwecke getroffene Unterscheidung Akut- wie Sonderkrankenhäuser entspricht nicht der Differenzierung der Krankenhausgesetzgebung; entsprechend der medizinischen Aufgabenstellung sind beispielsweise neurologische und psychiatrische Fachkrankenhäuser ganz oder teilweise den Akutkrankenhäusern zuzurechnen. In der Statistik werden andererseits auch Akutkrankenhäuser erfasst, die nicht öffentlich gefördert werden, weil sie nicht im Bedarfsplan aufgenommen sind, ggf. haben die Krankenhäuser aber Vertrauensschutz nach § 371 RVO. Es wäre dringend geboten, im Interesse einer verbesserten Aussagekraft eine weitgehende Deckungsgleichheit zwischen gesetzlicher Krankenhausstatistik und Krankenhausgesetzgebung herbeizuführen. Ansätze hierfür bietet die Ermächtigungsnorm des § 28 Abs. 3 KHG i. d. F. des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes vom 22. 2. 1981 (BGBl. I S. 1568).

¹³⁾ Die normative Festlegung, wer für die stationäre Versorgung in einem bestimmten Gebiet die Verantwortung trägt, folgt aus den Kommunalgesetzen. Landkreisordnung (Art. 51 Abs. 3 Nr. 1) und Gemeindeordnung (Art. 9 Abs. 1) verpflichten Landkreise und kreisfreie Städte, als Aufgabe des eigenen Wirkungskreises Krankenhäuser zu errichten und vorzuhalten. Für die stationäre psychiatrische Versorgung enthält Art. 48 Abs. 1 Nr. 1 der Bezirksordnung eine Zuweisung an die Bezirke. Dieser in kommunaler Selbstverwaltung durchzuführende sog. stationäre Sicherstellungsauftrag wird durch die staatliche Krankenhausbedarfsplanung entsprechend dem KHG und dem Bayer. Krankenhausgesetz modifiziert.

¹⁴⁾ Zur rechtlichen Begründung meine Ausführungen in „Der Bayer. Bürgermeister“ Nr. 4 und 5 1982 S. 29 ff. bzw. 12 ff.

¹⁵⁾ Dazu kommen fünf Krankenhäuser ohne Planbetten.

¹⁶⁾ Gefolgt von Baden-Württemberg mit 19,8 Prozent und Nordrhein-Westfalen mit 19,2 Prozent.

¹⁷⁾ Vor Baden-Württemberg mit 15,0 Prozent und nach Nordrhein-Westfalen mit 26,7 Prozent.



Für alle Indikationen der
Schilddrüsenhormontherapie



Einfach 1 Tablette pro Tag
Euthyrox[®]

50 100 150 200 300

Reines Levothyroxin ■ Euthyrox[®] 50, 100, 150, 200, 300

Zusammensetzung: Euthyrox enthält das Schilddrüsenhormon Levothyroxin als Natriumsalz. Es steht in 5 Tablettenstärken zur Verfügung. Euthyrox 50: Tabletten zu 50 µg Levothyroxin-Natrium; Euthyrox 100: Tabletten zu 100 µg Levothyroxin-Natrium; Euthyrox 150: Tabletten zu 150 µg Levothyroxin-Natrium; Euthyrox 200: Tabletten zu 200 µg Levothyroxin-Natrium; Euthyrox 300: Tabletten zu 300 µg Levothyroxin-Natrium. **Anwendungsgebiete:** Alle Indikationen der Schilddrüsenhormontherapie: Bände (euthyroide) Struma, zur Rezidivprophylaxe nach Strumaresektion, Hypothyreose zur Begleittherapie bei thyreostatischer Behandlung der Hyperthyreose, chronische Thyreoiditis, Schilddrüsenmalignom (postoperativ). **Gegensinnigen:** Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis bzw. Perikarditis, tachykardie Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen. **Nebenwirkungen:** Als Folge der stoffwechsellagernden Wirkung von Levothyroxin können gelegentlich, vor allem zu Beginn der Behandlung, Tachykardie, Herzrhythmusstörungen, Tremor, Unruhe, Schlaflosigkeit, Hyperhidrosis oder Durchfall auftreten. Die Tagesdosis sollte in diesem Falle reduziert oder die Medikation für mehrere Tage unterbrochen werden. Sobald die Nebenwirkung verschunden ist, kann die Behandlung unter vorsichtiger Dosierung wieder aufgenommen werden. ■ **Wechselwirkungen:** Colestyramin: Resorption von Levothyroxin vermindert. Antidiabetika: Blutzuckersenkung vermindert. Coumarinderivate: Verlängerung der Prothrombinzeit. **Vorsichtsmaßnahmen:** Eine nicht kompensierte Nebennierenrindensuffizienz in Verbindung mit einer Schilddrüsenunterfunktion ist vor Beginn der Euthyrox-Therapie zu behandeln. Bei koronarer Herzerkrankung sollte die Therapie mit niedriger Euthyrox-Dosis eingeleitet und in größeren Zeitabständen langsam gesteigert werden. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Colestyramin sollte Euthyrox 4-5 Stunden vor der Colestyramin-Dosis eingenommen werden. Der Blutzuckerspiegel ist bei Diabetes mellitus in der Initialphase der Behandlung mit Euthyrox regelmäßig zu kontrollieren, und bei Veränderungen ist die Dosierung des blutzuckersenkenden Medikaments entsprechend anzupassen. Bei Einnahme von Antikoagulantien sind regelmäßige Kontrollen der Blutgerinnung zu Beginn der Euthyrox-Medikation erforderlich, ggf. ist eine Dosisreduktion des gerinnungshemmenden Medikaments angezeigt. Während der Euthyrox-Therapie sollte Phenytoin nicht intravenös gegeben werden. **Handelsformen:** Euthyrox[®] 50: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 6.15; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdruckpackung) DM 9.85; 360 Tabletten (4 x 90) (A.P.) DM 32.15; 500 Tabletten (10 x 50) (A.P.) DM 40.25. Euthyrox[®] 100: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 10.75; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdruckpackung) DM 16.55; 360 Tabletten (4 x 90) (A.P.) DM 53.25; 500 Tabletten (10 x 50) (A.P.) DM 66.35. Euthyrox[®] 150: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 12.60; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdruckpackung) DM 19.30; 360 Tabletten (4 x 90) (A.P.) DM 59.00; 500 Tabletten (10 x 50) (A.P.) DM 72.64. Euthyrox[®] 200: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 14.15; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdruckpackung) DM 22.-; 360 Tabletten (4 x 90) (A.P.) DM 65.60; 500 Tabletten (10 x 50) (A.P.) DM 83.15. Euthyrox[®] 300: 50 Tabletten mit Kreuzrille DM 17.05; 90 Tabletten mit Kreuzrille (Durchdruckpackung) DM 26.40; 360 Tabletten (4 x 90) (A.P.) DM 79.50; 500 Tabletten (10 x 50) (A.P.) DM 98.75. Apoth.-Abg'preise. Stand 1.9.1981.

HORMON
FORSCHUNG
MERCK



E. Merck, Postfach 41 19, 6100 Darmstadt 1.

2314a

MERCK: Kompetent für die Schilddrüse

Krankenhäuser und Planbetten nach Zweckbestimmung und Größe in Bayern

	Krankenhäuser						Planbetten					
	bis 200 B	200-500 B	500-1000 B	Ober 1000	Insgesamt Akut	KH insgesamt	ble 200	200-500	500-1000	Ober 1000	Insgesamt Akut	KH insgesamt
Akutkrankenh.	299	107	16	7	429	731	26 103	31 967	10 330	11 138	79 538	124 931
Sonderkrankenh.	239	48	8	9	302		17 256	12 029	4 078	12 034	45 395	
in %												
% zu Akutkr.hs.	69,7	25,0	3,7	1,6	100	-	32,8	40,2	13,0	14,0	100	-
% zu KH ges.	40,9	14,6	2,2	1,0	-	58,7	20,9	25,8	6,3	8,9	-	63,7
% zu Sonderkr.	79,1	15,9	2,0	3,0	100	-	36,0	28,5	9,0	26,5	100	-
% zu KH ges.	32,7	6,6	0,8	1,2	-	41,3	13,8	9,6	3,3	9,6	-	38,3
Bundesrepublik												
Akutkrankenh.	1117	682	139	53	1991	3234	99 526	211 694	89 272	78 159	476 652	707 710
Sonderkrankenh.	917	241	51	34	1243		78 555	66 241	36 596	49 684	231 056	
in %												
% zu Akutkr.hs.	56,1	34,3	7,0	2,6	100	-	20,9	44,4	18,7	18,0	100	-
% zu KH ges.	34,5	21,1	4,3	1,6	-	61,5	14,1	29,9	12,6	10,6	-	67,4
% zu Sonderkr.hs.	73,8	19,4	4,1	2,7	100	-	34,0	28,7	15,8	21,5	100	-
% zu KH ges.	28,3	7,5	1,6	1,1	-	38,5	11,1	9,3	5,2	7,0	-	32,6

Stand: 31. 12. 1980

Tabelle 8

Anteil von einzelnen Fachrichtungen an den Planbetten insgesamt und an Krankenbetten für Akutkranke in der Bundesrepublik und in Bayern

Fachrichtung	Bayern			Bundesrepublik				
	Betten	KH-Planbetten (124 931 B) - Anteil in %	Akut-Planbetten (79 752 B) - Anteil in %	Krankenbetten in Sonderkrankenh. (45 179 B) - Anteil in %	Betten	KH-Planbetten (707 710) - Anteil in %	Akut-Planbetten (476 652) - Anteil in %	Krankenbetten in Sonderkrankenh. (231 058) - Anteil in %
Innere Krankheiten	25 215	20,2	31,8	-	151 310	21,4	31,7	-
Säuglings- und Kinderkrankheiten	3 785	3,0	4,7	-	27 168	5,8	5,7	-
Chirurgie	24 140	19,3	30,3	-	132 583	18,7	27,8	-
Gynäkologie-Geburtshilfe	9 470	7,6	11,9	-	59 246	8,4	12,4	-
Psychiatrie	15 349	12,3	-	34,0	108 904	15,4	-	47,1
Neurologie	1 461	1,2	-	3,2	12 260	1,7	-	5,3

Stand: 31. 12. 1980

Tabelle 9

trug; dabei liegt die Verweildauer in den Akutkrankenhäusern bei nunmehr 14,9 und in den Sonderkrankenhäusern bei 53,1 Tagen. Die fortschreitenden Verbesserungen bei Diagnose und Therapie durch die moderne Medizin und Medizintechnik in den letzten Jahren haben entscheidend zu dieser Entwicklung beigetragen. Im Akutbereich wird in Bayern über alle Versorgungsstufen und Fachrichtungen (ohne Psychiatrie) im Rahmen der Krankenhausbedarfsplanung von einer durchschnittlichen Verweildauer von 14 Tagen bis 1990 ausgegangen¹⁸⁾.

Die durchschnittliche Bettennutzung, die in dem Vorhundertatz angegeben wird, in dem ein Krankenhaus im Jahr bestimmungsgemäß genutzt wird, und von der Zahl der Pflegetage und der Zahl dervorgehaltenen Betten abhängt, war bis 1975/76 rückläufig und nimmt nunmehr vor allem durch die Verringerung des Bettenangebots wieder zu.

In der Akutversorgung wird heute allgemein, also nicht fachspezifisch,¹⁹⁾ von einer durchschnittlichen Bettenauslastung von 85 Prozent ausgegangen. Diese wird den Erforder-

nissen einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung gerecht.

Der höhere Patientendurchgang, die größere Intensität der Behandlung

¹⁸⁾ Vgl. Krankenhausbedarfsplan des Freistaates Bayern Stand: 1. 1. 1982 (7. Fortschreibung).

¹⁹⁾ Wissenschaftliche Untersuchungen über die fachspezifische Auslastung fehlen weitgehend; aus der Krankenhauspraxis zeigt sich jedoch, daß besonders im Intensivbereich, bei Infektionsbetten, Strahlenbetten und in der Pädiatrie eine Normalauslastung von 85 Prozent aus medizinischer Sicht und auch aus betrieblich-organisatorischen Gründen nicht erreicht werden kann.

Die Entwicklung der Pflegetage, der Auslastung und der Verweildauer in den Krankenhäusern der Bundesrepublik

Jahr	Pflegelaga alla KH	Pflegetaga Akut-KH	Auslastung Insgesamt	Akut-KH	Verweildauer/Tag Insgesamt	Akut-KH
1965	210,4 Mio	137,4 Mio	rd. 90 %	rd. 89 %	27,4	20,0
1970	220,8 "	144,8 "	88,5 %	86,8 %	24,9	18,3
1975	221,7 "	146,2 "	83,3 %	81,8 %	22,2	16,7
1980	219,8 "	145,3 "	84,9 %	83,3 %	19,7	14,9

Tabelle 10

und Pflege, insbesondere durch den Rückgang der Verweildauer, die erweiterten Versorgungsmöglichkeiten bei schweren Erkrankungen, Ausweitung der sozialen Leistungen für das Personal, z. B. 40-Stunden-Woche, Mehrurlaub, längerer Mutterschaftsurlaub bis sechs Monate u. ä. führten zu einem höheren **Personalbedarf** und damit zu einer erheblichen Personalausweitung (vgl. Tab. 11). Die Einflußfaktoren für diese Entwicklung sind dabei sehr vielgestaltig.

Ende 1980 waren in der Bundesrepublik 765 641 Personen in den Krankenhäusern beschäftigt, das waren gegenüber 1965 um 75,5 Prozent mehr. Auf je 10 000 Einwohner kamen 285 Beschäftigte; oder: jeder 35. Erwerbstätige arbeitete im Krankenhaus. Bei den Ärzten – 72 540 – betrug die Steigerung 108,5 Prozent, bei den Pflegekräften mit 281 651 111,4 Prozent, bei den Pflegeschülern mit 70 852 126,3 Prozent und beim Wirtschafts- und Verwaltungspersonal mit 241 834 26,6 Prozent. Von den Krankenhausärzten waren 90,3 Prozent hauptamtlich im Krankenhaus tätig und

9,7 Prozent als Beleg- oder sonstige Ärzte. Die größte Gruppe bei den hauptamtlichen Ärzten machen mit 61,5 Prozent die Assistenzärzte aus. Oberärzte und Leitende Ärzte sind mit 15,7 Prozent bzw. 13,1 Prozent vertreten. Etwa 1/5 aller Ärzte sind Frauen. Als Ärzte mit einer Gebietsenerkennung waren im Krankenhaus 45,4 Prozent tätig. Unter diesen hatten den größten Anteil die Internisten mit 21,7 Prozent.

Erstmals überstieg die Zahl der Krankenhausärzte die in freier Praxis tätigen; nämlich von den insgesamt in der Bundesrepublik 139 431 berufstätigen Ärzten übten 46,8 Prozent ihre Tätigkeit im Krankenhaus, 44,5 Prozent in freier Praxis und 8,7 Prozent in Verwaltung und Forschungsbereichen aus.

Der Anteil der Krankenhausärzte am Gesamtpersonal des Krankenhauses betrug 9,5 Prozent.

Die größte Berufsgruppe im Krankenhaus stellt das Pflegepersonal. Zusammen mit den Auszubildenden (Schwesternschülerinnen, Pflegeschüler) machte es rd. 46 Prozent

aller im Krankenhaus Beschäftigten aus. Krankenschwestern und Pfleger sind mit 23,9 Prozent, Kinderkrankenschwestern und -pfleger mit 3,0 Prozent, Krankenpflegeschüler mit 5,3 Prozent und sonstige Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung für die Krankenversorgung mit 4,3 Prozent vertreten²¹⁾.

Die zweitstärkste Berufsgruppe stellt das Wirtschaftspersonal, z. B. Reinigungsdienst, Küchenpersonal, Wartungspersonal u. ä. mit 24,3 Prozent zusammen mit dem Verwaltungspersonal mit 7,3 Prozent.

Tabelle 12 zeigt, daß besonders durch die bessere **Personalausstattung** im ärztlichen und pflegerischen Dienst weniger Krankenbetten im Durchschnitt zu betreuen waren. Aus dieser zahlenmäßigen Entwicklung kann aber nicht zwingend auf eine entsprechende Verminderung der Arbeitsbelastung für das Personal geschlossen werden. Die Krankenhausstatistik berücksichtigt Einflußfaktoren, wie Arbeitszeitverkürzung, Mehrarbeit durch Einführung des Schichtdienstes, Intensivierung von Behandlung und Pflege, Erweiterung von Maßnahmen der Diagnose und Therapie besonders im

²⁰⁾ Von den Beschäftigten waren 577 811, d. s. 75,5 Prozent Frauen und 187 830, d. s. 24,5 Prozent Männer.

²¹⁾ Bemerkenswert ist der tendenzielle Rückgang der Krankenpflegepersonalen in Ausbildung, besonders in den Jahren 1977, 1978 und 1979. Es ist nicht auszuschließen, daß besonders die ungesicherte Finanzierung der Krankenpflegeschulen die Träger zu einer gewissen Zurückhaltung bei der Ausweitung der Ausbildungskapazitäten veranlaßte.

Entwicklung der Beschäftigten im Krankenhausbereich

Jahr	Gesamtzahl der Beschäftigten	jährliche Steigerung	gesamts Steigerung	Ärzte	Anteil am Gesamtpersonal	jährliche Steigerung	gesamts Steigerung	Pflegepersonal o. Schüler	Anteil am Gesamtpersonal	jährliche Steigerung	gesamts Steigerung
1965	436 385	-	75,5 %	34 785	8,0 %	-	108,5 %	133 211	30,5 %	-	111,4 %
1970	547 262	25,4 %		46 500	8,5 %	33,7 %		175 183	32,0 %	31,5 %	
1975	706 041	28,0 %		60 635	8,6 %	30,4 %		245 278	34,7 %	40,0 %	
1980	765 853	8,5		72 540	8,5 %	18,8 %		281 651	36,8 %	14,8 %	
Jahr	Schüler	Anteil am Gesamtpersonal	jährliche Steigerung	gesamts Steigerung	Wirtschafts- und Verwaltungspersonal	Anteil am Gesamtpersonal	jährliche Steigerung	gesamts Steigerung			
1965	31 315	7,2 %	-	126,3 %	191 024	43,8 %	-	26,6 %			
1970	52 047	8,5 %	66,2 %		215 491	39,4 %	12,8 %				
1975	73 438	10,4 %	41,1 %		247 224	35,0 %	14,7 %				
1980	70 852	8,3 %	-3,5 %		241 834	31,8 %	-2,2 %				

Tabelle 11

Funktionsdienst u. ä. nicht. Die Personalentwicklung führte neben den allgemeinen Personalkosten- und Sachkostensteigerungen sowie den durch das KHG beabsichtigten Abbau der Betriebszuschüsse²²⁾ der Träger zu einem erheblichen Kostenschub, der besonders signifikant wird in den jährlichen Steigerungsraten der **Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen**²³⁾ für Krankenhausbehandlung (Tab. 13).

Die Steigerungsraten liegen im Bund (für Bayern ergeben sich kaum größere Abweichungen) in

den letzten fünf Jahren bei sechs bis neun Prozent. Der Anteil der Kosten für die Krankenhausbehandlung an den Kosten für die anderen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (wie ambulante ärztliche Behandlung, Arzneimittel, zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld) liegt nunmehr konstant bei knapp 30 Prozent.

Bemerkenswert ist, daß die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenpflege in Bayern nur 15 Prozent der Ausgaben im

Bundesgebiet betragen, obwohl der Bevölkerungsanteil rd. 17,5 Prozent ausmacht. Wesentliche Gründe hierfür sind – ohne daß damit eine Aussage zur Qualität der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen gemacht werden soll – der große Anteil an kleinen Krankenhäusern mit niedrigeren Pflegesätzen und die gegenüber den anderen Ländern im Bundesgebiet unterdurchschnittlichen Kosten der bayerischen Krankenhäuser. Die von der Bayer. Krankenhausgesellschaft durchgeführte Auswertung der Selbstkostenblätter für das Rechnungsjahr 1980 im Bundesvergleich²⁴⁾ ergab, daß die bayerischen Krankenhäuser bei den Personalkosten mit 122,70 DM pro Berechnungstag gegenüber 138,11 DM/BT um 11,2 Prozent und bei den Sachkosten mit 51,80 DM/BT gegenüber 56,56 DM/BT um 8,4 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Diese Tatsache spiegelt sich wieder in dem aus dem Rechnungsergebnis 1980 abgeleiteten kostendeckenden Pflegesatz, der mit 158,18 DM um 22,16 DM und damit um 12,3 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt sich befindet. Die tatsächlich von den Kostenträgern geleisteten Pflegesätze bestätigen dieses Ergebnis (vgl. Tab. 14). Auch die Fallkosten mit 2863,- DM gegenüber 3262,- DM im Bundesdurchschnitt sind um 12,2 Prozent niedriger. Ein Anhalt für diese Entwicklung kann in der geringeren Personalbesetzung der bayerischen Krankenhäuser gefunden werden.

Ausführungen zur Kostensituation sind unvollständig, wenn sie nicht auch die **Kostenstruktur** in unseren Krankenhäusern berücksichtigen. Nur so wird erkennbar, ob und in welchem Umfang Steuerungsmöglichkeiten für die Träger bestehen. Nach einer Auswertung der Selbstkostenblätter für das Rechnungsjahr 1980 durch die Deutsche Kranken-

Personalausstattung pro Planbett

Jahr	Arzt	Pflegepersonal (ohne Schüler)	Wirtsch. und Verw. Personal	Insgesamt Beschäftigt
1965	18,2	4,7	3,3	1,4
1970	14,7	3,9	3,2	1,2
1975	12,0	2,9	2,9	1,0
1980	9,8	2,5	2,9	0,9

Tabella 12

Entwicklung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung¹⁾

Jahr	Betrag OM Mrd.	Steigerung in %	Anteil an allen Leistungen in %
1970	6,01	18,8 ²⁾	25,1
1971	7,65	27,3	25,8
1972	9,36	22,3	27,0
1973	11,70	25,0	28,3
1974	15,25	30,3	30,9
1975	17,53	15,0	30,1
1976	19,28	9,8	30,2
1977	20,46	6,3	30,6
1978	21,87	8,8	30,5
1979	23,15	8,3	30,0
1980 ³⁾	25,34	9,0	29,6

¹⁾ Entnommen aus „Die Ortskrankenkasse“ Heft 17/1980

²⁾ gegenüber 1969 mit Ausgaben von 5,06 Milliarden

³⁾ 1981 betragen die Ausgaben 27,2 Mrd. OM

Tabella 13

Entwicklung der von den Kostenträgern durchschnittlich geleisteten Pflegesätze in der Bundesrepublik und in Bayern

Jahr	In der Bundesrepublik			In Bayern		
	Betrag in DM	Steigerung in %	Steigerung 1979-81 in %	Betrag in DM	Steigerung in %	Steigerung 1979-81 in %
1965 - 1973 ¹⁾						
1974 ²⁾				83,90		
1975 ²⁾				97,06	15,7	
1976 ²⁾				106,02	9,2	
1977 ²⁾				115,08	8,5	
1978 ²⁾				123,83	7,8	
1979	151,08	-	} 19,1	132,72	7,2	} 20
1980	162,07	7,3		146,48	10,4	
1981	180,01	11,1		159,30	8,7	

¹⁾ Ein aussagefähiger Vergleich der Pflegesätze von 1965 bis 1973 mit den Pflegesätzen ab 1974 ist infolge der Neuregelung durch das KHG und die BPIV nicht möglich.

²⁾ Entsprechende statistische Daten liegen nicht vor.

Tabella 14

²²⁾ Das KHG geht vom Kostendeckungsgrundsatz aus (§ 4 Abs. 1 S. 2, § 17 Abs. 1). Öffentliche Förderung und die Erlöse aus den Pflegesätzen sollen zusammen grundsätzlich die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken.

²³⁾ Etwa 90 Prozent der Bevölkerung sind heute sozialversichert; die Absicherung gegen Krankheit ist nahezu vollständig. Von 100 Bundesbürgern sind statistisch 31 pflichtversicherte Arbeitnehmer, 11 freiwillig versichert, 40 als Familienmitglied versichert, 15 als Rentner und drei anderweitig ganz oder teilweise versichert.

²⁴⁾ Vgl. Schriften der BKG „Die Auswertung der Selbstkostenblätter für das RJ. 1980 im Bundesvergleich“, Bd. 3, 1982, München.

hausgesellschaft²⁵⁾ ist gegenwärtig von einer Aufteilung der Kosten für Personal mit 69,5 Prozent und Sachkosten mit 30,5 Prozent auszugehen.

Bei den **Personalkosten** entfallen:

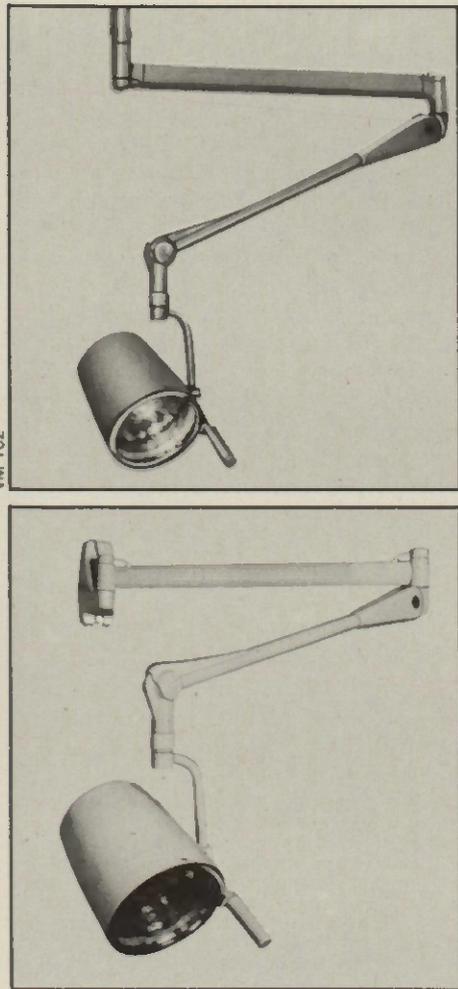
auf den Pflegedienst	33,2 Prozent
Ärztlichen Dienst	21,6 Prozent
Medizinisch-technischen und Funktionsdienst	18,1 Prozent
Wirtschafts-, Versorgungs- und technischen Dienst	11,1 Prozent
Klinisches Hauspersonal und Verwaltungsdienst	11,4 Prozent
Sonstige Dienste (z. B. Sozialdienst u. ä.)	4,6 Prozent

²⁵⁾ Vgl. Schritten der OKG, - Zahlen, Daten Fakten, 1982 - Oüsseldorf

Besonders hervorzuheben ist, daß der ärztliche Dienst - obwohl nur mit 9,5 Prozent am Gesamtpersonal im Krankenhaus vertreten - mit 21,6 Prozent an den Kosten beteiligt ist. Die Höhe der Personalkosten ist für den Krankenträger nur beschränkt beeinflussbar. Lohn- und Gehaltssteigerungen entziehen sich der Einwirkungsmöglichkeit des einzelnen Trägers, da sie weitgehend kollektiv durch tarifvertragliche oder besoldungsrechtliche Regelungen vorgegeben sind. Die Personalausstattung unterliegt heute verstärkt medizinischen, aber auch betrieblichen Sachzwängen, da die Vorgabewerte, wie die Anhaltszahlen der DKG 1969, auch bei Berücksichtigung der 40-Stunden-Woche aus fachlichen Gründen nicht mehr voll anwendbar sind. Die Verbesserung der sozialen Leistungen - tarifvertraglicher Mehrurlaub, Ausdehnung des Mutterschaftsurlaubs auf sechs Monate, Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Einführung des Schichtdienstes -, Rückgang der

Verweildauer und damit größerer Arbeitsaufwand durch verstärkte Behandlungs- und Pflegeintensität, Ausweitung der Fortbildungsmaßnahmen, höhere Ausfallquoten als 15 Prozent, Leistungsausweitung im Funktionsbereich, wie Intensivpflege, Dialysebehandlung, Wachstationen, Nothilfe, OP und ähnliche Bereiche bedingen mehr Personal. Es kann heute aufgrund durchgeführter Arbeitsbelastungsuntersuchungen davon ausgegangen werden, daß etwa im Pflegebereich bei Schwerpunktkrankenhäusern eine Aufstockung um 15 bis 20 Prozent über die Anhaltszahlen 1969 hinaus notwendig ist, um eine angemessene Patientenversorgung zu gewährleisten.

Eine Stabilisierung bei den Personalkosten ist auf Sicht nur erreichbar, wenn es gelingt, von Krankenträgern und Kostenträgern gleichermaßen anerkannte Vorgaben für Personalbedarf in den Krankenhäusern, besonders beim ärztlichen,

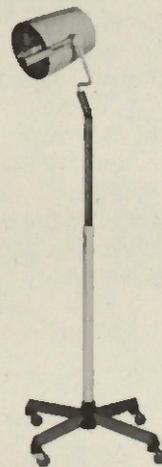


Das perfekte Licht der UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte erleichtert Diagnosen und Eingriffe

Nutzen Sie die umfassende Leuchten-Erfahrung von ORIGINAL HANAU für Ihre tägliche Praxis. Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte formt Licht so, wie Ärzte es brauchen: Hell und kühl, ähnlich dem Tageslicht, damit Sie sicher diagnostizieren und kleine Eingriffe durchführen können. Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte folgt der Hand widerstandslos und bleibt in der gewählten Position stehen, so daß sie für Diagnose oder Eingriff ideale Ausleuchtung bietet.

Wählen Sie das Modell, welches zu Ihrer Praxis paßt: Die Deckenleuchte mit 174 cm Aktionsradius, die platzsparende Wandarm-Ausführung oder das höhenverstellbare Stativgerät. Die UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte nach dem HANAULUX®-System hilft Ihnen, Diagnosefehler durch irreführendes Licht zu vermeiden.

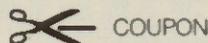
Fordern Sie den Prospekt mit weiteren Informationen gleich telefonisch oder schriftlich an.



Heraeus

ORIGINAL HANAU

Produktbereich Original Hanau



COUPON

- Bitte rufen Sie mich wegen einer Terminvereinbarung an.
- Bitte senden Sie uns Informationsmaterial über Ihre UNIVERSAL-Untersuchungsleuchte

Name _____

Firma _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Einsenden an: W.C. Heraeus GmbH · Produktbereich Original Hanau · Heraeusstraße 12-14 · 6450 Hanau 1.

pflegerischen und medizinisch-technischen Dienst zu entwickeln. Die Verhandlungen der DKG mit den Kassenverbänden über eine gemeinsame Empfehlung zur Personalbedarfsermittlung sind wegen unüberbrückbarer Differenzen über die Festlegung von Orientierungsdaten Mitte des vergangenen Jahres unterbrochen worden. Zwi- chen den Kassenverbänden war es die Gesamtpersonalkosten eines Krankenhauses festzuschreiben, also zu etatisieren. Auch das von Bund und Ländern durchzuführende Forschungsvorhaben „Personalbedarfsermittlungsverfahren – PBBV“, geändert mit neuer Zielsetzung in „Personalbedarfsermittlungsverfahren – PBEV“, läuft Gefahr, wegen der Zurückhaltung der Beteiligten in absehbarer Zeit zu keinen konkreten Ergebnissen zu führen²⁶⁾.

Es erscheint zweifelhaft, ob im Hinblick auf die vergeblichen Bemühungen in der Vergangenheit auf Bundesebene in absehbarer Zeit Empfehlungen zum Personalbedarf im Krankenhaus zu erreichen sind. Zwar sieht § 19 Abs. 1 KHG gemeinsame Empfehlungen der DKG und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung über Maßstäbe und Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser, insbesondere für den Personalbedarf und die Sachkosten vor; die in dieser Bestimmung enthaltene Jahresfrist hat inzwischen zu laufen begonnen, da die DKG mit Schreiben vom 24. 9. 1982 zu den Verhandlungen aufgefordert hat. Die hilfsweise in Aussicht genommene Rechtsverordnung der Bundesregierung (§ 19 Abs. 2 KHG) wird wegen der Schwierigkeit der Materie und den erheblichen Interessengegensätzen zwischen Krankenhaus und Kostenträgern kaum eine befriedigende Konfliktlösung erwarten lassen.

Die **Sachkosten** teilen sich auf:

Medizinischer Bedarf	45,1 Prozent
Lebensmittel	12,3 Prozent
Wirtschaftsbedarf	8,9 Prozent
Wasser, Energie, Brennstoffe	11,6 Prozent
Verwaltungsbedarf	4,5 Prozent
Sonstiges (wie Sachkosten der Fort- und Weiterbildung, Steuern, Abgaben, Versicherungen u. a.)	17,6 Prozent

Der medizinische Sachbedarf macht damit fast die Hälfte der Sachkosten im Krankenhaus aus. Er ist besonders bei den Arzneimitteln, die hiervon etwa $\frac{1}{3}$ betragen, sicherlich vielfach ohne Beeinträchtigung der Qualität der Krankenhausleistungen einschränkbar. Dieser Bedarf ist weitgehend nur ärztlich bestimmbar, da er überwiegend Maßnahmen der Diagnose und Therapie betrifft. Auch für die Sachkosten sieht die Neufassung des § 19 KHG gemeinsame Empfehlungen bzw. eine Rechtsverordnung der Bundesregierung vor.

Zur gegenwärtigen Situation

Die Krankenhausstatistik zeigt eine gesundheitspolitische Entwicklung auf, welche in der gegenwärtigen Diskussion die Frage nach der Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens unüberhörbar macht. Das Gebot der Kostenbegrenzung und zu mehr Wirtschaftlichkeit auch im Krankenhaus wird um so dringlicher, je mehr die gesamtwirtschaftliche Situation Finanzierungssengpässe der öffentlichen Haushalte (einschließlich der Sozialversicherungsträger) erkennen läßt. Die im sozialpolitischen Raum immer wieder erhobene Forderung nach einer völligen Neugestaltung des gesamten Gesundheitssystems ist meist politisch-weltanschaulich motiviert und illusionär. Es kann jetzt auch nicht darum gehen, das mit dem KHG vor zehn Jahren eingeführte Krankenhausfinanzierungssystem grundlegend neu zu regeln, da dies nichts anderes bedeuten würde, als die jetzigen Probleme und Schwierigkeiten auf unabsehbare Zeit zu prolongieren. Beim heutigen Stand der Diskussion wird das duale Finanzierungssystem (Investitionskosten über öffentliche Förderung, Betriebskosten über die von den Sozialversicherungsträgern oder den Patienten aufzubringenden Pflegesätze), wenn auch modifiziert, aufrecht erhalten bleiben, solange der Bund seine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz nach Art. 74 Nr. 19 a GG in Anspruch nimmt²⁷⁾.

Vordringlich ist zunächst, Schwachstellen des bestehenden Systems zu analysieren und möglichst wirksam zu beseitigen. Erhaltung der Finanzierbarkeit und der Leistungsfähigkeit unseres Krankenhauswesens müssen dabei Leitlinie sein²⁸⁾.

Es muß ernsthaft bezweifelt werden, ob die durch das Krankenhauskostendämpfungsgesetz vom 20. 12. 1981 (KHKG) eingeleiteten Maßnahmen, insbesondere die Einbeziehung der Krankenhäuser in die Ausgabenempfehlung der **Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen** (§ 405a RVO), geeignet sind, durchgreifende kostensenkende Wirkung zu haben. Es werden lediglich einzelne Symptome angegangen, ohne daß die für die Entwicklung der letzten Jahre maßgeblichen Auslösungsmechanismen entscheidend beeinflußt werden. Die volle Einbindung der Krankenhäuser in die Ausgabenempfehlung der Konzertierten Aktion zur Realisierung einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Kostenträger bringt mit Sicherheit die Krankenhäuser – auch bei wirtschaftlicher Betriebsführung – trotz verbaler Beibehaltung des Selbstkostendeckungsprinzips (§ 405a Abs. 2 RVO) in eine defizitäre Lage. Jede Empfehlung schlägt erfahrungsgemäß auf die Pflegesätze des einzelnen Krankenhauses durch. Die Problematik derartiger Empfehlungen liegt vor allem darin, daß ein großer Teil der Ausgaben im Krankenhaus nicht oder nur beschränkt beeinflussbar und damit steuerbar sind. Dies betrifft vor allem den Personalkostenbereich. Da die Ausgabenempfehlungen nach dem Willen des Gesetzgebers zu keiner verdeckten Form von Lohnleitlinien führen dürfen, besteht kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Tarifabschluß und ersatzfähigen Personalkostensteigerungen. Im übrigen bedeuten derartige Vorgaben praktisch auch eine Festschreibung der Personalausstattung und Personalstruktur eines Krankenhauses, ohne Rücksicht auf entwicklungsbedingte medizinische Notwendigkeiten.

Bei den Sachkosten hat das Krankenhaus Steigerungen der Lebenshaltungskosten, der Energiepreise u. a. hinzunehmen, ohne die Gewähr zu haben, daß diese Kosten in den

²⁶⁾ Vgl. Jahresbericht der DKG 1980/81 S. 71 ff.

²⁷⁾ Vgl. meine Ausführungen in „Der Beyer. Bürgermeister“ 1982 Heft 5 S. 31/32;

²⁸⁾ Für den Gesetzgeber werden bei der gegenwärtigen Wirtschafts- und sozialpolitischen Lage Prioritätsentscheidungen unumgänglich, ob und in welchem Umfang des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung aufrecht erhalten bleiben kann. Leistungsbegrenzung, Leistungsverchiebungen bzw. Leistungsabbau und zumutbare Höhe des Beitragssatzes sind Markierungspunkte innerhalb deren die Diskussion zu führen ist.

Ausgabenempfehlungen voll berücksichtigt werden. Im Gegensatz zu den kassenärztlichen Vergütungen, wo die Steigerungsraten der Einkommen im ambulanten Bereich in Frage stehen, geht es bei den Pflegesätzen nach gegenwärtigem Recht um die Erstattung der verauslagten Kosten eines Krankenhauses; bei Nichtdeckung führt dies zu finanziellen Verlusten. Eine Globalsteuerung über die einnahmeorientierte Ausgabenpolitik bewirkt deshalb nur eine Kostenverlagerung auf die Träger, was besonders bei freigemeinnützigen Krankenhäusern zu einer gesellschaftspolitisch unerwünschten Verminderung ihrer Vermögenssubstanz führen kann.

Im Ansatz konsequenter stellt sich der sogenannte **Bayern-Vertrag** vom 3. 9. 1979 dar, wenn auch über dessen Auswirkung man geteilter Meinung sein kann.

Die Krankenhäuser sind heute fast ausschließlich Dienstleistungsbetriebe mit unmittelbarer **nicht-ökonomischer** Zielsetzung. Sie sind bedarfswirtschaftlich orientiert und unterliegen weitgehend einer administrativen und damit nicht marktwirtschaftlichen Steuerung. Die Eigenart der Krankenhäuser liegt darin, daß ihre betrieblichen Funktionen weitgehend fremdbestimmt sind. Dies beruht auf der historisch gewachsenen Arbeitsteilung zwischen Arztpraxen und Krankenhäusern. Etwa 90 Prozent der Patienten werden durch niedergelassene Ärzte eingewiesen. Eine Fremdbestimmung besteht aber auch insoweit, als die betrieblichen Handlungsspielräume aufgrund von Anordnungen bzw. Überwachungen der Preisbildung eingegrenzt werden. So hat der Staat etwa die Kostenträgerseite als wirtschaftliche Gegenkräfte der Anbieter „Krankenhaus“ bestimmt und selbst die Befugnis sich vorbehalten, die Pflegesätze durch Genehmigung oder Festsetzung zu kontrollieren. Die Leistungen des Krankenhauses sind damit weder initiativ, noch in der Durchführung „marktwirtschaftlich“ gesteuert, sondern Ausdruck eines administrativen Steuerungssystems auf der Basis abzugeltender Selbstkosten. Die Beschränkung der Krankenseinweisungen durch den niedergelassenen Arzt nach dem Grundsatz „so wenig stationär wie nötig, so viel ambulant wie nur möglich“, bezweckt, den Patientenzugang zum

Krankenhaus zu reduzieren und damit die Aufwendungen für Krankenhausbehandlung zu vermindern. Dieses Ziel konnte bisher nur beschränkt erreicht werden²⁹⁾. Nach den Erfahrungen der Krankenträger ist der Bayern-Vertrag sicherlich mit ursächlich für den Rückgang der Pflegetage³⁰⁾. Die daraus resultierenden Mindererlöse der Krankenhäuser können aber in aller Regel aus zwingenden betrieblichen Gründen (keine Auflösung von ganzen Stationen und Abteilungen vertretbar, unveränderte Fixkosten) nicht zu einer entsprechenden Reduzierung im Personal- und Sachkostenbereich führen, so daß nach dem geltenden Selbstkostendeckungsgrundsatz der allgemeine Pflegesatz sich beim einzelnen Patienten sogar erhöht. Im übrigen sollen etwaige Mindereinnahmen der Krankenhäuser den niedergelassenen Ärzten ganz oder teilweise über eine Leistungsausweitung durch den Wegfall der Deckelung der Gesamtvergütung (mit Ausnahme der laborärztlichen Leistungen) zugute kommen. Die Maßnahmen des Bayern-Vertrages bewirken deshalb auch eine Kostenverlagerung zu Ungunsten der Krankenhäuser statt entsprechender Gesamteinsparungen.

Ausblicke

Die Beschränkung des Anstiegs der Ausgaben für den Krankenhausbereich erscheint im Interesse auch der Erhaltung des Leistungsstandards unseres bestehenden Gesundheitswesens unbedingt notwendig. Eine Reihe von Maßnahmen können hierzu Entscheidendes beitragen:

1. Die Verringerung der Zahl der **Krankenseinweisungen** ist sicherlich möglich. Sie darf aber zu keiner Verschlechterung oder gar Gefährdung der Versorgung der Patienten führen. In gegenseitiger Abstimmung und Koordinierung — und dies wurde bisher versäumt — zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhausärzten ist die Frage der **Krankenseinweisungsbedürftigkeit** hinreichend zu klären³¹⁾. Die Erarbeitung eines allgemein anerkannten Diagnose- und Leistungskatalogs, der die medizinische Aufgabenstellung von ambulanter und stationärer

Versorgung hinreichend berücksichtigt, erscheint vordringlich.

2. Ein **Abbau von Krankenseinweisungen** ist sicherlich ohne Gefährdung der Krankenhausversorgung regional möglich. Eine bedarfsgerechtere Umstrukturierung des Bettenangebots setzt aber gesicherte medizinisch-epidemiologische Aussagen voraus. Bisher wird in der öffentlichen Diskussion pauschal von einem Bettenüberangebot ausgegangen.

Voraussetzung für eine tragfähige Bedarfsplanung ist heute, daß die Krankenhausstatistik fachrichtungsbezogen aktualisiert wird, in dem die Krankenhäuser entsprechend ihrer planerischen Aufgabenstellung und der fachrichtungsmäßigen Ausrichtung erfaßt werden. Auch eine Krankenhausdiagnosestatistik als Teil einer Morbiditätsstatistik der Bevölkerung ist unabdingbare Grundlage für bedarfsplanerische Entscheidungen. Ein wesentliches, ergänzendes Erfassungsfeld der Krankenhausstatistik wäre aber auch die Untersuchung der Entlastungsfunktion ambulanter und stationärer Sozialeinrichtungen, wie Sozialstationen, Familienhilfen, Krankenheime, Pflegeheime u. a. Die staatliche Krankenhausbedarfsplanung erfährt heute vor

²⁹⁾ Die von selten der Kassen behauptete zum Ausgleich der Patientenrückgänge verstärkte unmittelbare Aufnahme von Patienten ohne kassenärztliche Einweisung durch die Krankenhäuser über eigene Notfalldienste, stationäre Aufnahme von Diagnosefällen, Wiederbestellung von Patienten zu kurzfristigen Neuaufnahmen ist gegenwärtig ein besonderer Streitpunkt, ohne daß bisher eindeutige Nachweise geführt werden konnten.

Zum Meinungsstreit vgl. „Münchener Merkur“ vom 14./15. 8. 1982 S. 5 „Krankenhäuser machen die Kassen krank“ und Pressemitteilung der BKG vom 18. 8. 1982.

³⁰⁾ Nach einer Sondererhebung der BKG hatten 1980 strukturgleiche Krankenhäuser einen Rückgang der Pflegetage von 0,70 Prozent (vgl. „Die Auswertung der Selbstkostenblätter für das Rechnungsjahr 1980 im Bundesvergleich“ Band 3 Schriften der BKG, 1982). Eine fundierte wissenschaftliche Untersuchung über die Auswirkungen des Bayern-Vertrages liegt bisher noch nicht vor.

³¹⁾ Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenseinweisungen (Krankenseinweisungsrichtlinien, in Kraft seit 15. 7. 1982) enthalten nur allgemeine Grundsätze über die Verordnung von Krankenseinweisungen. Die Krankenseinweisung darf nur angeordnet werden, wenn sie „medizinisch notwendig“ ist. Die Beurteilung dieser Frage steht im Ermessen des einweisenden Arztes, ohne daß allgemein anerkannte Indikatoren bisher bestehen.

allem deshalb Immer wieder Kritik und begegnet erheblicher Skepsis, weil entsprechende statistische Grundlagen — ganz oder teilweise — fehlen.

Die Erstellung einer aussagefähigen neuen Krankenhausstatistik, wie sie nunmehr nach § 28 Abs. 3 KHG rechtlich möglich ist, bringt sicherlich bessere Orientierungsmaßstäbe. Damit kann das Bettenangebot bedarfsgerechter strukturiert werden. Ein wesentliches Manko der heutigen Krankenhausbedarfsplanung und der Schwierigkeiten bei ihrer Durchsetzung liegt gerade darin, daß ihre Grundlagen vielfach Krankenhaus- und Kostenträger gleichermaßen nicht zu überzeugen vermögen. Diese Unsicherheit führt schließlich zu nicht immer sachgerechten politischen Einflußnahmen.

3. Eine Einschränkung der Kosten im Krankenhaus setzt mehr **Transparenz der Kosten- und Leistungsstruktur** der Krankenhäuser voraus. Daten aus dem Rechnungswesen der Krankenhäuser können sowohl für Planungsbehörden, Kostenträger, Krankenhaussträger und auch Krankenhausleitungen wichtige Anhalte für eine rationellere Mittelverwendung in der stationären Krankenversorgung sein. Auch hier wird die neue Krankenhausstatistik nach § 28 Abs. 3 KHG über die bereits jetzt vorhandenen Möglichkeiten hinaus (etwa des überörtlichen Betriebsvergleichs, der Auswertung der Selbstkostenblätter durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Bayer. Krankenhausgesellschaft) inner- wie überbetriebliche Aussagen ermöglichen. Sie umzusetzen und nutzbar zu machen, verlangt aber ein hohes Maß an kompetenteller Geschlossenheit und Eigenverantwortlichkeit im Krankenhaus.
4. Entscheidende betriebsökonomische Fortschritte sind nur erreichbar, wenn die **Betriebsform** und die **Betriebsorganisation** unserer Krankenhäuser verbessert werden. Wie bereits die Einführung des kaufmännischen Rechnungswesens in den Krankenhäusern im Jahre 1978 zeigte, bringt ein derartiges Führungsinstrument keine grundlegenden

Verbesserungen, wenn die Betriebsform die gleiche bleibt. Zwar können in Zukunft aus der Kosten- und Leistungsrechnung Aussagen über das Interne Krankenhausbetriebsgeschehen gemacht werden, es fehlt aber trotz vermögensmäßiger Sonderstellung besonders bei den kommunalen Kliniken eine Betriebsform, die es ermöglicht, in eigenbetrieblicher Verantwortung unmittelbar rasch und wirtschaftlich zu reagieren, um das Leistungsziel bestmöglich zu erreichen. Die Beachtung des aus der Organisationslehre stammenden Kongruenzprinzips ist auch im Krankenhaus eine unabdingbare Forderung wirtschaftlicher Vernunft. Die Zusammenfassung von Aufgabe, Kompetenz und Verantwortung in einer einheitlichen und in hohem Maße selbständigen Krankenhausleitung würde die Führungs- und Entscheidungssituation in unseren Krankenhäusern erheblich verbessern³²⁾.

Neben der Krankenhausbetriebsform ist es heute aber auch unabdingbar, die Krankenhausorganisation nach dem allgemein betriebswirtschaftlichen Prinzip der funktionellen Optimierung und der Wirtschaftlichkeit auszurichten. Dies verlangt eine stärkere Einbeziehung der Mitarbeiter in die wirtschaftliche Verantwortung im Krankenhaus.

5. Eine unabdingbare Forderung moderner Krankenhausunternehmensführung ist deshalb die stärkere **Einbindung des ärztlichen Dienstes in die Betriebsverantwortung** des Krankenhauses. Der heute in den Krankenhäusern weitgehend selbständig handelnde ärztliche Dienst muß in den Gesamtorganismus besser integriert werden und besser über die wirtschaftlichen Zusammenhänge informiert sein. Nur so wird es auch gelingen, die Kongruenz von ärztlicher Leistung und gesamtbetrieblichen Zielsetzungen des Krankenhauses herbeizuführen.

Der weit überwiegende Teil der ökonomisch relevanten Handlungen und Maßnahmen im modernen Krankenhausbetrieb be-

trifft Diagnose und Therapie und läßt sich unmittelbar oder mittelbar auf ärztliche Primärentscheidungen zurückführen. Diese haben Auswirkungen für die Betriebsabläufe im Krankenhaus, für die Organisation des Hauses und die finanziellen Ausgaben.

6. Schließlich ist mehr **ökonomisches Bewußtsein** für die Krankenhausärzte im Interesse der Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser heute nötiger denn je.

Ziel der ärztlichen Behandlung ist es, den Patienten bestmöglich zu versorgen. Dabei ist dieser Begriff nicht absolut, sondern relativ auszulegen, d.h. unter Berücksichtigung der vorhandenen personellen und finanziellen Mittel. Zielantinomien entstehen in der Regel dadurch, daß Ärzte von ihrer Einstellung zur Aufgabenerfüllung und von ihrer Ausbildung her versucht sind, das Bestmögliche für den Patienten zu erbringen. Daraus entstehen Maximierungstendenzen, wonach im Grund genommen entbehrliche Leistungen als unabdingbar notwendig postuliert werden, ohne Berücksichtigung der dabei entstehenden Kosten, allein zur Erreichung des maximal möglichen und sichersten Behandlungserfolges. Nicht gesehen wird, daß von den Kostenträgern nur Ersatz für das unbedingt Notwendige und Zweckmäßige geleistet wird. Es bedarf heute im Krankenhaus verstärkt der kritischen Auseinandersetzung über die Erforderlichkeit medizinischer Maßnahmen und der rationellen Erbringung der gebotenen Krankenhausleistung. Nicht zuletzt die Maximierungstendenzen der Krankenhausmedizin sind Mitursache der Kostenentwicklung. Nicht alle Untersuchungsanforderungen bei der Diagnostik beruhen auf fundierten klinischen Erwägungen und sind deshalb unbedingt geboten. Besonders im Labor- und Röntgenbereich wird die Ersetzungsfunktion der einen oder anderen Methode nicht hinreichend bedacht. Die weitgehende Automation bietet Meßergebnisse schneller, präziser und billiger als noch vor einiger Zeit; damit einher geht die Gefahr der kritischen Anforderung entspre-

³²⁾ Vgl. meine Ausführungen zur Betriebsform der Krankenhäuser in „Der Bayer. Bürgermeister“ Heft 5 1962 S. 33

chender Leistungen. Auch die Notwendigkeit operativer Eingriffe, wie überhaupt medizinisch-therapeutischer Maßnahmen sind im ärztlichen Bereich mehr noch als bisher unter Krankenhausökonomischen Gesichtspunkten zu sehen.

Da ökonomisches Bewußtsein aber Kenntnis der rechtlichen, wirtschaftlichen und betrieblichen Zusammenhänge voraussetzt, erscheint es heute mehr denn je notwendig, besonders bei den Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes eine stärkere Sensibilisierung für die Kosten- und Leistungssituation herbeizuführen. Dies bedeutet mehr Information über die gesetzlichen, besonders wirtschaftlichen Rahmenbedingungen des heutigen Krankenhauswesens. Nachdem bisher weder während des medizinischen Studiums noch im Rahmen der Weiterbildung über Fragen der Krankenhausökonomie hinreichend Wissen vermittelt wird, ist es für Krankenhäuser geradezu ein Gebot wirtschaftlicher Vernunft, durch innerbetriebliche Fortbildungsmaßnahmen besonders den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern entsprechende Kenntnisse zu vermitteln.

Soll der Leistungsstandard unserer Krankenhäuser erhalten und weiter ausgebaut werden, soll die Finanzierbarkeit unseres Krankenhauswesens gewährleistet bleiben, so ist es unabdingbar, daß bei unseren Krankenhausärzten die Bereitschaft geweckt wird, ihr humanitäres Handeln auch unter dem Blickpunkt der ökonomischen Machbarkeit zu sehen.

Anschrift des Verfassers:

Berufsmäßiger Stadtrat Dr. jur. H. Genzel, Ledererstraße 19/11, 8000 München 2

Ärztliche Maßnahmen beim Massenansturz *

Notversorgung bei Verletzungen des Brustkorbes

von F. Spelsberg

Der traumatologische Massenansturz läßt eine Verletzung der großen Körperhöhlen in 10 bis 20 Prozent erwarten. In etwa 80 Prozent sind die Thoraxverletzten Polytraumatisierte. Das Polytrauma ist eine typische Verletzungsart im Katastrophenfall, die immer sofort an eine Beteiligung der großen Körperhöhlen denken lassen sollte. Obwohl bei der Erstversorgung im Katastrophenraum andere Grundsätze gelten als bei der Klinikbehandlung bzw. in der optimalen Individualmedizin, ist die Basis für eine erfolgversprechende Behandlung auch hier die pathophysiologische Betrachtung der einzelnen Verletzungsarten, denn diese erlaubt es, durch Improvisation bei Beschränkung auf das Wesentliche in Diagnostik und Therapie selbst den schweren Unfallopfern noch eine Chance zum Überleben zu geben.

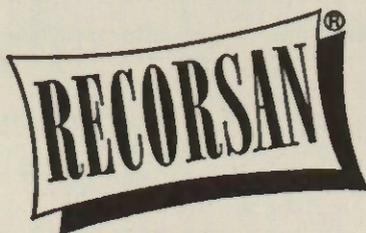
Die stumpfen und penetrierenden Verletzungen des Brustkorbes können zu Läsionen im Bereich des thorakalen Muskel- und Skelettsystems, der Atmungs- und der Mediastinalorgane führen. Hieraus kann das klinische Bild eines traumatischen „akuten Thorax“ resultieren. Eine besondere Verletzungsart stellt das Perthes-Syndrom (Kompressionszyanose, Compressio thoracis) dar, bedingt durch allmähliche Kompression des Brustkorbes, sowie die Commotio und Contusio thoracis, ferner die Explosionsverletzung. Bei

der stumpfen Herzverletzung kann es zur Commotio oder Contusio cordis kommen. Auch an Verletzungen intrakardialer Strukturen ist zu denken. Schuß-, Splitter-, Stich- und Pfählungsverletzungen sowie perforierende Anprallverletzungen können auch als Monoverletzungen auftreten. Ein mittelschweres oder schweres stumpfes Thoraxtrauma bedingt in der Regel eine Beteiligung innerer Organe.

Wichtige Faktoren für das Ausmaß der Thoraxverletzungen sind neben der Intensität und Zeitdauer der Gewalteinwirkung die Elastizität der Thoraxwand, der Zustand der intrathorakalen Organe und das Alter des Verletzten. Ferner ist maßgebend, ob eine direkte oder indirekte Gewalt unerwartet oder bei reflektorisch gespannten Muskeln in Inspirationsstellung mit geschlossener Glottis eingewirkt hat. Das stumpfe Trauma kann von einer harmlosen Brustwandprellung mit schmerzhafter Atembehinderung bis zur lebensbedrohlichen respiratorischen Insuffizienz reichen. Eine Aortenruptur kann z. B. zunächst klinisch symptomlos sein und dann plötzlich einen letalen Verlauf nehmen. Thoraxverletzungen können somit durch Behinderung von Atmung und Herz-Kreislauffunktion jederzeit akut lebensbedrohlich werden.

Das Schicksal des Verunfallten hängt davon ab, wie schnell die verschiedenen Organverletzungen erkannt und wie zuverlässig der unterschiedliche Schweregrad diagnostisch-therapeutische Prioritäten festlegen

*) Referat anlässlich des Fortbildungseminars „Notfall- und Katastrophenmedizin 1962“ für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr in München



RECORSAN-LIQUID.

Rein pflanzliches 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. ää 87 g, Plimum grav. Auricul. ää 7,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. - 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

läßt. Dabei ist es oft weniger wichtig, daß eine bestimmte Maßnahme vorgenommen wird, sondern zu welchem Zeitpunkt dies geschieht. Nicht selten steht dabei die Versorgung des Thoraxtraumas beim Polytrauma an erster Stelle. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind also bei der Erkennung der bedrohlichen Brustkorbverletzung eng miteinander verzahnt, sie laufen praktisch simultan ab. So ist z. B. die Punktion eines Spannungspneumothorax Diagnostik und Therapie gleichzeitig.

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung eines Schwerverletzten steht am Anfang die grobe Beurteilung von Atmung und Herz-Kreislauf und als Teilaspekt schließen sich denn spezifische Fragen nach einzelnen Thoraxverletzungen und deren Verletzungsfolgen an, wie sie in Tabelle 1 wiedergegeben sind. Ist man sich im Einzelfall mit seinen Besonderheiten und speziellen Problemen dieser neun Fragen bewußt, schließen sich die folgenden entscheidenden weiteren Fragen bei der Erstbeurteilung einer Thoraxverletzung an:

1. Ist sie unmittelbar lebensbedrohlich?
2. Ist eine Diagnose und Therapie vor einer erweiterten Diagnostik nötig und überhaupt möglich?

Spezielle Fragen bei der Erstbeurteilung von Thoraxverletzungen

1. Respiratorische Insuffizienz?	
2. Hypovolämie? Schock?	
3. Pneumothorax?	{ offener „normaler“ Spannungspneu
4. Hämatothorax? Hämomediastinum?	
5. Herz?	{ Tamponade Kontusion
6. Ruptur?	{ Aorta Zwerchfell Bronchus/Trachea Ösophagus
7. Rippen- serien- frakturen?	{ paradoxe Atmung instabiler Thorax
8. Emphysem?	{ Haut Mediastinum
9. Fremdkörper?	

Tabelle 1

3. Liegen zusätzliche Verletzungen anderer Körperregionen vor?

Wichtig ist, zu wissen, daß 75 Prozent der Thoraxverletzungen in der Regel ohne deutliche äußere Verletzungszeichen sind, deshalb sollte nach Prellmarken gesucht werden. 90 Prozent der Thoraxverletzungen können durch konservative Maßnahmen, d. h. in erster Linie durch Entlastungspunktion, Pleuradrainagen, Intubation, Beatmung sowie Atelektasenprophylaxe, ferner durch Schock- und Schmerzbehandlung beherrscht werden. Je größer die Erfahrungen in der Behandlung von Thoraxverletzungen sind, um so seltener wird operiert. Nach schweren Thoraxverletzungen und infolge eines traumatischen hämorrhagischen Schocks kann es zu lebensbedrohlichen Komplikationen in Form der „akuten posttraumatischen pulmonalen Insuffizienz“ (Syndrom der akuten respiratorischen Insuffizienz, akutes Atemnotsyndrom des Erwachsenen) kommen. Eine „nur“ klinische Beurteilung der Atmung ist heute nicht mehr ausreichend. Thoraxröntgenaufnahmen und Blutgasanalysen sind unerlässlich, da schwere funktionelle Beeinträchtigungen der Atmung bei normalem Röntgenbefund möglich sind, andererseits massive Befunde im Röntgenbild (z. B. Aspiration) nur geringe funktionelle Störungen aufweisen können. Eine Zyanose muß bei einer schweren respiratorischen Insuffizienz nicht vorliegen, da bei massivem Blutverlust das hierzu notwendige um fünf Prozent reduzierte Hämoglobin nicht mehr erreicht werden kann.

Die Zahl möglicher Thoraxverletzungen und ihrer Komplikationen ist groß. Stellt man Verletzung und Leitsymptome gegenüber, so sind letztere im allgemeinen immer zweideutig und werden bei ausbleibender Therapie vom komplexen Syndrom des Schocks überlagert. Deshalb sollten frühzeitig wichtige Parameter wie Puls und Blutdruck erfaßt werden. Erste entscheidende Hinweiszeichen für eine Thoraxverletzung ergeben der Unfallmechanismus und die an jedem Ort durchführbaren Untersuchungsmethoden wie Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation. Sie ermöglichen eine vorläufige Verdachtsdiagnose und lassen die Dringlichkeit der Situation, den sogenannten „akuten Thorax“, erkennen. Zu die-

ser dringlichen, ausschließlich klinisch orientierenden Diagnostik gehört eventuell auch die Probepunktion von Thorax- oder Perikardraum. Ein hoher zentraler Venendruck, der sich am Unfallort durch stark gestaute Halsvenen zu erkennen geben kann, erfordert eine sofortige gezielte Diagnostik. Spezifische Zeichen einer ernsthaften Thoraxverletzung sind: Dyspnoe, Tachypnoe, röchelnde Atmung, Zyanose, blutiges Sputum oder Schaum vor dem Mund, Stridor, atemabhängiger Schmerz, Thoraxkompressionsschmerz, Einflußstauung, subkutane und submuköse Petechien, paradoxe Atmung, bewegliche Thoraxwandteile, Perthes-Syndrom, Hautemphysem, Prellmarken, Thoraxwunden.

Die Beurteilung der Verletzten stützt sich am Unfallort zunächst auf die sofortige Erkennung der Symptomatologie traumatischer thorakaler Notzustände, wie sie nachfolgend aufgeführt werden:

1. Respiratorische Insuffizienz

Durch die Thoraxverletzung an sich ergibt sich diese aus der Inspektion von Atmung und Thoraxbewegung, sowie der Auskultation der Atemgeräusche und Prüfung des expiratorischen Luftstromes vor Mund und Nase. Nur Thoraxröntgenaufnahmen und Blutgasanalysen würden eine exakte Beurteilung erlauben.

2. Hypovolämie

Klinische Zeichen des hypovolämischen Schocks müssen gesucht werden. Der Schockindex liegt bei dem typischen Ausblutungsbild mit Apathie des Verletzten über eins.

3. Hautemphysem

Es kommt zur grotesken Schwellung durch Luftkissen im lockeren Subkutangewebe, vorwiegend im Bereich von Kopf (Augenlider aufgetrieben, Luftkissenbild im Gesicht), Schultern und Skrotum; es ist auch als sogenanntes Schneeballknirschen tastbar und gibt einen Hinweis auf Verletzungen der Atemorgane sowie einer extraperikardialen Herztamponade bei mediastinalem Emphysem. Ein diskretes Hautemphysem kann Ausdruck einer Ruptur von Bauchhohlorganen bei einer Zwerchfellruptur sein, oder die Luft kann durch eine äußere Wunde in die Thoraxwand eingetreten sein.

4. Mediastinalemphysem

Die Patienten klagen über ein Druckgefühl mit retrosternalem Schmerz. Ein subkutanes Emphysem breitet sich aus. Die Stimme kann heiser werden. Die austretende Luft kann zur extraperikardinalen Herztamponade führen. Das charakteristische herzschragsynchrone Reibege-
räusch bei der Herzauskultation kann ohne Röntgenbild und vor Entwicklung eines Hautemphysems eine Frühdiagnose ermöglichen. Die Herzdämpfung kann verschwinden. Hier erfordert die dringliche Diagnostik die Abklärung einer Bronchus- und Trachearuptur.

5. Nach außen offener Pneumothorax

Er wird durch die klaffende Wunde und das charakteristische schlürfende Geräusch der ein- und austretenden Luft („sucking wound“) leicht erkannt. Schwerste Hypoxiezeichen mit Blutdruckabfall und Pulsanstieg beherrschen das klinische Bild. Physikalisch zeigt sich ein hypersonorer Klopfeschall und fehlendes Atemgeräusch.

6. Geschlossener Pneumothorax

Plötzlicher Brustschmerz, Dyspnoe, Zyanose, Tachykardie, hypersonorer Klopfeschall und abgeschwächtes bzw. aufgehobenes Atemgeräusch weisen auf einen Pneumothorax hin. Haut- und Mediastinalemphysem sind möglich.

7. Spannungspneumothorax

Der lebensgefährliche Spannungspneumothorax wird gelegentlich nicht erkannt, obwohl er klinisch leicht zu diagnostizieren ist. Kardio-pulmonale Insuffizienz und Todesangst, Dyspnoe, hypersonorer Klopfeschall, typischer Auskultationsbefund, Hautemphysem und Konvergenzsyndrom (ansteigender Venendruck und abfallender systoli-

scher Druck bei gleichbleibendem diastolischen Druck) weisen darauf hin.

Bei Bronchusrupturen hört man eventuell ein expiratorisches Atemgeräusch und bei einer gleichzeitigen Lungenkontusion mit Blutungs-herden in der Lunge ein Bronchialatmen (durch Blutung kann die Lunge nicht ganz kollabieren). Beim innen offenen Pneumothorax ist eventuell im In- und Expirium ein blasend schlürfendes Geräusch, manchmal auch nur im Inspirium, feststellbar. Auf der verletzten Seite sieht man eine schleppende Atembewegung mit Schonung in der Inspirationsstellung. Es ist ein schneller Puls zu tasten. Bei einer Beatmung kommt es zum Anstieg des Beatmungsdruckes bei gleichem Atemzugvolumen, verbunden mit einem Anstieg des zentralvenösen Druckes (gestaute Halsvenen).

B. Hämatothorax

Hypovolämie, Blässe, Dyspnoe, Apathie, Lungen- und Mediastinalverdrängung sowie Schwere der Begleitverletzung bestimmen die klinische Symptomatik. Typisch sind ein positiver Schockindex, Dämpfung, und abgeschwächtes Atemgeräusch. Die Sicherung der Diagnose erfolgt durch Punktion. Auf eine Aortenruptur loco classico weisen hin: Gegen die Schulter ausstrahlender Rückenschmerz, Hypertonie der oberen Extremitäten gegenüber der unteren Körperhälfte, Hämoptoe, Hämatemesis, Heiserkeit, Dysphagie, Hornerischer Symptomenkomplex, Dyspnoe, Blutdruckunterschied der Arteria radialis links und rechts sowie Pseudokoarktationssyndrom.

9. Hämomediastinum

Es ist nur röntgenologisch zu erkennen; Ursachen sind: Aortenruptur, Frakturhämatoeme sowie Blutungen

aus kleineren venösen und arteriellen Gefäßen, sowie aus der Arteria mammaria interna oder den Interkostalgefäßen. Ein Einriß der Cava superior führt zur schwersten Blutung.

10. Verletzungen der knöchernen Brustwand

Ursache sind vorwiegend Brustanprallverletzungen. Bedeutend sind die funktionellen Auswirkungen auf die Atemfunktion und die Funktionsbeeinträchtigung der übrigen Thoraxorgane. Sie zählen zu den häufigsten Frakturen und treten isoliert oder in Verbindung mit einer knöchernen Verletzung des Brustbeins auf. Immer ist an die gleichzeitige Verletzung intrathorakaler Organe zu denken. Die Diagnose ergibt sich aus Schmerzen bei der Atmung sowie Nachschleppen der betroffenen Thoraxseite bei der Inspiration. Eine Lokalisation der Frakturstelle ist durch Angaben der Verletzten, palpable Stufe oder Krepitation im Frakturbereich sowie sagittalen und seitlichen Thoraxkompressionsschmerz möglich. Beim instabilen Thorax zeigt sich, daß ein Teil der Brustwand aus seinem mechanischen Verband gelöst ist. Dies weist einmal auf eine größere Gewalteinwirkung hin und macht zum anderen die Diagnostik von möglichen viszeralen Thoraxverletzungen nötig. Die paradoxe Atmung ist bei oberflächlicher Schonatmung oft nicht feststellbar. Immer ist an typische Komplikationen der gedeckten Brustkorbverletzung zu denken.

11. Herz- bzw. Herzbeutelverletzung

Ein traumatischer Myokard-, Septum- oder Klappenschaden wird am Unfallort kaum diagnostiziert. Präkardiale Prellmarken sowie die Lokalisation einer penetrierenden Thoraxverletzung sprechen für eine

Zum Thema: Arzt und Unfall

Gerade in jungen und mittleren Jahren ist der Unfall die häufigste Ursache von Tod und Invaliderität.

Vor seinen materiellen Folgen schützt umfassend die progressive Unfallvorsorge der «Winterthur». Sie bedeutet wesentlich erhöhte Leistungen bei mittlerer und schwerer Invaliderität. Also dann, wenn finanzielle Hilfe am wichtigsten ist.

Zahlreichen Unfallgefahren sind auch die Ehefrau und die Kinder des Arztes ausgesetzt. Ihnen bietet die «Winterthur» ebenfalls günstigen Unfallversicherungsschutz.

winterthur
versicherungen

Ich wünsche unverbindliche Auskunft über:

- progressive Unfallvorsorge
 andere Versicherungssparten

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Bitte ausschneiden und einsenden an:
Winterthur-Versicherungen, Abt. Ärztevers.
Leopoldstr. 204, 8000 München 40
Tel. (089) 38 36-0

mögliche Herz tamponade. 150 bis 250 ml Blut im Perikardraum bewirken eine Asystolie. Führende Symptome sind gestaute Venen im Halsbereich, der erhöhte zentralvenöse Druck, abgeschwächte Herzgeräusche, arterielle Hypotonie, irregulärer dünner, bei Inspiration verschwindender Fadenpuls (pulsus paradoxus) sowie Todesangst. Bei all diesen Komplikationen ergibt sich die Dringlichkeit der Diagnose dadurch, daß Minuten für das Überleben entscheidend sein können.

12. Hämoptoe

An eine intrapulmonale Blutung, Explosionsverletzung, offene Thoraxverletzung und Aortenruptur ist zu denken.

13. Penetrierende und perforierende Thoraxverletzung

Fremdkörper oder Wunden sind sichtbar.

14. Intrapulmonale Blutung

Die Symptomatik (Kontusionspneumonie) ist in der Regel erst zwischen dem vierten und sechsten Tag nach der Thoraxverletzung erkennbar.

15. Lungenatelektase

Sie entsteht durch Minderbelüftung eines Lungenabschnittes aufgrund fehlenden Abhustens des Bronchialsekretes, Fremdkörper, schmerzbedingter Schonatmung sowie Blutkoageln. Gewöhnlich ist zunächst nur eine diskrete Symptomatik vorhanden.

16. Chylothorax

Der rezidivierende milchig-weiße Pleuraerguß (Chylus) kann zu erheblichen Störungen des Wasser-, Elektrolyt- sowie Säurebasenhaushaltes führen. Der Perkussions- und Auskultationsbefund entspricht dem eines Hämatothorax.

Im Rahmen der Bergung und Ersten Hilfe kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

Herzmassage, Mund-zu-Mund-Beatmung, Oberkörperhochlagerung bei Herzinsuffizienz und erhaltenem Bewußtsein sowie Müllerscher Handgriff.

Alle schweren Thoraxverletzungen sind der ersten und zweiten Dring-

lichkeitsstufe (Stufe I, II) zuzuordnen und genießen Transportpriorität in Zentren mit Möglichkeiten der Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie sowie der maschinellen Beatmung. „Leichter Verletzter“ (Stufe III) sind bei einfacher Brustkorbprellung und unkomplizierten Rippenfrakturen sowie „normalem“ Pneumothorax möglich. Schocksymptomatik und Atemnot müssen innerhalb von 20 bis 30 Minuten durch einfache Lagerung und Schmerzbekämpfung reversibel sein. Die Transportpriorität kann bei wiederholter Beurteilung zunächst zurückgestellt werden. „Hoffnungslose“ (Stufe IV) mit Herz- und Atemstillstand – z. B. Herz tamponade bei erfolgloser Perikardpunktion, Spannungspneumothorax ohne ausreichende Entlastung, keine Intubations- bzw. Beatmungsmöglichkeit bei posttraumatischer pulmonaler Insuffizienz, hämorrhagischer Schock bei Hämatothorax ohne Möglichkeit zum Volumenersatz, Globalinsuffizienz – haben im Katastrophenraum kaum eine Überlebenschance. Eine wiederholte Triage sollte bei den zunächst in die Gruppe der „Hoffnungslosen“ eingestuft Verletzten vorgenommen werden.

Die Sofortbehandlung am Katastrophenort und während des Transportes umfaßt allgemeine und spezielle Maßnahmen, wie sie nachfolgend aufgelistet sind.

Allgemein

Schock- und Schmerzbekämpfung sowie Beseitigung der respiratorischen Insuffizienz sollten sofort zur Sicherung der vitalen Funktionen angestrebt werden. Durch die Punktions- und Drainagebehandlung sowie Freimachen der Atemwege können schlagartige Erfolge erzielt werden.

33. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 3. bis 5. Dezember 1982

Programm e. Seite 908

Respiratorische Insuffizienz

Sie wird bekämpft durch Sauerstoffzufuhr eventuell Intubation, bzw. Beatmung oder durch Punktion bzw. Drainage des Pleuraraumes, falls sie durch eine mechanisch bedingte Ventilationsstörung bedingt ist.

Hautemphysem

Die Therapie ist im allgemeinen exspektativ. Nur beim Spannungspneumothorax ohne Möglichkeit der Seitenlokalisation sowie bei der extraperikardialen Herz tamponade sollten zur Entlastung möglichst viele Nadeln subkutan eingestochen werden.

Nach außen offener Pneumothorax

Eine temporäre Abdichtung der Brustkorbwunde ist möglich durch luftdichten Verband, Pflaster, aufgelegte Hand, Kunststoff-Folien, Kompressen, weichteilfassende Klemmen, Anus praeter-Beutel sowie eventuell durch den Müllerschen Handgriff (Lunge in die Wunde ziehen und dort halten). Da durch die Umwandlung in einen geschlossenen Pneumothorax die Gefahr eines Spannungspneumothorax besteht, sollte immer gleichzeitig eine Pleuraableitung geschaffen werden. Es kann im Zweifelsfall besser sein, die Thoraxwunde zur Vermeidung eines Spannungspneumothorax offen zu lassen, da die Chance, zu überleben, bei einem Mediastinalflattern größer ist als bei einem Spannungspneumothorax.

Die beste Behandlung besteht in der Intubation und Beatmung bei gleichzeitig zunächst offener Wunde oder bei liegender Thoraxdrainage.

Geschlossener Pneumothorax

Thoraxpunktion im zweiten oder dritten Interkostalraum in der Medioklavikularlinie bzw. Bülow-Drainage bei respiratorischer Insuffizienz und drohendem Spannungspneumothorax.

Spannungspneumothorax

Dringliche Entlastungspunktion im zweiten und dritten Interkostalraum in der Medioklavikularlinie mit dicker Kanüle bzw. Ventilkanüle. Die definitive Versorgung sollte durch eine Thoraxdrainage erfolgen. Wenn eine Notfallthorakotomie mit operativer Beseitigung der Ventilursache (z. B. Lungenparenchymverletzung,

Bronchusruptur, Thoraxwandverletzung, Trachearuptur) nicht möglich ist, müssen gegebenenfalls möglichst viele Drainagen (1 bis 7 usw.) gelegt werden. Stehen keine Kanülen oder Drainagen zur Verfügung, muß mit dem Messer eine Öffnung in der Brustwand geschaffen werden. Beim Bronchusabriß kann eventuell eine einseitige Intubation der gesunden Lunge versucht werden.

Mediastinalemphysem

Als Notmaßnahme bei extraperikardialer Herztamponade werden wie beim Hautemphysem dicke Kanülen in den Subkutanraum eingestochen. Bei Erfolglosigkeit mit bedrohlichem Druckanstieg und Einflußstauung schließt sich eine kollare Mediastinotomie, eventuell mit Einlegen einer Drainage in das Mediastinum, an. Bei Tracheaeinriß sollte der Tubus nach Intubation über die Rißstelle hinaus vorgeschoben werden. Ist ein Pneumothorax Ursache des mediastinalen Emphysems, wird eine Thoraxdrainage gelegt.

Hämatothorax

Hier sollte neben der Schockbehandlung so schnell wie möglich eine vollständige Entleerung des Blutes aus dem Pleuraraum durch wiederholte Punktionen bzw. besser durch eine sofortige Thorexdrainage angestrebt werden.

Rippenfraktur, Sternumfraktur, instabiler Thorax, paradoxe Atmung

Eine provisorische Stabilisierung des instabilen Anteiles des Brustkorbes kann erzielt werden durch Fixation mit gepolsterten Pflasterstreifen, durch einen dosierten zirkulären elastischen Verband, durch manuellen Druck, durch Druck eines aufgelegten Sandsackes oder durch Lagerung auf die verletzte Seite.

Günstig ist eine rechtzeitige Intubation mit innerer pneumatischer Stabilisierung bzw. Schmerzbekämpfung durch i. v.-Applikation von Anal-

Instrumente zur notfallmäßigen Pleurapunktion/-Drainage

Metallkanüle	
Kunststoff-Einmalkanüle	
Tiegel-Kanüle	
Trokarhülse mit Gummidrain	
Zentraler Venenkatheter (ZVK)	
Drainage-Einmalset	} Thoraxkatheter (z. B. nach Matthys) Blasenpunktion, Peritoneallavage, usw.
Klemme (Skalpell, Schere)	
Thoraxtrokarkatheter (Argyle, Portex, Vygon, usw.)	
Drainageset (Thoraxtrokarkatheter mit Instrumentarium)	

Tabelle 2

getika, interkostale oder paravertebrale Leitungsanästhesie oder Periduralanalgesie. Bei unkomplizierten isolierten Rippen- und Sternumfrakturen wird nur eine Schmerzbekämpfung vorgenommen.

Hämoptoe

Bei Gefahr einer Aspiration wird der Verunfallte auf die verletzte Seite gelagert, sonst muß intubiert und beatmet werden. Eine weitere Hilfe ist die einseitige Intubation oder ein Doppellumentubus.

Aspiration

Bei Mageninhalt im Bronchialsystem wird intubiert und die Lunge mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült. Aspirierte Fremdkörper können durch stoßweise externe Kompression des Epigastriums (Heimlich-Handgriff) bei Erstikungsgefahr expektoriert werden. Gefahr der Milzruptur durch den Handgriff!

Herztamponade

Sofortige Herzbeutelpunktion, eventuell mit Einlegen eines Katheters. Bei erfolgloser Punktion würde nur noch eine Notthorakotomie oder Perikardotomie von einem Oberbauchschnitt aus eine Möglichkeit zum Überleben bieten. Am Katastrophenort ist eine Herzbeutel-

punktion oder Perikardotomie im allgemeinen aber nicht möglich.

Da die Punktions- und Drainagebehandlung die wichtigste ärztliche Maßnahme bei Verletzungen des Brustkorbes darstellt, soll auf sie noch zum Schluß gesondert eingegangen werden.

Mit einfachsten Methoden läßt sich bei frühzeitiger Anwendung mit für Luft und Blut effizienten Drains und Kanülen eine äußerst wirkungsvolle und oft schlagartig einsetzende Befundbesserung beim Pneumothorax erzielen. Hierzu steht eine unterschiedliche Anzahl von dazu mehr oder weniger geeigneten Instrumenten zur notfallmäßigen Pleurapunktion zur Verfügung, die von einer einfachen Metallkanüle bis zu fertigen Drainagesets reichen und in Tabelle 2 aufgelistet sind.

Das idealste Mittel von allen ist die geschlossene Thoraxdrainage mit Hilfe eines Thorextrokarkatheters, wobei der flexible Kunststoffdrain, über einen Metallspieß gestülpt, in den Pleuraraum eingeführt wird. Beim traumatischen Massenankfall, unter Katastrophenbedingungen sowie bei Ermangelung des Thoraxtrokarkatheters, sind bei der Sofortbehandlung von Notfallpatienten alle zur Verfügung stehenden und



BAD FÜSSING

Ihr Kur- und Erholungsort im sonnigen Südbayern.

Schwefelhaltige Thermalquellen (56° C), Kurmittelhäuser, Thermalhallen- u. -freibäder (30-37°). Außergewöhnliche Heilerfolge bei Rheuma, Wirbelsäulenleiden, Unfallfolgen, Lähmungen, Arthrosen, Kreislauf-Durchblutungsstörungen, Altersbeschwerden. Umfangreiches Kultur-, Sport- und Freizeitangebot, gepflegte Gastlichkeit.

Prospekte: Kurverw. 8397 Bad Füssing, Tel. 08531 / 21307.

Ableitungssysteme nach notfallmäßiger Pleurepunktion/-Dreinege

Gummifingerling									
Kondom									
Abgeschnittener Finger eines Gummihandschuhs									
Plastikbeutel									
Penrosedrainagen									
Magenschleuchbeutel									
Urinbeutel									
Kolostomiebeutel (offene Thoraxwend, über Kanüle gestülpt)									
Heimlich-Ventil									
Thoraxdreinegeflasche									
<table border="0"> <tr><td rowspan="2"> <table border="0"> <tr><td>original</td></tr> <tr><td>improvisiert</td></tr> <tr><td>(z. B. Infusionsflasche)</td></tr> </table> </td><td rowspan="2"> <table border="0"> <tr><td rowspan="2"> <table border="0"> <tr><td>original</td></tr> <tr><td>improvisiert</td></tr> <tr><td>(z. B. Infusionsflasche)</td></tr> </table> </td></tr> </table> </td></tr> </table>	<table border="0"> <tr><td>original</td></tr> <tr><td>improvisiert</td></tr> <tr><td>(z. B. Infusionsflasche)</td></tr> </table>	original	improvisiert	(z. B. Infusionsflasche)	<table border="0"> <tr><td rowspan="2"> <table border="0"> <tr><td>original</td></tr> <tr><td>improvisiert</td></tr> <tr><td>(z. B. Infusionsflasche)</td></tr> </table> </td></tr> </table>	<table border="0"> <tr><td>original</td></tr> <tr><td>improvisiert</td></tr> <tr><td>(z. B. Infusionsflasche)</td></tr> </table>	original	improvisiert	(z. B. Infusionsflasche)
<table border="0"> <tr><td>original</td></tr> <tr><td>improvisiert</td></tr> <tr><td>(z. B. Infusionsflasche)</td></tr> </table>		original	improvisiert	(z. B. Infusionsflasche)			<table border="0"> <tr><td rowspan="2"> <table border="0"> <tr><td>original</td></tr> <tr><td>improvisiert</td></tr> <tr><td>(z. B. Infusionsflasche)</td></tr> </table> </td></tr> </table>	<table border="0"> <tr><td>original</td></tr> <tr><td>improvisiert</td></tr> <tr><td>(z. B. Infusionsflasche)</td></tr> </table>	original
	original								
improvisiert									
(z. B. Infusionsflasche)									
<table border="0"> <tr><td>original</td></tr> <tr><td>improvisiert</td></tr> <tr><td>(z. B. Infusionsflasche)</td></tr> </table>	original	improvisiert	(z. B. Infusionsflasche)						
	original								
improvisiert									
(z. B. Infusionsflasche)									
(Fingerling, Beutel usw. einschneiden!)									

Tabelle 3

als geeignet erscheinenden Punktions- und Drainageinstrumente als lebensrettende Sofortmaßnahmen indiziert.

Hier entscheiden die äußeren Umstände sowie die am schnellsten griffbereiten und überhaupt noch vorhandenen aufgestellten Instrumente, welche zur Anwendung kommen. Entscheidend ist, daß es gelingt, bei ekuter Lebensgefahr eine Druckentlastung des Pneumothorax zu erzielen. Sobald wie möglich sollten alle Instrumente wiederum durch einen Thoraxtrokarkatheter ausgetauscht werden.

Dringliche Operationsindikation und präoperative Diagnostik bei Thoraxverletzungen

1. Verletzungen der Aorta (supraaortale Äste)
2. Ösophagusruptur
3. Zwerchfellruptur
4. Bronchus-Trachea-ruptur
5. Herzluxation
6. Eventuell Verletzung intrakranieller Strukturen
7. Große Brustwanddefekte
8. Nicht beherrschbare Lungenparenchymverletzung
9. Schwere intrathorakale Blutung

Tabelle 4

Die Ableitungssysteme (Tabelle 3) nach notfallmäßiger Pleurepunktion bzw. -Drainage, die die Expansion der kollabierten Lunge aufrechterhalten sowie den Blutabfluß beim Hämatothorax gewährleisten sollen, sind in ihrer Möglichkeit so vielseitig wie die Instrumente selbst.

Das beste Ableitungssystem ist ein weitleumiger Ableitungsschlauch, der keine engen Stellen aufweisen sollte, in Verbindung mit einer großen Sekretflasche zum Auffangen von Blutsekret.

Steht kein Thoraxdrainagegefäß zur Verfügung, oder soll der Patient mit einer Thoraxdrainage transportiert und unabhängig vom Sog mobilisiert werden, so hat sich das Heimlich-Ventil, eine Weiterentwicklung des Prinzips von Ehrmann und Tiegel, mit dem bekannten Gummifingerling bestens bewährt. Es verhindert den Spannungspneumothorax, gestattet die Ableitung von Luft und Blut und läßt sich durch entsprechende Zwischenstücke an fast allen Kanülen und in den Thorax eingeführten Schläuche anbringen. Es ist der beste Ersatz für ein Thoraxdrainagegefäß. Wichtig ist, daß alle Schläuche, Drainagen, Beutel usw. nach dem Prinzip der Tiegel-Kanüle arbeiten und folglich mit einer Öffnung im Sinne eines Ventils versehen sein müssen.

Eine absolute sofortige Indikation zur Thorakotomie besteht relativ selten. Sie kann gegeben sein bei massiver, nicht beherrschbarer Blutung aus dem Thorax (Wunde, Drainage, Punktion), bei nicht durch Punktion beherrschbarer Herztamponade sowie bei massivem Luftverlust über die Thoraxdrainage. In der Regel ist es so, daß es in derartigen Situationen eine dringliche Operationsindikation bei bestimmten Verletzungsarten (Tabelle 4) gibt, die im allgemeinen einen schnellen und kürzeren Transport sowie eine präoperative Diagnostik noch zulassen; vor allem denn, wenn Thoraxdrainagen gelegt wurden und der Patient bei gleichzeitiger Schockbehandlung intubiert ist.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. F. Speisberg, Chef-erzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Merthe-Merie, Wolfrethshäuser Straße 109, 8000 München 71

Fakultät

Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. phil., Dr. med. Gustav A. Lienert, Lehrstuhlinhaber für Psychologie an der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät, wurde mit der Ehrendoktorwürde der Colgate University, New York, ausgezeichnet.

Dr. med. Reinhold Müller, Institut für Radiologie, wurde zum Akademischen Oberrat ernannt.

Dr. med., Dr. med. dent. Josef Dumbach, Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie, wurde zum Akademischen Rat z. A. ernannt.

Technische Universität München

Professor Dr. med. Carl H. Lücking, Leitender Oberarzt an der Neurologischen Klinik, hat den Ruf als Ordinarius für klinische Neurologie und Neurophysiologie an der Universität Freiburg angenommen.

Privatdozent Dr. med. habil. Peter Heidenreich, Krankenhauszweckverband Augsburg, wurde die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden) an: Dr. med. habil. Ingolf Böttger für Nuklearmedizin; Dr. med. Bernd Claudi für Chirurgie; Dr. med. habil. Sylvia Haas für Experimentelle Chirurgie und Hämostaseologie; Dr. med. habil. Contz Hilber für Chirurgie; Dr. med. habil. Maximilian Reiser für Radiologie; Dr. med. habil. Adolf Weindl für Neurologie.

Privatdozent Dr. med. Klaus Kempen, Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik, wurde zum Akademischen Rat ernannt.

Großes Bundesverdienstkreuz für W. Lossos

Der Geschäftsführende Jurist der Schlichtungsteile für Haftpflichtstreitigkeiten bei der Bayerischen Landesärztekammer Wilhelm Lossos, Bindingstraße 3, 8031 Stockdorf, wurde mit dem Großen Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Wilhelm Lossos war bis zu seiner Pensionierung 1980 Präsident des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs und Präsident des Oberlandesgerichtsbezirks München.

Bundesverdienstkreuz am Bande für Dr. Göpfert

Dr. med. Kurt Göpfert, Chefarzt i. R., Georg-Spohn-Straße 10, 8720 Schweinfurt, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Ehrung für Dr. Hermann Braun

Am 18. Oktober 1982 wurde Dr. med. Hermann Braun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Talstraße 5, 8411 Nittendorf, mit der Staatsmedaille für besondere Verdienste um die bayerische Wirtschaft ausgezeichnet.

Dr. Spaeth neuer Ministerialdirektor im Sozialministerium

Der Ministerrat ernannte in seiner Sitzung vom 6. Oktober 1982 Dr. jur. Walter Spaeth, Heßstraße 89, 8000 München 40, zum Ministerialdirektor des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Ministerialdirektor Dr. Spaeth löste am 1. November 1982 Heinz Stroer ab, der seit Februar 1980 dieses Amt innehatte.

Dr. Spaeth, der seit 1957 im bayerischen Staatsdienst steht, war lange Jahre Leiter der Dienststelle München des Staatsministers für Bundesangelegenheiten, dann Abteilungsleiter in der Staatskanzlei. Seit Oktober letzten Jahres war er Leiter der Abteilung „Allgemeine Verwaltung, Recht, Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit“ im Sozialministerium.

Professor Dr. med. habil. Frank Höpner, Kölner Platz 1, 8000 München 40, bisher Oberarzt an der Kinderchirurgischen Klinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital, wurde als Nachfolger von Professor Dr. med. Heinz Singer zum Chefarzt der Kinderchirurgischen Abteilung des Kinderkrankenhauses München-Schwabing ernannt.

Professor Dr. med. Werner Lang, Leiter der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München, Leopoldstraße 5, 8000 München 40, wurde anlässlich des VIII. Kongresses der International Federation for Infectious and Parasitic Diseases in Stockholm zum Präsidenten dieser Gesellschaft gewählt.

Dr. med. Barbara Lau, Abteilung für Experimentelle Hämatologie der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg, wurde für ihre Arbeit „Differenzierungsvermögen und Proliferation von normalen und malignen Zellen lymphatischen Ursprungs“ der Wissenschaftspreis der Kind-Philipp-Stiftung verliehen.

Professor Dr. med. Peter C. Maurer, Vorstand der Abteilung für Gefäßchirurgie der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde in Anerkennung seiner Beiträge für den Fortschritt der Gefäßchirurgie und Angiologie die Ehrenauszeichnung der Internationalen Vereinigung für Gefäßkrankheiten verliehen.

Privatdozent Dr. med. habil. Dietrich Michalk, Akademischer Rat an der Kinderklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, wurde für seine Arbeit „Der Stoffwechsel von Sulfat und Taurin und seine Veränderung in der Urämie. Klinische und tierexperimentelle Untersuchungen“ der Adalbert-Czerny-Preis verliehen.

Privatdozent Dr. med. Ludger Sunder-Plassmann, wissenschaftlicher Assistent an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde für seine Arbeit „Verbesserung der Mikrozirkulation und Kollateralstrombahn bei arterieller Verschlusskrankheit. Experimentelle und klinische Untersuchungen“ der Max-Ratschow-Preis 1982 (zur Hälfte) verliehen.

Dr. med. Klaus Wallnöfer, Radiologe, Sonnenstraße 11, 8000 München 2, wurde erneut zum Bundesvorsitzenden des Berufsverbandes der Radiologen und Nuklearmediziner gewählt.

Professor Dr. med. Günter-Heinrich Willital, Leiter der Kinderchirurgischen Abteilung an der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied der Griechischen Gesellschaft für Kinderchirurgie ernannt.

in memoriam

Dr. Allwein †

Am 5. Oktober 1982 verstarb Dr. med. Eugen Allwein, München, im 83. Lebensjahr.

Dr. Allwein, der seit 1931 als Allgemeinarzt niedergelassen war, bekleidete von 1955 bis 1979 das Amt eines Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer; ferner gehörte er dem Finanz- und Hilfsausschuß der Kammer an. Außerdem hatte er das Amt eines Vertrauensmannes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns inne. Dr. Allwein hat sich um die Vertretung der Interessen des ärztlichen Berufsstandes besondere Verdienste erworben.

Wir werden dem Kollegen stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Blindlach, Lkr. Bayreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Döhlau, Lkr. Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rehau, Lkr. Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mitwitz, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsiedel:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bamberg:

1 Augenarzt

Coburg:

1 Augenarzt

Hof/Saale:

1 Augenarzt

Kulmbach:

1 Chirurg

Kronach:

1 Chirurg

Bamberg:

1 Hautarzt

Bayreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Wunsiedel:

1 Hautarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Saale:

1 Lungenarzt oder Internist mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

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

Mittelfranken

Allersberg, Lkr. Roth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Balersdorf, Lkr. Erlangen-Höchstadt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Burgoberbach, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Lauf a. d. Pegnitz, Lkr. Nürnberger Land:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Lauf a. d. Pegnitz-Neunhof,**Lkr. Nürnberger Land:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Nürnberg-Leonhard/Sünderbühl/
Großreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Nürnberg-Reichelsdorf/Mühlhof/
Krottenbach:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Nürnberg-Ziegelstein/Herrnhütte/
Großreuth:**

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

**Planungsbereich Dinkelsbühl,
Lkr. Ansbach/Feuchtwangen:**

1 Augenarzt

**Planungsbereich Ansbach,
Lkr. Ansbach:**

1 Nervenarzt

Planungsbereich Weißenburg-Gunzenhausen, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-0.

Unterfranken

Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kist, Lkr. Würzburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Fladungen, Lkr. Rhön-Grableid:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Haßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Augenarzt

Volkach, Lkr. Kitzingen:

1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:

1 HNO-Arzt

**Karlstadt oder Markthaldfeld,
Lkr. Main-Spessart:**

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Nervenarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

Fuchsmühi, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Furth i. Waid/Waidmünchen, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:

1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Naustadt/WN:

1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 HNO-Arzt

Lkr. Tirschenreuth:

1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Cham:

1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Stadt Weiden:

1 Hautarzt

Furth i. Waid, Lkr. Cham:

1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 Kinderarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:

1 Kinderarzt

Lkr. Tirschenreuth:

1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Naustadt/WN:

1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

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

Niederbayern

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Lkr. Dingolting-Landau:

1 Hautarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:

1 Hautarzt

Lkr. Rottal-Inn:

1 Hautarzt

Bogen, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Kinderarzt

Keilheim, Lkr. Kelheim:

1 Nervenarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:

1 Nervenarzt

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

Schwaben

Thierhaupten-Unterbaar, Lkr. Augsburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weißhorn, Lkr. Nau-Ulm:

1 Augenarzt

Gersthofen, Lkr. Augsburg:

1 Kinderarzt

Günzburg, Lkr. Günzburg:

1 Kinderarzt

Dillingen, Lkr. Dillingen:

1 Nervenarzt

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

TIEFENWIRKUNG

hyperämisiertes Antirheumatikum
zur percutanen Schmerz-Therapie

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

Marament[®]
Balsam N

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

Indikationen:

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

Gegenanzeigen:

Bei Schwangeren, Säuglingen
und Kleinkindern Langzeit-

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

Zusammensetzung:

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

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

O.P. Flasche mit 100 ml DM 8,94
O.P. Flasche mit 250 ml DM 18,27

Dr. Wider GmbH & Co 7250 Leonberg

WIDER



Früherkennung? — Was sonst!

An *Früherkennung* wer gedacht worden, als vor zehn Jahren ein gezieltes Untersuchungsprogramm für Frauen bereitgestellt wurde: Die Suche — das „Screening“ — gilt den Vor- und Frühstadien der Krebserkrankung am Gebärmutterhals.

Ähnliche Programme in zahlreichen Ländern der Welt hatten schon damals das Wesentliche nachgewiesen: durch ein derartiges spezielles Untersuchungsprogramm kann die Erkrankung vor Eintritt in das lebensbedrohende Stadium erkannt und durch ungefährliche operative Behandlung *Heilung* erzielt werden. Heilung ist also das Ziel, Heilung soll ermöglicht werden.

Im Rahmen des Untersuchungsprogramms wird auch nach verdächtigen Befunden an anderen Organen gefahndet. Dazu gehört die Brustdrüse, die Eierstöcke, der Mastdarm u. a. Niemand konnte jedoch bei diesen Organen Hoffnung auf gleiche Erkennungsmöglichkeit wie beim Gebärmutterhals haben. Dafür fehlen die notwendigen speziellen Untersuchungsverfahren, die in gleicher Weise einfach und zuverlässig funktionieren. Hier ist das Ziel, Krebserkrankungen in einem Stadium zu erfassen, das der Therapie günstige Chancen gibt, den Eingriff so begrenzt als möglich hält, und zu einem Ergebnis führt, von dem das Lebensgefühl nicht völlig überschattet wird. Niemand würde Verständnis dafür aufbringen, wenn diese Suche nicht in das Programm eingebaut wäre nur deshalb, weil hier nicht mit denselben Heilungschancen gerechnet werden kann.

Weit holen die Kritiker derzeit gegen dieses Früherkennungsprogramm/Frauen aus und bringen es in breiter Öffentlichkeit in Mißkredit.

— immer sei man davon ausgegangen, daß eine allgemeine Vorsorge angestrebt wird und zumindest die häufigsten Krebserkrankungen — wenn schon nicht alle — hätten angegangen werden müssen. So wird der Eindruck geweckt, die Ärzteschaft habe entweder zuviel versprochen, oder zu wenig geleistet.

— Aber gerade die häufigsten Krebserkrankungen der Frau — dies sind in der Reihenfolge: Brustdrüse—Darm—Magen — bleiben ohne ein wirksames Programm. Die Mammographie werde im Programm nicht einmal angeboten, der Haemocult-Test sei fehlerhaft und nach Magenkrebs würde überhaupt nicht gefahndet.

Dieses Argument entbehrt der notwendigen medizinischen Ehrlichkeit: gegen die jährliche Strahlenexposition bei Mammographie gibt es naheliegende Bedenken. Wenn die Mammographie für nötig gehalten wird, kann sie jedoch jederzeit durchgeführt werden. — Die diagnostische Unsicherheit des Haemocult-Tests ist den Ärzten bekannt. Sie schöpfen bei Verdacht gezielte Untersuchungsmöglichkeiten aus und verlassen sich nicht allein auf diesen Test. — Keine Möglichkeit steht in Aussicht, die dem Patienten zumutbar und finanzierbar wäre, in kurzen Intervallen bei allen nach Frühstadien des Magenkrebses zu fahnden.

— Alle bisherigen Maßnahmen hätten auch die Behandlungserfolge der Krebserkrankungen nicht verbessert.

Das Programm ist auf „Erkennung“ gerichtet, nicht auf Therapie. Wenn eine operative-, Strahlen- und Chemotherapie nur zu zeitweisen und zu Teilerfolgen, selten aber zu Heilerfolgen im Sinne von Aushilfung führt, so kann das nur bestärken, die Früherkennungsmöglichkeiten einzusetzen, wo immer sie gegeben sind. Für die häufigsten Krebserkrankungen stehen sie aus.

— Die Häufigkeit des „Uteruskarzinoms“ sei ohnehin schon längere Zeit rückläufig gewesen, dazu hätte es also intensiver Früherkennungsprogramme gar nicht dringend bedurft.

In den USA und in Mitteleuropa sinkt der relative Anteil, mit dem das Uteruskarzinom an allen Krebserkrankungen beteiligt ist. 80 Prozent der Frauen, die an einer Krebserkrankung sterben, sind den drei häufigsten Krebsformen zuzurechnen, nur 8 Prozent entfallen auf das Uteruskarzinom. In 20 Jahren ist diese Quote von 10 auf 8 Prozent zurückgegangen. In denselben 20 Jahren ist die Quote des Magenkarzinoms bei Frauen von über 20 auf 12 Prozent zurückgegangen. Im selben Zeitraum haben die Todesfälle an Brustdrüsenkrebs um 20 Prozent zugenommen.

Dieses Argument arbeitet mit Sterberaten. Ein Sinken der Sterberate kann erst nach einem längeren Einsatz von Früherkennungsmaßnahmen erwartet werden. Zehn Jahre sind hierfür zu kurz bemessen. Und vor allem ist diese Maßnahme auch deshalb nicht berechtigt, weil erfahrungsgemäß nur ein Drittel der Frauen regelmäßig versorgt sind, während zwei Drittel der Frauen die Untersuchung nicht oder nicht regelmäßig in Anspruch nehmen. Wo nichts getan wer-

den kann, ist auch ein Erfolg nicht zu erwarten.

— Die Frühstadien, auf die die Anstrengungen des Programms gerichtet sind, sollen sich ohnehin in der Hälfte der Fälle zurückbilden.

Das Frühstadium — das sogenannte *carcinome in situ* — kann zytologisch und histologisch von Vorstadien abgegrenzt werden. Eine solche exakte Diagnostik vorausgesetzt, räumt die Wissenschaft heute keine Rückbildungsrate von 50 Prozent ein. Ganz im Gegenteil: es wäre ein Kunstfehler zu betreten, eine betroffene Patientin bei der Aufklärung mit derartigen Zahlen in Sicherheit zu wiegen. Weder bei einem Risiko von 1:1, noch mit dem realistischen weit höheren Risiko, das an 1:0 heran kommt, wird sich ein aufgeklärter Patient und ein verantwortungsbewußter Arzt den nötigen Konsequenzen entziehen wollen.

— Die Behauptung, daß die gynäkologischen Befunde zu einem ganz erheblichen Teil falsch seien, ist als böswillig zu bezeichnen, nachdem sie sich bei ersten Überprüfungen als völlig haltlos herausgestellt hat.

Die Vielzahl von Kritikpunkten sollte schockieren und hat auch offenbar Eindruck hinterlassen. Die Zahl der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen geht weiter zurück. Schon früher hat sich nur jede dritte Frau der gefährdeten Altersgruppe ab 35 Jahren regelmäßig der Untersuchung unterzogen. Jetzt — nach Einführung der Untersuchung schon ab 20 Jahren — ist die Untersuchungszahl nicht angestiegen.

Früherkennungserfolge zählen nach der Anzahl geheilter Erkrankungen. Eine solche Morbiditätsstatistik ist nicht vorhanden. Diese geheilten Fälle unter Meldedeckung zu bringen, wie dies bei Mortalitätsstatistiken gegeben ist, muß strikt abgelehnt werden. Es ist deshalb mit Recht vom Leiter des Krebsforschungszentrums darauf hingewiesen worden, daß eine sachgerechte Beweisführung gar nicht möglich ist. Todesstatistiken jedenfalls sind als Beweise gegen die Krebsfrüherkennung nicht tauglich.

Nach dieser öffentlichen Kampagne fällt der Ärzteschaft die Aufgabe zu, der Wirkung, die sie ausgelöst hat, mit allen Kräften entgegenzuwirken. Jeder Frau muß klargemacht werden, daß sie die *Chance der Heilung* hat, wenn sich die Erkrankung am Gebärmutterhals zu entwickeln beginnt. Voraussetzung ist und bleibt, daß das *Untersuchungsprogramm regelmäßig* in Anspruch genommen wird. Rasch beeinflusst sich dem Programm zu verweigern, vermehrt das persönliche Risiko jeder Frau. Es geht darum, im Zweifelsfall zur statistischen Gruppe der geheilten Fälle zu gehören.

Dr. med. Gertraud Bäcker, Vorsitzende des Bayerischen Ärztinnenbundes, Bad Brunntal 3, 8000 München 80

Standortbestimmung

Nach dem sensationellen Ergebnis der Hessen-Wahl bargen die bayerischen Wahlen eigentlich keine Überraschungen mehr. In Bayern ging es am 10. Oktober letztlich nur noch um die Fragen, ob die Liberalen wieder den Sprung ins Maximillaneum schaffen und ob die Grünen ins weiß-blaue Parlament einziehen. Doch die Wähler votierten zu 58,3 Prozent für die CSU und zu 31,9 Prozent für die SPD. Damit wird erstmals das Geschehen in einem Landesparlament in der Bundesrepublik von nur noch zwei Parteien bestimmt, von 133 Parlamentariern der CSU und den 71 Abgeordneten von der SPD. Die öffentlich wiederholt gelobte gute Parlamentsarbeit der bayerischen F.D.P. in den vergangenen vier Jahren ist von den Wählern nicht honoriert worden. Die Bonner Ereignisse – so lauteten die Stellungnahmen in der Wahlnacht fast einhellig – hatten das bayerische Wahlergebnis maßgeblich beeinflusst. So geschahen, waren die bayerischen Wahlen weniger eine Entscheidung über die bayerische Politik als eher eine Reaktion auf die Bundespolitik. Weder einmal mehr werden Fragen laut über die Rolle der Länderparlamente heute, wenn sie sich nicht nur als föderales Faigenblatt in einer bundesstaatlichen Ordnung verstehen wollen, in der sich die Kompetenzen mehr und mehr in die Bundeshauptstadt verlagern.

In seinem Schlußwort zur neunten Legislaturperiode beklebte Landtagspräsident Dr. Franz Haubl diesen Prozeß mit den Worten: „Obwohl die Eigenstaatlichkeit der Länder in der verfassungsrechtlichen Ordnung der Bundesrepublik verankert ist, erlebten wir lange Jahre eine Erosion der Länderkompetenzen. Die Auszehrung trat in erster Linie die Länderlandtag.“ Diese Entwicklung, so hatte der Präsident anlässlich der Verleihung des Präsidentspreises das Landtags in einer fast schon programmatischen Rede erklärt, gela einher mit einer Gewichtsverlagerung zugunsten der Exekutive und treffe vor allem die Parlamente. „Wir waren über Jahre hinweg in der paradoxen Situation, daß sich das Ausland immer öfter den deutschen Föderalismus zum Vorbild nahm, während er

im eigenen Lande immer mehr beschnitten und zurückgedrängt wurde.“ Deshalb forderte er eine permanente Standortbestimmung, die sich mit der Bedeutung und dem Ansehen des Parlaments beschäftigte.

„Ausgangspunkt dafür seien gesellschaftliche Veränderungen, innerhalb derer sich die Gegner der repräsentativen Demokratie formierten, sowie Ideologien und Utopien des 19. Jahrhunderts zumindest zeitweilig eine Renaissance erlebten. Auch unser Wahlsystem artete einen Wandel. Vor allem die junge Generation verlagerte den Akzent von den Gemeinschaftswerten auf Individualwerte zum alltäglichen Lebensinhalt. Ein neues Rechtsbewußtsein breitete sich aus. Der Bürger begann, sich gegen ihn betreffende Verwaltungsentscheidungen zu wehren und zunehmend für seine subjektiven Interessen zu streiten.“ Vor diesem Hintergrund habe sich die Tätigkeit der Abgeordneten in den letzten Jahren gewandelt. Vor allem habe die Arbeit außerhalb des Parlaments zugenommen. Immer häufiger würden an ihn die Interessen einzelner herangetragen. Die Entwicklung vom bürgerlichen Rechtsstaat zum modernen Sozialstaat führte auf allen Ebenen zu einem Mehr an Verwaltung. Der Abgeordnete sei mittlerweile durch den Willen seiner Wähler in die Rolle eines öffentlichen Anwalts gedrängt worden und befände sich so in der Situation eines Mittlers zwischen Bürger und Staat. Man wisse aber auch, daß das „bonum commune“ nicht automatisch das Resultat der an den Abgeordneten herangetragenen Interessen ansprache. Gerade durch die Vielfalt der Interessengruppen werde es für den Abgeordneten immer schwieriger, die übergeordneten Belange zu erkennen und zu wahren. Im sozialen Bereich müsse die Vertretung derer, die keine Lobby haben, zu den besonderen Pflichten des Abgeordneten gehören. Vor diesem Hintergrund forderte der Landtagspräsident ein Selbstverständnis des Parlaments als Repräsentant des gesamten Volkes, in dem die Interessenkonflikte der Gesellschaft ausgeglichen werden. Darum brauche man immer wieder die Standortbestimmung, aus der die

Verantwortung und die Weichenstellung für die Zukunft erwachse.

Eine Neubestimmung auf die Aufgaben der Länderparlamente forderte auch der Politikwissenschaftler Professor Dr. Paul Noack, der im Anschluß an Heubl die Landparlamente vor, daß sie sich nicht als ein Bollwerk gegen die fortschreitende Bürokratisierung verstehen. Sie akzeptierten nicht nur, daß das, was den Bürger angeht, ihm in einer bürgerfernen Sprache vorgesetzt wird – sie versuchten sogar, diese Sprache zu imitieren. Die Parlamentarier sollten sich nicht scheuen, einen Gesetzentwurf einer Regierung wegen Unverständlichkeit zurückzuweisen. Noack warf den Parlamenten vor, daß sie der Gesetzesflut nicht Einhalt böten, sondern sie vermehrten und sprach von einem Perfektionismus. „Vorzuwerfen ist den Länderparlamenten, daß sie sich mehr oder weniger widerstandslos der Exekutive unterwerfen. Das Verhältnis von Exekutive und Legislative scheint heute so, daß der bürokratische Apparat der Exekutive die Legislative mit ‚Spielmaterial‘ daswegen füttert, damit die Exekutive um so unbehinderter die politischen wichtigen Fragen entscheiden kann.“ Statt reaktiv zu debattieren, sollten die Parlamente auf einer erweiterten Informationspflicht bestehen, sich auf politische Entscheidungen beschränken sowie wichtige Planungen, wie Flughäfen, Kanäle oder Atomkraftwerke, nicht einfach vorbeistimmen lassen. Er empfahl den Politikern, nicht einer demoskopischen Mehrheit hinterher zu laufen und das zu tun, was die Mehrheit sowieso will, sondern durch eine begründete Politik eine Mehrheit zu gewinnen.“ Das adäquate Forum für die Formulierung solcher Politik ist das Parlament.“ Es bestehe kein Zweifel, daß sich die Länderparlamente, angesiedelt zwischen nicht-legitimierten Bürgerinitiativen, die aber gerade deshalb Defizite der Landtagsarbeit dokumentieren, angesichts des wachsenden Steuerungsanspruchs der Exekutive, angesichts auch der wachsenden Kompetenzen der zentralen und europäischen Instanzen, in einer schwierigen Lage befinden. Wann sich die Länderparlamente dieser Lage gewachsen zeigen wollen, bedürft es neuer Leitvorstellungen parlamentarischer Arbeit. Professor Noack: „Sollte die Verzögerung in den Parlamenten weiter um sich greifen, sollte man sich dort einreden lassen, daß man nur eine föderalistische Alibi-funktion erfülle, dann wäre das fatal für das Gesamtsystem.“

Michael Gscheidla

Das Koalitionspapier

Als ihre wichtigste Aufgabe sieht es die neue Bundesregierung unter Helmut Kohl an, die drohende „Explosion“ der Verschuldung abzuwenden. Der Haushalt 1983 muß also mit einer „Notoperation“ in Ordnung gebracht werden. Dahinter treten alle anderen Aufgaben zurück. Dies bringt den neuen Bundesfinanzminister Gerhard Stoltenberg in die Schlüsselposition. Auf ihm vor allem lastet die Hinterlassenschaft der alten Regierung. Auch Norbert Blüm ist als Bundesarbeitsminister um sein Amt nicht zu beneiden. Er hat nicht nur zur Sanierung des Bundeshaushaltes beizutragen und die Sozialversicherung zu stabilisieren, er muß auf die soziale Balance achten. Die SPD beginnt bereits mit dem Feldzug gegen die neue Koalition. Und die Gewerkschaften, die die Politik der alten Regierung erst dann mit Kritik überzogen haben, als deren Ende abzusehen war, machen dabei mit. Um so mehr muß Blüm darauf achten, die notwendigen Eingriffe in das soziale Leistungsrecht plausibel erklären zu können. Blüm scheint dies begriffen zu haben.

Stoltenberg hat in seiner Eröffnungsbilanz vorgerechnet, daß 1983 im Bundeshaushalt mit einem Finanzierungsdefizit von mehr als 50 Milliarden DM gerechnet werden muß. Dieser Schätzung liegt die Annahme zugrunde, daß sich die Konjunktur im Verlauf des nächsten Jahres erholt und ein reales Wachstum von ein bis zwei Prozent erreicht werden kann. Sein Amtsvorgänger Lahnstein bezifferte das Defizit noch mit 28 Milliarden DM, wobei er unterstellte, daß es 1983 zu einem realen Wachstum von drei Prozent kommen werde. Stoltenberg hat diesen Ansatz im Etatentwurf der bisherigen Regierung zu Recht als eine „Zahl aus dem finanzpolitischen Märchenbuch“ bezeichnet. Die neue Bundesregierung muß also eine zusätzliche Haushaltslücke von etwa 20 Milliarden DM schließen. Daß für diese Arbeit nur gut zwei Monate zur Verfügung stehen, verschärft das Problem. Das ist nur zu bewältigen, wenn sich die Regierung Kohl/Genscher auf wenige, aber finanzwirksame Maßnahmen beschränkt.

Die Union hat in der Vergangenheit dazu beigetragen, die Erwartungen, die an die neue Regierung geknüpft werden, hochzuschrauben. Das muß nun zwangsläufig zu Enttäuschungen und möglicherweise sogar zu Vertrauensverlusten führen.

Wer jedoch das Regierungsprogramm zu bewerten hat, darf nicht übersehen, daß die neue Regierung unter den denkbar ungünstigsten politischen und wirtschaftlichen Bedingungen ihr Amt antritt. Sie sollte daher eine faire Chance erhalten. Sicher ist aber schon jetzt, daß angesichts der gewaltigen Haushaltslücken und der Gefahr einer drohenden Rezession weder auf eine gegenüber dem alten Etatentwurf höhere Neuverschuldung, noch auf den Bundesbankgewinn und auf Steuererhöhungen verzichtet werden kann. Es ist nicht möglich, über die Konsolidierungsbeschlüsse der alten Regierung hinaus 1983 noch zusätzliche Sozialausgaben in Höhe zweistelliger Milliardenbeträge zu kürzen.

Das Ziel der Konsolidierung ist nur in mehreren Schritten zu erreichen. Aber die Weichen müssen jetzt gestellt werden. Das Koalitionspapier enthält Ansätze in dieser Richtung. Zu bedauern ist freilich, daß es auch die neue Koalition für nötig hält, den sogenannten „Besserverdienenden“, die ständig von der Steuerprogression überfordert werden, ein „Notopfer“ zuzumuten. Der Gedanke der „sozialen Symmetrie“ findet sich in der zinslosen Zwangsanleihe wieder, die ökonomisch nicht zu begründen ist.

In der Sozialpolitik zeigen sich deutliche Unterschiede gegenüber der bisherigen Regierung. Blüm schlägt eine „Atempause“ in der Sozialpolitik vor. Hinter diesem Begriff steht die Absicht, alle Transferleistungen aus öffentlichen Kassen erst mit halbjähriger Verzögerung zu erhöhen. Einsparungen sollen also nicht mit permanenter Gesetzesflickerei und mit der Verlagerung von Defiziten auf andere Kassen erzielt werden, sondern durch Abstriche an den Leistungen. Die Rentner und der öffentliche Dienst werden zusammengespannt, um den allgemeinen Einkommensanstieg zu bremsen. Mit dem Opfer, das den Rentnern zugemutet wird, soll ein Maßstab für alle anderen Gruppen gesetzt werden. Hält die Regierung ihre Pläne durch, so verschafft sie sich die Legitimation, in viele Besitzstände einzugreifen. Die sogenannten Anbieter von Gesundheitsleistungen, auch die Ärzte, werden sich darauf einzustellen haben, daß Blüm ihnen — zumindest für das erste Halbjahr 1983 — eine weitere „Nullrunde“ bei den Honoraren und Preisen abverlangen wird, auch wenn der Nachweis von er-

heblichen Vorleistungen nicht schwer fallen sollte.

Andererseits steckt Blüm auch einiges in das politische Geschäft. So will die neue Koalition darauf verzichten, die Beiträge die die Nürnberger Bundesanstalt für die Arbeitslosen an die Krankenkassen zu zahlen hat, auf 70 Prozent des vorherigen Bruttoverdienstes zu senken. Dieser Beitrag soll weiterhin an das vorherige Brutto-Arbeitsentgelt des Arbeitslosen enknüpfen. Das ist nicht nur eine sachgerechte Entscheidung, sie mecht auch den vorgesehenen, die Kasernenarten übergreifenden Finanzausgleich überflüssig. Blüm erweist sich damit, anders als sein Vorgänger Westphal und Ehrenberg, als ein Politiker, der das gegliederte System der Sozialversicherung respektiert und der entschlossen ist, die Rechte der Selbstverwaltung eher zu stärken als zu schwächen. Das erscheint als ein nicht zu unterschätzendes Angebot zur Zusammenarbeit.

Es soll bei der Eigenbeteiligung von 5,— DM je Pflage tag im Krankenhaus bleiben. Der Höchstbetrag für diese Selbstbeteiligung, die nun 14 Tage lang eingekesselt werden soll, steigt von 35,— auf 70,— DM. Kinder werden jedoch ausgenommen. Diese Eigenbeteiligung wird das Verhalten der Versicherten wohl kaum verändern; niemand sollte jedoch behaupten, daß diese Beteiligung unzumutbar sei, solange im Krankheitsfall der volle Lohn fortgezahlt wird. Problematisch ist ein Satz aus dem Koalitionspapier, der beweist, daß Blüm noch einer Zeit der Einarbeitung bedarf. Da heißt es, daß „der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung von Leistungen der Bagatell- und Luxusmedizin befreit werden muß“. Das soll wohl bedeuten, daß die Patienten für kleinere Ausgaben selbst einstehen und die Krankenkassen nicht für Leistungen in Anspruch nehmen sollen, die medizinisch nicht geboten sind und die eher dem Bereich des Gesundheitskonsums und des Modischen in der Medizin zuzuordnen sind. Dieser Grundgedanke leuchtet zwar ein, aber er ist sinnvoll kaum zu verwirklichen. Was Bagatell- und Luxusmedizin im allgemeinen und im Einzelfall ist, läßt sich rechtlich unangreifbar und aus der Sicht des Arztes praktikabel und sinnvoll in einem Gesetz wohl kaum definieren. Diese Hürde wird auch Blüm nicht überwinden können.

Grundsätzliche Erwägungen zur Sozialpolitik werden in der Koalitionsvereinbarung, die in wenigen Tagen formuliert werden mußte, nicht angestellt. Das ist zwar zu bedauern, aber das konnte nicht erwartet werden. Die neuen Partner hatten sich über die nächsten Schritte zur Eingrenzung der Haushaltsrisiken zu verständigen. Das ist erstaunlich schnell und ohne des bislang übliche politische Gezänk gelungen. Das läßt hoffen.

bonn-mot

1. „Vereinfachtes Verfahren“ vor dem Berufsgericht (Art. 68 KaG)

hier: Prozessuale Fragen

2. Trunkenheitsfahrt eines (Zahn-)Arztes

(vgl. BayÄBl. 1982/130)

Beschluß des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht vom 12. Juli 1982 (LBG-Z-1/82)

Leitsatz:

Hat der Vorsitzende des Berufsgerichts einen Antrag auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens als offensichtlich unbegründet zurückgewiesen und hat das gegen seine Entscheidung angerufene Berufsgericht den Beschluß bestätigt, so hat das Landesberufsgericht im Beschwerdeverfahren nur zu prüfen, ob die Zurückweisung des Antrags als offensichtlich unbegründet gerechtfertigt war. Wird dies verneint, so ist unter Aufhebung der erstinstanzlichen Entscheidung die Sache an das Berufsgericht zurückzuverweisen, das im gewöhnlichen Verfahrensgang über die Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens zu befinden hat.

Aus den Gründen:

II.

...

1. Das Gesetz über die Berufsvertretungen und über die Berufsgerechtigbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker in der Fassung vom 9. März 1978 (BayGVBl. 1978, S. 67) — Kammergesetz (KaG) — sieht vor, daß über einen Antrag auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens (Art. 66 Abs. 1 KaG) das Berufsgericht normalerweise nach Anhörung des Beschuldigten und der Regierung bzw. der zuständigen Berufsvertretung zu befinden hat (Art. 67, 68 Abs. 3 KaG). Ein vereinfachtes Verfahren läßt Art. 68

Abs. 1 KaG jedoch für den Fall zu, daß sich der Antrag auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens als unzulässig oder offensichtlich unbegründet erweist: Einen solchen Antrag kann der Vorsitzende des Berufsgerichts ohne Beiziehung ehrenamtlicher Richter (vgl. Art. 58 Abs. 1 KaG) durch Beschluß zurückweisen. Gegen die Zurückweisung kann der Antragsteller die Beschlußfassung des Berufsgerichts beantragen (Art. 68 Abs. 2 KaG).

Beabsichtigt der Vorsitzende des Berufsgerichts, von der Möglichkeit einer alleinigen Entscheidung nach Art. 68 Abs. 1 KaG Gebrauch zu machen, so erübrigt sich die Zustellung des Einleitungsantrags an den Beschuldigten und die Regierung bzw. die Berufsvertretung. Die Zustellung hat erst dann zu erfolgen, wenn eine Zurückweisung des Einleitungsantrags durch den Vorsitzenden des Berufsgerichts unterbleibt oder nachdem das Berufsgericht den Zurückweisungsbeschluß des Vorsitzenden aufgehoben hat (Art. 68 Abs. 3 KaG).

2. Aus dieser gesetzlichen Regelung ergibt sich, daß das vereinfachte Verfahren nach Art. 68 Abs. 1 KaG, sofern die es abschließende Entscheidung des Vorsitzenden bzw. des Berufsgerichts nicht Bestand hat, erst mit der vom Vorsitzenden des Berufsgerichts anzuordnenden Zustellung des Einleitungsantrags an den Beschuldigten und die übrigen Antragsberechtigten in

das gewöhnliche Eröffnungsverfahren übergeleitet wird. Da im vorliegenden Fall eine solche Zustellungsanordnung noch nicht ergangen ist (und auch nicht zu treffen war), hat das mit der Beschwerde angerufene Landesberufsgericht nur darüber zu befinden, ob der Vorsitzende des Berufsgerichts, dessen Entscheidung vom Berufsgericht bestätigt worden ist, den Eröffnungsantrag zu Recht als offensichtlich unbegründet zurückgewiesen hat, oder ob das Berufsgericht über den Eröffnungsantrag im gewöhnlichen Verfahrensgang hätte entscheiden müssen.

Der Begriff der „offensichtlichen Unbegründetheit“ findet sich auch in § 349 Abs. 2 StPO; nach dieser Bestimmung ist eine Revision auf zu begründenden Antrag der Staatsanwaltschaft durch Beschluß (statt durch Urteil) zu verwerfen, wenn das Revisionsgericht das Rechtsmittel einstimmig für offensichtlich unbegründet erachtet. Offensichtlich unbegründet ist eine Revision dann, wenn für jeden Sachkundigen ohne längere Nachprüfung erkennbar ist, daß sie nicht begründet ist (Klein-knecht StPO 35. Aufl. RdNr. 8, KMR Paulus StPO 7. Aufl. RdNr. 13, Löwe/Rosenberg-Meyer StPO 23. Aufl. RdNr. 6, 7, jeweils zu § 349). Es bestehen keine Bedenken, den in Art. 68 Abs. 1 KaG verwendeten Begriff der offensichtlichen Unbegründetheit im gleichen Sinn zu verstehen.

3. Der Einleitungsantrag der Regierung von Oberbayern kann aber nicht als offensichtlich unbegründet angesehen werden.

a) Das Landesberufsgericht hat zwar auf der Grundlage der Bestimmungen des Art. 17 KaG und des § 1 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (BO-Ä) in ihrer seit 1. Januar 1978 geltenden Fassung entschieden, daß die Trunkenheitsfahrt eines Arztes nur dann als Verstoß gegen Berufspflichten anzusehen ist, wenn sie entweder im Zusammenhang mit der Berufsausübung steht oder wenn sie nach den gesamten Umständen des Einzelfalles geeignet ist, das Ansehen des ärztlichen Berufsstandes erheblich zu beeinträchtigen (Beschluß vom 22. Juli 1981, LBG - Ä - 1/81 = BayÄBl. 1982, S. 130). Da § 1 Nr. 1 Satz 3 2. Spiegelstrich der Berufsordnung für die bayerischen Zahnärzte (BO-ZÄ) in der seit 1. Januar

1980 geltenden Fassung mit § 1 Abs. 3 BO-Ä wörtlich übereinstimmt und die erstgenannte Bestimmung im vorliegenden Fall gegenüber § 2 Nr. 1 BO-ZÄ in der bis zum 31. Dezember 1979 geltenden Fassung als das „mildeste Gesetz“ anzuwenden ist (entsprechend § 2 Abs. 3 StGB), können die Grundsätze der Entscheidung des Landesberufsgerichts vom 22. Juli 1981 zwar auch hier herangezogen werden. Es kann aber gleichwohl nicht ohne weiteres festgestellt werden, daß das Verhalten des Beschuldigten vom 1. März 1978 offensichtlich dazu ungeeignet war, das Ansehen des zahnärztlichen Berufsstandes erheblich zu beeinträchtigen. Immerhin war der Beschuldigte bei seiner damaligen Fahrt erheblich angetrunken, er hat sich zusätzlich eines Vergehens der Unfallflucht schuldig gemacht; durch sein Herumtorkeln auf der Fahrbahn und seine Versuche, Kraftfahrzeuge anzuhalten, hat er mehrfach Fahrzeuglenker zu Vollbremsungen gezwungen; sein Verhalten ist auch von einer Reihe anderer Personen beobachtet worden. Unter diesen Umständen liegt es jedenfalls nicht völlig fern, daß sich der Beschuldigte durch sein Gebaren auch einer Verletzung beruflicher Pflichten schuldig gemacht haben kann. Der Antrag ist daher nicht offensichtlich unbegründet, weil ein Berufsverstoß schlechthin ausscheidet.

b) Auch die Bezugnahme des Berufsgerichts auf Art. 56 Abs. 3 KaG kann die Zurückweisung des Eröffnungsantrags der Regierung als offensichtlich unbegründet nicht rechtfertigen. Nach der genannten Bestimmung ist, wenn ein Gericht oder eine Behörde wegen desselben Verhaltens bereits eine Strafe, Geldbuße, Disziplinarmaßnahme oder ein Ordnungsmittel verhängt hat, von einer berufsgerichtlichen Maßnahme abzusehen, es sei denn, daß diese Maßnahme zusätzlich erforderlich ist, um das Mitglied zur Erfüllung seiner Berufspflichten anzuhalten und das Ansehen des Berufsstandes zu wahren. Ob die letztere Voraussetzung hier zutrifft, kann im vorliegenden Fall erst nach Anhörung des Beschuldigten und der Berufsvertretung, möglicherweise auch erst aufgrund weiterer Ermittlungen (Art. 69 Abs. 2 KaG), abschließend und fallbezogen beurteilt werden.

...
Poellinger, München

Äskulap und Pegasus

Ausschnitte aus dem Schaffen bayerischer Schriftsteller-ärzte (V)

Wir fahren heute mit unseren Berichten über das vielfältige Schaffen der Mitglieder unserer bayerischen Landesgruppe fort und geben im nachfolgenden das Wort unserem Confrère Dr. med. Erich Weiß, Nervenarzt, Bahnhofstraße 15/III, 8580 Bayreuth. Seit seiner Vorstellung im „Bayerischen Ärzteblatt“ 4/1972, Seite 404, ist Confrère Weiß unseren Lesern näher bekanntgeworden durch seine Teilnahme an den Adventslesungen im Ärztehaus Bayern in München in den Jahren 1978, 1979, 1980 und 1981. Darüber hinaus hat er auch an der Volkshochschule in Bayreuth und in den Jahren 1978, 1979 und 1980 während des ärztlichen Kongresses in Bad Gastein abendfüllende Lesungen gehalten. In verschiedenen Zeitschriften und Anthologien erschienen Gedichte von ihm. Im Wettin-Verlag, Kirchberg an der Jagst, veröffentlichte er seither zwei Lyrikbände „Vom Dunkel zum Licht“ und „Worte ohne Titel“. Im Jahre 1979 war er einer der Preisträger des Preisausschreibens „Literaturpreis Arzt und Schriftsteller“. In diesem Bande ist er vertreten mit einem Gedichtzyklus „Advent, einst und jetzt“ (s. dazu „Bayerisches Ärzteblatt“ 12/1980, Seite 1196).

Auch von seiner anderen künstlerischen Seite, der Malerei, her war Confrère Weiß in der Zwischenzeit fruchtbar und hat zwei Ausstellungen 1980 in Bad Gastein und mehrere Ausstellungen in Bayreuth und Weidenberg ausgerichtet.

Confrère Weiß hat noch verschiedene Manuskripte ausgearbeitet, die für eine baldige Veröffentlichung vorgesehen sind. Der „Äskulap und Pegasus“ wünscht ihm dazu einen vollen Erfolg. Im folgenden einige Ausschnitte aus seinem Schaffen.

Dr. med. Robert Peschke, Emskirchen

Aus dem Manuskript: „Erinnerungen“

In der Zeit, des Beginns meiner ärztlichen Laufbahn war es üblich, daß die jungen Ärzte froh waren, für „Gotteslohn“ arbeiten zu dürfen. Wir wurden aber auch von unseren Chefärzten stets zu „Vertretungen“ beurlaubt, um uns etwas Geld zu verdienen. War ein niedergelegener Kollege krank oder wollte er Urlaub machen, benötigte er einen Vertreter, der seine Praxis für diese Zeit weiterführte. Des waren wir, die „Vertreter“. So kam ich eigentlich durch viele Praxen verschiedenster Provenienz. Mel-

Dichterlesung

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

am 8. Dezember 1982

16.00 Uhr – Ärztehaus Bayern, München

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

„Trotzdem heiter“

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

ne erste Vertretung war in der tiefsten bayerischen Oberpfalz, und ich hatte viel „Bammel“ davor, ob ich es auch schaffen würde. Eine Praxis ist arbeitsmäßig etwas völlig anderes und auch in den Anforderungen etwas anderes als eine Klinik. Nun gut, der Kollege war erkrankt, und brauchte einen Vertreter. Der Chef hatte mich auserkoren und dafür freigestellt. Ich sprach mit dem Kollegen, dem Praxisinhaber, einem vierschrotigen Hüner von Gestalt und Klotz im Aussehen, wie ich später aber erfahren sollte, mit einer kindlich-gutmütigen Seele, der derb und grob zu seinen Patienten im Wort war, aber im Tun Tag und Nacht für sie in einer trefflichen Zartheit und Liebe bereitstand und für sie aufging. Vom Krankenbett in der Klinik, wie er mich in die Gepflogenheiten seiner Praxis ein: „Lassen Sie sich nur nichts gefallen von meinen Patienten, das sind rauhe Kerle, derbe Menschen, die Sie prüfen werden – menschlich! Wenn Sie das merken, schnutzen Sie sie erst mal richtig an, dann werden sie schon klein balgeben. Auf Besuchsfahrten lassen Sie sich Zeit, verlangen Sie erst eine Brotzeit, und reden mit ihnen alles mögliche, nur nicht darüber, weshalb Sie gerufen wurden. So bekommen Sie Sicherheit und werden nicht überfordert, und ‚die‘ gewinnen den Eindruck, daß Sie für sie viel Zeit haben, und kein hastig allender Doktor sind, der keine Zeit hat. Und noch eines: Raden Sie Dialekt, und um Gottes Willen nie Hochdeutsch.“ – So sprach er, der Landpraktiker aus der Oberpfalz, sank in die Kissen seines Krankenzimmers zurück und entließ mich in die rauhe Wirklichkeit seiner Landpraxis. Ich, etwas weicher in den Knien, „Bammel“ im Herzen, hatte aber Mut zur ersten Tat. So fuhr ich hinaus in die rauhe Welt des auf sich allein gestellten Arztes auf dem Lande. Meine erste Vertretung! Ich fand eine Praxis wie zu

jenar Zeit üblich und möglich. Geräte, die notwendig waren, waren vorhanden, nichts Überzähliges, aber alles Notwendige. Das Wartezimmer einfach, mittelgroß; das Sprechzimmer klein, und das Behandlungszimmer groß, so als würde damit schon angedeutet, daß hier mehr getan als gesprochen wird. Noch schnell in der Nacht, vor der Sprechstunde, las ich einige wichtige Dinge in Lehrbüchern nach, die morgen auf mich zukommen könnten. Später wußte ich, daß dies vergebliche Mühe war, denn es kam immer das andere in die Sprechstunde, als das, auf was ich mich im abendlichen „Schnalkursus“ vorbereitet hatte. Ich glaube, es war schon am zweiten Praxistag, da saß mir ein altes knorriges Männlein gegenüber, das sicher sein ganzes Leben schon so ausgesehen hatte und daher auch nicht zu schätzen war. Ich sah nur, daß er schon reichlich alt war. Zur Dialektsprache hatte ich mich trotz des eindringlichen Rates des vertretenen Kollegen noch nicht entschlossen, und so fragte ich den Alten in reinem Hochdeutsch: „Was haben Sie für Beschwerden? Wo tut es denn weh?“ Der Aita starrte mich an, war erst mal verduzt und konnte gar nichts sagen. Schnell aber hatte er sich gefangen, und das sollte ich auch gehörig merken. Er saß neben dem Schreibtisch – so war die Anordnung in des Kollegen Praxis – bald breit, und zwischen den Beinen hatte er einen knorrigen Wanderstock, auf dem er beide Hände liegen hatte, auf die er wieder seinen Kopf gestützt hatte. Er rollte auf meine Fragen etwas mit den Augen, schaute mich von unten schräg an, schnappte nach Luft und sprudelte los: „Was willst, Dokta? Kost a Datsch?“ Waiter sprudelte er noch manches heraus, das zwar melodisch nicht schlacht klang, aber da er immer schneller redete, mir immer unverständlicher wurde. Erst war ich überfahren und dachte an alle möglichen Rettungs-

manöver, doch dann fiel mir der Rat des Kollegen ein, den ich bis jetzt ja nicht beachtet hatte, und der hatte doch sicher Sinn und Wert. Der Aita hörte gar nicht mehr mit seinem Redeschwall auf. Es blieb mir nichts anderes mehr übrig, ich haute mit der Faust auf den Schreibtisch und bamühte mich, im angenommenen Dialekt zurückzuschimpfen und dabei seine Lautstärke so zu übertönen, daß er mich auch nur brockenhaft verstand. Eine kurze Weile radeten wir beide so gegenseitig auf uns ein, bis er plötzlich schwieg. Ich redete immer noch, bis ich endlich merkte, daß er gar nicht mehr schimpfte. Er sah mich freundlich, sogar fröhlich an, klopfte mit dem Stock zwischen seinen Knien einige Male derb auf den Dielenboden, bekam ein ganz verschmitztes Gesicht, und sagte: „Sigst, Dokta. Jetzt g'fällt ma scho besser.“ Damit war der Bann gebrochen. Er war es sicher, der viel Gutes über mich unter die Leute brachte. Ich merkte nur, daß immer mehr Patienten in die Praxis kamen, auch wenn sie praktisch nicht krank waren, nur um den „Pfundsdoctor“ aus achtem Schrot und Korn kennenzulernen. Ich ging ungern dort weg. Ich wußte, daß mein Kollege mit mir sehr zufrieden war – so sollte es ja auch sein. Er ahnte vielleicht nicht einmal, daß er selbst zu dem Vertreter zwischen Patient und Vertreter das Entscheidende beigetragen hatte, durch seine gute Einführung in die Praxis.

Geburt

Ich fanga wader
Die alten Uhren
So lang sie laufen
Zum Ende – Zeiten.

Geboren schreiend
Aus Mutters Schoß;
Ein Schrei aus Sumpfa:
„Ich bin geworden!“

Schnupfen • Husten • Infekte

Sinuselect® gegen Rhinitis, Sinuitis

Indikationen: Sinuitis, Pansinuitis, Rhinitis, Nebenhöhlenentzündungen, Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Kiefern- und Stirnhöhlenentzündungen und bei fieberhaften Infekten.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Cinnabaris D₃ 15 g, Carbo vegetabilis D₃ 10 g, Silicea D₃ 10 g, Mercur solub D₃ 15 g, Hydrastis D₃ 10 g, Kalium bichromic. D₃ 15 g, Thuja D₃ 15 g, Calc. sulfuric. D₃ 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 Atemwegsreizungen, die hustenreizauslösende Wirkung erfordern. Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichte Asthma bronchiale. Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeartigen Infekten.
Wirkweise: Keine Bucht – keine Oberlippen.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: Saft = 100 ml enthalten: Noscepin 800 mg, Tropfen = 100 ml enthalten: Noscepin hydrochloricum 2,5 g, Carrageena ad 100 ml.
Dragée = 1 Dragée enthält: Noscepin-Rein entspr. 25 mg Noscepin.
Dosierung: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren.
Saft: 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel.
Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.
Dragée: Mehrmals täglich 1–2 Dragées.
Dosierungseinstellung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monate) bitte Packungsbeilage einsehen!
Handelsnamen und Preise: Saft: OP m. 100 ml DM 7,85 OP m. 30 Stück DM 5,90 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: Erhaltungskrankheiten in den verschiedensten Formen, Grippeinfekte, insbesondere bei begleitenden Schleimhautkatarrhen, bei gynäkologischen und urologischen Befunden. Einige Infektionen jeder Genese, auch zur Prophylaxe bei entlassenen Patienten und bei Rezidiven.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Echinacea purp. 10, angust. 0,40 g, Bryonia D₃ 30 g, Apis mellifica D₃ 10 g, Lachesis D₃ 20 g, Sulfur D₃ 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.

ORELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Heeslich-Oldendorf 1

Depot für Österreich: Magister DOBKAR Soc. m. B. H. Walmersgr. 26 A-1190 WIEN

Die Nachtigalle,
Sie sang die Lieder
Zum neuen Leben.
„Ich bin geworden!“

Künste

Wenn die Sprache endet,
Tönet die Musik –
Ist der Ton verklungen,
Bringt die Farbe Licht.
Farbe dann verblendet!

Farbe kann nicht singen,
Maske steht bereit!
Künste sprühen Funken!
Mime jeder Zeit
Darf die Kunst erbringen.

Mime ist gestorben,
Brachte keine Lust!
Wie erklingt das Leben!
Aufkeimt nun zur Brust,
Wandel in den Formen.

Auch die Formen brechen,
Klingen kann kein Ton.
Farbe ist vergangen,
Mime nicht der Sohn,
Maske kann nicht sprechen.

Übrig bleibt den Zeiten
Nur geschrieben Wort.
Dies kann nicht verklungen,
Bleibt der alte Hort,
Den wir selbst bereiten.

„Tod“

Den Tod, ihn kenne ich nicht.
Die Sanduhr steht noch nicht still;
bizarre Wege gehelm
Gehn beide heimlich mir nach.

Die Zeit, gefangen in mir,
Ein Stern gefesselt vom All,
verbindet Ewigkeit mir
Und einen besseren Krieg.

Der Krieg, gekämpft in der Zeit.
Die Sanduhr, still nun sie ruht,
Das letzte Sandkorn fiel ab.
Die Zeit ist um – und ich tot.

Verfangen

Einfangen muß ich die Zeit,
In allen Uhren bereit
Geht diese Zeit, ich dahin,
Doch in den Händen bereit,
Spür ich in Füßen die Zeit

So wie sie eilt, diese Zeit.
Raben, sie sangen zur Zeit.
Doch keiner hat es gehört.
Nachtigall, Raben und wir
Sie sind einst gewesen im Sein.
Kämpfen um Leben und Tod –
Wir sterben im Leben – und sind!

Kongresse – Allgemeine Fortbildung

Krebs im Kindesalter – Diagnostische, therapeutische, psychologische und soziale Aspekte

am 27. November 1982 in München

Fortbildungsveranstaltung der Kinderchirurgischen Klinik und der Pädiatrischen Klinik der Universität München – Mitglieder des Tumorzentrums München – gemeinsam mit der Akademie für ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer

Ort: Großer Saal des Ärztehauses Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80

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

9.00 – 12.50 Uhr:

Eröffnung
Professor Dr. W. Ch. Hecker, München,
und Dr. E. Thäle, Weihenhorn

Früh- und Spätschäden in der pädiatrischen Onkologie
Privatdozent Dr. W. E. Brandeis, Heidelberg

Psychische Nebenwirkungen von Zytostatika
Frau Dr. E. Rüter, Dr. H. Bürcke, beide München

Ergebnisse und therapeutische Konsequenzen der Leukämie-Verbandsstudie
Professor Dr. R. Haas, München

Therapie und Prognose des Neuroblastoms
Professor Dr. A. M. Holschneider, München

Therapie und Prognose des Wilms-Tumors

Dr. F. J. Helmig – Frau Dr. M. Helmig, beide München

13.20–15.00 Uhr:

Soziale Aspekte bei kindlichen Krebspatienten

Frau A. Hirschhäuser, München

Psychische Betreuung kindlicher Krebspatienten und deren Familien
Diplompsychologin K. Kokoschka, München

Auskunft:

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

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1983

12. bis 15. Januar 1983 in Köln:

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

6. bis 18. März 1983 in Badgastein:

XXVIII. Internationaler Fortbildungskongreß

7. bis 18. März 1983 in Davos:

XXXI. Internationaler Fortbildungskongreß

28. März bis 8. April 1983 in Meran:

XV. Internationaler Seminarkongreß

29. Mai bis 10. Juni 1983 in Grado:

XXXI. Internationaler Fortbildungskongreß

13. bis 24. Juni 1983 in Montecatini Terme:

XVII. Internationaler Fortbildungskongreß

25. Juli bis 5. August 1983 in Davos:

XIII. Internationaler Seminarkongreß

21. August bis 2. September 1983 in Grado:

XVII. Internationaler Seminarkongreß

29. August bis 9. September 1983 in Meran:

XXXI. Internationaler Fortbildungskongreß

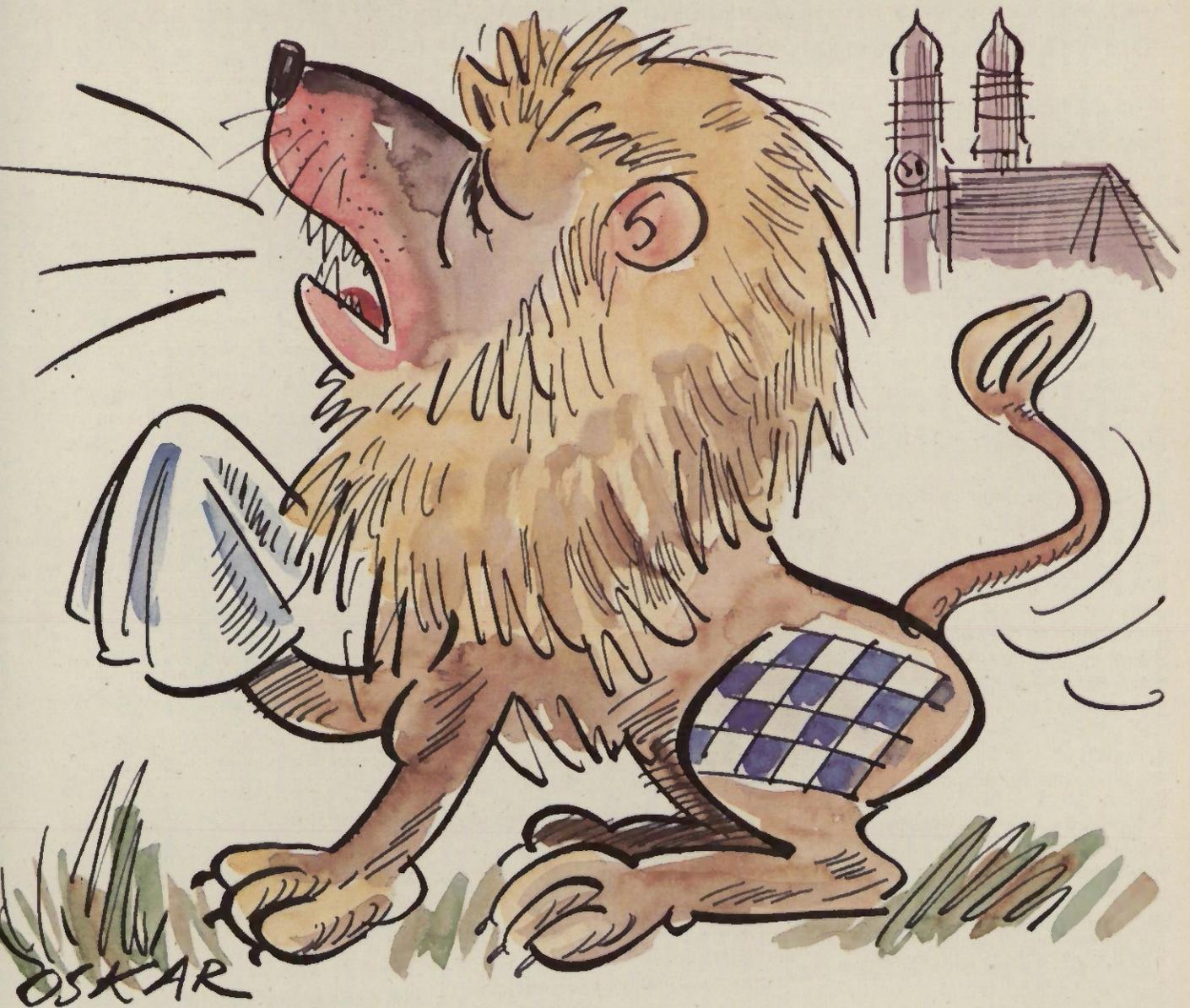
23. bis 25. September 1983 in Augsburg:

XII. Zentralkongreß für medizinische Assistenzberufe (in zeitlichem und räumlichem Zusammenhang mit dem 72. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 38 03 96

Wenn Bayern hustet...



...gehen die Spezialisten von Ozothin® an die Arbeit.

Gut experimentell und klinisch untermauert ist die sekretolytische Wirkung von Ozothin®

nach H. Bottke und E. Krieger, HNO 25, 306-310 (1977)

Ozothin®-Tropfen · Ozothin®-Sirup · Ozothin®-Dragées

Zusammensetzung: 1 ml Tropfen enthält 6,67 mg Oxid. Prod. Oleum Terebinthinae „Landes“; 20 mg Terpinhydrat, 100 g (85 ml) Sirup enthalten 200 mg Oxid. Prod. Oleum Terebinthinae „Landes“; 100 mg Butetamidihydrogencitrat. 1 Dragée enthält 20 mg Oxid. Prod. Oleum Terebinthinae „Landes“; 150 mg Diprophyllin.
Anwendungsgebiete: Obstruktive Atemwegserkrankungen, wie z. B. akute chronische Bronchitis, Emphysebronchitis. Unterstützend bei z. B. grippalen Infekten und Erkältungskrankheiten, Lungenentzündung, Lungentuberkulose sowie Bronchoskopie. Vorbeugend gegen postoperative Bronchitis und Lungenkomplikationen; bei Tracheotomien. **Gegenanzeigen:** Bei Überempfindlichkeitserscheinungen, z. B. Hautreaktionen, sollte Ozothin® abgesetzt werden. Obgleich sich bislang weder im Tierexperiment noch bei der Anwendung am Menschen eine schädliche Wirkung auf Mutter oder Kind zeigten, sollte Ozothin® während der Schwangerschaft, besonders in den ersten 3 Monaten, nicht ohne besondere Anweisung des Arztes verabreicht werden. **Nebenwirkungen:** Ozothin®-Tropfen, Ozothin®-Sirup: Bei empfindlichen Patienten kann gelegentlich eine leichte Magenunverträglichkeit, evtl. mit Übelkeit, auftreten. Ozothin®-Dragées: Gelegentlich kann, insbesondere nach Einnahme einer höheren Dosis, die Herzschlagzahl erhöht sein. Bei Verringerung der Einzelabgaben verliert sich diese Begleiterscheinung im allgemeinen.



Unterstützend bei Erkältungen

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Ozothin®-Tropfen enthalten verdünnten Alkohol als Lösungsmittel; bei empfehlungsgerechter Einnahme ist die Reaktionstähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz, nicht eingeschränkt.

Dosierung	Erwachsene	Kinder (6-14 J.)	Kinder (1-6 J.)	Säuglinge
Ozothin®-Tropfen: auf Zucker oder in etwas Flüssigkeit einnehmen	3 x 30-40 Tr. tägl.	3 x 20-30 Tr. tägl.	3 x 10-20 Tr. tägl.	3 x 5-10 Tr. tägl.
Ozothin®-Sirup:	-	3 x 1 EBl. tägl.	(2-8 J.) 3 x 1/2-1 Teel. tägl.	-
Ozothin®-Dragées:	3 x 1-3 tägl.	2 x 1-2 tägl.	-	-

Handelsformen: (Apoth.-Verkaufspreise inkl. MWST. 5/82) Ozothin®-Tropfen: Flasche zu 30 ml DM 8,15; Flasche zu 50 ml DM 12,75; Ozothin®-Sirup: OP mit 100 g DM 8,70; OP mit 200 g DM 12,50; Ozothin®-Dragées: OP mit 60 Dragées DM 16,75; OP mit 120 Dragées DM 30,45.



Beecham-Wülfing
Grün & Co. AG, Nürnberg
 Arzneimittel



33. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 3. bis 5. Dezember 1982 in der Meistersingerhalle in Nürnberg

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg

Freitag, 3. Dezember 1982

Kontroverse Ansichten in Diagnostik und Therapie

9.00–9.50 Uhr:

Eröffnung des Kongresses

Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.50–16.40 Uhr:

Kontroversen in der Diagnostik von Herz-
arkrankungen: Argumente für ein nicht-
invasives Vorgehen

Professor Dr. H. Blömer, München

Kontroversen in der Diagnostik von Herz-
erkrankungen: Argumente für ein inve-
sives Vorgehen

Professor Dr. K. Bechmann, Erlangen

Kontroverse Ansichten in der Therapie
des Prostatakarzinoms

Professor Dr. H. Frohmüller, Würzburg

Kontroverse Auffassungen in der Be-
handlung der akuten Pankreatitis

Professor Dr. H. Goebell, Essen

Filmvorführung: „Aggression und Dialog“

Firma Sandoz AG, Nürnberg

Die operative Behandlung des Mamma-
karzinoms

Professor Dr. K. G. Ober, Erlangen

Die Strahlenbehandlung des Mamma-
karzinoms

Professor Dr. J. Lissner, München

Kontroverse Auffassungen in der Be-
handlung der Cholelithiasis

Professor Dr. H. Wels, Bamberg

Kontroverse Auffassungen in der Thera-
pie der Lebererkrankungen

Professor Dr. W. Domschke, Erlangen

Kontroverse therapeutische Auffassun-
gen in der Psychiatrie

Professor Dr. H. Settes, Würzburg

17.20–18.30 Uhr:

Rundtischgespräch und Diskussion zu
den Tegethemen

Moderator: Professor Dr. K. G. Ober, Er-
langen

Mitwirkende: Referenten des Tages

Samstag, 4. Dezember 1982

Obstruktive Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, atypische Pneumoni- en und diffuse Lungenerkrankungen

9.15–16.10 Uhr:

Pathophysiologie der obstruktiven Atem-
wegserkrankungen

Professor Dr. D. Nolte, Bad Reichenhall

Diagnostik der chronisch obstruktiven
Atemwegserkrankungen

Privatdozent Dr. H. Magnussen, Bonn

Allergologische Diagnostik der chronisch
obstruktiven Atemwegserkrankungen

Professor Dr. E. Fuchs, Wiesbaden

Klinik der obstruktiven Atemwegserkren-
kungen

Professor Dr. G. Siemon, Donaustauf

Therapie der nicht-allergischen chronisch
obstruktiven Atemwegserkrankungen

Dr. H. N. Mecha, Berlin

Therapie des exogen-allergischen Asthma
bronchiale

Dr. G. Schultze-Werninghaus, Frankfurt

Typische und seltene Pneumonien

Professor Dr. H. Lode, Berlin

Filmvorführung: „YAG-Laser Photore-
sections of tracheobronchial Lesions“

Firma UCB Chemie GmbH, Kerpen

Bakteriologisch-serologische Diagnostik
der Pneumonien

Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt

Differentialdiagnose diffuser Lungener-
krankungen

Dr. P. Bölsche, Nürnberg

Therapie der diffusen Lungenerkren-
kungen

Professor Dr. U. H. Cegla, Schömburg

Verlauf und Therapie der Sarkoidose

Dr. R. Loddenkemper, Berlin

Berufsbedingte diffuse Lungenerkren-
kungen

Privatdozent Dr. A. Zober, Erlangen

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung
Bayerns veranstaltet am

20. November 1982

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaure-
ße 16, München 80, einen Einfüh-
rungslehrgang für die kassenärztliche
Tätigkeit.

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 16.00 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Len-
desgeschäftsstelle, Mühlbaure-
ße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89)
41 47 - 788, Frau Klockow, bis 12. No-
vember 1982 zu richten.

Die Teilnahmegebühr ist am Tage
des Einführungslehrganges zu be-
zahlen.

17.00–18.30 Uhr:

Rundtischgespräch und Diskussion zu
den Tegethemen

Moderator: Professor Dr. D. Nolte, Bad
Reichenhall

Mitwirkende: Referenten des Tages

Sonntag, 5. Dezember 1982

Retionelle Arzneimitteltherapie

9.15–11.35 Uhr:

Die Arzneimittelverordnung in der Bun-
desrepublik aus der Sicht der Arznei-
mittelkommission

Dr. K.-H. Kimbel, Köln

Die Behandlung der Herzinsuffizienz mit
Digitalis

Professor Dr. N. Rietbrock, Frankfurt

Diuretika und Vasodilantien in der Be-
handlung der Herzinsuffizienz

Professor Dr. K. Kochsiek, Würzburg

Medikamentöse Behandlung der Angina
pectoris sowie bei Zustand nach Herzinfarkt

Dozent Dr. O. Pachinger, Wien

Gebrauch und Mißbrauch von Tranquilli-
zern in der ärztlichen Praxis

Professor Dr. H. Coper, Berlin

11.35–12.15 Uhr:

Rundtischgespräch und Diskussion zum
Tegethema

Moderator: Professor Dr. N. Rietbrock,
Frankfurt

Mitwirkende: Referenten des Tages

Pharmazeutische Ausstellung

Öffnungszeiten: täglich von 8.45 bis zum
Ende der Vorträge

— Das vollständige Programm wird allen
Ärztinnen in der Bundesrepublik Deutsch-
land zugesandt werden —

12. Fortbildungskurs für Ärztliches Assistenzpersonal

während des 33. Nürnberger Fortbil-
dungskongresses am 3./4. Dezember 1982

Teil 1: Labor A
für Arzthelferinnen
Meistersingerhalle

Teil 2: Labor B
für MTA-Labor und Arzthelferinnen mit
Leborerfahrung
Novotel

Teil 3: Radiologie
für MTA-Röntgen und Arzthelferinnen
mit Röntgenerfahrung
Crest Hotel

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

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

vom 12. bis 15. Januar 1983 in Köln

Leitung: Dr. K. Vilmer, Professor Dr. H. P. Wolff, Professor Dr. O. Lippross

Themen: Differentialdiagnose und Differentialtherapie der Pneumonie, Bewährtes und Neues — Neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten bei heimischen und importierten Infektionskrankungen — Hypertonie: Was ist neu? Was ist obsolet? — Nephrolithiasis — Karzinogene teratogene und mutagene Arzneimittelwirkungen — Chronische Erkrankungen im Kindesalter und ihre Folgezustände — Möglichkeiten und Grenzen der Manualmedizin (Chirotherapie)

Auskunft:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 300396

Augenärztliche Fort- und Weiterbildungskurse

Die Augenklinik und -Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar und die Augenabteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching veranstalten am

11. und 25. November 1982 — 2., 9. und 16. Dezember 1982 — 13. und 20. Januar 1983 sowie 3., 17. und 25. Februar 1983

im Konferenzraum Nord (Urologische Klinik) des Klinikums rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80, Fort- und Weiterbildungskurse (Beginn: jeweils 16 Uhr)

Auskunft:

Privatdozent Dr. M. Mertz, Augenklinik und -Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40 - 1

15. Fortbildungstagung „Aktuelle Rheumaprobleme“

am 6. November 1982 in München

Leitung: Professor Dr. M. Schattenkirchner, München

Thema: Infektbedingte Arthritisformen

Auskunft:

Professor Dr. M. Schattenkirchner, Medizinische Poliklinik der Universität, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 18. November 1982 in München

Thema: Der Schwerbehinderten-Status in der betriebsärztlichen Praxis (Leitender Medizinaldirektor Dr. E. Lander, Leiter der Vertrauensärztlichen Untersuchungsstelle, München) — Diskussion

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

23. Klinische Fortbildung für frei- praktizierende Kassenärzte und Praxisvertreter

vom 22. November bis 4. Dezember 1982
in Berlin

Leitung: Professor Dr. W. Helm, Berlin

In kleinen Gruppen werden die heute geltenden Forschungsergebnisse und klinischen Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie — in fast sämtlichen Disziplinen — vermittelt.

Ort: Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Augustenburger Platz 1, Berlin 65

Auskunft:

Geschäftsstelle der Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Frau Kretschmer, Frau Rösler, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65, Telefon (0 30) 45 05 - 640 oder 45 05 - 561

2. Nürnberger Notfallsymposion

am 11. Dezember 1982 in Nürnberg

Veranstalter: Kliniken Dr. Erler, Nürnberg, gemeinsam mit dem Arbeiter-Samariter-Bund — Landesverband Bayern

Leiter: Dr. Brebeck, Nürnberg

Thema: Notfälle aus dem Gebiet der Unfallchirurgie, des Strahlenschutzes und der Flugmedizin

Zeit und Ort: 9.00 Uhr — Aula der Wilhelm Löhe Schule, Deutschherrnstraße, Nürnberg

Auskunft:

Kliniken Dr. Erler, Frau Sohr, Kontumazgarten 4-18, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 270 81

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes

vom 16. bis 22. Januar 1983 in Oberstdorf

Ski- und Eislaufseminar für Sportärzte

Leitung: Dr. P. Konopka, Augsburg

Thema: Skilanglauf, Ski alpin und Eislauf aus internistischer und orthopädisch-traumatologischer Sicht

22. Januar bis 5. Februar 1983 in Sulden
Fortbildungslehrgang

Leitung: Dr. B. Grünwald, Bad Pyrmont

Thema: Sport — Risiko und Chance: Wintersport in Theorie und Praxis aus der Sicht des Arztes

vom 5. bis 19. März 1983 in Pontresina
Fortbildungsseminar

Leitung: Professor Dr. P. Bernett, München

Thema: Allgemeine und spezifische Sportmedizin aus internistischer, traumatologischer und orthopädischer Sicht

Auskunft und Anmeldung:

Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt, Telefon (06 11) 15 66 - 385

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 ana 30 mg
Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D4 70 mg, Conium D3, Ambra D8, Petroleum D8 ana 10 ml
Injektionslösung: 100 ml enthalten: Cocculus D3 9,7 mg, Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 ana 0,1 ml; Meerwasser 32 g, Aqua pro inject. ad 100 ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3-4 mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 8-10 Tropfen, bei anteilweisem Schwindel und bei Übelkeit initiale Stütze- und Überkeiltherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 5-10 Tropfen.
Injektionslösung: Bei entstellbarem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-1 mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., sc., i.c.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGROSSEN (incl. MwSt.)
Packungen mit 50 Tabletten DM 4,84, mit 250 Tabletten DM 16,09, Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,98, mit 100 ml DM 22,28.
Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 6,22, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 16,28. 1.82

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

Vertigoheel®

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

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

-Heel

Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

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

Innere Medizin

6. Kardiologisches Seminar am 13. November 1982 in Würzburg

Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. K. Wilms

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 13.00 Uhr

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

Thema: Herz- und Kreislaufbeteiligung bei internen Allgemeinerkrankungen

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. K. Walter, Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg, Klinikstraße 8, Telefon (09 31) 3 14 61

2. Nephrologisches Seminar am 13. November 1982 in München

Städtisches Krankenhaus München-Harlaching, II. Medizinische Abteilung

Chefarzt: Professor Dr. H. H. Edel

Ort: II. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching (Altbau), Sanatoriumsplatz 2, München 90

Beginn: 9.00 Uhr c. t. – Ende: ca. 13.00 Uhr

Thema: Klinik der diabetischen Nephropathie – Medikamentöse Prophylaxe des Nierensteinleidens – Sinnvolle Diätbehandlung bei Niereninsuffizienz – Diskussion zu praktischen Fragen der Nieren- und Hochdruckkrankheiten – Praktische Demonstrationen: Harnsedimentuntersuchung – Sonographie der Nieren – Klinische Falldemonstrationen – Dialyseabteilung

Begrenzte Teilnehmerzahl

Es besteht die Möglichkeit, das Mittagessen im Kasino des Krankenhauses einzunehmen – bitte bei der Anmeldung angeben

Auskunft und Anmeldung:

Oberarzt Dr. Gielow, II. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching, Sanatoriumsplatz 2, 8000 München 90, Telefon (0 89) 62 10-45 1

Sonographie

Fortgeschrittenenkurs in der Ultraschall-diagnostik (Realtime) der Inneren Medizin am 12./13. November 1982

Leitung: Oberarzt Dr. E. Farrenkopf

Kreiskrankenhaus Kronach, Innere Abteilung

Chefarzt: Medizinaldirektor Dr. F. Zehmer

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: Freitag 17.30 Uhr, Samstag, 12.00 Uhr

Programm: Sonographie aus klinischer Sicht (ausgewählte Fallbeispiele) – Geräte: Qualitätsanforderung „Trends“ – Leber, Galle, Gallenwege – Video-Diskussion (Punktion) – Niere und ableitende Hamwege – Abdomen, Thorax – Pankreas – Oberbauchgefäße – Schilddrüse – Notfalluntersuchungen – praktische Übungen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Kursgebühr: 130,- DM

(Konto-Nr.: 319678, Volksbank Kronach – BLZ 771 919 00 – Vermerk „Ultraschallkurs“)

Auskunft und Anmeldung:

Frau Bernschneider, Kreiskrankenhaus, Friesener Straße 41, 8640 Kronach, Telefon (09261) 1071

Diagnostik der Nasennebenhöhlen-Erkrankungen vom 26. bis 28. November 1982 in München

Leitung: Professor Dr. W. Schwab, Dr. G. Bienias, beide München

Programm: Rundtischgespräch – Praktische Übungen – Diskussion der Teilnehmer

Ort: Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80

Teilnehmergebühr: DM 100,-

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. W. Schwab, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 70

November–Dezember 1982

6. November
Frauenheilkunde, München

6. November
Kinderheilkunde, Erlangen

11./12. November
Onkologie, Oberaudorf

12./13. November
Sonographie, Kronach

12. bis 14. November
Elektrokardiographie, München

13. November
Innere Medizin, München

13. November
Innere Medizin, Würzburg

19. bis 21. November
Urologie, Mallersdorf

22. bis 26. November
Radiologie, München

25. bis 26. November
Onkologie, Oberaudorf

26. bis 28. November
Sonographie, München

4. Dezember
Orthopädie, Bad Abbach

Orthopädie

1. Bad Abbacher Fortbildungsseminar am 4. Dezember 1982

Orthopädische Klinik des BRK-Rheumazentrums, Bad Abbach

Chefarzt: Professor Dr. D. Wessinghage

Beginn: 8.30 Uhr – Ende: ca. 16.00 Uhr

Thema: Das Hüftgelenk (Erkrankung, konservative und operative Behandlung

– Der künstliche Hüftgelenkersatz)

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. D. Wessinghage, Rheumazentrum Bad Abbach, Orthopädische Klinik, 8403 Bad Abbach über Regensburg, Telefon (0 94 05) 1 84 01

Urologie

10. Mallersdorfer Arbalsttagung für praktische Urologie vom 19. bis 21. November 1982 in Mallersdorf-Pfaffenberg

(für Ärzte aller Gebiete und für Allgemeinärzte)

Kreiskrankenhaus Mallersdorf-Pfaffenberg, Urologische Abteilung

Leitung: Chefarzt Dr. Ion V. Albescu

Ort: Turnhalle des Gymnasiums Mallersdorf-Pfaffenberg

Themen: Urologische Gynäkologie – Urologische Radiologie – Andrologie für die Praxis – Live-Übertragung urologischer Eingriffe – Bakteriologische Diagnose von Harnwegsinfektionen

Außerdem findet ein Laborseminar für die Praxis und ein Fortbildungsseminar für urologische Mitarbeiter statt.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. Albescu, Kreiskrankenhaus, 8304 Mallersdorf, Telefon (0 87 72) 5 03 97

Schnell informiert

Dr. Banaschewski 75 Jahre

Der Herausgeber und Verleger Dr. Edmund Banaschewski, Werk-Verlag, Hans-Cornelius-Straße 4, 8032 Gräfenberg, vollendet am 16. November 1982 sein 75. Lebensjahr. 1946 gründete er seinen eigenen Verlag und brachte u. e. die Wochenschrift „Ärztliche Praxis“ im Zeitungsformat heraus. Seine Arbeit wurde durch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse, des Bayerischen Verdienstordens und der Jakob-Fugger-Medaille gewürdigt.

Neue Anschrift der Bundesopiumstelle (BGA) Berlin

Das Bundesgesundheitsamt hat darauf aufmerksam gemacht, daß die zuständige Abteilung im Bundesgesundheitsamt (Bundesopiumstelle) in die Seestraße 10, 1000 Berlin 65, umgezogen ist. Die neue Telefonnummer lautet: (030) 45 02-0. Bezüglich der neuen Betäubungsmittelrezepte wird auf die „Informationen“ im „Bayerischen Ärzteblatt“ Nr. 5/1982 verwiesen. Ab 1. Oktober 1982 dürfen nur noch Betäubungsmittelrezepte verwendet werden, die mit der BGA-Nummer des betreffenden Arztes mit Ausgabedatum und der Rezeptnummer gekennzeichnet (codiert) sind. Alle mit dieser Codierung versehenen Betäubungsmittelrezepte sind und bleiben gültig.

BLAK

VW-Stiftung förderte Projekt „Der künstliche Enddarmverschluss“

Professor Dr. Günter Heinrich Willital, Leiter der Abteilung für Kinderchirurgie an der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik (Direktor: Professor Dr. F. P. Gall) der Universität Erlangen-Nürnberg, hat ein Forschungsprojekt zur Entwicklung eines neuartigen Prinzips eines künstlichen Enddarmverschlusses bei Kindern und Jugendlichen abgeschlossen. Des Forschungsvorhaben mit dem Thema „Möglichkeiten zur Kontinenzverbesserung bei Kindern und Jugendlichen mit angeborener oder erworbener Inkontinenz“ wurde 1976 durch die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie und die Bundesregierung der Erlanger Kinderchirurgischen Klinik übertragen. Die Stiftung Volkswagenwerk förderte das Projekt mit 400 000 DM.

Finanzierungsprobleme in der Sozialversicherung

Tagungsberichte des Zentralinstituts – Band 5

Das Zentralinstitut sieht in der Herausgabe dieses Bandes eine inhaltliche Anknüpfung an die schon im Jahre 1978 begonnene Gesprächsrunde über „Grundprobleme und Prioritäten einer kostenorientierten Versorgung“, deren Ergebnisse in Band 2 dieser Reihe veröffentlicht wurden. – Die hier publizierten Diskussionen machen deutlich, daß der Schlüssel zur Lösung des Problems im Leistungsrecht der Sozialversicherung selbst liegt.

Einzel Exemplare können kostenlos angefordert werden über das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Heedenkempstraße 5, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 20 01

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 Dragée 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, Infektophylaxe beim bronchitischen 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 Dragées. **Handelsformen:** OP mit 100 ml DM 9,45, OP mit 60 Dragées DM 9,45, OP mit 240 Dragées DM 28,30, Großpackungen mit 500 ml, 1000 ml und 1000 Dragées


bionorica
Nürnberg 1

Stabil wie seit je: Die Ärzteversorgung

Die Krise der gesetzlichen Rentenversicherung nimmt noch zu. Sie hat bereits die Ansprüche gekürzt und die Leistungen indirekt gemindert. Ungewiß, was sie eines späteren Tages noch zu zahlen vermag. Und diese Unwägbarkeit hat das Bundesverfassungsgericht ebegnet.

Doch keine Angst, die in diesen Jahren aufkommt oder gar gewachsen ist, es der nicht üble Geschäfte zu machen versucht wird. So werden Zweifel in die Ärzteversorgungen gesetzt. Erstens, so lautet eine völlig unzulässige Ableitung, seien die Standesversorgungen ebenso wie die gesetzliche Rentenversicherung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Zweitens aber seien die Vermögen der berufsständischen Versorgungseinrichtungen gefährdet. Im Rahmen europäischer Harmonisierungsbestrebungen der Sozialgesetzgebung und auch deutscher Absichten, die unterschiedlichen Versorgungen zu vereinheitlichen, plene man einen Zugriff auf das Kapital der Standesversorgungen.

Den wahren Kern dieser Behauptung haben in der Tat Sozialpolitiker geliefert. Doch wenn Denken gewissermaßen des Atemholens des Geistes ist, dann haben diese Leute die Luft angehalten. Kein demokratischer Politiker kann für andere Zwecke kassieren, was bestimmte Kreise für ihre eigene Versorgung zum erheblichen Teil sogar aus versteuertem Einkommen zusammengetragen haben.

Die Ärzte- und anderen Standesversorgungen werden durch das Angestelltenversicherungsgesetz (AVG) als Ersatz der gesetzlichen Rentenversicherung für alle angestellten Angehörigen der entsprechenden Berufe anerkannt, auch wenn ihr Einkommen innerhalb der Versicherungspflicht liegt.

Außerdem beruhen die Versorgungswerke auf Ländergesetzen. Nach den Grundgesetz-Bestimmungen über die konkurrierende Gesetzgebung ist dem Bund jegliches Zugriffsrecht versagt. Schließlich sind die Versorgungswerk-Rentenpositionen durch die Eigentumsgewährleistung nach Artikel 14 Grundgesetz geschützt.

Für die Unentstehbarkeit der berufsständischen Vorsorgeeinrichtung lassen sich noch weitere Gründe anführen. Ihre hohe Leistungsfähigkeit ist begründet durch ein völlig andersartiges Finanzierungssystem, als es für die gesetzliche Rentenversicherung gewählt wurde.

Die gesetzliche Rentenversicherung gibt bis auf eine unerhebliche Rücklage mit der einen Hand als Renten aus, was sie kurz vorher als Beiträge eingenommen hatte. Sie arbeitet nach dem Umlageverfahren. Die Standesversorgungen beziehen ihre starke Position dagegen durch eine Finanzierung aus Beiträgen und ohne jeglichen Steuerszuschuß in Kombination mit einer sicheren und erfolgreichen Vermögensanlage.

Dazu nur eine Gegenüberstellung: 15,961 Milliarden DM betrug das Anlagevermögen der Angestelltenversicherung am 31. Dezember 1981 bei 12,007 Millionen Mitgliedern. Das sind pro Mitglied 1329,30 DM oder eine einzige unterdurchschnittliche Monatsrente für Männer bei Vollendung des 65. Lebensjahres.

Das Anlagevermögen von 38 berufsständischen Versorgungswerken betrug zum gleichen Stichtag 13,469 Milliarden DM bei 197 572 anwartschaftsberechtigten Mitgliedern. Das sind 68 175 DM pro Versicherten, demnach das 51,3fache der Angestelltenversicherung.

Des Versorgungsniveaus der Versorgungswerke liegt erheblich höher als das der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rente daraus ist im Gegensatz zu der aus der gesetzlichen Rentenversicherung auch der Höhe nach einklagbar, weil ausschließlich Eigenfinanzierung vorliegt.

Systembedingt bietet die Standesversorgung günstigere Rahmenbedingungen. So werden auf jene Renten andere Alters- und sonstige Bezüge nicht eingerechnet. Diese Einrichtungen kennen keine Wartezeiten für Berufs- und Hinterbliebenenrenten im Gegensatz zu den fünf Jahren der gesetzlichen Rentenversicherung. Auch im Gegensatz dazu werden Männer und Frauen bei der Gewährung von Witwen- und Witwerrenten uneingeschränkt gleichbehandelt. Einige berufsständische Versorgungswerke, wie auch die Bayerische Ärzteversorgung, gewähren ihren Mitgliedern zinsgünstige Kredite zur Finanzierung von Präxen oder Wohnraum.

Soweit einige unumstößliche Fakten aus einem Presseseminar der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen. Zu den Referenten gehörte Walter Albrecht, München, Abteilungsleiter bei der Bayerischen Versicherungskammer für den Geschäftsbereich „Ärzteversorgung – Apothekerversorgung – Architektenversorgung“.

In einem sehr denkbar aufgenommenen Referat „Selbstdefinition Berufsständi-

sche Versorgung“ vermochte er, Wesen, Herkunft, Aufgaben, Grundlegen und Abgrenzungen der berufsständischen Versorgungseinrichtungen unmittelbar eingängig transparent zu machen. Daraus ein die Versorgungswerke charakterisierendes Zitat:

„Nach Ihrer Aufgabenstellung und Organisationsform fügen sie sich harmonisch in das gegliederte System unserer Alters- und Hinterbliebenenversorgung ein und verwirklichen den Subsidiaritätsgedanken wohl in idealer Weise nach dem Motto: Soviel wie möglich aus eigener Kraft – so wenig Staat wie möglich!“

Horst Beloch

Politologik

Viele Politiker gehen mit dem Sozialforscher auf Stimmentang. Sie fahnden nach Unterstützungs-, Hilfs-, Schutz- und Förderungsbedürftigen. Je mehr sie entdecken, um so aussichtsreicher ihre Wahl.

Ihnen versprechen sie Zulagen, Zuschläge, Beihilfen, Unterhalts- und andere ständige Zuwendungen sowie kostenlose Leistungen. Höherverdienende bleiben von solchen Segnungen natürlich ausgeschlossen. Sie dürfen sie nur über ihre Steuerzahlungen finanzieren.

Eines Tages vermag die Staatskasse das großzügige Sozialfühlhorn mit brutto-lohnbezogenen Rentenerhöhungen, nicht leistungsbezogenen Ausbildungsförderungen, übertriebenen, nicht selten sinnlosen und heutig mißbrauchten Umschulungssubventionen, Wohn-, Kinder-, Mutterschaftsgeld, kostenloser Rentnerrentenversicherung und vorgezogenem Altersruhegeld ohne Abschläge nicht mehr zu füllen.

Konsequent müßten die zu hohen Ausgaben gekürzt werden. Da schwingen sich jene Pseudo-Volksbeglucker nochmals zum Volkstribun auf und setzen lauten Widerstand dagegen, auf daß es alle hören.

Ihre dritte Popularitäts-Rallye folgt sogleich. „In die dicken Taschen greifen“, schreit ihre Forderung. Die Hochverdienenden müßten euch opfern, nicht nur die „kleinen Leute“.

Gemech, gemach. Ihr Einkommen wurde ja eben erst durch weit überdurchschnittlich hohe Steuern auch zugunsten jener oft maßlosen Sozialgeschenke nicht selten an die Falschen geschmälert. Also haben sie schon geopfert. Der Dank: Die Zwangsanleihe.

Logik ist weder eine Wissenschaft, noch eine Kunst, sondern ein Kniff, erkannte schon der englische Philosoph Benjamin Jowett vor rund einem Jahrhundert. Kniff: Karten betrügerisch zeichnen.

Das ist die Herkunft dieses Begriffes.

Prosper

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 2. Vierteljahr 1982

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1981		1982
		Vierteljahres- durchschnitt	2. Vierteljahr	
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten darunter	205	181	217
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt	101	96	89
140-199	Bösartige Neubildungen darunter	6329	6309	6374
151	des Magens	977	1016	960
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	938	881	896
160-163	der Atmungsorgane	964	963	967
174	der weiblichen Brustdrüse	526	512	510
179-182	der Gebärmutter	225	220	261
185	der Prostata	332	333	311
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoeti- schen Gewebes	427	417	438
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicherer Verhaltens, Neubildungen unbekanntes Charakters	467	407	472
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems darunter	802	880	705
250	Diabetes mellitus	679	757	584
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	82	65	67
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	543	534	510
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems darunter	15144	14734	15103
410	akuter Myokardinfarkt	3125	3038	3215
411-414	sonstige ischämische Herzkkrankheiten	1773	1748	1730
426, 427	Herz-Reizleitungs- und Rhythmusstörungen	342	280	368
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkkrankheiten	3359	3299	3122
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4568	4463	4692
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane darunter	1891	1851	1825
480-486	Pneumonie	623	615	712
487	Grippe	27	25	5
466, 490, 491	Bronchitis	591	591	495
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane darunter	1633	1588	1628
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	155	130	166
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	65	60	83
571.2, 5, 6	Leberzirrhose	644	643	654
570, R.v. 571 u. 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	309	298	271
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane darunter	579	548	532
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfnieren	50	55	51
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	5	6	7
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	136	142	118
740-759	Kongenitale Anomalien	124	135	117
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatal- zeit haben	159	161	138
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	296	284	339
E800-E949	Unfälle darunter	1456	1497	1487
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	660	729	755
E850-E869	Vergiftungen	12	7	12
E880-E888	Unfälle durch Sturz	554	530	508
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	610	669	625
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	49	46	63
	Sterbefälle insgesamt	30934	30454	30765

1) ICD Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen.

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im August 1982*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen stieg im August weiter deutlich an, nämlich von 121 Fällen im Juli auf 163 Fälle je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Salmonellose trat damit häufiger auf als seit mehreren Jahren ja in einem Monat.

Die Erkrankungshäufigkeit an Virushepatitis stieg im August nur geringfügig von 20 im Juli auf 21 je 100 000 Einwohner. Dabei nahm die Zahl der Erkrankungen an Hepatitis A etwas zu, die der Erkrankungen an Hepatitis B etwas ab.

Nur wenig erhöhte sich auch die Erkrankungsziffer an Meningitis/Enzephalitis, und zwar von 17 im Juli auf 19 im August, jeweils auf 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. August 1982 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningo- kokken- Meningitis		andere bakterielle Meningiti- den		Virus- Meningo- enzephe- litis		übrige Formen		Salmo- nellose		übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare 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	4	—	7	—	16	—	13	—	345	—	24	—	34	—	35	2	18	1
Niederbayern	2	—	3	—	10	—	4	—	335	1	8	—	6	—	1	—	—	—
Oberpfalz	1	—	1	—	3	—	3	—	143	—	16	—	2	—	5	—	—	—
Oberfranken	2	—	2	—	2	—	15	—	52	—	8	—	2	—	9	1	1	—
Mittelfranken	2	—	22	—	4	—	9	—	136	—	21	—	9	—	7	—	2	1
Unterfranken	1	—	2	—	3	—	4	—	252	—	7	—	3	—	8	—	3	—
Schwaben	—	—	6	—	—	—	17	1	113	—	9	—	13	—	14	—	2	1
Bayern	12	—	43	—	38	—	65	1	1376	1	93	—	69	—	79	3	26	3
Vormont	14	—	21	2	47	3	60	—	1020	2	83	—	45	—	96	—	26	—
München	3	—	—	—	6	—	—	—	123	—	16	—	21	—	24	—	11	1
Nürnberg	—	—	4	—	—	—	—	—	40	—	—	—	7	—	2	—	1	1
Augsburg	—	—	—	—	—	—	7	—	16	—	—	—	2	—	1	—	2	1
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	4	—	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	28	—	2	—	—	—	4	—	—	—
Fürth	—	—	1	—	2	—	4	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	7	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	Typhus abdomi- nalis		Para- typhus A, B und C		Shigellen- ruhr		Malaria		Orni- those		Ange- borene Toxo- plasmosis		Brucel- lose		O- Fieber		Tetanus		Toll- wut- ver- dacht 2)		
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
Oberbayern	2	—	1	—	17	—	8	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	9
Niederbayern	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Oberfranken	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Mittelfranken	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Schwaben	—	—	1	—	10	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	1	—	—	11
Bayern	2	—	3	—	30	—	11	—	2	—	2	—	1	—	3	—	1	1	—	—	35
Vormont	—	—	1	—	22	—	12	1	4	—	2	—	1	—	4	—	3	2	—	—	158
München	1	—	1	—	10	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

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

St = Sterbefälle.

Über Erkrankungen an Tuberkulose — ebenfalls nach dem Bundes-Seuchengesetz meldepflichtig — wird gesondert berichtet (jährlicher Bericht „Die Tuberkulose in Bayern“).

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

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

Buchbesprechungen

Penkreesgengokklusion

Herausgeber: Ch. Gebhardt/M. Stoite, 116 S., 51 Abb., 20 Tab., Leinen, DM 27,-. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Die Therapie der chronischen Pankreatitis hat mit der Möglichkeit der Pankreasgangokklusion eine wesentliche Bereicherung erfahren. Tierexperimentelle Untersuchungen ließen zweifelsfrei zeigen, daß durch die Blockierung des Drüsengangs sehr bald eine Atrophie der Drüse zu erreichen und damit ein Ausbrennen des exkretorischen Pankreas unter Erhaltung des Inselzellapparates zu erzielen ist. Das vorliegende Buch faßt die Referate zusammen, die eniäblich eines ersten Symposions über die Pankreasgangokklusion vorge-tragen wurden. Tenor der Referate ist, daß bei der chirurgi-schen Technik mit der Pankreasgangokklusion eine totale Pankreetektomie nahezu vermieden werden kann; auch die endoskopische Okklusion bietet in besonders gezielten Fäl-len durchaus befriedigende Therapiemöglichkeiten. Insgesamt präsentiert das Buch den aktuellen Stand einer moder-nen und zukunftsweisenden Therapieform bei der chroni-schen Pankreatitis. Privatdozent Dr. med. J. F. Riemann, Erlangen

Schnell-Interpretation des EKG

Herausgeber: D. B. Dubin, 312 S., 300 Abb., geh., DM 44,- Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das von U. K. Lindner aus dem Englischen übersetzte Fach-buch liegt nun in der dritten Auflage vor. Mit Hilfe des im medizinischen Bereich bei uns noch relativ unbekanntem pro-grammierten Lernens versucht der Autor, dem Lernenden einen schnellen Einstieg in die systematische Interpretation von EKG-Kurven zu ermöglichen. Die EKG-Kurven sind über-wiegend graphische Rekonstruktionen von Originalkurven und setzen damit optische Schwerpunkte. Die Rasterzeich-nung entspricht dem üblichen EKG-Pepier in Millimeteereitel-ung, Leuigeschwindigkeit 50 mm/sec. Leider werden die im deutschen Sprachraum verwendeten Nehbschen Ableitungen nicht besprochen. Trotzdem ist das Fachbuch für den „An-länger“ sehr zu empfehlen, da mit der Technik des progra-mmierten Lernens sehr schnell eine brauchbare Interpretation des EKGs möglich wird.

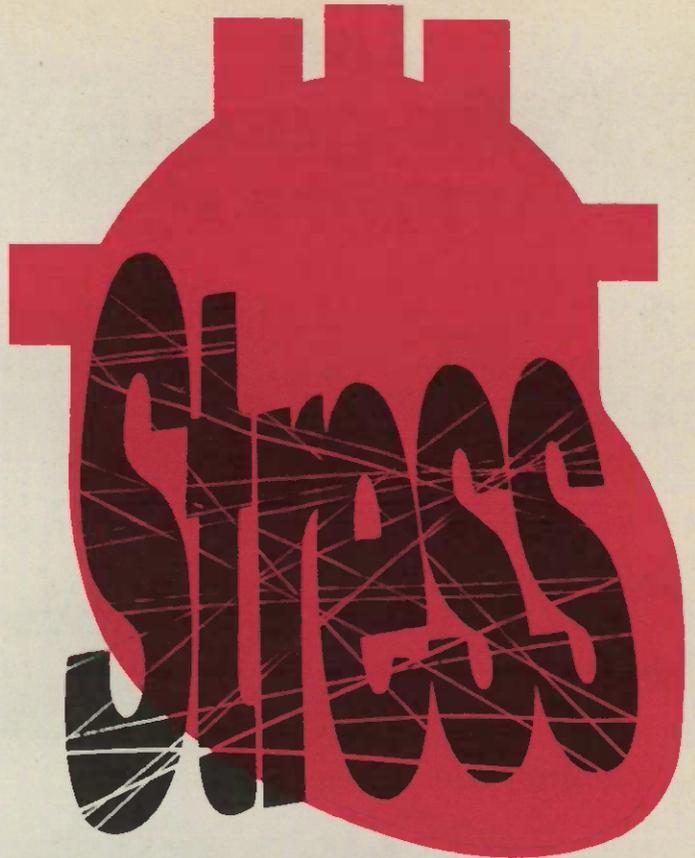
Dr. med. W. Korb, München

Notfalltherapie im Rettungsdienst

Herausgeber: P. Sefrin, 426 S., 45 Abb., 27 Tab., geb., DM 42,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

In diesem Buch wird die langjährige praktische Erfahrung der Autoren in der Versorgung von Notfallpatienten weiterge-gaben. Es ist frei von weitschweifigen differentialdiagnosti-schen Überlegungen und konzentriert sich auf das schnelle und richtige Handeln in einer Ausnahmesituation. Es werden praktisch alle Notfallsituationen beschrieben und kurze und prägnante diagnostische Hinweise sowie adäquate Therapie-vorschläge gegeben. Dabei wird neben der Sicherstellung der Atmung immer wieder die Wichtigkeit der frühzeitigen und effektiven Schockbekämpfung als zentrales Problem der Notfalltherapie betont. Die Orientierung dieses Buches an der Praxis kann gar nicht genug hervorgehoben werden. Es sollte Pflichtlektüre sein für alle Ärzte, Studenten und Ret-tungssanitäter.

Dr. med. E. Krauß, Friedberg



Kalziumantagonist Verapamil plus Diazepam

Elthon®

Für den streßbelasteten Koronarpatienten

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 80 mg Verapamilhydrochlorid und 2 mg Diaze-pam. **Indikationen:** Chronische Koronarin-suffizienz; Nachbehandlung des Herzinfarktes; tachykarde Rhythmusstörungen; Extrasystolie, wenn die Beschwerden durch Angst, Unruhe und innere Spannung ausgelöst werden oder damit einhergehen. **Kontraindikationen:** Myasthenia gravis; AV-Block II. und III. Grades. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft ist die Verord-nung des Arzneimittels – entsprechend den heutigen Auf-fassungen über den Arzneimittelgebrauch – kritisch abzuwägen. Elthon sollte bei stillen-den Müttern nicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** In den ersten Behandlungssta-gen und vor allem bei älteren und körperlich geschwächten Patienten können Müdigkeit und Schläfrigkeit auftreten. Elthon kann aufgrund seines Verapamilgehaltes prinzipiell zu unerwünschten Effekten auf die AV-Überleitung und den Blutdruck führen.

Dosierung und Anwendungsweise: Erwachsene erhalten im allgemeinen 1 Filmtablette 3mal täglich. Elthon sollte nur ausnahmsweise auf ärztliche Anordnung bei Kindern und Jugendlichen angewendet werden. Die Filmtabletten sind unzerkaut zu schlucken. **Wech-selwirkungen:** Bei gleichzeitiger Gabe von Elthon und Pharmaka, die kardiodressorisch wirken und/oder die AV-Überleitung hemmen (z.B. ß-Rezeptorenblocker), ist auf mög-liche additive Effekte zu achten. Bei Patienten, die Antihypertonika einnehmen, muß der blutdrucksenkende Effekt von Elthon berücksichtigt werden. Erhöhungen des Oigoxin-Plasmaspiegels bei gleichzeitiger Gabe von Verapamilhydrochlorid sind beschreiben worden. Die klinische Relevanz erscheint gering, bezogen auf die langjährigen Erfahrun-gen. Auf Symptome einer Oigoxin-Überdosierung sollte vorsorglich geachtet werden. Wie bei allen zentral wirkenden Pharmaka sollte unter der Behandlung mit Elthon der Genuß alkoholischer Getränke vermieden werden. **Zur besonderen Beobachtung:** Bei Vorliegen einer Herzinsuffizienz ist vor der Behandlung mit Elthon eine Kompensation mit Herzglyko-siden erforderlich. Bei Sinusknotensyndrom sollte Elthon wegen seines Verapamilgehal-tes nur mit Vorsicht angewendet werden. Elthon sollte bei Patienten mit Vorhofflimmern und gleichzeitig vorliegendem WPW-Syndrom nicht gegeben werden, da das Risiko besteht, ein Kammerflimmern auszulösen. Bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion (Pare-nchymverlust/verminderte Durchblutung) wird in Abhängigkeit vom Schwere-grad wegen eines verlangsamen Arzneimittelabbaus die Wirkung von Verapamil in Elthon verstärkt und verlängert. Elthon kann auch bei bestimmungs-gemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen so weit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. **Handelsformen und Preise:** 50 Filmtabletten OP DM 27,06; 100 Filmtabletten OP OM 45,57. Stand: April 82.



Die Paß-genau- Arztpraxis

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



Information, Planung, Herstellung:



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

Praxisfinanzierung und Versicherung nach Maß

Ad usum proprium:

Wir stellen Ihnen unsere Erfahrung bei der Finanzierung Ihrer Praxis zur Verfügung, sorgen für Ihren maßgeschneiderten Versicherungsschutz.

Ihr Nutzen und Vorteil:

Beratung bei Ihren Bankgesprächen und Versicherungsproblemlösung zur Absicherung Ihrer Praxis aus einer Hand. Wir helfen Ihnen, wenn es um die Ärzte-Haftpflicht-, die Ärzte-Unfallversicherung geht.

Interesse?

Dann rufen Sie uns bitte an. Es berät Sie Herr Georg C. Klughardt. Anschrift: Stiftsbogen 132, 8000 München 70, Tel. (089) 704044 oder (0911) 834289

Meine
Anschrift

Sich erwarte ihren Anruf
unter Telefon

Ein Beratungsbesuch
ist erwünscht



VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



BAYERISCHE
Versicherungsverband
VERSICHERUNGSKAMMER

Aktiv sein gegen Herzerkrankungen

Herausgeber: Prof. Dr. Dr. U. Stockmeier, 73 S., geb., DM 14,80. Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel.

Die für den Laien geschriebene kleine Broschüre befaßt sich mit den Hauptfaktoren, die zur vorzeitigen Gefäßsklerose bzw. zum Herzinfarkt führen, nämlich Bewegungsmangel, falsche Ernährung, Rauchen und Streß. Leider gleitet der Text nach anfänglich guten Empfehlungen bezüglich der richtigen Atmung, des Laufens und verschiedener anderer Sportarten eb zur Werbeschrift für den Heimtrainer „Vitatrain“ (allein fünf farbige Abbildungen dieses Fahrradergometers im Text). Aufregung? Kurz aber verständlich ist der Beitrag über richtige Ernährung. Informativ ist auch das Kapitel über das inhalierte Rauchen und seine Folgen. Streß-Beschreibung und Antistreßprogramm sind bedingt teuglich – etwas sehr schufmeisterlich vorgetragen. Dies ist ein grundsätzliches Manko des Büchleins: es fehlt die Emphase, das Anstekende, das einem, der latent bereit ist sein Leben zu ändern, den Anstoß geben kann.

Dr. med. H. Langhof, Berchtesgaden

Zur Ätiologia der Spondylolisthesis

Herausgeber: Y. Suezawa/H. A. C. Jacob, 108 S., 84 Abb., 15 Tab., kart., DM 78,-. Hippokrates Verlag GmbH, Stuttgart.

Die Ursache des Wirbelgleitens ist bis heute noch umstritten. Der Theorie, dem Gleitprozeß liege eine prädispositionelle Bogendysplasie zugrunde, steht die einer funktionellen mechanischen Überbeanspruchung gegenüber. So interessant derartige Überlegungen auch sein mögen, müssen doch für den niedergelassenen Kollegen besonders die therapeutischen Aspekte des Alltags besprochen werden. 80 Prozent aller leichteren Formen werden durch konservative Behandlung beschwerdefrei. Bei Wirbelgleiten von mehr als 50 Prozent kann der Gleitvorgang auch nach Abschluß des Wachstums noch zunehmen. Operative Eingriffe verstärken diese Tendenz sogar vorübergehend. Auch bei vollständiger Fusion des betroffenen Abschnitts kann das Wirbelgleiten, bedingt durch Ermüdungsfrakturen des Zwischenwirbelstücks, noch weitergehen. Die vordere Spondylodese nach Albee hat die besten Ergebnisse.

Professor Dr. med. W. Mohing, Augsburg

Wechseljahre

Herausgeber: Dr. W. H. Utian, 121 S., 19 Abb., Teschb., DM 12,-. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart – New York.

Als Lesebuch und Nachschlagwerk zugleich ist das Büchlein ein Ratgeber und ein praktisches Handbuch für die Bedürfnisse auch nach der Menopause. Die Zeit der Wechseljahre ist nicht effein ein biologisches Phänomen, sie weist auch gesellschaftliche, kulturelle und psychologische Aspekte auf. In leicht verständlicher, knapper und übersichtlicher Form – unter Berücksichtigung der neuesten Erkenntnisse – erhält die Frau für diese Zeit alle notwendigen Informationen und wertvollen Hilfen für ihre Lebensführung. Der weibliche Körper und seine Funktionen werden erklärt. Es wird ein Überblick über die Hormone gegeben, wobei auch die Behandlung mit Hormonen und ihre Risiken besprochen werden. Neben Fragen der allgemeinen Lebensführung werden auch die Sexualität nach der Menopause und Probleme der Unterleibsoperation behandelt. So informiert ist ein partnerschaftliches Gespräch mit dem Arzt über eigene Bedürfnisse und Fragen besonders wertvoll.

Dr. med. H. Fikentscher, Merktredwitz

Lesebuch der Antike

Band I: Das klassische Griechenland von Homer bis Aristoteles

Band II: Griechischer Hellenismus und römische Republik von Menander bis Cicero

Band III: Die römische Kaiserzeit von Augustus bis Boethius

Herausgeber: L. Voit, pro Band DM 35.—. Heimeran Verlag, München, jetzt Artemis-Winkler Verlag, München.

Das Lesebuch will Kreise ansprechen, die nicht vom Fach sind, die aber Interesse am klassischen Schriftgut haben; es bietet die zentralen großen Stellen, aber auch „ausgefallene“, d. h. weniger bekannte, aber wichtige und schwierig erreichbare Autoren. Die verbindenden Texte vor den Gattungen und den Autoren bringen das Wesentliche, wie es ein Kenner weiß, sie stellen jedoch vielmehr sogar eine kleine Literaturgeschichte der Antike dar. Die ausgesuchten poetischen, philosophischen und historischen Texte griechischer und römischer Kultur führen uns zu den Quellen unserer europäischen Kultur und Menschlichkeit. Geistige Wirkung, Nachwirkung, welche Philologia des Eigenen schenkt: historia da sensibilitate.

Professor Dr. phil. G. Pfohl, München

Wege zu einer verbesserten Perinatalversorgung

Herausgeber: Prof. Dr. J. Zandar / Prof. Dr. H. K. Salbmann, ZI-Wissenschaftliche Reihe Band 23, 166 S., DM 48.—. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Die Münchener Perinatalstudien, an der sich in den Jahren 1975 bis 1977 26 geburtshilfliche Kliniken mit über 55 000 Geburten beteiligt haben, gilt heute vielfach als Musterbeispiel einer freiwilligen und erfolgreichen Kooperation zwischen Ärzten, Kliniken, Landesorganisationen und Fachgesellschaften.

In 22 Referaten und persönlichen Kommentaren werden in dem vorliegenden Band die erarbeiteten statistischen Fakten auf ihre Praxisrelevanz geprüft und ihre Umsetzung in den geburtshilflichen Alltag versucht. Durch die Unterstützung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung konnten diese Arbeiten einem größeren Kreis von Ärzten und Hebammen zugänglich gemacht werden.

Infektion und Abwehr

Herausgeber: C. A. Mims, 230 S., 34 Abb., 30 Tab., Lanes, DM 22.—. Verlag Garhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

Im Unterschied zu den einschlägigen Lehrbüchern der medizinischen Mikrobiologie und Infektionskrankheiten werden in diesem Buch Erreger und Krankheiten nicht systematisch gegliedert vorgestellt. Der Autor ist vielmehr der Auffassung, daß die wesentlichen mikrobiellen Pathogenitätsmechanismen unabhängig davon, ob es sich um Bakterien, Pilze, Protozoen, Viren oder Rickettsien handelt, einander ähnlich sind. Die sehr komplexen Beziehungen zwischen Infektionserregern und Wirtsorganismen werden unter den Gesichtspunkten des Eindringens der Erreger in den Körper, ihrer Ausbreitung in den Geweben, der dadurch ausgelösten humoralen und zellulären Abwehrreaktionen sowie der folgenden Heilungsprozesse dargestellt. Weiterhin befassen sich die Faktoren, sowohl des Wirtsorganismus wie auch des Erregers, die die Anfälligkeit für Infektionen beeinflussen, mit dem interessanten Phänomen der Persistenz von Infektionserregern im Gewebe und schließlich der Möglichkeit, sich durch Impfungen gegen bestimmte Infektionskrankheiten zu schützen.

Professor Dr. med. P. Emmerling, Würzburg



Das pflanzliche Cholagogum

Aristochol® Konzentrat Kapseln

Zur Regulation der Leber- und Gallenfunktion

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Trockenextrakt aus Schöllkraut 15-20 mg, entsprechend 0,065 mg Chelidonin, Trockenextrakt aus Javanischer Gelbwurz 1,65-2,1 mg, entsprechend 0,15 mg Ocinnamoylmethan-Derivate berechnet als Curcumin, ethanolscher Trockenextrakt aus Kap-Aloe 100-125 mg, entsprechend 25 mg Hydroxyanthracen-Derivate berechnet als wasserfreies Barbaloin, Methylcellulose (10 000 cP, 2% Lsg.) 10 mg.

Aristochol® Konzentrat Granulat

Zur Regulation der Leber- und Gallenfunktion

Zusammensetzung: 1 Oosisbeutel (1,5 g) enthält: Trockenextrakt aus Schöllkraut 10-15 mg, entsprechend 0,065 mg Chelidonin, Trockenextrakt aus Javanischer Gelbwurz 29,5-30,1 mg, entsprechend 0,19 mg Ocinnamoylmethan-Derivate berechnet als Curcumin, Trockenextrakt aus Mariendistelfrüchten 5,0-5,5 mg, ethanolscher Trockenextrakt aus Kap-Aloe 80-112 mg, entsprechend 22,5 mg Hydroxyanthracen-Derivate berechnet als wasserfreies Barbaloin, Pankreatin 22,5 mg, Methylcellulose (1000 cP, 2% Lsg.) 295 mg.

Anwendungsgebiete: Funktionelle und organische Störungen im Galle-Leber-Bereich
Gegenanzeigen: Darmverschluss, entzündliche Darmerkrankungen, Wasser- und Elektrolytstörungen, schwere Leberfunktionsstörungen, Gallenwegsverschluss und Gallenblasenempyem. Während der Stillperiode sollte Aristochol® Konzentrat abgesetzt werden.
Nebenwirkungen: Gelegentlich kann – insbesondere bei hoher Dosierung – Durchfall auftreten.
Wechselwirkungen: Unter einer hohen Dosierung kann die Wirkung von Herzmitteln (Digitalis- und Strophanthinpräparaten) verstärkt werden. **Dosierung:** 1mal täglich 1 Kapsel (1 Beutel) zu oder nach den Mahlzeiten mit reichlich Flüssigkeit einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Originalpackungen 20 Kapseln DM 8,60, 50 Kapseln DM 20,20, 100 Kapseln DM 37,90. 25 Beutel zu 1,5 g DM 11,70, 50 Beutel zu 1,5 g DM 21,70, 100 Beutel zu 1,5 g DM 39,55.

Aristochol® Tropfen

Zur Regulation der Leber-Gallenfunktion und bei Verdauungsbeschwerden

Zusammensetzung: 1 ml enthält: Perkolat (äthanol.) 1:7 aus: Herb. Chelidon. 200 mg, enthaltend 0,02 mg Chelidonin, Rhiz. Curcum xanth. 80 mg, Fruct. Card. Mar. 100 mg, Herb. Millefol. 170 mg, Rad. Tarax. c. Herb. 170 mg, Fior. Stoechad. 150 mg, Herb. Absinth. 50 mg, Cort. Frangul. 30 mg. **Anwendungsgebiete:** Funktionelle und organische Störungen im Galle-, Leber- und Magenbereich. **Gegenanzeigen:** Schwere akute Erkrankungen im Leber-Galle-Bereich. **Dosierung:** 3mal täglich 10-15 Tropfen mit Flüssigkeit zu oder nach den Mahlzeiten einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Originalpackungen 20 ml DM 8,45, 50 ml DM 16,80, 100 ml DM 29,85.

Aristochol® Spasmolyticum

Spasmo-Cholagogum mit 2-Phasenwirkung

Zusammensetzung: 1 Manteltablette enthält: Trockenextrakt aus: Herb. Chelidon. 30 mg, Rhiz. Curcum. xanth. 13 mg, Fruct. Card. Mar. 7 mg, Propanthelinbromid 10 mg, Ethaverinhydrochlorid 10 mg, Natriumdioctylsulfosuccinat 15 mg. **Anwendungsgebiete:** Spasmen bei Cholezystopathien und Magen-Darm-Erkrankungen. **Gegenanzeigen:** Schwere akute Erkrankungen im Leber-Galle-Bereich. Engwinkelglaukom, Prostatahypertrophie, mechan. Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Megakolon, Tachykardie. **Dosierung:** 3mal täglich 1-2 Tabletten einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Originalpackungen 20 Manteltablets DM 4,85, 50 Manteltablets DM 9,65.

Alle Aristochol®-Präparate sind auch für Diabetiker geeignet.

STEINER
Arzneimittel
Berlin West

Schönhals- Wochenend-Seminare

Zum Thema:

Wahrnehmungs- und Explorationstraining – der Zugang zur psychischen Situation des Patienten

II. Halbjahr 1982

6./ 7. Nov. – München
20./21. Nov. – Düsseldorf
4./ 5. Dez. – Nürnberg

An allen Veranstaltungsorten finden A, B, C und D-Kurse statt.

A-Programm Samstag:

- 9.00 Einführung in das Thema: Die Exploration in der ärztlichen Praxis*
- 9.50 Was erwartet der Patient von seinem Arzt? Diskussion über Erfahrungen und Probleme im Umgang mit psychischen Schwierigkeiten des Patienten
- 11.00 Grundzüge der Explorationsmethode
- 12.00 Wahrnehmungsübungen: Analyse der Signale im Patientenverhalten anhand von Video-Aufzeichnungen und Diskussion**
- 14.30 Die Selbstbeobachtung des Arztes als Informationsquelle und Explorations-Korrektur des eigenen Vorgehens
- 15.00 Wahrnehmungsübungen: Emotionale Anknüpfungspunkte in den Aussagen des Patienten – Patientenbeobachtung anhand von Video-Aufzeichnungen und Diskussion
- 17.45 Das Beispiel einer Patientenexploration – Kommentierung des Explorationsbeispiels durch den Explorator (Video-Aufzeichnung)

A-Programm Sonntag:

- 9.00 Regeln und Techniken der diagnostisch-therapeutischen Exploration
 - 9.30 Praktische Anwendung der Explorationsregeln: Bearbeitung von Fallbeispielen durch die Gruppe
 - 11.15 Training der Fragetechnik: Methodenübungen anhand der Video-Aufzeichnungen und Diskussion
 - 14.30 Demonstration einer weiteren Patientenexploration und systematische Methodenübung anhand der Video-Aufzeichnungen
 - 15.40 Die Anwendung der erarbeiteten Explorations-techniken in der ärztlichen Praxis
 - 16.40 Schlußdiskussion
- Ende gegen 18.00 Uhr

* Ein ausführliches schriftliches Begleitmaterial wird zur Verfügung gestellt.

** Video-Aufzeichnungen: Fallexplorationen und Kommentierungen durch Dr. M. Clyne, Prof. H. Kilian, Prof. Matussek, Dr. W. Meyer-Borchert.

Diese Seminare werden gesponsert von PHARMA-SCHWARZ GMBH, Monheim.

Kongreßkalender

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

Dezember 1982

- 3.–4. **Würzburg:** 4. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. – Auskunft: Professor Dr. W. Feuerlein, Kraepelinstraße 10, 8000 München 40.
- 3.–5. **München:** 16. Internationale Wissenschaftliche Tagung. – Auskunft: Bayerischer Sportärzterverband, Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19.
- 3.–5. **Nürnberg:** 33. Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 4. **Bad Abbach:** 1. Bad Abbacher Fortbildungsseminar. – Auskunft: Professor Dr. D. Wessinghege, Rheuma-Zentrum Bad Abbach, 8403 Bad Abbach.
- 4. **München:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. – Auskunft: Geschäftsstelle der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
- 4. **München:** 10. Wochenendseminar des Deutschen Herzzentrums. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 4. **Regensburg:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. – Auskunft: Geschäftsstelle der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.

Anmeldungen:

An das Sekretariat der Schönhals-Wochenend-Seminare, 8000 München 80, Prinzregentenstraße 91
Telefon (0 89) 4 70 60 81

Eine vorherige Anmeldung ist wegen der begrenzten Teilnehmerzahl unbedingt erforderlich; Anmeldungen werden in der Reihenfolge ihres Eingangs berücksichtigt.

Teilnehmer:

Niedergelesene Allgemeinärzte, Ärzte für Innere Medizin, für Psychiatrie und für Gynäkologie, sowie interessierte in der Praxis mitarbeitende Ehepartner.

Die Gesamteilnehmerzahl ist auf 60 Ärzte begrenzt. Die Aufteilung in vier Kleingruppen (jeweils höchstens 15 Teilnehmer mit je einem Gruppenleiter) ermöglicht eine aktive Beteiligung und intensive Bearbeitung der Themen.

Teilnehmergebühr:

DM 250,-; sie ist auf das Konto Nr. 689 3988 bei der Bayerischen Vereinsbank München (BLZ 700202 70) einzubezahlen.

- 4.-5. **Hennef:** Sportmedizinische Weiterbildungsveranstaltung. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Rupplichteroth.
- 4.-11. **Oberlech:** X. Fortbildungswoche des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V., Landesgruppe Bayern. — Auskunft: Dr. F. Conrad, Marienplatz 2/IV, 8000 München 2.
- 6.-9. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Institutes für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 6.-10. **Stuttgart:** 37. Einführungskurs in die endoskopische Magendiagnostik. — Auskunft: Dr. B. Feinauer, Priessnitzweg 24, 7000 Stuttgart 50.
8. **München:** Notfall- und Katastrophenmedizin. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheitzenhammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
8. **Nürnberg:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. — Auskunft: Geschäftsstelle der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
- 10.-11. **Hamburg:** VIII. Hamburger Medizinisches Symposium „Leberzirrhose“. — Auskunft: Professor Dr. F. W. Ossenberg, Waitzstraße 9, 2000 Hamburg 52.
11. **Nürnberg:** 2. Nürnberger Notfallsymposium. — Auskunft: Kliniken Dr. Erlar, Frau Sohr, Kontumazgarten 4-18, 8500 Nürnberg.

„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 Sawaring. 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: Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1.

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

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

Bazugapreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgabühr 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.

Anzeigenverteilung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner jr., Augaburger Straße 9, 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126

Gefäßlehre Taf. III.

Fig II.

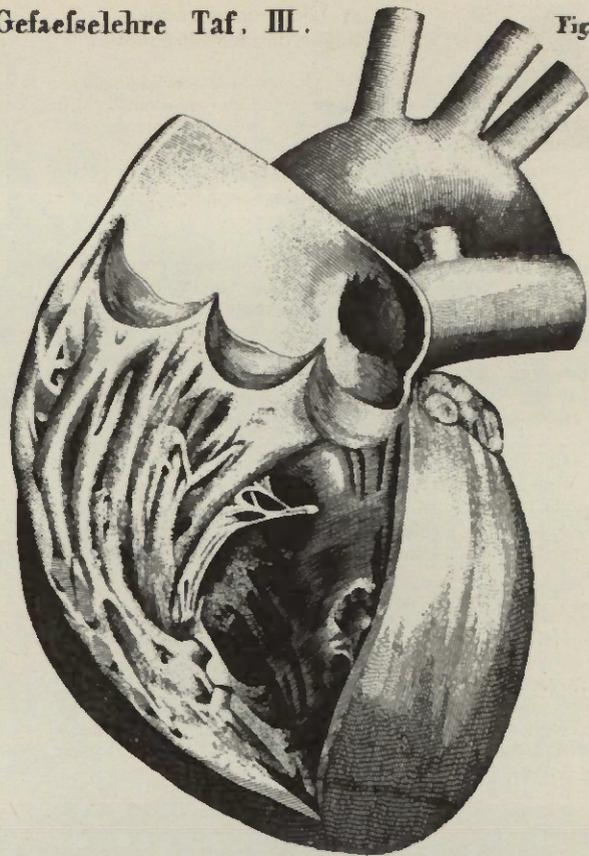


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“ 1929.

KORODIN®

für Herz und Kreislauf



Altersherz, nervöse Extrasystolen,
Cor nervosum; Schwindelgefühl,
Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle
bei Hypotonie

Dosierung: 3x tgl. 4-5 Tropfen auf einem Stück Zucker. Diabetiker nehmen Korodin auf einem Stückchen Brot. Nicht mit Wasser einnehmen! Bei Schwächeanfällen und drohendem Kollaps werden alle 15 Minuten 5 Tropfen gegeben, bis der Patient sich wieder erholt. Bewußtlosen verreibt man 10 Tropfen unter der Nase.

Zusammensetzung: Extr. Crataegi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Convallar. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Excip. ad 100 g.

Kontraindikationen: keine bekannt.



Handelsformen und Preise:

OP Tropfflasche mit 10 ml DM 4,70

OP Tropfflasche mit 30 ml DM 11,55

Großpackung mit 100 ml DM 29,80

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR



Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken

Wir stellen für unsere **Untersuchungsetelle**
in **Hol/Saale** eine(n) erfahrene(n)

Arzt/Ärztin

als **Dienststellenleiter** ein.

Eine längere Praxis oder klinische Erfahrung, auch auf dem Guf-
achtenssektor, sowie umfassende allgemeinmedizinische Kennt-
nisse und Interesse an sozialmedizinischen Aufgaben sind er-
wünscht.

Bei Erfüllung der laufbahnrechtlichen Voraussetzungen ist die
Übernahme in das Beamtenverhältnis vorgesehen. Die Stelle ist
mit Besoldungsgruppe A 15 – Medizinaldirektor – dotiert.

Die Vergütung und alle sonstigen Leistungen richten sich nach den
Gegebenheiten des öffentlichen Dienstes. Es werden Gelegen-
heiten für Fortbildung und Kongreßbesuche eingeräumt; ebenso
ist die Ausübung von Nebentätigkeiten möglich. Die Dienstzeit ge-
währleistet eine 5-Tage-Woche ohne Wochenend- und Bereitschafts-
dienst.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf,
Zeugnisse, Nachweise über ärztliche Tätigkeiten usw.) richten Sie
bitte an die **LVA Oberfranken und Mittelfranken, – Personalre-
trat –, Wittebecherling 11, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 607 226.**

Für Informationsgespräche steht auch der **Leiter des ärztlichen
Dienstes, Abteilungsdirektor Dr. Pöhlmann, Telefon (09 21) 607 640,**
gerne zur Verfügung.

Das Kreis Krankenhaus Fürstentfeldbruck

aucht als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden bishe-
rigen Stelleninhabers zum 1. 3. 1984 einen

Chefarzt

für die **Chirurgische Abteilung**

Das Kreis Krankenhaus Fürstentfeldbruck ist ein Krankenhaus
der Grundversorgung und verfügt über 380 Betten. Neben der
Chirurgischen Abteilung werden noch Hauptabteilungen für
Innere Medizin, Gynäkologie, Geburtshilfe und Anästhesie
geführt. HNO und Urologie sind in Form von Belegstationen
vorhanden.

Die Bewerber sollten über umfassende und langjährige klini-
sche Erfahrungen in allen wichtigen Gebieten der Chirurgie
verfügen und die Anerkennung als Arzt für Chirurgie besitzen.
Ausgeprägter Sinn zur Kooperation und Verständnis für wirt-
schaftliche Belange werden erwartet.

Die Anstellung erfolgt zunächst befristet auf 8 Jahre und kann
in beiderseitigem Einvernehmen verlängert werden.

Die Kreisstadt Fürstentfeldbruck liegt in landschaftlich reizvoller
Umgebung ca. 25 km westlich von München im S-Bahn-Bereich.
Die Stadt hat ca. 32 000 Einwohner. Alle weitertührenden
Schulen sind am Ort. Durch die nahegelegenen oberbaye-
rischen Seen und die Alpen ist ein hoher Freizeitwert gegeben.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden bis
31. 1. 1983 erbeten an die

**Verwaltung des Kreiskrankenhauses Fürstentfeldbruck,
Dacheuer Straße 33, 8080 Fürstentfeldbruck.**

LANDKREIS ALTÖTTING



Der Landkreis Altötting sucht für die Urologische Abteilung (65 Betten)
des Kreiskrankenhauses Neuötting/Doberbeyern zum 1. 1. 1983 eine(n)

Assistenzarzt/-ärztin

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach den Bestimmungen des Bundes-
Angestelltenarbeitsvertrages (Verg. Gr. II/I b BAT). Zusätzliche Leistungen
sind bei Bewährung möglich.

Der Chefarzt der Abteilung (Dr. med. Heinz Heer) ist für 3 Jahre zur
Weiterbildung ermächtigt.

Bewerber, die eine mindestens einjährige chirurgische Assistentenzeit
nachweisen können, erhalten den Vorzug.

Neuötting (ca. 90 km von München entfernt) ist eine reizvolle Stadt mit
mittelalterlicher Bausubstanz am Rande des Voralpengebietes. In der
Schwesterstadt Altötting (Kreisstadt) befinden sich sämtliche weiterbildenden
Schulen.

Bewerbungen mit Nachweisen über die Ausbildung und bisherige Tätigkeit
erbeten an die

**Verwaltung des Kreiskrankenhauses, 8265 Neuötting, Altöttinger Straße 16,
Telefon (066 71) 30 93.**

Suchen Sie preisgünstige Einrichtungsgegenstände?

Wir ändern unsere Ausstellung und verkaufen daher:
Empfangsanlagen, Kartelschränke, Wartezimmerbestuhlung, Drehstühle,
Laborzeile, Liegen, Therapiegeräte usw.

Besichtigung Montag – Freitag 8.00 – 17.00 Uhr oder nach Terminverein-
barung.

BR GmbH, Sedanstraße 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 554 50.

Hinweis für Auftraggeber von Immobilienanzeigen

Bei Veräußerung oder Vermietung von Praxen oder in Planung
befindlicher Praxen werden Allgemein- oder Gebietsärzte zur
Niederlassung gesucht. – Für die Sicherstellung der kassen-
ärztlichen Versorgung ist der Bedarfsplan maßgebend, welcher
bei den Dienststellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
eingesehen werden kann. – Unter diesem Aspekt werden die
Anzeigen veröffentlicht, korrigiert oder abgelehnt.

Privatnervenklinik Gauting bei München

● Offene Fachklinik für Nerven- und Gemütsleiden, Psychotherapie,
Alle Kassen. Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen,
S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 60 51
wochentags auch Telefon (0 89) 53 20 02

Praxisräume

8542 Roth-West, unmittelbares Einzugsgebiet von ca. 4500 Einwohnern,
1. OG., ca 170 qm, kurzfristig beziehb. r.

Kaiser-Wohnbau, Telefon (0 91 29) 76 47.

In Neuburg, Donau, große Kreisstadt

Praxisräume

zu vermieten. 150 qm, beste Lage, ausreichend Parkmöglichkeiten zur Ver-
fügung, besonders geeignet für Nervenarzt, da nach dem Bedarfsplan er-
forderlich.

Anfragen unter Chiffre 2064/226.

Gut eingeführte und langjährige **Allgemeinpraxis**
im Landkreis Altötting aus Altersgründen kurzfristig zu üblichen Kondi-
tionen abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/248.