



# 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

Dezember 1982

## Zum Jahresende

In wenigen Tagen geht ein Kalenderjahr zu Ende, Mitte Januar wieder eine Wahlperiode der Bayerischen Landesärztekammer. Die Namen der soeben für die nächsten vier Jahre neu gewählten Delegierten, also der Mitglieder der Vollversammlung, des Bayerischen Ärztetages, finden Sie in diesem Heft.

Unser Dank gilt allen, die uns in den zurückliegenden vier Jahren geholfen haben, die Aufgaben der ärztlichen Berufsvertretung zu erfüllen. Dabei können die Mitglieder des Vorstandes und der Ausschüsse nicht allein erwähnt werden. Die Zahl der Kollegen, auf deren Hilfe wir angewiesen waren und sind, hat erheblich zugenommen. Allein bei der Durchführung der Weiterbildungsordnung sind es einige hundert Kollegen aus Universitäten, Krankenhäusern und Praxen, die uns helfen müssen, die Aufgaben wahrzunehmen. Die vor einigen Jahren neu in die Weiterbildungsordnung eingeführte Prüfung machte es erforderlich, eine große Zahl von Prüfungsausschüssen zu errichten. Viel Arbeit und Verantwortung erwartet ihre Mitglieder. Schon jetzt kann man aber erkennen, daß die Einführung einer Prüfung am Ende der Weiterbildung eine sinnvolle Verbesserung der Weiterbildungsordnung ist. Zu danken haben wir der Perinatalkommission, die außerordentlich fruchtbare Arbeit geleistet hat und der wir es verdanken, daß Bayern in der perinatalen Qualitätssicherung den führenden Platz eingenommen hat. Den Mitarbeiterinnen unserer Schlichtungsstelle ist es durch ihre Aufgeschlossenheit und Objektivität gelungen, das Vertrauen in diese Einrichtung weiter zu stärken und viele strittige Fälle zu klären, bevor sie zu gerichtlichen Streitfällen werden. Die Ausbildung der Arzthelferinnen und anderer Assistenzberufe sowie deren Fortbildung wären nicht möglich ohne den unermüdlichen Einsatz von Kolleginnen und Kollegen.

Am Ende der Wahlperiode sei es uns aber auch gestattet, unseren Geschäftsführern, Justizierinnen und elten Mitarbeitern in der Geschäftsstelle der Kammer herzlich zu danken. Sie haben unsere Arbeit hervorragend unterstützt und an ihren Ergebnissen maßgeblichen Anteil.

Über die Arbeit und die Beschlüsse der Bayerischen Landesärztekammer und der Bayerischen Ärztetage wurden und werden die Kolleginnen und Kollegen durch Berichte und Veröffentlichungen des „Bayerischen Ärzteblattes“ laufend unterrichtet. Es ging daraus wohl für jeden Einsichtigen hervor, daß die ärztliche Berufsvertretung ihre Kräfte voll eingesetzt hat, um den vielen Anforderungen gerecht zu werden. Keine der uns gestellten Aufgaben wurde dabei vernachlässigt. Es be-

drückt uns, daß vieles, was wir mit guten Argumenten anstreben, politisch nicht durchsetzbar war. Dabei muß bedacht werden, daß die wesentlichen Entscheidungen auf der Bundesebene zu treffen waren und den bundespolitischen Kräfteverhältnissen zum Opfer fielen. Auch die Bayerische Staatsregierung, die für unsere Anliegen stets aufgeschlossen war und ist, konnte daran nichts ändern.

Das herausragende Ereignis des zu Ende gehenden Jahres war ohne Zweifel der Regierungswechsel in Bonn. Niemand konnte erwarten, daß damit ein „werner Regen“ für die Heilberufe verbunden sein würde. Schon zum Ende des vergangenen Jahres haben wir ja auf die gefährlich schlechte wirtschaftliche Lage unseres Landes hingewiesen. Heute muß man sagen, daß es noch viel schlechter geworden ist. Konkurse am laufenden Band und eine unerwartet hohe Arbeitslosigkeit kennzeichnen das Bild. Wer allerdings jetzt Vergleiche mit 1932 zieht, muß von der damaligen Zeit wenig Ahnung haben. Jedenfalls ist klar, daß die neue Bundesregierung zunächst nur arbeiten kann wie die Feuerwehr. Der Brand muß gelöscht werden, ganz gleich, wie viele dabei naß werden. Wir können aber davon ausgehen, daß die linksideologischen Pläne zur Veränderung des Gesundheitswesens vom Tisch sind – vorausgesetzt, die derzeitige Koalition findet Verständnis bei der Bevölkerung und gewinnt die nächste Wahl. Einiges ist ja bereits geschehen, was uns bedrücken muß. Die neue Amtliche Gebührenordnung ist verabschiedet und wird mit Beginn des neuen Jahres in Kraft treten. Sie ist geprägt von Aversion und Mißtrauen gegenüber der Ärzteschaft, und sie enthält sachlich falsche und unververtretbare Unterteilungen zwischen (vorwiegend) „technischen“ und ärztlichen Leistungen, die durch kein vernünftiges Argument zu rechtfertigen sind. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist heute, bei Drucklegung dieser Zeilen, noch nicht absehbar, ob es wenigstens gelingt, die unmögliche Negativliste aus dem Gesetz zu eliminieren.

Alles in allem: Es steht uns ein Jahresende bevor, das wenig Anlaß gibt zu Fröhlichkeit. Resignation wäre dennoch das Schlechteste in dieser Lage. Gerade jetzt kommt es mehr denn je darauf an, daß jeder von uns zu Optern bereit ist und sein Bestes tut, damit es wieder aufwärts geht. Wir bitten Sie alle, liebe Kolleginnen und Kollegen, nach Kräften dazu beizutragen.

Ihnen allen und Ihren Familien wünschen wir gesegnete Weihnachten und alles Gute für das kommende Jahr.

Professor Dr. Sewering

Dr. Breun

Dr. Fuchs

Dr. Kolb

# Vollversammlung des 35. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung:

**Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer**

## Die „Nachwuchswelle“ sorgt für viele neue Probleme

Referat von Professor Dr. Hans J. Sewering

Wir bemühen uns in jedem Jahr, im Rahmen des Tätigkeitsberichtes ein möglichst breites und auch sehr deutliches Bild der Arbeit der Bayerischen Landesärztekammer als unserer Berufsvertretung zu geben. Ich bin sicher, daß wir – zusammen mit den Ausschlußberichten – auch diesmal wieder Informationen für die eigene Arbeit geben können.

### Schon über 25 000 Ärzte in Bayern

Auf die Entwicklung der Arztzahlen möchte ich besonders hinweisen (vgl. auch Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer, BayÄBl. 9/1982, Seite 704): Wir haben 25 450 berufstätige Ärzte in Bayern und damit eine Relation zur Einwohnerzahl von 1 : 430 erreicht. Zum Vergleich: Anfang 1955, bei Beginn meiner Amtszeit, betrug die Zahl der Ärzte in Bayern 13 900! Die Zahl der nicht mehr berufstätigen Ärzte beträgt immerhin 5385, also über 17 Prozent – eine stattliche Zahl in Relation zur Gesamtzahl von 25 450. Das sind natürlich nicht alles Ärzte im Ruhestand, die vorher in Bayern gearbeitet haben, sondern auch solche Kollegen, die ihr berufliches Leben irgendwo anders in der Bundesrepublik verbracht haben und es vorziehen, in ihrer Pensionszeit nach Bayern zu gehen, um dort die gute Luft zu genießen.

Unter den Ärzten am Krankenhaus ist die Zahl an – ich möchte einmal sagen – „Nachwuchsärzten“ mit 89 Prozent außerordentlich hoch. Hier



Professor Dr. Hans J. Sewering

drückt sich bereits die Nachwuchswelle aus. Im Berichtsjahr wurden 785 Anerkennungen für Gebiete ausgesprochen. Erfreulich ist dabei die Zahl der Allgemeinärzte; sie ist mit 153 gegenüber dem Vorjahr (mit 108) deutlich angestiegen. Das ist eine Entwicklung, die wir sehr begrüßen. Wir wissen alle, daß die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin durch die Unterteilung in verschiedene Abschnitte eigentlich besonders schwer ist, weil die Kollegen mehrfach ihre Stelle wechseln müssen. Anerkennung für Teilgebiete wurden im abgelaufenen Jahr 85 ausgesprochen. Die Zahl ist nicht sonderlich hoch, wohl aber die Zahl der Zusatzbezeichnungen: 396!

### Prüfung nach der Weiterbildung hat sich bewährt

Seit einigen Jahren ist zum Abschluß der Weiterbildung eine Prüfung vorgeschrieben. Noch nicht alle Weiterbildungsgänge fallen unter diese Vorschrift, weil sie nur Wirkung hatte für diejenigen, die nach der Änderung der Weiterbildungsordnung ihre Weiterbildung begonnen haben. Das heißt also, die langen Weiterbildungen: Innere Medizin oder Chirurgie fallen bis jetzt noch nicht unter die Prüfungsvorschrift. Aber es sind immerhin doch schon eine ganze Anzahl von Gebieten, bei den Teilgebieten sogar schon alle. Erfreulich wenige nur haben die Prüfung nicht bestanden. Die Prüfung am Ende der Weiterbildung ist keineswegs eine Formalität. Es wird tatsächlich ein intensives Fachgespräch mit dem Anwärter geführt. Dabei ergab sich in einigen Fällen, daß die Anwärter den Anforderungen nicht gewachsen waren und eben dann die Prüfung nicht bestanden haben. Das war je einmal in der Arbeitsmedizin, in der Anästhesiologie und in der plastischen Chirurgie, in der Unfallchirurgie und im Teilgebiet Nephrologie. Wie die Prüfer berichteten, war es in allen Fällen das theoretische Wissen, das ungenügend gewesen ist. Die Kollegen waren zwar alle in der Lage, praktische Arbeitsvorgänge sehr eindrucksvoll zu schildern. Aber Fragen nach Grundlagen, nach pathophysiologischen Zusammenhängen wurden in vielen Fällen nicht beantwortet. Insgesamt zeigen die ersten



rechts: Vertreter der medizinischen Fakultäten

Erfahrungen, daß sich die Einführung der Prüfung bewährt hat.

An der Durchführung der Weiterbildung wurde in der letzten Zeit manchmal Kritik geübt. So ist ein Vortrag publiziert worden, den Kollege Dr. Pförringer vor dem Gesundheitspolitischen Arbeitskreis der CSU gehalten hat. Ich möchte ganz eindeutig sagen, daß ich mit dessen Argumentation weitgehend *nicht* übereinstimme. Herr Pförringer hat völlig verkannt, daß der junge Arzt in der Weiterbildung sich nicht in Ausbildung befindet, sondern in voller Berufstätigkeit, daß also nach dem bei uns geltenden Recht die Weiterbildung ein Nebenprodukt der beruflichen Tätigkeit ist. Daraus ergibt sich, daß der Vorgesetzte dieses jungen Arztes sich nicht völlig darauf konzentrieren kann, ob sein junger Mitarbeiter auch wirklich lernt und es genauso macht, wie es in den Richtlinien über die Weiterbildung steht. Den Gedanken etwa, man sollte den Weiterbildern entsprechende Gehälter zahlen, statt daß sie Privatpraxis machen, halte ich geradezu für einen Ansatz zur Systemänderung, der eigentlich aus einer vollkommen anderen Ecke kommen müßte.

Wir erinnern freilich die zur Weiterbildung ermächtigten Kollegen immer wieder daran, daß sie auch eine Verpflichtung übernommen haben, ja ich würde sagen: es ist eine Berufspflicht, daß sich der leitende Arzt

um seine Mitarbeiter kümmert und dafür Sorge trägt, daß aus ihnen etwas wird. Gerade die Tatsache, daß einige Kollegen bei der Prüfung durchgefallen sind, zeigt, wie notwendig es ist. Ich hoffe, daß die Weiterbilder in Zukunft öfter ein Gespräch mit ihren Mitarbeitern über theoretische Grundlagen und pathophysiologische Zusammenhänge führen und ihnen vielleicht auch einmal ein bißchen auf den Zahn fühlen, ob sie zu Hause auch einmal eine Fachzeitschrift oder ein medizinisches Buch in die Hand nehmen. Ohne theoretische Kenntnisse geht es eben einfach nicht. Wir unterscheiden uns von anderen nun einmal dadurch, daß wir keinen handwerklichen Beruf ausüben.

Wir werden in der Zukunft hinsichtlich des zeitlichen und inhaltlichen Ablaufes der Weiterbildung gewisse Probleme bekommen. Wir müssen sehen, wie sich die Verkürzung der Gesamtarbeitszeit auswirkt; wie es sich auswirkt, wenn die Zahl der Bereitschaftsdienste reduziert wird, oder wenn womöglich die Zahl der jungen Ärzte an den Krankenanstalten vermehrt werden sollte. Sollte sich der Spruch: „Ja, da setzen wir eben auf eine Planstelle dann zwei“ bewahrheiten, war das eine verhängnisvolle Entwicklung, denn so lösen wir das Nachwuchsproblem mit Sicherheit nicht. Wenn sich die vorhandene Arbeit in einer Abteilung auf allzu viele Ärzte verteilt, dann ist natürlich die Erfüllung der

Voraussetzungen für die Weiterbildung erschwert. Das muß man ganz nüchtern sehen. Das gilt nicht nur für die operativen Fächer, wo man ja den Operationskatalog unter anderem bewältigen muß, sondern auch für die konservativen Fächer; auch dort gibt es viele Kenntnisse und Fertigkeiten, die eben gelernt werden müssen, die man einfach oft genug gemacht haben muß und die man nur dann richtig lernt, wenn man oft genug dazu Gelegenheit hat. Hier wird sich unter Umständen ein Problem für den ärztlichen Nachwuchs ergeben.

Was die Gesamtzahl des Nachwuchses angeht, kennen wir alle die Probleme, die auf uns zukommen. Wir stehen vor dem Faktum, daß pro Jahr nicht mehr als etwa fünfeinhalbtausend Stellen in der Bundesrepublik frei werden. Wir beobachten aber auch, daß es manche Kollegen heute vorziehen, am Krankenhaus zu bleiben – auch in einer nachgeordneten Position –, weil sie das Risiko der freien Praxis nicht auf sich nehmen wollen. Dafür kann man durchaus Verständnis haben.

#### Wegfall des „Fach“ ist rechtens

Die Bestimmung der Weiterbildungsordnung über die Führung von Bezeichnungen ist inzwischen für das Land rechtskräftig geworden, nachdem auch der Bayerische Verfassungsgerichtshof die Rechtmäßigkeit dieser Bestimmung der Weiterbildungsordnung bestätigt hat. Das Urteil des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs sagt ganz klar, daß die von uns beschlossene Änderung der Bezeichnungen, also Wegfall der Vorsilbe „Fach“, rechtens ist und auch im allgemeinen Interesse liegt – auch hinsichtlich der Kollegen, die eine Urkunde hatten, in der noch die alte Bezeichnung „Facharzt“ enthalten ist. Die Ärztlichen Kreisverbände wurden inzwischen vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer gebeten, darauf zu drängen, daß die Schilder, Briefbögen usw. entsprechend geändert werden. Das sollte nun zügig vor sich gehen. Ich habe kein Verständnis dafür, wenn jemand seiner alten Bezeichnung „Facharzt“ nachweint; denn die jetzt eingeführten Kurzbezeichnungen oder „Arzt für“ besagen dasselbe. Und wir haben damit eine einheitliche Bezeichnung für alle Ärzte, jeder Zweifel an der Qua-

lifikation kann ausgeschaltet werden. Ich darf also jeden bitten, an seinem Wirkungsbereich diese Maßnahme zu unterstützen und dafür Sorge zu tragen, daß nun endlich die Weiterbildungsordnung auch in diesem Punkt vollzogen wird.

Hinsichtlich der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis werden wir möglicherweise noch in diesem Jahr eine Klärung bekommen. Denn dazu ist eine Klage beim Bundessozialgericht anhängig. Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hatte die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis abgelehnt, und nunmehr hat als letzte Instanz das Bundessozialgericht zu entscheiden. Für die Gemeinschaftspraxis als solche ist bekannt, daß die Bezeichnung „Gemeinschaftspraxis“ auf dem Arztschild angegeben werden muß, damit der Patient Bescheid weiß. Die Möglichkeiten der Praxisgemeinschaft sind unbegrenzt; es bleibt den Kollegen einer solchen Praxisgemeinschaft völlig unbenommen, welche internen vertraglichen Regelungen sie miteinander treffen. Zur Bezeichnung „Ärztelhaus“ und der damit zusammenhängenden Rechtsprechung sei auf den anschließenden Bericht des Kollegen Dr. Braun verwiesen.

Zum Thema Sozialpsychiatrie: Ich habe meine Auffassung – die Auffassung, die die Kammer in einem Gespräch gegenüber dem Sozialministerium vertritt – schon in der öffentlichen Veranstaltung des 35. Bayerischen Ärztetages dargelegt (vgl. dazu auch das November-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“, Seite 833 ff.). Die Verhandlungen mit den Herren des Sozialministeriums verliefen sehr konstruktiv. Ich bin sicher, daß es uns gelingen wird, ein Konzept zu entwickeln, das ganz unzweideutig klarstellt, daß wir in Ergänzung der ärztlichen Versorgung durch Ärzte an Krankenhaus und Klinik eine soziale Betreuung der psychisch Kranken benötigen, aber keine sozialpsychiatrischen Dienste.

#### **Zusammenarbeit Krankenhaus/ Praxis: Emotionen abgebaut**

Das Verhältnis ambulante Praxis/  
Krankenhaus hat uns in den letzten zwei Jahren besonders beschäftigt. Ich möchte durchaus nicht verkennen, daß es zunächst so aussah, als sei es ein „heißes Thema“, möchte



Gäste (von rechts nach links): Bundesärztekammer-Präsident Dr. Vilmar, Ministerialdirigent Dr. Ecknigk, Ministerialdirigent Dr. Drausnick, Ministerialrat Scholz, Abteilungsdirektor Albrecht, daneben die Justitiere Rechtsanwalt Poellinger und Rechtsanwalt Dr. Till sowie Dr. Sluke

aber gleich hinzufügen: es ist gelungen, die Emotionen weitgehend abzubauen und das Thema einer sachlichen Behandlung zuzuführen. Wir haben alle zusammen ein Interesse daran, hier für Klarheit zu sorgen, Begriffe wie „Selbsteinweisung“ auf ihre Berechtigung zu untersuchen, auch das Verhältnis Krankenhausärzte zu Krankenhausträgern einmal klar zu durchleuchten. In einem Gespräch, das die beiden Ausschüsse „Krankenhaus“ und „Angestellte Ärzte“ sowie Vorstandsmitglieder der Kammer erst vor kurzem wieder geführt haben, kam der gemeinsame Wille zum Ausdruck, diese Fragen innerärztlich und ohne jede gegenseitige Spannung zu behandeln. Wir müssen zu einer Klärung kommen; darüber sind wir uns alle einig. Wir müssen auch an die Kostenentwicklung denken, die damit zwangsläufig verbunden ist.

Noch einmal betone ich: hier geht es nicht um Fragen eines Verteilungskampfes, sondern um Fragen des richtigen Einsatzes der richtigen Mittel. Hier muß ganz klargestellt werden, daß kein Arzt unter irgend einem Druck stehen darf: Weder darf der ambulant tätige Arzt unter Kostendruck falsche Entscheidungen treffen, noch der Krankenhausarzt gezwungen werden, Entscheidungen zugunsten der Bettenbelegung zu treffen, weil das der Krankenhausträger will. Wir wollen also die beiden Gruppen der Ärzte

nicht in eine Kontra-Stellung hineintreiben lassen durch Krankenversicherung auf der einen und Krankenhausträger auf der anderen Seite.

Um für die Bearbeitung und Beratung dieses Themas noch weitere Grundlagen zu schaffen, wird im „Bayerischen Ärzteblatt“ eine Reihe von Beiträgen zu diesem Thema veröffentlicht (sie begann im November-Heft mit einer umfangreichen Darstellung der Krankenhauslandschaft, der Zahlen, der Kostenfaktoren, durch einen Repräsentanten der Krankenhausträgerseite, den Münchener Berufsmäßigen Stadtrat Dr. Genzel). Neben den Krankenhausträgern wird die Krankenversicherung zu Wort kommen; und Kollege Dr. Fuchs, unser Vizepräsident, wird für den Januar voraussichtlich den nächsten Artikel aus der Sicht des Krankenhauses schreiben. Ich werde mich natürlich auch an das Sozialministerium wenden mit der Frage, ob der Wunsch besteht, aus der Sicht des für die Krankenhausplanung zuständigen Ministeriums an dieser Reihe mitzuwirken. Ich bin sicher, daß es uns gelingen wird, dieses schwierige Thema zu bewältigen und zu verdeutlichen, daß hier keine Gegnerschaften bestehen dürfen, sondern daß wir gemeinsam ein Problem bewältigen und lösen wollen, das uns nun einmal auf den Nägeln brennt und das gelöst werden muß.

## Die Approbationsordnung scheiterte an den hohen Studentenzahlen

Approbationsordnung für Ärzte, ärztliche Ausbildung – ein Dauerbrenner. Welcher Ärztetag muß sich nicht damit beschäftigen? Seit Jahren praktisch jeder; und auch zwischen den Ärzetagen müssen wir uns ständig mit Fragen der Ausbildung beschäftigen.

Die Approbationsordnung ist leider allzu oft völlig falsch dargestellt und beurteilt worden. Wenn man sie einmal wirklich genau liest und sich mit den Grundgedanken beschäftigt, die ihre Väter hatten, als sie diese Approbationsordnung ausarbeiteten, dann muß man sagen: nicht die Approbationsordnung ist schuld an unserer Misere. Die Approbationsordnung konnte bis zur Stunde überhaupt noch nie voll durchgeführt werden, weil die Massen der Studenten sie einfach zugeschüttet haben. Seinerzeit, als man diese Approbationsordnung erarbeitete, rechneten wir mit 5000 bis 6000 Studenten pro Jahr. Jetzt haben wir nahezu die doppelte Zahl. Die Kernelemente der Approbationsordnung waren deshalb nicht mehr durchführbar. Wie soll denn an einer Ausbildungsstätte der Unterricht wirklich in der kleinen Gruppe stattfinden, wenn so riesige Studentenzahlen zu bewältigen sind? Dabei ist natürlich auch noch zu berücksichtigen, daß die Zahl der Patienten im klinischen Unterricht die praktischen Ausbildungsmöglichkeiten limitiert. Die Zumutbarkeit für den Patienten muß beachtet werden; man kann ihn nicht einfach überschwemmen mit Studenten, die etwas lernen sollen. Bei den derzeitigen Zahlen mögen auch zu wenig Ausbilder vorhanden sein. Aber ich glaube, daß der Staat die Zahl der Planstellen für Hochschullehrer nicht an den derzeitigen Studentenzahlen ausrichten kann, weil das finanziell nicht zu verkraften ist.

Aus dieser Situation ergibt sich auch eine andere Beurteilung der Frage der Prüfungen. Es wird immer wieder betont, es ginge einfach nicht an, daß man im Laufe einer ärztlichen Ausbildung nur schriftliche Prüfungen macht. Das stimmt völlig. Aber das war auch nie beabsichtigt! In der Approbationsordnung war vorgesehen, daß die Studenten in der kleinen Gruppe unter permanenter Anleitung und Aufsicht arbei-

ten müssen und daß ihre Anwesenheit, ihre Mitwirkung und ihr Lernerfolg kontinuierlich vom verantwortlichen Hochschullehrer überprüft werden. Das heißt, der Student wäre einer fortlaufenden mündlichen Prüfung am Krankenbett, am Objekt unterzogen gewesen; die schriftlichen Prüfungen, wie sie die Approbationsordnung vorsieht, sollten nur zwischengeschaltete Prüfungen zum Abfragen des kognitiven Wissens sein. Nur in dieser Kombination aus permanenten mündlich/praktischen und schriftlichen Prüfungen konnte ein brauchbares Ergebnis erwartet werden. Daß ein Teil dieser Kombination untergegangen ist, ist nicht die Schuld der Approbationsordnung, sondern einfach das Ergebnis einer Entwicklung, an der wir nicht die Schuld tragen.

Die schriftliche Prüfung, von der bei uns manche sagen, sie sei völlig ungeeignet, man schaffe sie am besten vollkommen ab, wird nach wie vor international angewandt und noch ausgebaut. In den Vereinigten Staaten beschäftigen sich Wissenschaftler mit der Ausgestaltung der schriftlichen Prüfungen. Ich habe gerade vor wenigen Wochen ein neues Konzept bekommen über neue Formen der schriftlichen Prüfung, die in den Vereinigten Staaten jetzt eingesetzt werden und die sich außerordentlich bewähren. Die Amerikaner gehen sogar so weit, Fallsimulationen über den Computer schriftlich zu prüfen. Aber im Prinzip gilt für uns wie auch für die Vereinigten Staaten, daß natürlich nur eine kombinierte Kontrolle des Lernerfolges möglich ist. Was ich hier vortrage, ist nicht eine Einzelauffassung. Die Approbationsordnung wollte tatsächlich etwas anderes, als das, was heute geschieht. Das läßt sich auch dem Entwurf einer Vierten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte in der Begründung entnehmen, wo ausgeführt wird: „Entgegen der Intention der Approbationsordnung für Ärzte werden mündliche und mündlich/praktische Leistungskontrollen im Rahmen der Scheinerteilung bei den Pflichtunterrichtsveranstaltungen nicht oder nur vereinzelt durchgeführt. Leistungskontrollen dieser Art sind aber erforderlich, damit in ausreichendem Maße auch ärztliche Fähigkeiten und Fertigkeiten geprüft werden können. Die schriftliche Prüfung nach dem M-C-Verfahren ermöglicht weitgehend nur eine Prüfung

# Amoxi-Tablinen<sup>®</sup>

1000 mg Amoxicillin

neu  
von Sanorania

## 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. Masernähnliche 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.-**

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

des kognitiven Wissens. Mündliche und mündlich/praktische Prüfungen können außerdem wesentlich zu einer Verbesserung der Ausbildung beitragen.“

Damit wird von seiten des Verordnungsgebers bestätigt, was wir seit Jahr und Tag predigen, was aber manche immer noch nicht glauben wollten, wenn über die schriftliche Prüfung oder über die Umstellung auf die mündliche Prüfung diskutiert worden ist.

Dieser Entwurf einer Änderung der Approbationsordnung ist noch von der vorhergehenden Leitung des Gesundheitsministeriums herausgebracht worden. Ich bin der Meinung, daß vieles darin völlig sachlich zu beurteilen ist und euch weiterhin Grundlage der Beratungen bleiben kann. Interessant ist freilich, wie auch hier an einer Stelle wieder versucht wurde, ein kleines bißchen Systemänderung hineinzubringen: In § 10 der Approbationsordnung, wo es um die Bescheinigungen geht, die vorliegen müssen, um überhaupt zum Studium zugelassen zu werden, soll unter b) („Zeugnis über die allgemeine Hochschulreife“) eingefügt werden: „oder das Zeugnis über eine zum Studium der Medizin berechtigende fachgebundene Hochschulreife, die von allen Ländern anerkannt wird.“ In der Begründung kann man dazu lesen, eine solche fachgebundene Reife gebe es zwar noch gar nicht, aber man wolle sie doch vorsorglich hineinschreiben für den Fall, daß es sie später einmal gibt. Hier wird schon für die Bildungsstufe des Gymnasiums angepeilt (was übrigens in den Ostblockländern schon längst gemacht wird), den einzelnen nur noch in einem ganz engen Kanal, für einen bestimmten Beruf auszubilden. Dadurch würde erreicht, daß keiner mehr auf eigenen Beinen stehen kann. Das ist natürlich ein gesellschaftspolitisches Prinzip; es sollte mit der zitierten Bestimmung klammerheimlich eingeführt werden.

Über eine praktische Ausbildung nach Abschluß des Universitätsstudiums steht in diesem Entwurf nichts. Diese Thematik wird sicherlich jetzt wieder neu auf den Tisch kommen. Denn nach wie vor muß man davon ausgehen, daß (jedenfalls bei den derzeitigen Studentenzahlen; wahrscheinlich aber auch



Oberbayerische Delegierte

bei normalen Studentenzahlen) nach einem sechsjährigen Studium die Fähigkeiten für die Ausübung einer Praxis ganz einfach nicht vorhanden sein können. Wir sind bei allen Ausbildungsregelungen früher immer davon ausgegangen, daß jeder junge Arzt nach dem Erhalt der Approbation ohnedies in ein Krankenhaus geht und, auch ohne daß man es vorschreibt, eine mehrjährige klinische Weiterbildung erfährt; das ist leider jetzt nicht mehr selbstverständlich.

#### **Die Eignungszeit läßt immer noch auf sich warten**

Wir müssen nach wie vor darauf drängen, daß in irgendeiner Form eine praktische Ausbildung am Krankenhaus nach Abschluß der Universitätsausbildung vorgesehen wird. Nach den Vorstellungen, die auch im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft diskutiert werden, wären zwei Jahre erforderlich. Ein Gesetz, das der Bundesarbeitsminister schon seit etwa zwei Jahren über die Einführung einer Vorbereitungszeit für die Zulassung zur Kassenpraxis angekündigt hat, ist nach wie vor noch nicht vorangekommen. Wie die neue Bundesregierung das nun beurteilt, wissen wir noch nicht. Auch im Koalitionspapier sind darüber keine Aussagen enthalten, was bei der Kürze der Zeit auch gar nicht möglich war. Jedenfalls bin ich nach wie vor der Meinung, daß EG-Grundsätze einer solchen Regelung, die

auch übergangsweise möglich wäre, nicht entgegenstehen. In Großbritannien hat man inzwischen ein Gesetz erlassen, wonach ein Arzt, der als Allgemeinarzt zum staatlichen Gesundheitsdienst gehen will, eine dreijährige Weiterbildung – Ausbildung heißt es dort – ableisten muß; sonst wird er einfach nicht für den Gesundheitsdienst zugelassen. Die Engländer haben sich also in keiner Weise daran gestört, daß es vielleicht EG-Richtlinien geben könnte, sondern das Gesetz einfach im Unterhaus durchgedrückt. Das, so meine ich, wäre auch bei uns richtig gewesen.

#### **Die Medizinstudentenzahl bleibt hoch**

Zum Thema Studienplätze: Es waren zuletzt 45 000 Bewerber für Humanmedizin, Zahnmedizin und Veterinärmedizin registriert. Davon dürften fast 40 000 auf die Humanmedizin entfallen. Es ist also immer noch so, daß drei- bis viermal so viele Bewerber für das Medizinstudium vorhanden sind, als Studienplätze trotz dieser enormen Aufblähung der Kapazitätsszahlen angeboten werden. Der Rückgang der Abiturientenzahlen wird sich demnach kaum auf die Studentenzahlen in der Medizin auswirken. Wenn nämlich der Run zum Medizinstudium nicht nachläßt, würde auch bei einer Halbierung der Abiturientenzahlen die Zahl der Bewerber immer noch so groß sein, daß wir nicht da-

mit rechnen können, daß die Kapazität für diejenigen, die angenommen werden, gesenkt wird.

Ein problematisches Urteil zur Kapazitätsfrage haben wir vom Bundesverfassungsgericht bekommen. Das Gericht hat auf Klage einiger abgewiesener Abiturienten festgestellt, daß die Zulassung zum Medizinstudium sich zu orientieren habe an der Kapazität der Vorklinik und daß in einem liberalen Staat der Bewerber, der auf diese Weise zum Medizinstudium zugelassen wird, eventuell nicht damit rechnen kann, daß er auch einen Platz im klinischen Studienabschnitt bekommt. Das heißt, jemand, der vorklinisch studiert, muß das Risiko einfach tragen, nach dem Physikum keinen Platz mehr zu bekommen, um weiterzustudieren. Das Urteil könnte noch in einer anderen Hinsicht Bedeutung bekommen: Wenn nämlich eine zweijährige Weiterbildungszeit oder Ausbildungszeit (bei einer Regelung durch die Approbationsordnung würde sie Ausbildung sein) nach Abschluß des Universitätsstudiums eingeführt werden würde, dann müßten bei den Jahrgangsstärken, mit denen wir es zu tun haben, an den Krankenhäusern etwa 23 000 bis 24 000 solcher Ausbildungsplätze vorgehalten werden. Wenn ich mir aber das Urteil anschau, dann ist diese Meinung nicht mehr haltbar. Denn wenn das Bundesverfassungsgericht schon sagt: ob der Bewerber im zweiten Abschnitt seiner Ausbildung einen Platz bekommt, ist seine Sache und sein Risiko, dann läßt sich daraus auch schließen, daß es sein Risiko ist, ob er nach Abschluß des Universitätsstudiums einen Ausbildungsplatz an einem Krankenhaus bekommt, um die praktische Ausbildung abzuleisten.

Mit einer zweijährigen praktischen Ausbildungszeit, die rechtlich nach der Approbationsordnung möglich ist (allerdings müßte auch die Bundesärzteordnung geändert werden), hängen eine Fülle weiterer Probleme zusammen. Zum Beispiel sollen diese jungen Kollegen Unterhaltsbeihilfe bekommen, soll das BAFöG verlängert werden? Arbeitsverträge könnten sie, wenn es sich um Ausbildung handelt, nicht bekommen, andererseits könnten die Krankenhasträger keine Aufwendungen machen, weil sie diese im Selbstkostenblatt gegenüber den Kosten-

trägern nicht geltend machen könnten. Alles offene Fragen.

Das gilt auch für die Forderung der Rektorenkonferenz nach Einführung eines pflichtgemäßen Krankenpflegedienstes. Auch hier stellt sich die Frage nach Stellen für die jungen Leute. Sie sind ja primär keine Entlastung, sondern eine Belastung des Personals. Sollen sie eine Unterhaltsbeihilfe bekommen, welche Arbeit sollen sie leisten?

In diesen Zusammenhang gehört auch eine Frage, die immer wieder diskutiert wird: Wie sieht es mit der Haftpflicht bei der praktischen Beschäftigung von Studenten aus? Es wurde die Sorge geäußert, daß der Hochschullehrer, also der Lehrende, die Haftpflicht für das Tätigwerden der Studenten trage. Ich darf noch einmal versichern (wir haben es im Kammervorstand schon diskutiert): dies trifft nicht zu. Nach dem Staatshaftungsgesetz trägt die gesamte Haftung allein der Klinikträger, also in diesem Fall, soweit es sich um Universitätskliniken handelt, der Staat. Rückgriffsrechte des Staates gegenüber einem „Bediensteten“, wie man es so schön nennt, also auch gegenüber einem Hochschullehrer, gibt es nur, wenn grobe Fahrlässigkeit im Einzelfall nachgewiesen wird. Das ist auch Inhalt einer Stellungnahme der Universität München, die das allerdings vielleicht nicht mit der genügenden Deutlichkeit zum Ausdruck brachte. Aber in dieser Hinsicht kann ich die Kollegen völlig beruhigen: Nochmals ein Durchschlagen der Haftung gibt es nicht, der Dienstherr muß im Einzelfall die grobe Fahrlässigkeit seines Bediensteten nachweisen.

#### Krebsregister: Vorrang des Patientenrechts

Beim Thema Krebsregister geht es mit Sicherheit *nicht* darum, die in der Datenverarbeitung gespeicherten Fakten über die Diagnostik und Behandlung von Patienten einer Klinik der Forschung zu entziehen. Wenn das Tumorzentrum München etwa als Zusammenschluß von Kliniken in einer gemeinsamen Datenverarbeitung die Unterlagen der eigenen Patienten speichert, dann ist es selbstverständlich, daß sie auch der wissenschaftlichen Forschung zugänglich sind. Es bestehen auch keine Bedenken dagegen,

neu  
von  
Sanorania

**Indorektal®**  
100 mg Indometacin

**Indo-Tablinen®**  
50 mg Indometacin

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 Hamatopoese,  
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.
<b>stark gesenkte Preise</b>	<b>9.90</b>	<b>46.00</b>
	20 Tabl.	50 Tabl.
	<b>5.60</b>	<b>12.70</b>

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



Münchener Delegierte

wenn die Zentren – etwa in München, Erlangen und Würzburg – sich darüber einigen, an ihren Unterlagen gleiche Fragestellungen, auch epidemiologische Fragestellungen, zu untersuchen, die Ergebnisse zu vergleichen oder zusammenzutragen. Sie sind in dem Fall ja bereits anonymisiert.

Wogegen wir uns wehren, ist der Versuch, staatliche Krebsregister zu errichten, an die – gewissermaßen auf Vorrat – personenbezogene die Daten der Tumorkranken gemeldet werden sollen, aus denen sich eine Forschergruppe oder Forscher, wenn sie nur ein Interesse geltend machen, bedienen und epidemiologische Untersuchungen machen können. Wir halten eine solche Vorratshaltung von Daten generell für einen Weg, der in unserem Staat nicht beschritten werden sollte.

Der Dissens zwischen dem Strafgesetzbuch und der hier über Landesgesetz vorgesehenen Meldemöglichkeit ist nicht ausgeräumt. Uns kann auch nicht zugemutet werden, hier ein Risiko einzugehen. Ich bin grundsätzlich der Meinung, daß gerade wir Ärzte die Verpflichtung haben, dafür Sorge zu tragen, daß wirklich nur das weitergegeben wird, was unvermeidbar weitergegeben werden muß. In einem Sozialstaat ist das ohnedies bereits viel zuviel. Man kann freilich nicht erwarten, daß Einrichtungen der sozialen Sicherheit oder auch der Krankenversicherung Leistungen gewähren,

ohne daß der einzelne, der solche Leistungen haben will, seine gesundheitlichen Verhältnisse offenbart. Das ist eine Konsequenz des Sozialstaates, an der wir nicht vorbeikommen. Auch die privaten Krankenversicherungen haben keine Hemmungen, solche Fragen bis ins Detail zu untersuchen, bevor sie Leistungen erbringen. Niemand wird eine größere Lebensversicherung unterbringen, wenn er nicht seine Ärzte von der Schweigepflicht entbindet.

Eine Gefahr ist abgewendet, nämlich die der Errichtung sogenannter Mitgliederverzeichnisse der gesetzlichen Krankenversicherung, wie sie vom „Haus Ehrenberg“ in einem Entwurf harmlos bezeichnet wurden. Ein solches „Mitgliederverzeichnis“ sollte über 200 Fragen über den einzelnen Versicherten und seine Familienangehörigen enthalten; die Angaben sollten gespeichert werden. Die gesetzliche Krankenversicherung hat diesen Entwurf massiv zurückgewiesen – allerdings nicht mit der Begründung „Schweigepflicht“ oder „Schutz der Persönlichkeitssphäre“, sondern weil es sie Hunderte von Millionen gekostet hätte. Ein möglicher Gewinn durch die Information hätte in keinem Verhältnis zu den Aufwendungen gestanden. Ich glaube, daß der Gedanke jetzt auch nicht mehr weiterverfolgt wird. Wir können darüber nur sehr froh sein. Wir sollten uns ganz allgemein auf den Standpunkt stellen: bei der vorsorglichen Spel-

derung personenbezogener Daten (in der Meinung, man könne sie einmal brauchen) gehen wir nicht mit. Wes heute den Epidemiologen recht ist für die Tumorerkrankungen, ist morgen anderen recht für Rheuma- oder Kreislauf- oder Hochdruckkranke.

Daß wir diese nachdrückliche Ablehnung staatlicher Krebsregister nicht aus Wissenschaftsfeindlichkeit oder aus einer Ignoranz gegenüber dem Problem Tumorerkrankungen betreiben, brauche ich wohl nicht zu unterstreichen. Gerade wir in Bayern haben auf dem Gebiet der Vorsorgeuntersuchungen, der Tumornachsorge und der Schaffung von stationärer Nachsorgeeinrichtungen ganz besonders viel gearbeitet. Die von uns durchgeführte Tumornachsorge mit Anonymisierung über eine Kennziffer, die nur der Arzt kennt, zeigt, daß es auch Wege gibt, ohne daß man jeden Patienten mit Namen, Vornamen und Geburtsdatum usw. speichert.

Die Bayerische Staatsregierung hat im übrigen zu dem Entwurf eines Gesetzes über ein staatliches Krebsregister, der vom Bundesgesundheitsminister kam, erfreulich ablehnend Stellung genommen.

#### **Gebührenordnung – wesentliche Verbesserungen nicht in Sicht**

Der Entwurf einer Amtlichen Gebührenordnung hat quer durch die Ärzteschaft Ablehnung gefunden. Das war bei den darin enthaltenen Bestimmungen nicht anders zu erwarten, die grundlegende Veränderungen gegenüber der bisherigen Gebührenordnung bedeuten. Die Verhandlungen mit den zuständigen Stellen haben, das muß man ganz nüchtern sehen, bisher kaum Anhaltspunkte ergeben, daß wir Chancen hätten, zu wesentlichen Veränderungen dieses Entwurfs zu kommen. Wir sollten euch auf den Regierungswechsel keine allzu großen Hoffnungen setzen. Die Bundesländer – auch die CDU-geführten Bundesländer einschließlich Bayern – haben sich im Prinzip bereits dazu bekannt, den Entwurf in der Form zu verabschieden, wie er vorliegt. Es wird vielleicht möglich sein, kleinere Veränderungen durchzusetzen, für grundlegende Veränderungen im Interesse der Ärzteschaft dürften wir auch bei dem neuen Bundesar-





Niederbayerische Delegierte

beitsminister wohl wenig Echo erwarten. Die Äußerungen von Herrn Blüm lassen jedenfalls keine großen Hoffnungen aufkommen. Er hat sich mehrfach zu den ärztlichen Umsätzen und Einkommen geäußert, und ich glaube nicht, daß er sich gleichsam über Nacht, nachdem er Minister wurde, anders einstellen wird. Die Bayerische Staatsregierung hat durch Kabinettsbeschluß den Entwurf grundsätzlich begrüßt und lediglich eine Reihe von Änderungen im Bundesrat vorgebracht. Letzten Endes ist er also auch in Bayern, obwohl er „von der anderen Ecke“ kam, grundsätzlich akzeptiert worden.

#### SPD-Gesundheitsprogramm: wie gehabt

Ich möchte schließlich noch auf einige politische Aspekte eingehen, wie sie sich zur Zeit darstellen.

Im Fachprogramm Gesundheit der bayerischen Sozialdemokratischen Partei findet man so ungefähr alles, was wir schon bisher kannten; ich habe jedenfalls keine neuen Gesichtspunkte entdeckt. Es ist wieder die Rede davon, daß der kranke Mensch, der einen Arzt aufsuche, in zunehmenden Maße mit der Apparat-Medizin konfrontiert werde; daß die gegenwärtige Form der Medizin die Probleme nicht lösen könne. Dann findet sich die Forderung, die niedergelassenen Ärzte sollten „entlastet“ werden von vorwiegend technischen Verrichtungen (eine

freundliche Umschreibung der MTZI) oder die Forderung nach Zulassung von Ambulanzen an Krankenhäusern verschiedener Stufen. Es werden die Einrichtung vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Betreuung und schließlich der Abbau der Privatliquidation in den Krankenhäusern gefordert, wobei der Freistaat Bayern bei den Universitätskliniken beginnen soll. Natürlich wird auch der Ausbau der sozialpsychiatrischen Dienste gefordert. Für die Gesundheitsämter wird der Auf- und Ausbau der Schwangeren- und Mütterberatung verlangt, also eine Aufgabe, die ganz typisch in den Bereich der praktizierenden Ärzteschaft gehört. Zum Schluß ist dann auch noch davon die Rede, die Finanzprobleme im Gesundheitswesen ließen sich nur dann lösen, wenn an den Ursachen angesetzt werde, d. h., die unsinnige Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung überwunden, der Zugriff der Anbieter von Gesundheitsleistungen auf die gesetzlichen Krankenkassen eingeschränkt und die Produkte der Pharmaindu-

Die Berichte der Vorsitzenden der von der Kammer eingerichteten Ausschüsse werden in der Januar-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht werden.

strie und der Geräte- und Apparatersteller zu vernünftigen Preisen angeboten werde. Also insgesamt eine Zusammenfassung von Forderungen, die wir aus Programmen sowohl der SPD wie verschiedener Gewerkschaften bereits kennen.

#### Das Koalitionspapier

Mit Aufmerksamkeit haben wir natürlich das Koalitionspapier durchgesehen. Es ist in großer Eile zustande gekommen. Minister Dr. Pirkel, der an den gesundheits- und sozialpolitischen Fragen mitgewirkt und diese zusammen mit den Herren Blüm und Dr. Mischnick bearbeitet hat, hat mir erzählt, daß sie kaum mehr als drei Stunden Zeit gehabt hätten, um einige Programmpunkte zusammenzustellen. Man darf also nicht davon ausgehen, daß dieses mit „Ergebnis der Koalitions-gespräche“ überschriebene bereits ein ausgearbeitetes Regierungsprogramm sei. Aber es enthält doch eine ganze Anzahl von Punkten, die uns berühren; zum Beispiel: die Erhöhung der Mehrwertsteuer um einen Prozentpunkt, also von 13 auf 14 Prozent. Das trifft uns deswegen, weil wir die Mehrwertsteuer nicht weitergeben können, sie also selber bezahlen müssen. Dann, die für zwei Jahre vorgesehene Zwangsanleihe in Höhe von fünf Prozent der Steuerschuld, die einige Jahre später zinslos wieder zurückgezahlt werden soll. Diese Anleihe dürfte die Freiberufler, aber auch die Krankenhausärzte in einem erheblichen Umfang treffen. Daß der Beitrag der Arbeitslosenversicherung zur Krankenversicherung weiterhin nach dem letzten Bruttolohn entrichtet wird, ist beruhigend. Das SVÄG, welches die alte Bundesregierung noch eingebracht hatte, betraf vor allem diesen Punkt. Mit ihm sollte geregelt werden, wie das Defizit, das bei der Krankenversicherung durch Minderzahlungen aus Nürnberg entstanden wäre (man sprach von 1,3 Milliarden), wieder ausgeglichen werden sollte. Da ist eine ganze Reihe von Rezepten entstanden, z. B. die Negativliste mit den Arzneimitteln, mit der allein 560 Millionen eingespart werden sollten (obwohl der Ausnahmeparagraph so weit gefaßt ist, daß man sich eigentlich fragen mußte, was überhaupt an Nicht-Verordnungsfähigem übrigbleibt). Dieses Problem ist zwar jetzt vom Tisch, es werden andere nachkommen.

Der Beitrag zur Rentenversicherung beträgt ab 1. Januar 1984 18,5 Prozent. Das betrifft die engestellten Ärzte insofern, als sich daran auch der Beitrag zur Ärzteversorgung orientiert. Außerdem wird der Krankenversicherungsbeitrag der Rentner erhoben. Die flexible Altersgrenze soll auf 60 Jahre gesenkt werden, aber mit versicherungsmathematischen Abschlägen. Das heißt also, wer früher in Rente gehen will, erhält aufgrund versicherungsmathematischer Berechnungen entsprechend weniger. Man kann nur hoffen, daß die Rentenversicherung wieder auf solide Füße gestellt wird, daß die versicherungsmathematischen, versicherungspolitischen Grundsätze wieder zum Tragen gebracht werden, um endlich einmal dieses Gebilde wieder in Ordnung zu bringen. Wieweit das gelingen wird, wieweit wieder Kompromisse gemacht werden müssen, ist natürlich eine andere Frage.

Dann wird die Eigenbeteiligung bei Krankenhausaufenthalt auf 14 Tage erweitert, ausgenommen Kinder unter 18 Jahren. Die pädiatrischen Kliniken werden also von dieser Sorge befreit. Wie die Zahlung im übrigen gehandhabt werden soll, ist offen. Im alten Gesetzentwurf wollte man die Krankenversicherungsträger mit dem Einzug dieses Betrages belasten, und zwar nicht etwa, weil sie die Zuständigen sind, sondern weil man so mit dem ganzen Sozialversicherungsänderungsgesetz den Bundesrat umgehen wollte. Hätte man nämlich die Krankenhausverwaltungen eingeschaltet, dann wäre das SVÄG ein zustimmungspflichtiges Gesetz geworden, für das man sich im Bundesrat keine Chancen ausrechnen konnte. Wie es jetzt geregelt werden soll, bleibt abzuwarten.

Dann sind Überlegungen anzustellen, ob die Inanspruchnahme von Urlaub bei Kuren die vorgesehene Selbstbeteiligung ganz oder teilweise ersetzen kann — meines Erachtens bei der zunehmenden Urlaubslänge eine sehr vernünftige Vorstellung.

Problematisch erscheint mir der Programmpunkt „Einschaltung des Vertrauensarztes“. Von jeder Krankmeldung soll der Vertrauensarzt eine Benachrichtigung erhalten. Das war früher auch schon so, ohne daß das Problem damit gelöst werden

konnte. Ich glaube also, das wird auch jetzt nicht allzu viel bringen. Ein fast etwas absurd klingender Punkt: Bußgelder für Gefälligkeitsatteste werden vorgesehen.

### **Die Ärzteschaft agiert nicht parteipolitisch**

Wir haben uns in den zurückliegenden Jahren heftig mit der sozialliberalen Koalition angelegt, vor allem auch mit dem größeren Partner, der Sozialdemokratie. Es wurde uns dabei manchmal unterstellt, wir würden parteipolitisch agieren. Ich darf deswegen gerade am Beginn einer

### **Dank**

*Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering, dankte zum Abschluß des 35. Bayerischen Ärztetages dem Ärztlichen Kreisverband Bemberg sowie dem Ärztlichen Bezirksverband Oberfranken für ihre Gastfreundschaft.*

*Mit einem herzlichen Dank an alle Mitarbeiter der Geschäftsführung der Kammer für den guten organisatorischen Ablauf schloß Professor Dr. Sewering den 35. Bayerischen Ärztetag.*

neuen Ära darauf hinweisen, daß wir mit keinem Arbeitsminister so hart gekämpft haben wie mit einem von der CDU: Als Blank Ende der fünfziger Jahre seine Vorstellungen über die Änderung des Krankenversicherungsrechtes auf den Tisch legte, haben wir mit ihm eine Auseinandersetzung geführt, da blieb — wie man so sagt — kein Auge trocken. Letzten Endes war es dann der große alte Adenauer, der diesen Streit dadurch beendete, daß er der Ärzteseite recht gegeben hat. Wir können also durchaus aus der Geschichte der Nachkriegszeit bele-

gen, daß wir ärztliche Anschauungen, ärztliche Argumente objektiv aus der Sache heraus vertreten und uns mit jedem anlegen, der gegen uns agiert und Pläne auf den Tisch legt, die wir für schädlich halten, von denen wir glauben, daß sie einer guten Fortentwicklung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, natürlich auch einer Gesunderhaltung des ärztlichen Berufsstandes entgegenstehen. Soweit ich das für meine Person erklären kann, möchte ich Ihnen versichern, daß sich daran auch gestern nicht das leiseste geändert hat. Herr Blüm und Herr Geißler werden genauso von uns angegriffen werden, wenn sie mit Plänen kommen, von denen wir aus ärztlicher Überzeugung sagen müssen, daß sie falsch sind, Schritte in die falsche Richtung sind. Das sollten wir, glaube ich, festhalten.

Demokratie ist eine schwierige Staatsform. Dessen ungeachtet sind wir sicher alle miteinander davon überzeugt, daß es die einzige Staatsform ist, die einer gutentwickelten vernünftigen menschlichen Gesellschaft würdig ist. Wir sollten deshalb alle diese Demokratie, in der wir leben, die in den letzten Jahrzehnten, seit dem Zusammenbruch, einen so hervorragenden Aufstieg genommen hat, die eine Entwicklung nahm, die niemand mehr zu hoffen wagte, auch weiterhin unterstützen und dafür sorgen, daß sie lebensfähig bleibt, daß der einzelne Bürger sich in ihr wohlfühlen kann, daß es lebenswert ist, in dieser Bundesrepublik Deutschland Bürger zu sein. Soweit wir als Ärzte und Staatsbürger dazu etwas beitragen können, sollten wir es mit aller Kraft tun. Wir sind bereit, meine ich, den Gürtel enger zu schnallen; wir sind bereit, Opfer zu bringen, aber unter gar keinen Umständen sind wir bereit, uns zum Prügelknaben von Entwicklungen oder zum Leidtragenden für Geschenke an andere Gruppen der Gesellschaft machen zu lassen. Das Gerede von den „dicken Geldbeutel der Ärzte“ und von den „Göttern in Weiß“ muß endlich aufhören. Unsere Gesellschaft muß endlich wieder anerkennen, daß die Ärzteschaft ein unverzichtbarer Bestandteil dieser Gesellschaft ist, daß ohne uns ein Weiterexistieren überhaupt nicht möglich ist. Wenn das anerkannt wird, sind auch wir bereit, unseren Beitrag für die Fortentwicklung unserer Gesellschaft zu leisten.

## Berufsaufsicht — Arzthelferinnen — Famulaturen

Vizepräsident Dr. H. Braun

Die Bayerische Landesärztekammer bekommt alle Gerichtsurteile, die gegen Ärzte ergangen sind, zugestellt, damit sie überprüfen kann, ob daraus auch berufsaufsichtliche Schritte zu erfolgen haben. Häufig handelt es sich dabei um Verstöße gegen die Straßenverkehrsordnung, wie z. B. Trunkenheitsdelikte. Wir stellen uns dabei auch den Regierungen gegenüber auf den Standpunkt, daß solche Strafen nur dann berufsaufsichtliche Konsequenzen haben sollen, wenn das Delikt in Ausübung des Berufs begangen wurde.

Das Landesberufsgericht hat ein Urteil verkündet, nach dem die Bezeichnung „Ärztelhaus“ gegen die Werbebestimmungen der Berufsordnung verstößt. Es ist nämlich ganz klar, daß mit einer solchen Bezeichnung geworben werden soll, bei dem Patienten angezeigt werden soll, daß er in diesem Haus gegenüber anderen ärztlichen Praxen Vorteile genießen könne, weil er unter einem Dach alles bekomme.

Einzelne Berufsgerichtsverfahren führten zu Verurteilungen, weil Werbung vor allen Dingen für Außenseitermethoden in der Presse insbesondere in der Regenbogenpresse, betrieben worden ist. Es häufen sich auch die Fälle, bei denen in den Tageszeitungen in großen Aufmachungen z. B. über die Eröffnung einer neuen Krankenhausabteilung oder die Inbetriebnahme einer neuen technischen Einrichtung berichtet wird. Obwohl in solchen Veröffentlichungen auch häufig die dafür neu eingesetzten Chefärzte vorgestellt werden, kann meistens berufsaufsichtlich nicht vorgegangen werden, weil die betreffenden Ärzte selbst an diesen Veröffentlichungen nicht mitgewirkt haben. Trotzdem aber muß darauf hingewiesen werden, daß jeder Arzt verpflichtet ist, auf die Journalisten einzuwirken, daß



Dr. H. Braun

mit solchen Veröffentlichungen keine ärztliche Werbung verbunden sein darf.

Die Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände, aber auch die Bayerische Landesärztekammer, werden häufig um Überprüfung von angeblich zu hohen Arztrechnungen gebeten. Dabei müssen wir immer wieder feststellen, daß auf diesem Sektor zunehmend Mißbrauch betrieben wird. Man braucht sich daher nicht zu wundern, wenn die Bundesregierung mit ihrem neuen Gebührenordnungsentwurf auch diese Mißbräuche abstellen will. Bei solchen Überprüfungen läßt sich aber immer wieder feststellen, daß viele Beschwerden wegen angeblich zu hohen Liquidationssummen unberechtigt sind. Die Betroffenen gehen nämlich meistens von der Gesamtsumme der Rechnung aus, die ihnen zu hoch erscheint. Wenn man dann im einzelnen sämtliche Leistungen durchrechnet, kommt man häufig zu dem Ergebnis, daß trotz einer hohen

Gesamtsumme nur der dreifache Multiplikator angesetzt worden ist. Diese Ärzte nehmen wir dem Patienten gegenüber natürlich immer in Schutz.

### ArzthelferInnen

Man kann den Ärzten sicher nicht zum Vorwurf machen, daß sie zur Erhöhung der Arbeitslosenzahl beigetragen haben. Die Ausbildungsstellen für Arzthelferinnen haben sich von Jahr zu Jahr vermehrt. So wurden für das Schuljahr 1980/81 wieder 373 Ausbildungsverträge mehr als im Vorjahr abgeschlossen. Wir hatten in diesem Jahr 3296 neu abgeschlossene Ausbildungsverträge. 4381 Arztpraxen haben sich bereit erklärt, Arzthelferinnen auszubilden. Dies war im Berichtszeitraum wieder eine Vermehrung um 340 Praxen.

2653 Arzthelferinnen haben 1981 ihre Abschlußprüfung gemacht, wovon 260 nicht bestanden haben. Dies sind also etwa zehn Prozent. Im gleichen Zeitraum wurden 2904 Zwischenprüfungen abgenommen.

Aus diesen Zahlen allein schon geht hervor, daß wir den Kollegen und ihren Mitarbeiterinnen, die sich nebenberuflich für die Ausbildung in den Berufsschulen zur Verfügung stellen, außerordentlich dankbar sein müssen. Es wird nämlich von Jahr zu Jahr schwieriger, Kollegen zu finden, die sich dieser zusätzlichen Arbeit stellen. Sehr belastend ist dabei der bisherige Modus der Prüfungen, die sich an manchen Schulen über zwei Wochen ausdehnen. Daß dies auch viel Geld kostet, weist der Finanzbericht der Bayerischen Landesärztekammer aus.

Häufig ergeben sich viele Schwierigkeiten auch mit den Berufsschulen. Kollege Dr. Frenzel ist seit langem dabei, eine neue Prüfungsordnung zu entwerfen, die es ermöglichen soll, besonders für die mündlichen Prüfungen viel Zeit zu ersparen. Wir werden über diesen Entwurf bei der nächsten Sitzung des Berufsbildungsausschusses zu entscheiden haben.

Die Ärztekammern, der Deutsche Ärztetag und die Bundesärztekammer verlangen schon seit geraumer Zeit von der Bundesregierung eine neue

Ausbildungsordnung für Arzthelferinnen, in der eine dreijährige Ausbildungszeit vorgesehen ist. Leider ist dafür immer noch kein Termin abzusehen. Durch eine solche Regelung würde es auch den Praxisinhabern etwas erleichtert, Auszubildende einzustellen, weil damit die zwei Berufsschultage im ersten Ausbildungsjahr entfallen würden und damit so wie im zweiten Jahr auch im ersten Jahr nur ein Tag in der Berufsschule erforderlich wäre.

### Zentrale Famulaturvermittlung

Unsere Zentrale Famulaturvermittlung hat sich auch im Berichtsjahr wieder bewährt. Sie ist die einzige dieser Art im Bundesgebiet.

Ich bin all denjenigen Kollegen außerordentlich dankbar, die sich für diese Aufgabe zur Verfügung stellen. Die Resonanz auf die alljährlich vorgenommenen Aufrufe an die niedergelassenen Ärzte in Bayern hat gezeigt, daß nach wie vor ein reges Interesse von Seiten der Ärzte an der Ausbildung von Famuli besteht. So hat sich die Zahl der Famulaturstellen von 1977 bis 1981 von 632 auf 992 erhöht.

Die Famulaturen werden bei uns bekanntlich direkt zwischen Arzt und Famulus vermittelt. Der Famulusvater füllt einen Orientierungsbogen aus, in dem er Angaben macht über die Größe und Struktur seiner Praxis und über die Wünsche im Zusammenhang mit einem zu vermittelnden Famulus. Einen ähnlichen Fragebogen füllt auch der Student aus, der dabei Angaben über die Semesterzahl, seine Wünsche bezüglich der Region usw. macht. Die rücklaufenden Dokumentationsbögen geben uns Aufschluß über die Effizienz der abgelaufenen Famulaturen. Auch Verbesserungswünsche werden dabei vorgebracht. So wünschen z. B. manche Studenten mehr praktische Mitarbeit.

Es ist festzustellen, daß die Kollegen in ländlichen Gebieten dieser Aufgabe sich wesentlich aufgeschlossener stellen. Den Wünschen der Studenten entsprechend, bräuchten wir noch viel mehr Famulaturstellen, gerade an Universitätsstädten.

## Die Lage der Bayerischen Ärzteversorgung 1982

Dr. K. Dehler

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung



Dr. K. Dehler

Diesen Bericht über die Situation unserer berufsständischen, gesetzlichen Versorgungseinrichtung und die Perspektiven für die zukünftige Entwicklung will ich in drei Abschnitte gliedern: Im ersten soll die kontinuierliche weitere Entwicklung seit dem letzten Berichtszeitraum dargestellt, im zweiten die aktuelle Problematik unserer Versorgungseinrichtung im politischen und gesellschaftlichen Spannungsfeld umrissen und im dritten untersucht werden, ob die von außen kommenden strukturellen Änderungen eine Reform des Leistungsplanes unserer Anstalt erfordern und welche Probleme und Auswirkungen mit einer solchen Reform verbunden sind.

### I. Kontinuierliche weitere Entwicklung im Berichtsjahr

Jeweils im Vergleich zum Ende des Jahres 1980 zu dem von 1981 erhöhte sich der Mitgliederbestand unserer Anstalt von 35 765 auf 36 922, um 3,24 Prozent. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der

Versorgungsempfänger auf 13 154, um 2,55 Prozent zu. Das Gesamtbeitragsaufkommen betrug im Jahre 1981 403 487 074 DM, es steigerte sich im Vergleich zum Vorjahr um 31 Millionen oder 8,25 Prozent. Die Versorgungsleistungen wuchsen um 25 Millionen oder 10,32 Prozent auf 269 765 386 DM an. Rückstellungen zu Pflicht- und freiwilligen Leistungen wuchsen gegenüber dem Vorjahr um 10,04 Prozent, um 319 821 568 DM, und erreichten am Jahresschluß 1981 immerhin die beachtliche Summe von 3 506 357 202 DM. Das Vermögen der Bayerischen Ärzteversorgung hat in der Vergangenheit wiederholt zu Diskussionen und wohl auch zu manchen etwas vordergründigen Begründungen für weitere Leistungsverbesserungen gedient. Ein einfaches Rechenexempel, nämlich die Berechnung der Rücklagenhöhe pro aktive Mitglieder und Ruhegeldempfänger – insgesamt 50 076 – ergibt, daß diese Rücklagenhöhe pro Kopf „nur“ etwas über 70 000 DM beträgt. Wenn im Jahre 1981 knapp 270 Millionen DM Versorgungsleistungen von der Bayerischen Ärzteversorgung ausgegeben wurden, würden diese Rücklagen ohne weitere Einnahmen aus Beiträgen und Zinsen aus dem Vermögen gerade 13 Jahre ausreichen, den jetzt vorhandenen Versorgungsempfängern, d. h. Ruhegeldempfängern, Waisen und Witwen, die jetzige Höhe der Versorgungsbezüge zu sichern! Auf die große Bedeutung des Vermögens der Anstalt für die jetzigen und zukünftigen Versorgungsleistungen werde ich noch zurückkommen.

Auch im Berichtszeitraum konnte die weitaus größte Zahl von Anträgen nach dem Rehabilitationsstatut durch den Verwaltungsausschuß positiv beschieden werden. Bei einem, bezogen auf die Beitragseinnahmen, nur geringfügigen Aufwand konnte für die betroffenen Kolleginnen und Kollegen hier doch sehr wesentliche Beihilfe zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit geleistet werden.

Im Berichtszeitraum konnten weiter wesentliche Wünsche zur Besserung der technischen Leistungsfähigkeit unserer Anstalt verwirklicht werden: Durch den Einzug in die neuen Verwaltungsräume im Anstaltseigenen Gebäude im Arabelapark und die ersten Schritte der Inbetriebnahme der anstaltseigenen elektronischen Datenverarbeitung wurden die sachlichen Voraussetzungen der Arbeit der Anstalt weiter verbessert. Der Verwaltungskostensatz, also die Höhe der Verwaltungskosten bezogen auf die Beitragseinnahmen, lag auch im Jahre 1981 mit 2,31 Prozent unter der mit 3 Prozent in die Rechnungsgrundlagen I. Ordnung zulässigen Größe. Unsere Versorgungseinrichtung kann somit als durchaus ökonomisch verwaltet gelten.



Oberpfälzische Delegierte

#### *Erfreuliche Entwicklung der Ruhegelder unserer Ärzteversorgung*

Erfreulich ist auch die Entwicklung der Ruhegelder als Ausdruck der Leistungsfähigkeit unserer Ärzteversorgung. Gegenüber dem Jahre 1980 stiegen im Jahre 1981 die durchschnittlichen Bestandsruhegelder von 2341 DM auf 2478 DM, also um 5,9 Prozent. Im gleichen Zeitraum stiegen die Zugangsruehegelder, also die im Jahre 1981 neu eingewiesenen, im Vergleich zum Vorjahr von 2406 DM auf 2544 DM, also um 5,7 Prozent. Zu diesen Zahlen kommen noch die Kinderzuschläge. Die Zugangsruehegelder liegen im Durchschnitt 13,16 Prozent über den Bestandsruhegeldern, von einem „Zurückbleiben“ der früher eingewiesenen Ruhegelder kann also keine Rede sein! Die durchschnittlichen Bestandsruhegelder der Ärzteversorgung sind in einem Jahrzehnt von 1970 bis 1980 auf 316 Prozent, also um das über Dreifache angestiegen.

#### *Tätigkeit der Selbstverwaltung*

Die Zusammenarbeit der drei im Versorgungswerk zusammengefaßten Berufsstände der akademischen Heilberufe – Human-, Zahn- und Tiermediziner – war auch in der zurückliegenden Zeit in jeder Hinsicht produktiv und kooperativ. In den Berichtszeitraum fällt auch die Neubesetzung der Position des Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer am 1. Juli 1981 mit Dr. Walter Rieger. Dr. Rieger hat sich inzwischen schon intensiv mit

den Problemen und Aufgabenstellungen der Bayerischen Ärzteversorgung befaßt, es fanden eine ganze Reihe von ergebnisreichen persönlichen und offiziellen Gesprächen statt. Der Landesauschuß, das „Parlament der Bayerischen Ärzteversorgung“, beschloß in seiner ordentlichen Jahressitzung am 3. Oktober 1981 eine Reihe von Satzungsänderungen mit dem Ziele der Stärkung der Leistungskraft der Anstalt: Die Beitragszahlungsmöglichkeit wurde auf die Dauer der aktiven Mitgliedschaft auch hinsichtlich des Kalendermonats ihres Beginns und Endes im Sinne einer „Pro-rata-temporis-Regelung“ begrenzt. In gleicher Richtung wirkt der Verwaltungsausschuß mit grundlegenden Beschlüssen, die zur Verbesserung der Ertragslage der Anstalt bei Darlehensgewährung führen. Die eingewiesenen Ruhegelder wurden für das Jahr 1982 um 3,7 Prozent dynamisiert; wegen der Höhe dieses Zuschlages gab es eingehende Diskussionen mit dem aufsichtsführenden Wirtschaftsministerium.

#### *Anrechnung von Ruhegeldern auf Beamtenversorgung*

Das zweite Haushaltsstrukturgesetz vom 22. Dezember 1981 bestimmt, daß die Vorschriften über die Anrechnung von Ruhegeldern auf beamtenrechtliche Pensionen auf solche beamtenrechtlichen Ansprüche erstreckt wurden, die vor dem 1. Januar 1966 begründet wurden. Das Beamtenversorgungsge-

setz sowie die hierzu erlassenen Verwaltungsvorschriften des Bundesministers des Innern und der Finanzminister der Länder sehen somit beim Zusammentreffen von Pensionen mit Ruhegeldleistungen aus der Ärzteversorgung Kürzungsmöglichkeiten vor, die je nach Lage des Einzelfalles dazu führen können, daß sogenannte „Kannzeiten“, das sind im wesentlichen Ausbildungszeiten, die die Höhe der Beamtenpension steigern, nur teilweise oder gar nicht als pensionssteigernd berücksichtigt werden, also praktisch die Beamtenpension kürzen. Davon sind nicht wenige Mitglieder der Ärzteversorgung betroffen, die sich verständlicherweise hilfeschend an diese wandten. Einzelheiten hier darzustellen, würde die Möglichkeiten dieses Berichtes sprengen. Alle betroffenen Mitglieder wurden durch die Ärzteversorgung in einem neuseitigen Rundschreiben über die rechtliche Situation, die denkbaren Auswirkungen und die möglichen Maßnahmen unterrichtet. Die Ärzteversorgung hat nachdrücklich bei der Bayerischen Landesärztekammer interveniert, die ihrerseits die zuständigen bayerischen Staatsministerien sofort und ernst über die möglichen Auswirkungen einer solchen Regelung informierte und nach vorliegenden Berichten dort durchaus auf Verständnis stieß. Würde eines unserer Mitglieder gegen eine Pensionskürzung klagen, wird er gewiß von der Bayerischen Ärzteversorgung nicht im

Stich gelassen werden. Um den betroffenen Mitgliedern keinen materiellen Nachteil erwachsen zu lassen, hat die Bayerische Ärzteversorgung bis zur endgültigen rechtlichen Klärung die Beitragsstundung angeboten.

#### „Neuordnung“ der Krankenversicherung der Rentner

Durch das Gesetz über die Anpassung der Renten der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1982 vom 1. Dezember 1981 (RAG) wurde das Finanzierungssystem der Krankenversicherung der Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend geändert. Betroffen sind alle Versorgungsempfänger der Bayerischen Ärzteversorgung, die neben Ruhegeldleistungen aus der Bayerischen Ärzteversorgung entweder eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen und Mitglied bei der Krankenversicherung der Rentner sind oder noch zusätzliche Einkünfte aus einer Erwerbstätigkeit erzielen, die einen bestimmten Betrag nicht übersteigen. Die Kollegen sind grundsätzlich in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig und haben dort hin Beiträge zu zahlen. Wichtigster Punkt dieser Neuregelung ist, daß die oben beschriebenen Mitglieder ab 1. Juli 1983 aus den Ruhegeldleistungen der Bayerischen Ärzteversorgung einen Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlen haben. Zur Bemessung des Beitrages zur Krankenversicherung wird der Gesamtbetrag des Ruhegeldes der Bayerischen Ärzteversorgung herangezogen, der Beitragssatz beläuft sich auf die Hälfte des Regelbeitragsatzes der jeweils zuständigen Krankenkasse. Durch Gesetz wurde zudem die Bayerische Ärzteversorgung verpflichtet, den anfallenden Krankenversicherungsbeitrag, der aus dem Ruhegeld der Bayerischen Ärzteversorgung anfällt, einzuziehen und ihn an die zuständige Krankenkasse abzuführen.

Diese „Reform“ bringt also für viele Mitglieder eine materielle Belastung, für unsere Versorgungseinrichtung einen gar nicht zu unterschätzenden zusätzlichen Verwaltungsaufwand!

Auch diese komplizierte Materie ausführlicher hier darzustellen, ver-



Oberfränkische Delegierte

bietet der Rahmen meines Berichtes. Alle betroffenen Mitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung wurden durch ein umfangreiches, sechseitiges Rundschreiben über die neue Rechtslage und ihre Auswirkungen und die Möglichkeiten der Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung eingehend informiert. Allen betroffenen Kollegen sei das intensive Studium dieser Unterlagen dringend empfohlen, um spätere empfindliche materielle Nachteile nach Möglichkeit zu vermeiden.

#### Vielfältige Aufgaben für Verwaltung und Selbstverwaltung

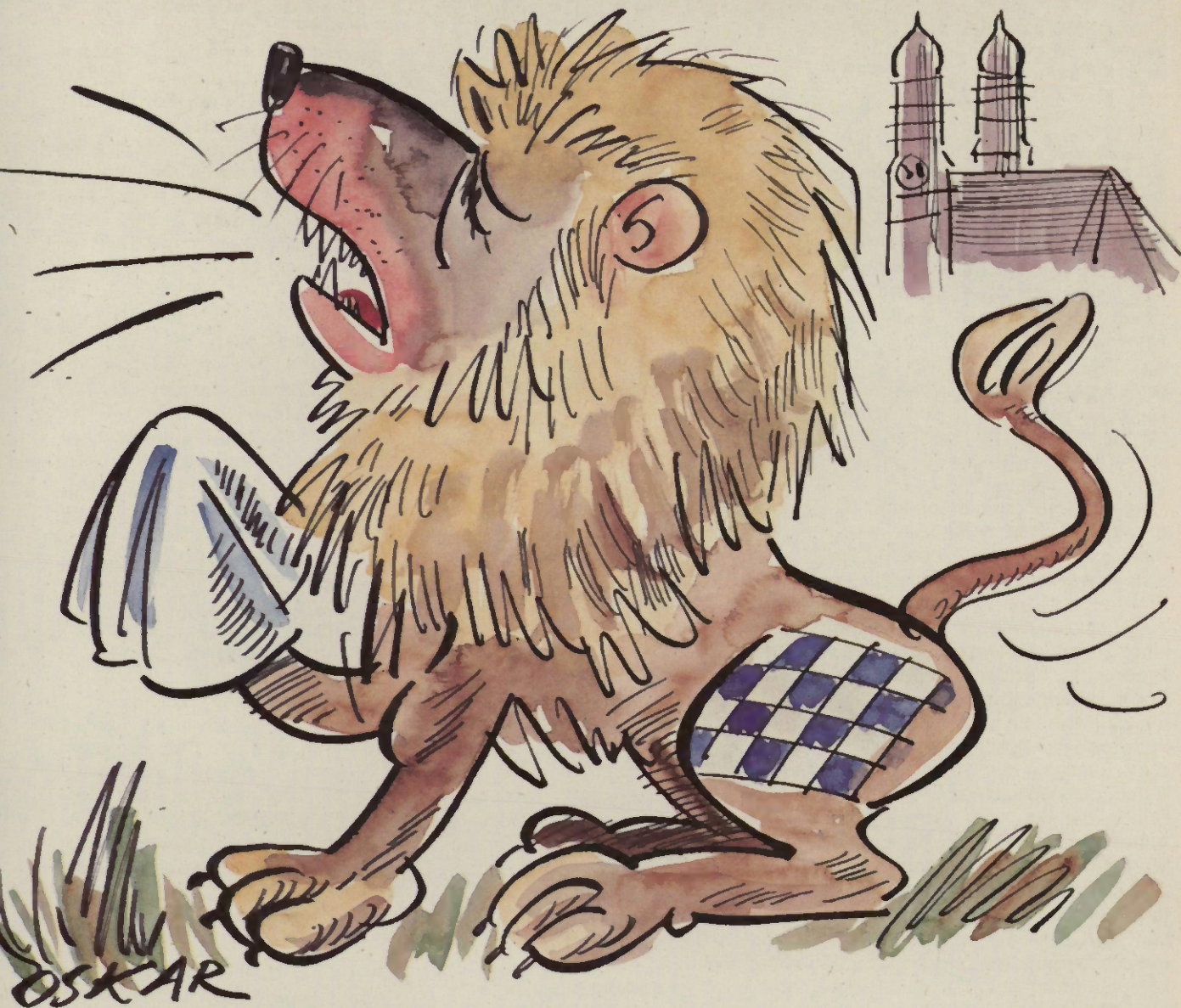
Eine Vielzahl weiterer Aufgaben- und Problemstellungen, die teils die berufsständische Selbstverwaltung, teilweise die Anstaltsverwaltung, meist jedoch beide berührten, können hier nur in Überschriften angerissen werden: Probleme aus Freizügigkeitsrecht unserer Kollegen aus der europäischen Gemeinschaft, Höhe des Pflichtbeitrages für Wehrdienstleistende, Überprüfung von Einkommensangaben, Festsetzung der Beitragshöhe, Beitragsrückgewährung bei Beendigung der Mitgliedschaft, Anträge auf Gewährung freiwilliger Unterhaltsleistungen, sonstige Ermessensleistungen, Neufestsetzung der persönlichen Beitragsgrenze, Darlehensgewährungen und Darlehenszinsfestsetzungen, Erbschaftssteuerprobleme, Fragen der Versicherungsauswirkung einer nicht-

ärztlichen Nebentätigkeit, Verwaltung des Haus- und Grundbesitzes und des Kapitalvermögens, Probleme des Versorgungsausgleiches nach dem neuen Eherecht und Überleitungsprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen unseres Berufsstandes in den einzelnen Bundesländern seien beispielhaft genannt.

#### Sorgen mit Tübingen

Auf ein Problem der Überleitungsvereinbarungen bei Wechsel des Wohnsitzes zwischen verschiedenen Versorgungswerken sei wegen der großen Bedeutung doch mit einigen Worten eingegangen: Die Baden-Württembergische Versorgungsanstalt für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte in Tübingen hat mit Wirkung vom 1. Januar 1981 ihre Satzung dahingehend geändert, daß in Baden-Württemberg niedergelassene Kollegen auch dann nicht mehr von der Pflichtmitgliedschaft bei der Anstalt in Tübingen befreit werden können, wenn sie die Mitgliedschaft bei einem früher regional zuständigen Versorgungswerk freiwillig fortsetzen, so wie dies die Satzung aller anderen Versorgungswerke beinhaltet. Diese Entscheidung erfolgte – leider – trotz des Rates und Widerspruches aller anderen Versorgungseinrichtungen und hat bisher genau das ergeben, was unsere größte Sorge war: Betroffene Kollegen machten Prozesse anhängig, riefen Politiker an und er-

# 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 Butamatdihydrogencitrat. 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, Lungentzündung, 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 Einzelgaben 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.	(2-6 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. 6/82) Ozothin®-Tropfen: Flasche zu 30 ml DM 8,15; Flasche zu 50 ml DM 12,75; Ozothin®-Sirup: OP mit 100 g DM 6,70; 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**  
Hersteller & Vertrieb  
Apothekenmittel





Mittelfränkische Delegierte

zeugten eben die Unruhe und den Anschein einer Uneinigkeit, der für die Existenz unserer Versorgungswerke wenig zugeneigte Politiker und Parteien der Anlaß „gesetzgeberischer Bereinigung“ sein könnte. Nach vielen Monaten des guten Zuredens und dringender Ermahnungen, auch des Vorstandes der Bundesärztekammer, und einer ganzen Reihe von Krisensitzungen hat nun erfreulicherweise die Ständige Konferenz „Fürsorge und Versorgung“ der Bundesärztekammer nach sehr eingehender Diskussion auf ihrer diesjährigen Sitzung im September in Goslar mit allen Stimmen gegen die des betroffenen Versorgungswerkes eine sehr dringende Empfehlung gegeben, die störende Satzungsänderung wieder zu beseitigen und eine „Restitutio ad integrum“ zu vollziehen.

In Zusammenfassung dieses Abschnittes darf ich feststellen, daß auch im zurückliegenden Jahr die von den Berufsständen beauftragte Selbstverwaltung in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Ärzteversorgung und der Bayerischen Versicherungskammer ihren Aufgaben voll gerecht wurde und die Kooperation zwischen den Institutionen vorzüglich und reibungslos funktionierte. Wohl die wenigsten Kolleginnen und Kollegen erahnen, welche intensive, kontinuierliche und überaus produktive Arbeit hier für sie geleistet wird. Die Verwaltung unserer Bayerischen Ärzteversorgung bietet einen umfassenden und unbüro-

kratischen Service für alle Mitglieder und kann sich elastisch an alle von außen kommenden Probleme anpassen und darüber hinaus aktiv in sozialpolitischen Raum hineinwirken. Dies ist einmal dem weit über das Maß seiner dienstlichen Verpflichtungen hinausgehenden Aktivitäten ihres Leiters, Abteilungsdirektor Walter Albrecht, und seiner Mitarbeiter zu danken und wird zum anderen – lassen Sie mich einmal dies etwas persönlich formulieren – durch die glückliche Fügung einer tragenden persönlichen Freundschaft, die die nahezu tagtäglich notwendige Zusammenarbeit mit mir als Repräsentanten der berufsständischen Selbstverwaltung erleichtert und gefördert.

## II. Die Ärzteversorgung in der politischen und gesellschaftlichen Umwelt

Leider hat die in der Vergangenheit festzustellende Tendenz, daß bestimmte politische und gesellschaftliche Kräfte die Existenz und Funktion eigenständiger berufsständischer Versorgungseinrichtung nicht nur nicht begrüßen, sondern sie am liebsten im großen Topf einer „Einheitsversicherung“ eingegliedert sehen möchten, gar nicht abgenommen. Bekanntlich konnten die ersten Versuche, die Ärzteversorgungen „im Handstreich“ zu nehmen, offensiv abgewehrt werden. Sicher hat sich das Selbstver-

ständnis der Ärzteversorgung als auf vor-grundgesetzlichem Landesrecht beruhender Versorgungseinrichtung „sui-generis“ gefestigt. Wohl wissen wir aus Rechtsgutachten und durch Entscheidung oberster Bundesgerichte um die Bedeutung der Eigentumsgarantie des Artikels 14 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland auch für unsere Versorgungsansprüche. Trotzdem hören die ständig um und gegen uns geführten Diskussionen um die Berechtigung der Existenz und den politischen Standort unserer Versorgungswerke nicht auf!

Es bedurfte langfristiger intensiver Bemühungen aller Versorgungswerke und ihrer „Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen“, unter Mithilfe vor allem der unionsregierten Länder, einen Versuch des Bundesarbeitsministers scheitern zu lassen, die Sozialgerichtsbarkeit als den für die ärztlichen Versorgungswerke zuständigen Gerichtszweig festzusetzen und hierdurch einen entscheidenden Schritt zu tun, die Versorgungseinrichtungen als „auch Sozialversicherung im Sinne des Artikel 74 Nr. 12 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland“ zu deklarieren. Makaber genug wäre, nachzutragen, daß, nachdem die Entscheidung des Verbleibes der Ärzteversorgung bei der Verwaltungsgerichtsbarkeit schon beschlossene Sache war, ausgerechnet einige Rechtsanwaltsverbände noch den Kurs hin zur Sozialgerichtsbarkeit wenden wollten!

### *Immer neue Thesen für „Einheitsversicherung“*

Mit großer Aufmerksamkeit muß weiterhin die Tätigkeit der vom ehemaligen Bundesarbeitsminister Dr. Ehrenberg am 10. Juli 1981 eingesetzten Sachverständigenkommission „Alterssicherungssysteme“ beobachtet werden. Unter dem Schlagwort „Verfassungsaspekt der Gleichbehandlung“ wurde ihr die Aufgabe gestellt, „die verschiedenen Alterssicherungssysteme miteinander zu vergleichen und die Unterschiede darzustellen und zu untersuchen, ob und inwieweit die bestehenden Alterssicherungssysteme in ihren Einzelregelungen noch besser aufeinander abgestimmt werden können“. In dieser Kommission ist glücklicherweise die Arbeitsgemeinschaft der be-





Unterfränkische Delegierte

rufsständischen Versorgungseinrichtungen durch ihren Geschäftsführer, Rechtsanwalt Reusch, als Sachverständiger direkt vertreten. Die umfänglichen Beratungen sind vertraulich, die Mitglieder sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. So weit zu erfahren war, wurde unter Zurverfügungstellung präziser und umfänglicher Materialien aus dem Bundesarbeitsministerium – auch die der berufsständischen Versorgungseinrichtungen und der Bayerischen Ärzteversorgung waren dabei – in kleinster Runde – ein „Koordinatensystem Alterssicherung“ aufgebaut. Die Hoffnung, daß unsere Versorgungswerke weiter eine Art „Dornröschen-Dasein“ in der großen sozialpolitischen Reformdiskussion führen könnten, ist somit eindeutig widerlegt. Will man die Äußerungen der beteiligten Wissenschaftler, soweit sie publiziert sind, zusammenfassen, können folgende Zielvorgaben erkannt werden: Annäherung der verschiedenen Versorgungssysteme, gleiche Verteilung der Lasten, Abbau von „Doppelversorgungen“, Strukturveränderungen im Sinne einer „Harmonisierung“. Unter „Doppelversorgungen“ versteht man die gleichzeitige Mitgliedschaft beim berufsständischen Versorgungswerk und der staatlichen Angestelltenversicherung. Als Instrument der Harmonisierung wird eine teilweise oder vollständige Besteuerung von Ruhegeldleistungen, möglicherweise im Sinne der sogenannten „Quellenbesteuerung“ beim Versorgungswerk selbst, verstanden.

Ob nach der Änderung der politischen Großwetterlage die von der sozialistisch-liberalen Koalition eingesetzte Kommission weitergeführt wird, ist zunächst offen. Persönlich meine und fürchte ich, daß ihre Arbeit, wenn auch unter gering revidierten Vorgaben, fortgesetzt wird.

Nun, da die von mir schon angeschnittene Änderung der politischen Konstellation in Bonn unmittelbar vor dem Bayerischen Ärztetag kam, mag das, was der Bundestagsabgeordnete und Sozialexperte der SPD, Eugen Glombig, im „Handelsblatt“ vom 3. September 1982 u.a. schrieb, an vordergründiger Bedeutung verlieren:



Schwäbische Delegierte

„Manche Einrichtungen der betrieblichen Altersversorgung böten letztlich eine Überversorgung, die über Steuerbegünstigungen, also mit Hilfe der Allgemeinheit, finanziert würde. Dies gelte auch für eine Reihe von berufsständischen Versorgungswerken. Hier muß der Rotstift angesetzt werden, nachdem im Bereich der klassischen Sozialleistungen bis an die Grenze des Vertretbaren gegangen wurde. Diese Versorgungen hätten nicht den gleichen Rang wie die Standardsysteme, von denen keine Abstriche mehr gemacht werden können.“

In wenigen Sätzen versuchte also E. Glombig, die Bedeutung unserer Versorgungswerke abzuwerten und ein neues Schauermärchen dahingehend aufzubauen, die Finanzierung unserer Versorgungswerke erfolge „mit Hilfe der Allgemeinheit“. Dies ist nun eine ganz besonders plumpe Unrichtigkeit, denn jeder Kenner weiß, daß die Leistungskraft unserer Werke ausschließlich aus Eigenbeiträgen der Mitglieder beruht, die weit überwiegend vollversteuert wurden. Wen soll da noch wundern, wenn im gleichen Artikel E. Glombig „eine systematische Überarbeitung des Sozialsystems“ verlangt.

#### *Probleme auch bei geänderter politischer Konstellation*

Doch wiegen wir uns bitte auch in der nunmehrigen neuen politischen Konstellation nicht in gefährlicher Sicherheit. Keiner von uns kann voraussehen, wie die für den 6. März 1983 geplanten Neuwahlen

### Bayerische Ärzteversorgung

Der Bericht der Bayerischen Ärzteversorgung über des Geschäftsjahr 1981 sowie der Rechnungsebschluß 1981 wurde vom Lendesausschuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 23. Oktober 1982 ausführlich diskutiert und entgegengenommen.

Ein Exemplar des Geschäftsberichtes wird auf Wunsch jedem Mitglied gerne übersandt.

Postenschrift: Bayerische Ärzteversorgung, Postfach, 8000 München 22

ausgehen werden. Wir haben vom erklärten Ziel der jetzigen Opposition gehört, mit neuen Verbündeten zu wiederum „neuen Mehrheiten“ zu kommen! Man kann weiter an der Tatsache nicht vorbei, daß auch bei den Verantwortlichen in der CDU die Zahl derer nicht eben gering ist, die „Reformerwägungen“ nicht gerade abgeneigt sind. Nachdenklich macht schon, wenn Dr. Helmut Kohl – noch in seiner Eigenschaft als Oppositionsführer – am 23. August 1982 in der „Frankfurter Allgemeinen“ schreibt:

„Außerdem sei ein Konzept zur Umstellung des Gefüges der Sozialleistungen nötig, alle Besitzstände seien zu überprüfen. Soziale Gerechtigkeit und sozialer Frieden ließen sich nur erhalten, wenn alle kollektiven Sicherungen gegen Lebensrisiken neu überdacht würden.“

Kurzum, wir müssen bei diesem „Denkprozeß“ voll am Ball bleiben. Auch tauchen neben dem schon von mir zitierten Ehrenbergschen „Verfassungsaspekt des Gleichbehandlungsgebotes aller Versicherten und Bürger“ neue intellektuelle Thesen auf. So sagen und schreiben namhafte Wissenschaftler über die Frage, „ob die berufsständische Zersplitterung in viele kleine Solidargemeinschaften auf Dauer eine stabile Sicherung gewährleisten, und müßte man dieser Entwicklung daher nicht schon im Ansatz entgegengetreten?“ Auch wird die Frage diskutiert, ob „die berufsständischen Versorgungswerke den von ihnen erfaßten Mitgliedern nicht die Möglichkeit bieten, sich einem ansonsten der gesamten Bevölkerung zugemuteten sozialen Ausgleich zu entziehen?“ Das Schlimme ist, daß solche Thesen keineswegs von linken Reformstrategen und ideologisch überfrachteten Parteipolitikern, sondern von durchaus ernst-

zunehmenden Akademikern kommen, die vielleicht nicht genügend bedenken, wie sehr ihre sicher intellektuell redlichen, aber politisch bedenklichen Gedankenspielerien bei bestimmten Leuten politischen Appetit erzeugen. Mit aller Deutlichkeit muß daher noch einmal festgestellt werden, daß solche Gedankenspielerien schon an der Tatsache zerschellen, daß unsere Versorgungseinrichtung – im Gegensatz zu den Einrichtungen des Staates – weder Zuschüsse noch Staatsgarantien erhielten oder erhalten; nicht einmal Subsidien hinsichtlich einer wenigstens freundlichen steuerlichen Behandlung der Beiträge! Dies galt auch für die Übernahme der unversicherten „uralten“ und stark unversicherten „alten Last“ und für den ständig notwendigen Ausgleich des durch eine ungekonnte Politik eintretenden Kaufkraftschwundes unserer Währung.

Wie immer die großpolitische Konstellation in Bonn auch bestimmt sein mag, in den kommenden Jahren und Jahrzehnten wird eine intensive Auseinandersetzung um Platz und Selbstbehauptung unserer Einrichtungen im „Gesamtgefüge der Alterssicherung“ zu führen sein. Wir müssen uns unserer zahlenmäßigen Minderheitssituation im politischen Willensbildungsprozeß in unserem Staate und der Interdependenzen der gesellschaftlichen Interessenslagen sehr bewußt bleiben. Dies gilt auch für die nun fast schon allgemein gewordene Forderung, wie sie der Vorsitzende des Sozialbeirates, Professor Meinhold, formuliert hat, daß „eine einigermaßen gleichmäßige Verteilung der Alterslast für alle Bürger“ selbstverständlich sei. Somit kann uns die Situation der als Folge katastrophal falscher rentenpolitischer Entscheidungen – an ihr waren 1972 alle politischen Parteien beteiligt – finanziell

ruinierten staatlichen Rentenversicherung, die problematisch gewordenen Zusatzversicherungen im öffentlichen Dienst, die Probleme der Beamtenversorgung und die der kopflastig gewordenen Altersversicherung der Landwirte und die Knappschaftliche Rentenversicherung – leider – nicht unberührt lassen.

Auch unsere Versorgungseinrichtung ist eingefügt in die politische und gesellschaftliche Umwelt, ihre Probleme und Bemessungsansätze. In diesem „Lebensraum“ müssen wir uns bewegen. Wenn wir uns dessen Bedingungen anpassen, die richtigen Antworten auf die uns zukommenden Forderungen geben können, dann werden wir mit Sicherheit überleben.

### III.

#### Erfordern geänderte Umweltbedingungen Strukturveränderungen der Bayerischen Ärzteversorgung?

Die Bayerische Ärzteversorgung wird im kommenden Jahr 60 Jahre alt! Bekannterweise hat sie ebenso die Auswirkungen der Inflation nach dem ersten Weltkrieg wie den Währungszusammenbruch nach dem zweiten Weltkrieg gut überstanden. Das derzeit geltende System basiert auf einem modifizierten Umlageverfahren mit geschäftsplanmäßig vorgegebener abnehmender relativer Kapitaldecke und Mindestkapitalisierungsgrad; einfacher ausgedrückt: Die Ärzteversorgung finanziert ihre Leistungen mit Vorausrechnung über viele Jahrzehnte mit Beiträgen und dem Ertrag ihres Vermögens. Das jetzt gewählte Leistungssystem hat gegenüber allen anderen erhebliche Vorzüge:

– Mit 20 Prozent Verrentung des Lebensbeitrages ist es effizienter als alle anderen Systeme, es erbringt sehr hohe Eingangsruhegelder.

– Es ist transparent, jedes Mitglied kann anhand einer einfachen Teilungsrechnung, Lebensbeitrag : 60 = Monatsruhegeld, seinen Ruhegeldanspruch ausrechnen.

– Es wird den besonderen Bedingungen, Einkommens- und Ertrags-situationen in verschiedenen Stadien des Berufslebens voll gerecht.

– Es besteht ein hohes Maß an Linearität zwischen Beitragsleistung und Ruhegeldertrag.

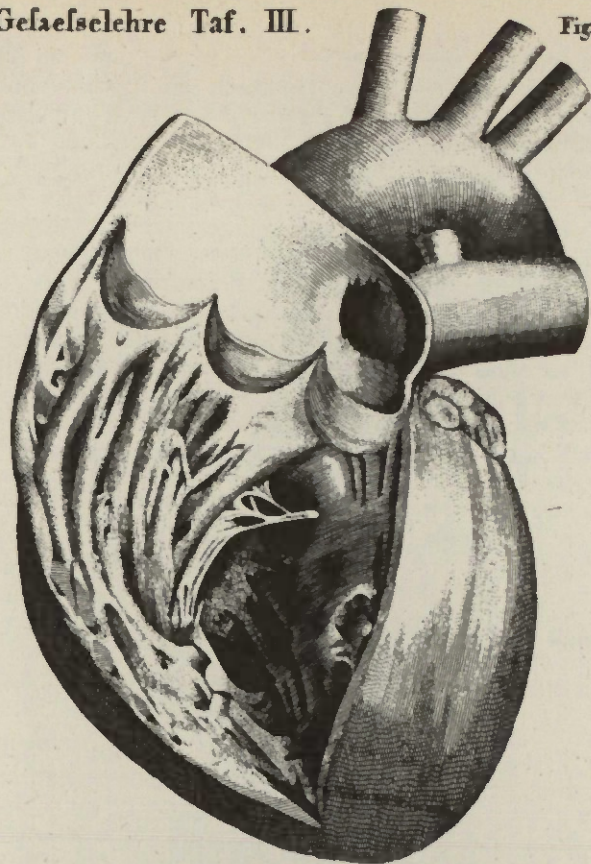


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1828.



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 Schwächeentfällen 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. Cretaegi 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



## Das pflanzliche Cholagogum

### Aristochol® Konzentrat Kapseln

Zur Regulation der Leber- und Gallenfunktion

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält: Trockenextrakt aus Schöllkreat 15-20 mg, entsprechend 0,065 mg Chelidonin, Trockenextrakt aus Javanischer Gelbwurz 1,65-2,1 mg, entsprechend 0,15 mg Dicinnamoylmethan-Derivate berechnet als Curcumin, ethanolischer 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 Schöllkreat 10-15 mg, entsprechend 0,065 mg Chelidonin, Trockenextrakt aus Javanischer Gelbwurz 29,5-30,1 mg, entsprechend 0,19 mg Dicinnamoylmethan-Derivate berechnet als Curcumin, Trockenextrakt aus Mariendistelrüchten 5,0-5,5 mg, ethanolischer 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 Strophenthinpräparaten) 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: Perkolet (äthanol.) 1:7 aus: Herb. Chelidon. 200 mg, enthaltend 0,02 mg Chelidonin, Rhiz. Curcum xanth. 80 mg, Fruct. Card. Mar. 100 mg, Herb. Miliefol. 170 mg, Rad. Terax. c. Herb. 170 mg, Flor. Stoeched. 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 OM 8,45, 50 ml OM 16,80, 100 ml OM 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 Manteltabletten OM 4,85, 50 Manteltabletten DM 9,65.

Alle Aristochol®-Präparate  
sind auch für Diabetiker geeignet.

**STEINER**  
Arzneimittel  
Berlin West

- Es ermöglicht vom ersten Tag der Mitgliedschaft an einen respektablen Frühinvaliditätsschutz.

Trotzdem gab es in den vergangenen Jahrzehnten mancherlei Kritik, die zu oft stürmischen Diskussionen führte. Überzeugende Verbesserungen oder Änderungen konnten jedoch nie vorgetragen werden, so daß es lange Jahre unverändert beim bisherigen Leistungssystem blieb, das ein sehr hohes statisches Eingangsruehgegeld vorsah.

#### *Folgen der Inflation und der geminderten Ertragssituation*

Eine wesentliche Änderung der Umweltbedingungen brachte die zunehmende Kaufkraftentwertung, landläufig auch „Inflation“ genannt, die trotz aller erreichten Höhe der Eingangsruehgeelder doch merklich an deren Substanz zehrte. Diese Kaufkraftminderung konnte durch jährliche Zuschläge gemäß § 29 Abs. 2 der Satzung zu den eingewiesenen Ruhegeldern zunächst voll ausgeglichen werden. Während die Lebenshaltungskosten von 1966 bis 1980 von 100 auf 181,82 Punkte kletterten, stiegen die 1966 eingewiesenen Ruhegelder dank dieser Zuschläge auf 238,08 Punkte. Weitere strukturelle Verbesserungen hoben auch die vor Jahrzehnten eingewiesenen Ruhegelder entscheidend an. 1955 und früher eingewiesene Ruhegelder sind inzwischen auf den fast sechsfachen Betrag angewachsen und können sich - trotz völlig anderer Berechnungssysteme - mit dem ansteigenden Trend der Rente in der staatlichen Rentenversicherung im gleichen Zeitraum durchaus messen.

#### *Weiter steigende Inflation*

Problematisch wurde es jedoch, als die Inflation die 3-Prozent-Grenze nach oben überschritt und nunmehr die 6-Prozent-Grenze erreicht hat. Bei einer jährlichen Kaufkraftminderung von 6 Prozent schrumpft die Kaufkraft des Ruhegeldes in elf Jahren etwa auf die Hälfte. Auch bei einer jährlichen Dynamisierung um etwa 3 Prozent verliert das Ruhegeld - wegen der immer noch nicht ausgeglichenen Kaufkraftminderung von weiteren 3 Prozent - in zehn Jahren etwa ein Viertel seines Kaufwertes.

Dazu kam, daß auch die Entwicklung des Säkulartrendes, des Zu-

wachses der prozentualen Höhe des jährlichen Durchschnittsbeitrages, zur Sorge Anlaß gab. Das war die Folge der deutlich geminderten Ertragssituation vieler Kollegen, sei es durch das Kostendämpfungsgesetz und seine Folgegesetze, sei es infolge der allgemein reduzierten Wirtschaftssituation. Die für die Versorgungseinrichtung geltenden Rechnungsgrundlagen I. Ordnung sehen bei einem Zinssatz für das Vermögen von 4 Prozent, bei Verwaltungskosten von 3 Prozent einen Säkularrend von 6 Prozent vor. Während der durchschnittliche Säkularrend vom Jahre 1950 bis zum Jahre 1974 noch zweistellig war, ist seither eine rückläufige Tendenz erkennbar, der sich in folgenden Zahlen widerspiegelt:

#### **Geminderter Säkularrend!**

1974	18,2 %
1975	7,9 %
1976	7,3 %
1977	6,4 %
1978	5,2 %
1979	5,96 %
1980	1,56 %

Somit hatte der für die Versicherungsmathematik besonders bedeutsame Durchschnitts-Säkularrend für die jeweils letzten fünf Jahre 1979 mit 6,54 Prozent die entscheidende 6-Prozent-Grenze fast erreicht und im Jahre 1980 mit 5,26 Prozent erstmals deutlich unterschritten.

Es bedurfte nicht erst der Monita der Versicherungsaufsicht, daß der Verwaltungsausschuß handelte: Nach umfänglichen Vorbereitungen beauftragte er den renommiertesten deutschen Versicherungsmathematiker, Professor Dr. Georg Heubeck, der für die Ärzteversorgung schon in den sechziger Jahren, und erneut vor zehn Jahren, wichtige versicherungsmathematische Gutachten erstellt hat, mit einem neuen Gutachten. Dessen zentrale Fragen waren, ob bei einem abnehmenden Säkularrend von 5 Prozent und weniger das jetzige System gehalten werden kann; im Falle der Verneinung, welche Veränderungen des jetzigen Systems notwendig sind, um Kaufkraftstabilität der Versorgungsleistungen auf Dauer abzu-sehen?

Nach umfänglichen Vorarbeiten wurde der Gutachtensauftrag am

4. Juni 1981 erteilt. Während der Gutachtenerstellung war eine intensive Zusammenarbeit mit dem Büro Heubeck erforderlich, auch eine intensive Kooperation mit der mathematischen Abteilung der Bayerischen Versicherungskammer. Es gab allein acht Besprechungen - meist von W. Albrecht und mir persönlich in Köln wahrgenommen -, bis nunmehr dem Verwaltungsausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung in seiner Sitzung am 29. September 1982 das fertige Gutachten Heubeck III vorgelegt werden konnte.

#### *Die Kernthesen des Gutachtens Heubeck III*

Es ist natürlich schlechterdings unmöglich, das umfangreiche und zahlreiche Tabellen umfassende Gutachten hier auch nur in etwa zu referieren. Die Kernthesen lassen sich jedoch herausheben:

1. Das bisherige Beitrags- und Leistungssystem hat seine Bewährung in der Vergangenheit unter den damals geltenden Voraussetzungen voll unter Beweis gestellt. Es war funktionsfähig und im Hinblick auf die optimalen Ergebnisse auch richtig.

2. Für die Beibehaltung des jetzigen Systems mit hohen Eingangsruehgeeldern und jährlichen Zuschlägen wäre langfristig ein Säkularrend von 8 Prozent oder mehr erforderlich.

3. Das derzeitige Beitrags-/Leistungssystem ist auf die Dauer mit vertretbaren Verrentungssätzen nicht haltbar, wenn der Säkularrend 5 Prozent oder weniger beträgt. Dies gilt auch bei Verbesserung der Zinserträge für das Vermögen der Anstalt. Bei einem Säkularrend von 8 Prozent wäre etwa eine jährliche Dynamisierung von 3 Prozent möglich, wenn der Verrentungssatz wie bisher 20 Prozent beträgt.

4. Auch früher diskutierte Änderungen, wie Übergang vom einheitlichen Verrentungssatz von 20 Prozent während der gesamten Mitgliedszeit auf eine altersabhängige degressive Verrentungshöhe und eine Beschränkung der Beitragshöhe erbringen keine wesentlichen grundsätzlichen Änderungen der Entwicklung. Entscheidend bleiben Höhe und Entwicklung des Säkularrends.

## Die große Bedeutung des „ständigen Nachwuchses“

Ohne einen ständigen Nachwuchs an jungen Mitgliedern ist die Existenz eines Versorgungswerkes unseres Zuschnittes nahezu undenkbar. Dazu wurde bei der Rentenreform 1957 der entscheidende Durchbruch erzielt. Die Optionsmöglichkeit der angestellten Mitglieder, weg von der staatlichen Rentenversicherung und hin zu unserer Ärzteversorgung, wurde 1957 in letzter Minute durch die Einführung des § 7 Abs. 2 in das Angestelltenversicherungsgesetz erreicht.

Dieser Absatz fand im Jahre 1979 eine Novellierung dahingehend, daß für die durch den Befreiungsstatbestand anerkannten berufsständischen Versorgungseinrichtungen eine Art „Qualitätsprüfung“ eingeführt wurde, die u. a. auch die „Anpassung der Leistung“, d. h. Dynamisierung, vorsah. Zu einer laufenden „Anpassung“ unserer Ruhegelder zwingen uns also auch die uns auferlegten Mindestnormen des Angestelltenversicherungsgesetzes, deren Erfüllung eine Lebensfrage ist!

### Ein neues Leistungssystem?

Professor Heubeck schlägt in seinem Gutachten für den Fall, daß die von ihm als kritisch angesehene 8-Prozent-Grenze des Säkulartrendes nicht gehalten werden kann, den Übergang zu dem von ihm als „wetterfest“ bezeichneten „offenen Deckungsplanverfahren“ vor, das für künftige Beitragszahlungen ein Bewertungssystem einführt, welches anfangs einen Verrentungssatz statt bisher 20 Prozent einen solchen von nur 8 bis 8½ Prozent vorsieht, wobei jedoch die Möglichkeit einer Dynamisierung schon der Ruhegeldanwartschaften besteht. Das „offene Deckungsplanverfahren“ steht versicherungstechnisch etwa in der Mitte zwischen dem reinen Umlageverfahren, das die Summe der nötigen Versorgungsleistungen in Ein- oder Mehrjahresabschnitten den aktiven Mitgliedern auferlegt, und dem Kapitaldeckungsverfahren, bei dem die für die spätere Versorgung nötigen Summen für jedes Mitglied individuell angesammelt werden. Beide Systeme sind möglich, jedoch birgt das reine Umlageverfahren für die aktiven Mitglieder bei wechselnder

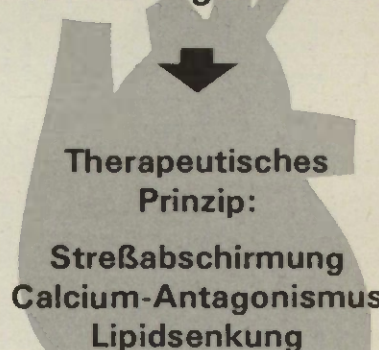
wirtschaftlicher Situation viele Risiken; das Kapitaldeckungsverfahren ist wenig flexibel und läßt versicherungstechnisch nur geringere Beitragsverrentungen zu. Das „offene Deckungsplanverfahren“ hätte den unbestreitbaren Vorteil, daß eine Loslösung vom mathematisch problematisch gewordenen Bestimmungsfaktor des Säkulartrendes möglich wäre und ohne Zweifel, natürlich auch wieder festangebunden an die Entwicklung des Vermögensertrages und der Beitragsentwicklung, eine bessere Dynamisierung der eingewiesenen Ruhegelder ermöglicht werden könnte, da die bisherige Formel „Höchstbetrag der Dynamisierung = ½ Säkulartrend“ entfielen. Entfallen müßte natürlich dann auch die sehr hohe Verrentung der Lebensbeiträge von 20 Prozent. Nach den zusätzlichen Berechnungen der mathematischen Abteilung der Bayerischen Versicherungskammer wäre sogar möglicherweise nur ein Anfangsverrentungssatz unter 8 Prozent erforderlich. Diese nahezu Drittelung der Verrentung im Vergleich zum jetzigen System mag erschreckend klingen. Wegen der dann möglichen Dynamisierung auch der Ruhegeldanwartschaften würde für neu in die Anstalt eintretende junge Mitglieder am Ende ihres aktiven Berufslebens eine Durchschnittsverrentung erwartbar sein, die sich der jetzigen annähert. Fast alle anderen – alle jüngeren – ärztlichen Versorgungswerke bedienen sich einer solchen Rentenformel mit akzeptablen Ergebnissen.

### Besitzstandwahrung und Vertrauensschutz

Diese bisherigen Überlegungen gehen vom Gedanken der Besitzstandwahrung der eingewiesenen Ruhegelder und der Ansprüche aus bisher geleisteten Beiträgen nach der alten Rentenformel von 20 Prozent aus. Dies ist vom rechtsstaatlichen und vom Vertrauensschutz her durchaus zu begrüßen, konzentriert aber die Last der „Reform“ vor allem auf die Jahrgänge der jetzt 40- bis 60jährigen, deren Mitgliedschaft und Beitragsleistung einmal die Wahrung unserer Anstalt zu verdanken ist, und die zum anderen – auch hier gibt es Vertrauensschutz – ihre Lebensplanung darauf abgestellt haben, auf der Basis einer erreichten hohen persönlichen Beitragsgrenze auch gut verrentete

## 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-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 814,8 mg  
Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,78 mg)  
1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:  
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 737,6 mg  
Magnesium-Gehalt: 8 mval (72,94 mg)  
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:  
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 1229,6 mg  
Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg)  
Verdauliche 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 Fastenkuren, Hypercholesterinaemie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

### Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie.

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

Verla-Pharm  
Tutzing/Obb.



Die altbewährten Landtagsstenografen: Ministerialrat Schmidpeter (links) und Regierungsdirektor Schmidmeier (rechts)

Beiträge in ihren letzten Mitgliedsjahren noch einzahlen zu können. Daher sind andere Überlegungen verständlich, die Last einer „Reform“ etwa auf alle drei Generationen, die der Ruhegeldempfänger, der aktiven Mitglieder und der künftigen Mitglieder, verteilen zu wollen.

*Alles hängt von der Beitragsentwicklung ab!*

Überlegungen zu einer Änderung des Versorgungsplanes der Bayerischen Ärzteversorgung und der Gutachtensauftrag an Professor Heubeck entstanden im Eindruck des wahrlich katastrophalen Säkulartrendes 1979/1980 mit nur 1,56 Prozent. Glücklicherweise hat sich inzwischen ein deutlicher Wandel vollzogen:

Im Jahr 1981 stieg der Säkulartrend schon wieder auf 5,94 Prozent an. Bei Vergleich des Beitragseinganges der ersten acht Monate dieses Jahres zu den analogen Monaten des Jahres 1981 ist eine Beitragssteigerung um 12,06 Prozent zu erkennen, während diese in den gleichen Monaten des Jahres 1981 gegenüber 1980 5,36 Prozent betrug. Somit kann für das Jahr 1982 mit hinlänglicher Sicherheit ein Säkulartrend erwartet werden, der über der von Professor Heubeck als entscheidend bezeichneten Grenze von 8 Prozent liegen dürfte. Keineswegs sollen damit die echten Besorgnisse der Auswirkung einer dauernden Ertragsminderung der

Mitglieder unserer Anstalt in der Auswirkung auf ihre Beitragsfähigkeit verkannt werden; die Situation hat sich jedoch im ganzen entspannt. Es besteht keine Notwendigkeit zu hektischen Maßnahmen, wohl aber gute Gründe für weitere gründliche Überlegungen!

Noch unterscheiden sich derzeit die Bewertungen über die zeitlichen Planungen sowohl der Versicherungsaufsicht als auch der Bayerischen Versicherungskammer etwas von der der berufsständischen Selbstverwaltung. Wir tragen jedoch die berufspolitische Verantwortung. Mitglieder unserer drei Berufsstände haben allen Anspruch darauf, daß nicht eine „hastige Reform“, sondern „Nägel mit Köpfen“ gemacht werden.

*Übergangslösungen und Härteausgleich unabdingbar*

Konkret heißt dies, daß endgültige Entscheidungen erst dann getroffen werden sollen und können, wenn eingehende Berechnungen über die tatsächlichen Auswirkungen einer Änderung des Leistungssystems auf die verschiedenen Alters- und Mitgliedsgruppen und praktikable Übergangsvorschläge zur Vermeidung einseitiger Belastung für bestimmte Gruppen vorliegen.

Wahrscheinlich werden wir uns unter dem Druck der äußeren Verhältnisse auf Dauer einer Anpassung des Lei-

stungssystems unserer Anstalt an die gewandelte Umwelt nicht entziehen können. Was aber in nahezu 60 Jahren angewachsen und Bewußtseinsinhalt mehr als einer Generation von Ärzten geworden ist, kann nicht von heute auf morgen – ohne Kenntnis auch der letzten Auswirkungen – kurzschlüssig geändert werden.

Dazu ist es auch notwendig, daß die Berufsstände von den Fakten Kenntnis nehmen, diese eingehend diskutieren und ihre Meinungs- und Willensbildung vollziehen können. Soweit die berufsständische Selbstverwaltung innerhalb der Versorgungseinrichtung kompetent ist, kann ich versichern, daß nichts „hinter verschlossenen Türen“ geschehen und nichts mit einer „Überumpelungstaktik“ vollzogen wird.

Der Zeitplan könnte wie folgt aussehen: Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung wird sich in seiner Sitzung am 23. Oktober 1982 eingehend mit dem Gutachten Heubeck III befassen und den Auftrag zur weiteren eingehenden Prüfung der Möglichkeit des Überganges auf das „offene Deckungsplanverfahren“ und die dabei auftretenden Schwierigkeiten und Probleme sowie zur Ausarbeitung befriedigender, unabdingbarer Übergangslösungen geben. Diese zu konzipieren, wird die Aufgabe der Versicherungsmathematik, der Verwaltung und der Selbstverwaltung sein. Die Arbeitsergebnisse können dann dem 36. Bayerischen Ärztetag in Würzburg am letzten September-Wochenende 1983 vorgetragen werden. Erst danach wird der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung im Oktober 1983 endgültig entscheiden, ob und wann das neue System eingeführt wird, frühestens wohl dann im Jahre 1985.

Leicht wird der Weg nicht sein, und viel Arbeit liegt vor uns. Gehen wir sie gemeinsam an; der gesicherte Fortbestand unserer nunmehr seit sechs Jahrzehnten existierenden Versorgungseinrichtung besitzt über ihren materiellen Wert hinaus eine entscheidende geistige Bedeutung für die Verwirklichung und Erhaltung der Freiheit in und für unseren Berufsstand.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. K. Dehler, Hallplatz 37, 8500 Nürnberg

## Punkt 2 der Tagesordnung:

### Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

- 2.1 Rechnungsabschluß 1981
- 2.2 Entlastung des Vorstandes 1981
- 2.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1982
- 2.4 Haushaltsvoranschlag 1983

Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Hugo Vierheilig, Würzburg, erläuterte im einzelnen den Rechnungsabschluß 1981, der den Delegierten fristgerecht zugegangen war. Der Rechnungsabschluß 1981 wurde von dem damit beauftragten Revisor, Robert Weinzierl, geprüft und mit dem entsprechenden Prüfungsvermerk versehen. Die Delegierten billigten den Rechnungsabschluß 1981 mit einigen Enthaltungen. Auf Antrag von Dr. Vierheilig wurde der Vorstand von den Delegierten für das Geschäftsjahr 1981 entlastet.

Nach § 15 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer ist

ein unabhängiger Prüfer für die Prüfung der Betriebsführung und Rechnungslegung des Jahres 1982 zu bestellen. Hiermit war in den vergangenen Jahren R. Weinzierl, Revisor der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, beauftragt. Auf Antrag von Dr. Vierheilig beschloß der 35. Bayerische Ärztetag, wiederum R. Weinzierl als Abschlußprüfer für die Rechnungsprüfung des Geschäftsjahres 1982 zu bestellen.

Anschließend trug der Vorsitzende detailliert den Haushaltsvoranschlag 1983 vor, der von den Delegierten in der vorgelegten Form gebilligt wurde.

## Punkt 3 der Tagesordnung:

### Soziale Dienste und deren Einbindung in die ambulante und stationäre Versorgung

Der Wortlaut dieser Referate von Dr. Fuchs – Dr. Kolb – Dr. Dr. Graßl – Dr. Hellmann und Dr. Mayer wird im Januar-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht werden.

## Punkt 4 der Tagesordnung:

### Termin des 36. Bayerischen Ärztetages 1983 in Würzburg

Die Vollversammlung beschloß, den 36. Bayerischen Ärztetag vom 30. September bis 2. Oktober 1983 in Würzburg durchzuführen.

## Punkt 5 der Tagesordnung:

### Wahl des Tagungsortes des 37. Bayerischen Ärztetages 1984

Turnusgemäß ist der Ärztliche Bezirksverband Oberpfalz für die Einladung zum 37. Bayerischen Ärztetag 1984 zuständig. Dr. Braun lädt im Auftrag des Ärztlichen Bezirkesverbandes Oberpfalz und des Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg den 37. Bayerischen Ärztetag 1984 nach Regensburg ein. Dieser Vorschlag wurde einstimmig angenommen.

Fotos (13): F. Sebold, Bamberg

# Meteorismus behandeln heißt Lefax<sup>®</sup> verordnen.

Lefax und Enzym-Lefax: ausgezeichnet in Wirkung und Verträglichkeit



**Zusammensetzung:** 1 Kautablette LEFAX enthält: Dimethylpolysiloxan 40,0 mg, Hochdisperses Siliciumdioxid 2 mg. **Indikationen:** Meteorismus, Völlegefühl, Aerophagie und gastrointestinale Beschwerden, Roemheld-Syndrom. **Dosierung und Anwendungsweise:** Täglich 3mal 1-2 Tabletten zerkaut zu den Mahlzeiten. **Packungsgrößen und Preise:** 30 Kautabletten DM 5,85; 100 Kautabletten DM 17,55.

**Zusammensetzung:** 5 ml LEFAX liquid enthalten: Dimethylpolysiloxan 40,0 mg (mittleres Molekulargewicht 30000), Hochdisperses Siliciumdioxid 1,2 mg. **Indikationen:** Zur symptomatischen Behandlung von Meteorismus, Völlegefühl, Aerophagie und gastrointestinalen Beschwerden, Roemheld-Syndrom. Vorbereitung endoskopischer Untersuchungen im Magen-Darm-Bereich, Vorbereitung von Röntgenuntersuchungen der Gallenwege, des Darms und der Nieren. **Dosierung und Anwendungsweise:** Erwachsene und Schulkinder täglich 3mal 1-2 Teelöffel LEFAX liquid. Säuglinge und Kleinkinder täglich 3mal 1 Teelöffel LEFAX liquid zu den Mahlzeiten. Zur Vorbereitung endoskopischer Untersuchungen im Magen-Darm-Bereich 10 ml LEFAX liquid mit der gleichen Menge Wasser verdünnt unmittelbar vor oder während der Untersuchung. Zur Röntgenvorbereitung: Am Tage vor der Aufnahme 4mal 2 Teelöffel LEFAX liquid. **Packungsgröße und Preis:** Flasche mit 200 ml DM 9,30.

**Zusammensetzung:** 1 Kautablette Enzym-LEFAX enthält: Dimethylpolysiloxan 40,0 mg, Hochdisperses Siliciumdioxid 1,2 mg, Bromelaine 1,5 mg, Pankreatin 50,0 mg, Diastase 15,0 mg, Pepsin (1:3500) 20,0 mg. **Indikationen:** Meteorismus bei gleichzeitigem Fermentmangel, Völlegefühl, Roemheld-Syndrom. **Dosierung und Anwendungsweise:** 3mal täglich 1-2 Tabletten zerkaut zu den Mahlzeiten. **Packungsgrößen und Preise:** 30 Kautabletten DM 7,50; 100 Kautabletten DM 22,60. Weitere Angaben sind in dem für den Arzt bestimmten wissenschaftlichen Prospekt enthalten.

POSTFACH 50 01 32 · 2000 HAMBURG 50 **ASCHE AG**

# Entschließungen des 35. Bayerischen Ärztetages

## Approbationsordnung

Der 35. Bayerische Ärztetag ist der Auffassung, daß die derzeitige Approbationsordnung für Ärzte insgesamt geeignet wäre, eine gute Ausbildung unserer Medizinstudenten zu gewährleisten. Sie würde insbesondere eine enge Verbindung der theoretischen und praktischen Ausbildung ermöglichen und in den kleinen Gruppen eine ständige Kontrolle des Lernverhaltens und des Lernerfolges gewährleisten.

Voraussetzung für die Durchführbarkeit der Approbationsordnung wäre aber, daß die Studentenzahl den tatsächlichen Ausbildungskapazitäten der medizinischen Fakultäten bei Zugrundelegung der Vorschriften der Approbationsordnung angepaßt würde. Solange diese Forderung nicht erfüllt ist, wird jede Änderung der Approbationsordnung letztlich Flickwerk bleiben. Auch die notwendigen Mittel für eine ausreichende personelle, sächliche und räumliche Ausstattung müssen zur Verfügung stehen.

Zu dem Entwurf einer vierten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung erklärt der Bayerische Ärztetag: Die im Entwurf vorgesehene Definition des Zieles der Ausbildung schließt eine Lücke der Approbationsordnung, auf die seit ihrem Inkrafttreten immer wieder hingewiesen worden ist.

Im Hinblick darauf, daß der Unterricht in kleinen Gruppen nicht realisierbar ist, und damit Lernerfolg und praktische Kenntnisse nicht fortlaufend überprüft werden können, wird die zusätzliche Einführung mündlicher Prüfungen begrüßt. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob die dazu vorgesehenen Vorschriften – so z. B. die Einrichtung von Prüfungskommissionen – zeitlich von den Hochschullehrern bewältigt werden können. Ein vollwertiger Ersatz für die permanente Kontrolle des Lernerfolges in der kleinen Gruppe sind diese mündlichen Prüfungen sicher nicht.

Begrüßt wird die vorgesehene Verlängerung der Fernstudien als Beitrag zur besseren praktischen Ausbildung. Alle Ärzte, welche Medizinstudenten zur Fakultät aufnehmen, werden gebeten, ihrer Ausbildung besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Der Bayerische Ärztetag ist der Auffassung, daß auf eine praktische Ausbildung nach Abschluß des Medizinstudiums und vor Erteilung der Approbation nicht verzichtet werden kann. Sie sollte – auch in Übereinstimmung mit Vorhe-

ben im Bereich der Europäischen Gemeinschaft – zwei Jahre betragen und vorwiegend in Krankenhäusern, aber auch in Praxen niedergelassener Ärzte abgeleistet werden. Die seit Jahren angekündigte, aber immer noch nicht realisierte Einführung einer Vorbereitungszeit vor der Kassenzulassung kann nur ein vorübergehender Ersatz sein. Besser wäre es, sofort eine klare Regelung über die Bundesärzteordnung und Approbationsordnung zu schaffen.

Der Bayerische Ärztetag weist erneut darauf hin, daß am Anfang aller Bemühungen eine drastische Reduzierung der jährlichen Zahl der Studienanfänger stehen muß. Sie ist unverzichtbar sowohl im Interesse einer guten Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses als auch in einer ethisch und fachlich hochqualifizierten ärztlichen Versorgung unserer Bürger.

## Krebsregister

Waltende Bemühungen zahlreicher Wissenschaftler haben bisher nur zu spärlichen Erkenntnissen über die Entstehung von Krebserkrankungen geführt. Um so erfreulicher ist es, daß in der Therapie dieser Krankheiten einige Fortschritte erzielt werden konnten.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Ursachenforschung kann auch die Epidemiologie wertvolle Beiträge liefern. Epidemiologische Forschung muß aber grundsätzlich dort ihre Grenzen finden, wo Persönlichkeitsrechte der Staatsbürger beeinträchtigt werden.

Der Bayerische Ärztetag stellt deshalb fest: Wenn in Kliniken die Aufzeichnungen über Patienten, die dort behandelt wurden, wissenschaftlich – und damit auch epidemiologisch – ausgewertet werden, können dagegen keine Bedenken erhoben werden. Dies gilt auch für einen Verbund von Kliniken, z. B. in Tumorzentren, wenn der Patient von Ärzten mehrerer Kliniken behandelt worden ist. Die Publikation von Ergebnissen darf in jedem Falle nur anonym erfolgen. Wenn wissenschaftliche – auch epidemiologische – Fragstellungen über den Einzugsbereich einer Klinik oder eines Klinikverbundes hinausgehen, dann müßte es möglich sein, gleiche Fragen an mehreren Stellen wissenschaftlich zu bearbeiten und die Ergebnisse zusammenzuführen. Den berechtigten Anliegen der Forschung wird damit voll Rechnung getragen, ohne daß es zu einer Beeinträchtigung der Per-

sönlichkeitsrechte eines Bürgers kommen muß, der einmal an Krebs erkrankt war. Er wird Verständnis dafür haben, daß seine Ärzte die gewonnenen Ergebnisse unter Beachtung der Grundsätze des Datenschutzes auch wissenschaftlich verwerten.

Der Bayerische Ärztetag lehnt aber staatliche landesweite Krebsregister, an die der kranke Bürger sogar ohne sein Wissen namentlich gemeldet werden soll, mit Entschiedenheit ab. Eine solche „Vorratshaltung“ personenbezogener Daten, die dann, wie es in einem Gesetzentwurf heißt, „nur an Universitäten, wissenschaftliche Institute oder vergleichbare Einrichtungen ausschließlich für die Durchführung eines bestimmten, dem Krebsregister zukommenden Forschungsvorhaben übermittelt werden dürfen, ist keinem Staatsbürger zumutbar“.

Der wiederholte Hinweis, andere Länder hätten bereits solche allgemeinen staatlichen Krebsregister, kann in keiner Weise überzeugen. Es ist bisher auch durch nichts erwiesen, daß in diesen Ländern durch solche Register bessere Erkenntnisse gewonnen oder bessere Behandlungsergebnisse erzielt worden wären.

Der Bayerische Ärztetag bittet deshalb die Bayerische Staatsregierung und die gesetzgebenden Körperschaften Landtag und Senat dringend, dem Vorschlag der Bundesregierung auf Erlass eines Gesetzes über ein staatliches Krebsregister nicht zu folgen.

## Aufklärung des Patienten

Der 35. Bayerische Ärztetag bedauert Gerichtsentscheidungen, nach denen dem Patienten das Einsichtsrecht in die ärztlichen Aufzeichnungen und Befunde sowie das Recht auf Herausgabe von Kopien der ärztlichen Unterlagen gegen Kostenerstattung zugesprochen wird. Diese Urteile verkennen völlig, daß durch eine solche Einsichtnahme dem Patienten ein nicht wieder gutzumachender Schaden zugefügt werden kann.

In der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist seit 1979 festgestellt: „Ärztliche Aufzeichnungen sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.“

Der Arzt wahrt die Interessen des Patienten, indem er ihn unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes über seine ärztlichen Wahrnehmungen und die Erkrankung aufklärt.

(Fortsetzung Seite 961)





# Bayerisches Ärzteblatt

Mit emtlichen Mitteilungen der Ministerien, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kessenärztlichen Vereinigung Bayerns

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Dezember 1982

## Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer vom 29. November bis 3. Dezember 1982

Gemäß § 17 Abs. 2 der Wahlordnung wird hiermit das **Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner** zur Bayerischen Landesärztekammer vom 29. November bis 3. Dezember 1982, gegliedert nach den Wahlbezirken gemäß § 3 der Wahlordnung und nach den von den Bezirkswahlausschüssen gebildeten Stimmkreisen, veröffentlicht. Für die Delegierten, die in einzelnen Stimmkreisen aus verschiedenen Wahlvorschlägen gewählt wurden, sind die Ersatzmänner, die eventuell nach § 18 der Wahlordnung nachrücken, gegliedert nach Wahlvorschlägen angegeben.

Als Stichtag für die Bekanntgabe dieses Wahlergebnisses habe ich gemäß § 17 Abs. 2 der Wahlordnung den 22. Dezember 1982 festgesetzt.

Jeder Wahlberechtigte kann gemäß § 19 Abs. 1 der Wahlordnung binnen 14 Tagen nach Bekanntgabe dieses Wahlergebnisses die Wahl wegen Verletzung der Wahlordnung bei der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16/IV, 8000 München 80, anfechten.

Landeswahlleiter  
Poellinger  
Rechtsanwalt

### Wahlbezirk München Stadt und Land

#### Delegierte:

Dr. Holzgartner Hertwig, Internist  
München 80, Richerd-Streuss-Str. 55  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Hege Hans, Allgemeinarzt  
München 21, Terofelstr. 4  
(Wahlvorschlag 2)

Professor Dr. Hellbrügge Theodor, Chef-  
arzt, München 80, Lucile-Grehn-Str. 39/III  
(Wahlvorschlag 1)

Professor Dr. Dr. Adem Dieter, Kinderarzt  
Balerbrunn, Am Wledenbeuernfeld 19  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Winkelhann Wilhelm, Allgemeinerzt  
München 5, Gärtnerplatz 5  
(Wahlvorschlag 3)

Professor Dr. Murken Jen, Kinderarzt,  
Ltd. Obererzt  
Ottobrunn, Eichendorffstr. 37e  
(Wahlvorschlag 1)

Professor Dr. Eisenburg Josef, Internist  
München 70, Merchlioniinstr. 15  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Eversmann Christina, Ass. Ärztin  
München 40, Giselestr. 27  
(Wahlvorschlag 1)

Professor Dr. Zimmer Fritz, Chefarzt  
München 71, Ludwig-Werder-Weg 17  
(Wahlvorschlag 1)

Professor Dr. Hecker Waldemer, Chirurg  
Gräfelting, Mertinsrieder Str. 11  
(Wahlvorschlag 1)

Professor Dr. Stickl Helmut, Ltd. Arzt  
Krelling, Starenweg 6  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Steinkohl Hens, Chirurg  
München 70, Ferchenter Str. 19  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Holzer Peter, Kinderarzt, Ass. Arzt  
München 40, Treutenwolfstr. 7  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. v. Weidenbach Wolff, Frauenerzt  
München 2, Mozartstr. 18  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Zierhut Wolfgang, Allgemeinerzt  
München 2, Weltherstr. 34  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Dr. Greßl Erich, Allgemeinerzt  
München 70, Boschetsrieder Str. 75  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Eberle Sibylle, Ass. Ärztin, Aked. Rätin  
München 81, Mauerkircherstr. 181  
(Wahlvorschlag 1)

Priv.-Doz. Dr. Belohredsky Bernd H.,  
Kindererzt, Wiss. Ass.  
München 80, Wolfskehlstr. 12  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Lenk-Ostendorf Hertmut, Kindererzt  
München 80, Hohenescheuer Str. 10  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Sartori Carlheinz, Augenerzt  
München 80, Max-Weber-Platz 11  
(Wahlvorschlag 3)

Professor Dr. Holzgreve Heinrich, Inter-  
nist, München 82, Am Moosfeld 50  
(Wahlvorschlag 1)

Priv.-Doz. Dr. Themi Harald, Internist,  
Obererzt, Werngeu, Berghem 1  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Bäcker Gertreud, Laborärztin, Kin-  
derärztin, München 40, Nikoleistr. 5  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Wallnöfer Kleus, Radiologe  
München 2, Sonnenstr. 11  
(Wahlvorschlag 3)

Professor Dr. Kunze Detlef, Kindererzt  
München 19, Kretzerstr. 22  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Kollmann Dorothea, Kinderärztin  
Kinder- und Jugendpsychiaterin  
München 2, Kreittmayrstr. 28  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Helmig Franz-Josaf, Ass. Arzt  
München 70, Würmtalstr. 72c  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Begemann Hans, Internist, Neurologa  
München 80, Orleansplatz 2  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Mayer Ernst Th., Narvenarzt  
München 81, Dalandstr. 5  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Schweier Paul, Chafarzt  
München 60, Fröhndorfstr. 13  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Dr. Hochreiter Franz, Mund-Kiefer-  
Gesichtschirurg  
München 2, Landwehrstr. 9  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Lutz Hans-Joachim, Wiss. Ass.  
Germering, Wittelsbacherstr. 3  
(Wahlvorschlag 1)

Priv.-Doz. Dr. Pfföringer Wolfgang,  
Orthopäde, München 40, Osterwaldstr. 59  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Allwein Otto, Internist  
München 82, Schmuckerweg 1  
(Wahlvorschlag 3)

Professor Dr. Michel Dieter, Chafarzt  
München 70, Stiftsbogen 74  
(Wahlvorschlag 2)

Professor Dr. Dr. Borelli Siegfried, Haut-  
arzt, Klinikdirektor  
München 40, Biedersteiner Str. 29  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Hirschmann Erwin, Kinderarzt  
München 70, Hansastr. 134  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Wuttge Kurt-Heinz, Radiologa  
München 2, Karlsplatz 3-5  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Frühwein Friedrich, Allgemeinarzt  
München 2, Brienner Str. 11  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Kleeberger Eduard, Frauenarzt  
München 80, Prinzregentenstr. 72  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Munta Axel, Internist  
München 90, Isenschmidstr. 19  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Hahn Klaus Michael, Chirurg  
München 40, Belgradstr. 5  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Stöckle Hartmut, Internist  
Gräfelfing, Bahnhofstr. 98a  
(Wahlvorschlag 3)

Dr. Döker Ingo, Kinderarzt  
Unterhaching, Fasanenstr. 142  
(Wahlvorschlag 2)

Professor Dr. Brandlmeier Paul, Allge-  
meinarzt, München 90, Eslarnar Str. 30  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Wuttge Annemarie, Radiologin  
München 2, Karlsplatz 3-5  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Hartl Walter, Chirurg  
München 22, Maximilianstr. 16  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Strauch Martin, Internist  
München 2, Karlsplatz 3  
(Wahlvorschlag 2)

**Ersatzmänner:**

**Zu Wahlvorschlag 1:**

Professor Dr. Kuglar Johann, Ltd. Ober-  
arzt, Gauting, Schrimpfstr. 34

Dr. Peiß Brigitta, Ass. Ärztin  
München 40, Belgradstr. 14

Dr. Frühwein jun. Nikolaus, Ass. Arzt  
München 81, Grellstr. 10

Dr. Walthar Joachim-Ulrich, Ass. Arzt  
München 80, Kufstalnar Platz 4

Dr. Spatz Roif Bernhard, Internist, Neu-  
rologe, München 70, Schneemannstr. 12

Dr. Knöpfle Eugen, Ass. Arzt  
Germering, Kirchenstr. 27

Dr. Unterberg Andreas, Ass. Arzt  
Gräfelfing, Ruffinallee 23a

Auberger Thomas, Ass. Arzt  
Feldafing, Alpspitzstr. 16

Dr. Middeke Martin, Ass. Arzt  
Ebersberg, Gmaind Nr. 3

Dr. Nedopil Norbert, Ass. Arzt  
Unterschleißheim, Fastlinger Ring 18

Dr. Jungkuz Gerd, Wiss. Ass.  
Wolfratshausen, Sudetenstr. 82

Dr. Klein Helmfried, Ass. Arzt  
München 81, Grellstr. 48

Dr. Rüter Rudolf, Wiss. Ass.  
München 19, Dom-Pedro-Str. 16

Dr. Rüter Eckart, Wiss. Ass.  
München 45, Am Blütenring 6

Schmauss Max, Ass. Arzt  
Augsburg, Schwannseestr. 3

Dr. Hahn Dietbert, Radiologa  
München 90, Hochleite 10

Dr. Strauß Anton, Ass. Arzt  
München 90, Hartlingstr. 9

Dr. Przybilla Bernhard, Wiss. Ass.  
München 40, Schellingstr. 56

Dr. Heilmann Franz-Gerhard, Chirurg  
München 90, Candidstr. 20

Dr. Maier-Madignier Sebastian, Ass. Arzt  
München 40, Leopoldstr. 109

Dr. Hauf Günther, Standortarzt, Ober-  
feldarzt, Krailling, Bergstr. 2

**Zu Wahlvorschlag 2:**

Professor Dr. Schraiber Lorenz, Hals-  
Nasen-Ohrenarzt, Chafarzt  
München 60, Stalnarweg 5

Dr. Rettich Christa, Internistin  
München 70, Hansastr. 132

Dr. Glaser Eckehard, Internist  
München 80, Melusinenstr. 2

Dr. Jägel Eva, prakt. Ärztin  
München 70, Albert-Roßhaupter-Str. 65

Dr. Dorn Wolfgang, Allgemeinarzt  
München 19, Stupfstr. 1

Dr. Brandt Gerlinda, prakt. Ärztin  
München 80, Prinzregentenstr. 91

Dr. Brunhuber Haidamaria, Allgemein-  
ärztin, Ismaning, Johann-Theodor-Str. 10

Dr. Bearll Edith, Allgemeinärztin  
München 90, Hans-Mialich-Str. 35

Dr. Simon Barnd, Kinderarzt  
München 81, Coslmastr. 133

Dr. Rotha Rainar, Radiologa  
München 90, Hochederstr. 1b

Dr. Piegsa Dörthe, Allgemeinärztin  
Kirchheim, Gangsteig 5

Dr. Schwemmlein Peter, Allgemeinarzt  
München 2, Zenettlstr. 6

Dr. Schauburger Rudolf, Allgemeinarzt  
München 2, Waltherstr. 32

Dr. Burkart Michael, prakt. Arzt  
München 19, Nymphenburger Str. 139

Dr. Wächter Anton, Internist  
München 19, Blütenburgstr. 52

Dr. Reiss Walter, Nervenarzt  
München 40, Bauerstr. 15

Dr. Huber Wolfgang, Orthopäda  
München 19, Hedwigstr. 2

Dr. v. Römer Wolf, Internist  
München 45, Schleißheimer Str. 440

Dr. Kragenings Ingrid, Laborärztin  
München 2, Sonnenstr. 19

Dr. Wurst Peter, Frauenarzt  
München 19, Elvirastr. 7

Dr. Schübler Karl Josef, Augenarzt  
München 70, Stiftsbogen 45

**Zu Wahlvorschlag 3:**

Professor Dr. Schattenkirchner Manfred,  
Internist, München 2, Pettenkofenstr. 8a

Dr. Allwein Eugen, prakt. Arzt  
München 82, Büchmannstr. 1

Dr. Leiblain Hilmar, Internist, Chafarzt i. R.  
München 60, Planegger Str. 4

Dr. Becker Eva, Kinderärztin  
München 50, Menzinger Str. 78

Professor Dr. Peter Klaus, Anästhesist  
München 70, Marchioninstr. 15

Dr. Galli Hanns, Orthopäda  
München 90, Fromundstr. 29

Dr. Dorn Erich, Allgemeinarzt  
München 70, Bruderhofstr. 40

Dr. Thaler Bruno, Internist  
München 2, Tal 18/II

Dr. Deiler Helga, Hals-Nasen-Ohren-  
ärztin, München 71, Maxhofstr. 11

Priv.-Doz. Dr. Sack Dieter W., Internist  
München 80, Bülowstr. 7

Dr. Fischer Hans, Nervenarzt  
München 80, Rauchstr. 2

Dr. Brunner Walter, Frauenarzt  
München 90, Tegernsauer Landstr. 71

Dr. Brandt Götz, prakt. Arzt  
München 83, Gerhart-Hauptmann-Ring 60

Dr. Alter Heinz, Frauenarzt  
München 21, Inderstorfer Str. 57

Dr. Becker Franz, Frauenarzt  
München 90, Balanstr. 140

Dr. Graßl Christoph, Ass. Arzt  
München 70, Isartalstr. 84

Dr. Uebelhoer Arnold, Internist  
München 2, Hermann-Schmid-Str. 2

Dr. Leucht Klaus, Internist  
München 40, Kaiserstr. 26

Dr. Deiler Maximilian, Hals-Nasen-Ohren-  
arzt, München 21, Fürstenrieder Str. 93

Dr. Huber-Riffeser Gertraud, Hautärztin  
Pullach, Haydnstr. 2

Dr. Fischer Joachim, Chirurg  
München 80, Denninger Str. 44

Dr. Erbertseder Karin, Hals-Nasen-  
Ohrenärztin, München 83, Ouiddestr. 43

Dr. Ertl Judith, Hals-Nasen-Ohrenärztin  
München 80, Prinzregentenstr. 75

Dr. Kusus Tarig, Internist  
München 40, Kaiserstr. 26

Dr. Süß Sylvia, Hals-Nasen-Ohrenärztin  
München 2, Mathildenstr. 1

Dr. Zeitwanger Walter, Allgemeinarzt  
München 40, Kaiserstr. 7

Dr. Gastinger Warmund, Orthopäde  
München 60, Ortolofstr. 17

Dr. Zettner Heinz, Allgemeinarzt  
München 71, Forstenrieder Allee 183

Dr. Dittmer Thomas, Nervenarzt  
München 71, Franz-Hals-Str. 2

Dr. Naegele Mechthild, Frauenärztin  
München 40, Ungererstr. 19

Dr. Vollmuth Georg, Allgemeinarzt  
München 80, Bad-Schachener-Str. 66

Dr. Müller Heinrich, Internist  
München 70, Isartalstr. 84

Dr. Leich Hans-Joachim, Obermed.  
Direktor, Amtsarzt a. D.

Bad Tölz, Am Schuß 24

Ersatzmänner:

Dr. Keller Gerhard, Allgemeinarzt  
Bad Tölz, Kohlstattstr. 4

Dr. Baum Gerhart, Radiologe  
Wollratshausen, Winlbaldstr. 6

Dr. Volkmann Fritz, Internist  
Bad Tölz, Säggasse 12

Dr. Benzinger Kurt, Allgemeinarzt  
Dietramszell, Nordholzstr. 3

#### Stimmkreis 4

(Ärztlicher Kreisverband Dachau)

Delegierter:

Professor Dr. Sewering Hans Joachim,  
Internist — Lungen- und Bronchialheil-  
kunde, Dachau, Am Oberanger 14

Ersatzmänner:

Dr. Heiser Wolfgang, Nervenarzt  
Dachau, Münchner Str. 44

Dr. Mayer Egon-Karl, Allgemeinarzt  
Erdweg, Schulstr. 8

#### Stimmkreis 5

(Ärztlicher Kreisverband Ebersberg)

Delegierter:

Dr. Jell Hanns, Allgemeinarzt  
Aßling, Rosenheimer Str. 11

Ersatzmänner:

Bruchholz Klaus, Internist  
Ebersberg, Schwedenweg 17

Dr. Buchner Renate, prakt. Ärztin  
Zorneding, Herzog-Albrecht-Str. 17

#### Stimmkreis 6

(Ärztlicher Kreisverband Erding)

Delegierter:

Dr. Krist Adolf, Allgemeinarzt  
Taufkirchen/Vils, Attingerstr. 1 1/2

Ersatzmänner:

Dr. Kubo Reinhard, Allgemeinarzt  
Moosinning, Sonnenstr. 14

Dr. Bickhardt Jürgen, Internist  
Erding, Kreiskrankenhaus

#### Stimmkreis 7

(Ärztlicher Kreisverband Freising)

Delegierter:

Dr. Völlinger Gerd, Allgemeinarzt  
Freising, General-von-Nagel-Str. 22

Ersatzmänner:

Dr. Graf von La Roseé Rudolf, Internist  
Freising, Kreiskrankenhaus

Dr. Fröhlich Alfred, prakt. Arzt  
Freising, Camerloherstr. 14

#### Stimmkreis 8

(Ärztlicher Kreisverband  
Fürstenfeldbruck)

Delegierte:

Dr. Seuß Friedrich, Allgemeinarzt  
Gröbenzell, Dr.-Werner-Str. 4

Dr. Neumaier Woll, Allgemeinarzt  
Fürstenfeldbruck, Münchner Str. 11

Ersatzmänner:

Dr. Mieleitner Gerd, Internist  
Fürstenfeldbruck, Bahnhofstr. 10

Dr. Decker Wolfgang, Internist  
Fürstenfeldbruck, Kreiskrankenhaus

Dr. Schmidt Dieter, Orthopäde  
Germering, Obere Bahnhofstr. 60

Dr. Latsch Karl, prakt. Arzt  
Fürstenfeldbruck, Hauptstr. 18

#### Stimmkreis 9

(Ärztlicher Kreisverband  
Garmisch-Partenkirchen)

Delegierter:

Dr. Roßberg Günter, Allgemeinarzt  
Murnau, Reschstr. 11

Ersatzmänner:

Dr. Menzel Hans Eberhard, Chirurg  
Murnau, Hagenerstr. 27

Dr. Brunner Wull, Allgemeinarzt  
Mittenwald, Arnsplatzstr. 7

#### Stimmkreis 10

(Ärztlicher Kreisverband  
Ingoistadt-Eichstätt)

Delegierte:

Dr. Geith Alfons, Allgemeinarzt  
Ingoistadt, Wagnerwirtsstr. 8

Dr. Kaufmann Stefan, Internist, Oberarzt  
Ingoistadt, Mendelssohnstr. 14

Ersatzmänner:

Dr. Köhler Freimut, Internist  
Ingoistadt, Theresienstr. 6

Dr. Heinemann Wolfgang, Allgemeinarzt  
Gaimersheim, Frühlingstr. 12

Dr. Eisenkeil Sigurd, prakt. Arzt  
Eichstätt, Pedettistr. 9

Dr. Thieme-Garmann Heinz, Allgemein-  
arzt, Dollnstein, Wehrwinkel 4

#### Stimmkreis 11

(Ärztlicher Kreisverband Landsberg)

Delegierter:

Dr. Hausladen Wolfgang, Internist  
Landsberg, Hindenburggring 58

Ersatzmänner:

Dr. Warken Klaus-Dieter, Frauenarzt  
Landsberg, Herkomerstr. 111

Dr. Schlarp Norbert, Radiologe  
Landsberg, Herkomerstr. 111

#### Stimmkreis 12

(Ärztlicher Kreisverband Miesbach)

Delegierte:

Dr. Berleb Max, Frauenarzt  
Tegernsee, Kreiskrankenhaus

Dr. Jäger Helmut, Allgemeinarzt  
Neuhaus, Nagelsplatzstr. 12

Ersatzmänner:

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

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

## Wahlbezirk Oberbayern

### Stimmkreis 1

(Ärztlicher Kreisverband Altötting)

Delegierter:

Dr. Lobbichler Hanns, Allgemeinarzt  
Altötting, Kreszentiaheimstr. 52

Ersatzmänner:

Dr. Schliebitz Bertram, Allgemeinarzt  
Hart/Alz, Föhrenstr. 12

Dr. Friedrich Max, Allgemeinarzt  
Töging, Lessingstr. 29

### Stimmkreis 2

(Ärztlicher Kreisverband  
Berchtesgader Land)

Delegierte:

Dr. Bejenke Georg, Internist  
Bad Reichenhall, Mozartstr. 1 1/2

Dr. Krauss Henner, Internist  
Bad Reichenhall, Bahnhofstr. 16

Ersatzmänner:

Dr. Miethsam Otto, Radiologe  
Bad Reichenhall, Goethestr. 2

Dr. Goltermann Hans, Chirurg  
Bad Reichenhall, Kaiserplatz 1

Dr. Pichler Florian, prakt. Arzt  
Bayerisch Gmain, Obere Bahnhofstr. 15

Dr. Huber Wolfgang, Internist  
Bad Reichenhall, Liebigstr. 1 1/2

### Stimmkreis 3

(Ärztlicher Kreisverband Bad Tölz-  
Wolfratshausen)

Delegierte:

Dr. Platiel Anton, Allgemeinarzt  
Wollratshausen, Josef-Schnellrieder-  
Weg 6

Dr. Witthauer Uwa, Frauenarzt  
Tegarnsae, Kreiskrankenhaus  
Dr. Nobiling Alfred, Internist  
Nauhaus, Josefsthalarstr. 6

**Stimmkreis 13**  
**(Ärztlicher Kreisverband Mühldorf)**

**Delegierte:**

Dr. Pötsch Rüdiger, prakt. Arzt  
Mühldorf, Rottstr. 16

**Ersatzmänner:**

Dr. Angstwurm Klaus, prakt. Arzt  
Kraiburg, Marktplatz 29  
Dr. Göttinger Werner, prakt. Arzt  
Naumarkt-St. Velt, Patar-Hans-Str. 10

**Stimmkreis 14**  
**(Ärztlicher Kreisverband**  
**Neuburg-Schrobenhausen)**

**Delegierte:**

Dr. Fedarsal Manfred, Orthopäde  
Nauburg, Schranneplatz C 131

**Ersatzmänner:**

Dr. Moll Konrad, Chirurg  
Schrobenhausen, Kraiskrankenhaus  
Dr. Back Jörg, Internist  
Nauburg, Bürgarm.-Sing-Str. B 142 1/5

**Stimmkreis 15**  
**(Ärztlicher Kreisverband**  
**Pfaffenhofen/Ilm)**

**Delegierte:**

Dr. Lachleuthnar Hugo, Allgemeinarzt  
Wolzach, Schloßstr. 6

**Ersatzmänner:**

Dr. Maixnar Volkmar, Allgemeinarzt  
Raichartshofen, Harzog-Helrich-Platz 4  
Dr. Machold Warner, prakt. Arzt  
Wolzach-Markt, Wasansteig 1

**Stimmkreis 16**  
**(Ärztlicher Kreisverband Rosenheim)**

**Delegierte:**

Dr. Schloßer Otto, Internist  
Rosenheim, Sallinstr. 10  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Schlada Manfred, Internist  
Rosenheim, Städt. Krankenhaus  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Pummerer Ernst, Radiologa  
Rosenheim, Sallinstr. 11 a  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Müller Max, Internist  
Rosenheim, Rathausstr. 16  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Bauer Günter, Allgemeinarzt  
Rosenheim, Langbehnstr. 9  
(Wahlvorschlag 2)

**Ersatzmänner:**

**Zu Wahlvorschlag 1:**

Dr. Mussalman Lothar, Internist  
Rosenheim, Städt. Krankenhaus

Dr. Grüber Fritz, Urologa  
Rosenheim, Rathausstr. 14

Dr. Ebert Wolfgang, Hautarzt  
Rosenheim, Sallinstr. 11

Dr. Wimmer Josef, Allgemeinarzt  
Rosenheim, Raifanstuelstr. 24

Dr. Gamas Pater, Anästhesist  
Rosenheim, Städt. Krankenhaus  
Schneider Erwin, Ass. Arzt  
Rosenheim, Städt. Krankenhaus

**Zu Wahlvorschlag 2:**

Dr. Bissantz Gard, Internist  
Rosenheim, Städt. Krankenhaus

Dr. Vogelriadar Hanna, Internistin  
Wasserburg, Kraiskrankenhaus

Dr. Draxel Harald, Internist  
Schloßberg, Wasserburger Str. 9 a

Dr. Gschwändlar-Töller Barbara, prakt.  
Ärztin, Bad Albling, Kirchzelle 11

**Stimmkreis 17**  
**(Ärztlicher Kreisverband Starnberg)**

**Delegierte:**

Dr. Probst Michael, Internist, Ltd. Ober-  
arzt, Herrsching, Saestr. 43

Dr. von Einam Jobst, Allgemeinarzt  
Stockdorf, Bahnstr. 33

Dr. Hanke Sibylla, Allgämalnärztin  
Söcking, Elchanweg 6

**Ersatzmänner:**

Dr. Galbi Gard, Radiologa  
Starnberg, Maximilianstr. 9 a

Dr. Müller Diatar, Internist  
Parcha, Bargarstr. 1

Dr. Bartals Rainhard, Kinderarzt  
Gauting, Garmaringar Str. 3

Dr. Adam Eleonora, Frauenärztin  
Pöcking, Alta Bahnhofstr. 35

Dr. Göpfart Christian, Allgämalnarzt  
Tutzing, Hallberger Allee 2

Dr. Hellmann Reinhard, Kinderarzt  
Starnberg, Bahnhofstr. 7

**Stimmkreis 18**  
**(Ärztlicher Kreisverband Treunstein)**

**Delegierte:**

Dr. Mayarhofar Carhainz, Allgämalnarzt  
Taching a. Saa, Haus Almfeld

Dr. Blank Ingo, Chirurg, Obararzt  
Trostberg, Slegerrhöhe 1

**Ersatzmänner:**

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

Dr. Schraube Ernst, prakt. Arzt  
Traunstein, Gamskogalstr. 11

Dr. Etzal Wolfgang, Internist, Oberarzt  
Übersaa, Westarbuchberg 62

Dr. Kronemann Staffen, Internist  
Obersee, Frühlingswag 16

**Stimmkreis 19**  
**(Ärztlicher Kreisverband**  
**Weilheim-Schongau)**

**Delegierte:**

Dr. Ewingar Johann, Allgemeinarzt  
Penzberg, Sigmundstr. 9 a

**Ersatzmänner:**

Dr. Fischer Helmut, Lungenarzt  
Weilheim, Münchner Str. 44

Dr. v. Hösslin Kurt, Allgemeinarzt  
Peiting, Bahnhofstr. 2

## Wahlbezirk Niederbayern

**Stimmkreis 1**  
**(Ärztlicher Kreisverband Deggendorf)**

**Delegierte:**

Dr. Brattnar Rolf, Urologa  
Deggendorf, Bahnhofstr. 7-9

Dr. Rixner Adolf, Allgemeinarzt  
Plattling, Praysingstr. 26

**Ersatzmänner:**

Dr. Landgraf Garhard, prakt. Arzt  
Regen, Bachgassa 33

Dr. Stockbauer Erich, Internist  
Deggendorf, Oberer Stadtplatz 17

Dr. Roll Jochan, prakt. Arzt  
Deggendorf, Westliche Zwingargasse 5

Dr. Köhler Eckart, Hals-Nasen-Ohrenarzt  
Regan, Stadtplatz 11

**Stimmkreis 2**  
**(Ärztlicher Kreisverband**  
**Dingolfing-Landau)**

**Delegierte:**

Dr. Naustifter Josef, Allgämalnarzt  
Dingolfing, Wiesenweg 3 a

**Ersatzmänner:**

Dr. Paintnar Josef, Allgämalnarzt  
Frontanhausen, Bahnhofstr. 23

Dr. Winkelhofer Franz san., Allgämalnarzt  
Großköllnbach, St. Georgsplatz 17

**Stimmkreis 3**  
**(Ärztlicher Kreisverband Kelheim)**

**Delegierte:**

Dr. Blömar Carl-Albrecht, Allgämalnarzt  
Kelheim, Allaastr. 9

**Ersatzmänner:**

Dr. Parcharmaler Alfons, Frauenarzt  
Kalhalm, Donaust. 14

Dr. Waiß Franz, Internist  
Kalhalm, Riedenburger Str. 2

**Stimmkreis 4**  
**(Ärztlicher Kreisverband Landshut)**

**Delegierte:**

Dr. Schwenkart Ernst, Orthopäde  
Landshut, Hallig-Galst-Gasse 411

Dr. Hohanbielcher Rüdiger, Chirurg  
Vilsbiburg, Kraiskrankenhaus

**Ersatzmänner:**

Dr. Wlasa Jürgen, Internist  
Landshut, Zweibrückenstr. 650

Dr. Kropp Slaghart, Allgemeinarzt, Lands-  
hut-Pfattrach, Pfeffenhausener Str. 41

Dr. Willaltner Eugen, Allgemeinarzt  
Landshut, Watzmannstr. 14

Dr. Schult Josef, Allgemeinarzt  
Landshut, Zweibrückenstr. 684

**Stimmkreis 5**  
**(Ärztlicher Kreisverband Passau)**

**Delegierte:**

Dr. Gradel Max, Internist  
Passau, Am Schanzl 6  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Seibold Hans, Allgemeinarzt  
Griesbach/Rottal, Hauptstr. 4  
(Wahlvorschlag 1)

Dr. Hasenberger Fritz, Internist  
Passau, Kl. Exerzierplatz 4  
(Wahlvorschlag 2)

**Ersatzmänner:**

**Zu Wahlvorschlag 1:**

Dr. Stark Leonhard, Chirurg  
Fürstzell, Kreiskrankenhaus

Dr. Fischer Ernst, Internist  
Griesbach/Rottal, Am Brunnenplatz 2

**Zu Wahlvorschlag 2:**

Dr. Grubmüller Hans-Karl, Hautarzt  
Passau, Hochstr. 9c

Dr. Zangerle Hans, Chirurg  
Passau, Städt. Krankenhaus

Dr. Dietz Franz, Allgemeinarzt  
Fürstzell, Marlenplatz 24

Dr. Rößler Eckart, Internist  
Waldkirchen, Ringmauerstr. 3

**Stimmkreis 6**

**(Ärztlicher Kreisverband Rottal-Inn)**

**Delegierte:**

Dr. Hartel Edgar, Allgemeinarzt  
Dietfurt/Rott, Vordersarlting 116

**Ersatzmänner:**

Dr. Frank Helmut, Internist  
Pfarrkirchen, Kreiskrankenhaus

Dr. Schmück Ludwig, Chirurg  
Eggenfelden, Kreiskrankenhaus

**Stimmkreis 7**

**(Ärztlicher Kreisverband Straubing)**

**Delegierte:**

Dr. Dehmer Kurt, Internist  
Straubing, Gabelsbergerstr. 71  
(Wahlvorschlag 1)

Figge Hasko, Anästhesist  
Straubing, Elisabeth-Krankenhaus  
(Wahlvorschlag 2)

**Ersatzmänner:**

**Zu Wahlvorschlag 1:**

Dr. Wolf Manfred, Augenarzt  
Straubing, Obere Bachstr. 6

Dr. Jungmeyer Fritz, Allgemeinarzt  
Straubing, Regensburger Str. 20

**Zu Wahlvorschlag 2:**

Dr. Wiesmüller Ulrike, Ass. Ärztin  
Straubing, Elisabeth-Krankenhaus

Dr. Seybold-Raesig Anny, Ass. Ärztin  
Straubing, Elisabeth-Krankenhaus

## **Wahlbezirk Oberpfalz**

**Stimmkreis Amberg**

**Delegierte:**

Dr. Kliesch Hans Joachim, Allgemeinarzt  
Sulzbech-Rosenberg, Rosenbergerstr. 39

Dr. Mühleisen Hermann, Med. Direktor  
Amberg, Margaretenweg 1

**Ersatzmänner:**

Dr. Poeplau Wolfgang, Internist, Oberarzt,  
Amberg, Am Südhang 21

Professor Dr. Müller-Wallraf Reinhard,  
Pathologe, Chefarzt  
Amberg, Städt. Krankenhaus

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

Dr. Schairer Klaus W., Oberstarzt  
Amberg-Ammersricht, Akazienstr. 4

**Stimmkreis Cham**

**Delegierter:**

Dr. Axmann Helmut, Urologe  
Cham, Waldschmidtstr. 17 a

**Ersatzmänner:**

Dr. Schoyerer Wolfgang, Frauenarzt  
Cham, Rosenstr. 3

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

**Stimmkreis Neumarkt**

**Delegierter:**

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

**Ersatzmänner:**

Dr. Oltersdorff Joachim, Internist, Oberarzt,  
Neumarkt, König Christophstr. 10

Dr. Lindner Manfred, Allgemeinarzt  
Neumarkt, Mariahilfstr. 13

**Stimmkreis Regensburg**

**Delegierte:**

Dr. Kehrer Arno, Allgemeinarzt  
Regensburg, Luitpoldstr. 16

Dr. Kupf Heinrich, Internist  
Regensburg, Weißenburgstr. 5

Dr. Schütz Christoph, Kinderarzt, Chefarzt  
Lappersdorf, Eichendorffstr. 32

Dr. Langer Hans Wilhelm, prakt. Arzt  
Regensburg, Landshuter Str. 72

**Ersatzmänner:**

Dr. Schärtl Wolfgang, Internist  
Regensburg, Minoritenweg 30

Dr. Braun Michael, Allgemeinarzt  
Nittendorf, Talstr. 5

Dr. Schuck Siegfried, Allgemeinarzt  
Bernhardswald, Rathausplatz 4

Dr. Liebhart Max, Internist  
Regensburg, Jakobstr. 4

Dr. Jaschke Peter, Orthopäde  
Regensburg, Günzstr. 1

Dr. Reiter Hans, Hals-Nasen-Ohrenarzt  
Regensburg, Günzstr. 1

Dr. Sieghart Kurt, Allgemeinarzt  
Regensburg, Donaustauffer Str. 10

Dr. Hechenrieder Albin, Obermed.  
Direktor, Tegernheim, Klöppelweg 7

**Stimmkreis Schwandorf**

**Delegierter:**

Dr. Zilch Hans, Allgemeinarzt  
Schwandorf, Marktplatz 28

**Ersatzmänner:**

Dr. Peter Gerhard, Allgemeinarzt  
Schwarzenfeld, Miesbergallee 12

Dr. Hilltner Hans, Internist, Chefarzt  
Burglengenfeld, Krankenhaus

**Stimmkreis Weiden**

**Delegierte:**

Dr. Rechl Christian, Allgemeinarzt  
Weiden, Kettelerstr. 3

Dr. Wagner Christian, Internist, Oberarzt  
Weiden, Leuchtenbergstr. 7 a

**Ersatzmänner:**

Dr. Züge Eckhard, Urologe  
Weiden, Mühlweg 44

Dr. Zebisch Jochen, prakt. Arzt  
Erbendorf, Jahnstr. 10

Dr. Bübl Arno, Allgemeinarzt  
Vohenstrauß, Don-Bosco-Str. 3

Dr. Günther Kerin, prakt. Ärztin  
Neustadt/WN, Stadtplatz 17/19

## **Wahlbezirk Oberfranken**

**Stimmkreis A**

**(Ärztlicher Kreisverband Bamberg)**

**Delegierte:**

Dr. Sebald Klemens, Nervenarzt  
Bamberg, Hainstr. 1  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Eichhorn Michael, Internist, Oberarzt  
Bamberg, Allgemeines Krankenhaus  
(Wahlvorschlag 1)

**Ersatzmänner:**

**Zu Wahlvorschlag 1:**

Dr. Kroslek Branislav, Kinderarzt, Oberarzt,  
Bamberg, Allgemeines Krankenhaus

Dr. Schimmelpfennig Jutta, Ass. Ärztin  
Bamberg, Allgemeines Krankenhaus

**Zu Wahlvorschlag 2:**

Dr. Winkelmann Eduard, Allgemeinarzt  
Bamberg, Königundendamm 23

Dr. Schötz Helmut, Internist  
Bamberg, Heinrichsdamm 9

**Stimmkreis B**

**(Ärztlicher Kreisverband Bayreuth)**

**Delegierte:**

Dr. Korb Günter, Radiologe  
Bayreuth, Sophienstr. 7

Priv.-Doz. Dr. Wündsch Gerhard, Kinderarzt,  
Chefarzt, Bayreuth, Städt. Krankenanstalten

**Ersatzmänner:**

Dr. Gareis Richard, Augenarzt  
Bayreuth, Richard-Wagner-Str. 18

Dr. Ralsch Walter, Radiologe, Med. Direktor  
e. D., Bayreuth, Siegmundstr. 3

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

Dr. Schwegel Dieter, Kinderarzt  
Bayreuth, Friedrich-v.-Schiller-Str. 3 a

**Stimmkreis C  
(Ärztlicher Kreisverband Coburg)**

**Delegierter:**

Dr. Friedrich Hans-Joachim, Allgemein-  
arzt, Coburg, Viktoriabrunnen 1

**Ersatzmänner:**

Dr. Schamberger Ulrich, Kinderarzt,  
Chetarzt, Coburg, Landkrankenhaus

Dr. Kupfer Dietmar, Allgemeinarzt  
Rödental, Bürgerplatz 6

**Stimmkreis D  
(Ärztlicher Kreisverband Forchheim)**

**Delegierter:**

Dr. Pfeitter Karl-Heinz, Allgemeinarzt  
Forchheim, Dreikirchenstr. 23

**Ersatzmänner:**

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

Dr. Distler Hans-Joachim, prakt. Arzt  
Forchheim, Schönbornstr. 29

**Stimmkreis E  
(Ärztlicher Kreisverband Hof)**

**Delegierte:**

Dr. Hierling Anna-Louise, Allgemeinärz-  
tin, Schwarzenbach/Saale, Marienstr. 10

Dr. Roller Erich, Allgemeinarzt  
Feilitzsch, Am Stein

**Ersatzmänner:**

Dr. Gölkel Dieter, Orthopäde  
Hof/Saale, Luitpoldstr. 25

Dr. Brendler Dietrich, Frauenarzt  
Münchberg, Otto-Kalbskopf-Str. 16

Dr. Wanderer Eugenie, Nervenärztin  
Hof/Saale, Schillerstr. 45

**Stimmkreis F  
(Ärztlicher Kreisverband Kronach)**

**Delegierter:**

Dr. Morgenthum Heinrich, Allgemeinarzt  
Pressig, Angerstr. 16

**Ersatzmänner:**

Dr. Heckhausen Hubert, Radiologe, Chef-  
arzt, Kronach, Dobersgrund 79

Dr. Schulze Helmut, Allgemeinarzt  
Kronach, Dobersgrund 29

**Stimmkreis G  
(Ärztlicher Kreisverband Kulmbach)**

**Delegierter:**

Dr. Niederhellmann Hanskarl, Allgemein-  
arzt, Kesendorf, Kulmbacher Str. 22

**Ersatzmänner:**

Dr. Beyer Eduard, Allgemeinarzt  
Kulmbach-Herlas, Zieglerweg 15

Wagner Adelheid, Allgemeinärztin  
Neuenmarkt-Hegnabrunn 21

**Stimmkreis H  
(Ärztlicher Kreisverband Lichtenfels)**

**Delegierter:**

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

**Ersatzmänner:**

Dr. Rudolph Albert, Kinderarzt  
Lichtenfels, Lange Str. 19

Dr. Düchtel Hans, Internist  
Steffelstein, Goethestr. 7

**Stimmkreis I  
(Ärztlicher Kreisverband „Sechsamter-  
land“ [Fichtelgebirge])**

**Delegierter:**

Dr. Geißendörfer Erwin, Augenarzt  
Wunsiedel, Heinrich-Beer-Str. 10

**Ersatzmänner:**

Dr. Beer Heinz, Chirurg, Ass. Arzt  
Wunsiedel, Peuntstr. 22

Dr. Sies Rudolf, prakt. Arzt  
Selb, Häusellohweg 25

## Wahlbezirk Mittelfranken

**Stimmkreis A  
(Ärztlicher Kreisverband Ansbach und  
Umgebung)**

**Delegierte:**

Dr. Steuerer Günter, Internist  
Ansbach, Richard-Wagner-Str. 6  
(Wahlvorschlag 2)

Dr. Deschler Friedrich, prakt. Arzt  
Ansbach, Ernst-Körner-Ring 19  
(Wahlvorschlag 1)

**Ersatzmänner:**

**Zu Wahlvorschlag 1:**

Dr. Lehr Claus, Urologe  
Ansbach, Merckstr. 3

Dr. Schaudig Hans-Jörg, prakt. Arzt  
Dinkelsbühl, Nördlinger Str. 15

**Zu Wahlvorschlag 2:**

Dr. Kittel Herbert, Lungenarzt  
Ansbach, Unterer Weinberg 43

Dr. Steinacker Helmut, Internist  
Neuendettelsau, Am Kälberweiher 3

**Stimmkreis B  
(Ärztlicher Kreisverband Erlangen)**

**Delegierte:**

Dr. Rothlauf Rudolf, Allgemeinarzt  
Erlangen, Eichenweg 11

Professor Dr. Wolf Friedrich, Internist,  
Nuklearmediziner, Direktor, Erlangen-  
Buckenhof, Gräfenberger Str. 53

Dr. Boewing Bernhard, Kinderarzt, Akad.  
Oberrat, Erlangen, Hartmannstr. 74

Dr. Dr. Schmack Bertram, wiss. Ass.  
Marloffstein, Wessergasse 10

Dr. Zeller Werner, Internist  
Erlangen, Gustav-Specht-Str. 2

Dr. Grollt Heinrich, Chirurg  
Erlangen, Würzburger Ring 31

**Ersatzmänner:**

Professor Dr. Flesch Reinhard, Chirurg,  
Ltd. Obererzt, Erlangen, Rosenweg 6

Dr. Zeus Jürgen, Internist  
Erlangen, Spardorfer Str. 39

Priv.-Doz. Dr. Lutz Hareld, Internist, Ober-  
arzt, Hemhofen-Zeckern, Koehlerstr. 3

Dr. Kittel Hanne, Hals-Nasen-Ohrenärztin  
Marlottstein-Rathsberg, Belm Aussicht-  
turm 19

Dr. Zeitner Leonhard, prakt. Arzt  
Erlangen, Fürther Str. 62

Dr. Wenzel Ruppert, Allgemeinarzt  
Erlangen, Breslauer Str. 14

Dr. Langhans Joset, prakt. Arzt  
Uttenreuth, Maria-Gebbert-Str. 9b

Dr. Seiler Josef, Allgemeinarzt  
Erlangen, Fürther Str. 71

Dr. Chmelirsch Roland, Allgemeinarzt  
Erlangen, Dompfaffstr. 121

Dr. Segerer Hugo, Akad. Rat e. Z.  
Erlangen, Spardorfer Str. 35

Dr. Thürmer Stetan, Wiss. Ass.  
Betzenstein, Schloß Betzenstein

Dr. Bergner Dietrich, Akad. Direktor  
Bubenreuth, Walter-Flex-Str. 11

**Stimmkreis C  
(Ärztlicher Kreisverband Fürth)**

**Delegierte:**

Professor Dr. Dr. Kühn Hermann, Direktor  
Zirndorf, Herbststr. 30

Dr. Gutmann Adolf, Allgemeinarzt  
Fürth, Stadelner Hauptstr. 43

**Ersatzmänner:**

Dr. Kierchner Utz-Peter, prakt. Arzt  
Zirndorf, Breslauer Str. 52

Dr. Sitzberger-Stählin Irmgard, Haut-  
ärztin, Erlangen, Burgbergstr. 25

Dr. Dittrich Werner, Ass. Arzt  
Forchheim, Martin-Luther-Str. 2

Dr. Schneikert Horst, Internist  
Zirndorf, Komm. Zimmermannstr. 3

**Stimmkreis D  
(Ärztlicher Kreisverband  
Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim)**

**Delegierter:**

Dr. Horst Heiko, Allgemeinarzt  
Bad Windsheim, Uffenheimer Str. 3

**Ersatzmänner:**

Dr. Berthold Helmut, prakt. Arzt  
Markt Erlbach, Konsul-Lindner-Str. 11

Dr. Bulitta Arno, Internist, Ltd. Arzt  
Neustadt/Aisch, Kreiskrankenhaus

**Stimmkreis E  
(Ärztlicher Kreisverband Nürnberger  
Land)**

**Delegierte:**

Dr. Weinzierl Hans, Allgemeinarzt  
Lauf/Pegnitz, Marktplatz 37

Dr. Relchet Klaus, Internist  
Hersbruck, Hindenburgplatz 11

**Ersatzmänner:**

Dr. Pfund Peter, prakt. Arzt  
Hersbruck, Nürnberger Str. 20

Dr. Gahn Heinz, Obererzt  
Rückersdorf, Grabenstr. 13

Dr. Beer Peter, Internist  
Aldorf, Bahnhofstr. 20 A

Dr. Frauenberger Werner, Allgemeinarzt  
Leinburg, Hauptstr. 10

**Stimmkreis F****(Ärztlicher Kreisverband Nürnberg)****Delegierte:**

- Dr. Birkner Hans, Chirurg, Med. Direktor Nürnberg, Lerchenbühlstr. 23  
 Dr. Dehler Kleus, Internist Nürnberg, Ginsterweg 23  
 Dr. Schönekas Herbert, Internist, Oberarzt, Nürnberg, Neuendettelsauer Str. 84  
 Dr. Kolb Friedrich, Allgemeinarzt Nürnberg, Bucher Str. 11  
 Dr. Brouschek Helga, Allgemeinärztin Nürnberg, Westtorgraben 5  
 Dr. Koch Hellmut, Internist, Ltd. Oberarzt Fürth, Kronstädter Str. 26  
 Dr. Günther Hermann, Nervenarzt Nürnberg, Moltkestr. 17  
 Dr. Radwansky Rainer, Internist Nürnberg, Breite Gasse 80  
 Dr. Baigger Friedrich, Hautarzt Nürnberg, Schöpfstr. 17

**Ersatzmänner:**

- Dr. Schürger Walter, Allgemeinarzt Nürnberg, Äußere Sulzbacher Str. 18  
 Dr. Pfannmüller Walter, Oberarzt Nürnberg, Friedrich-Löffler-Str. 30  
 Dr. Paechner Götz, Allgemeinarzt Nürnberg, Färberstr. 7  
 Dr. Freigang Manfred, Augenarzt Nürnberg, Novalisstr. 1  
 Dr. Strobel Wolfgang, Internist Nürnberg, Dürrenhofstr. 47  
 Dr. Ellner Petra, Allgemeinärztin Nürnberg, Fleischmannstr. 16  
 Dr. Eilles Wolfgang, Allgemeinarzt Nürnberg, Friedrichstr. 42  
 Dr. Pilgrim Roll, Oberarzt Nürnberg, Margaretenstr. 8  
 Dr. Grau Rolf, Ass. Arzt Schwabach-Wolkersdorf, Stettiner Str. 5  
 Dr. Schmidt Max, Kinderarzt Nürnberg, Mögeldorfer Hauptstr. 38  
 Dr. Henninger Winfried, Allgemeinarzt Nürnberg, Krelingstr. 33  
 Dr. Beck Berdilo, Nervenarzt Nürnberg, Allersberger Str. 96  
 Dr. Schmidt Riccarda, Heutärztin Nürnberg, Großweidenmühlstr. 2  
 Dr. Dietrich Wolfgang, Ass. Arzt Nürnberg, Grolandstr. 52  
 Dr. Arnold Erich, Allgemeinarzt Nürnberg, Welsnerstr. 69 e  
 Dr. Schnabel Bodulf, Kinderarzt Nürnberg, Am Hauptmarkt 16  
 Dr. Reins Peter, Chirurg Nürnberg, Fallrohrstr. 27  
 Dr. Gröninger Kerl-Heinz, Med. Direktor Nürnberg, Rankestr. 72

**Stimmkreis G****(Ärztlicher Kreisverband Südfranken)****Delegierte:**

- Dr. Strambach Siegfried, Kinderarzt Roth, Sandgasse 5 a  
 Dr. Heuberger Thomas, Allgemeinarzt Schwebach, Lindenstr. 28

**Ersatzmänner:**

- Dr. Federmann Ulrich, Allgemeinarzt Weißenburg, Lindenstr. 28  
 Dr. Lutz Hermann, Allgemeinarzt Hilpoltstein, Telstr. 2  
 Dr. Schmidt Brigitte, Allgemeinärztin Schwabach-Penzendorf, Bergstr. 11  
 Dr. Mehlhorn Gustav, Allgemeinarzt Rednitzhembach, Bahnhofstr. 18

**Wahlbezirk Unterfranken****Stimmkreis I****(Ärztlicher Kreisverband Aschaffenburg-Unterrain)****Delegierte:**

- Dr. Schleicher Gustoll, Hautarzt Aschaffenburg, Frohsinnstr. 13  
 Dr. Erhardt Wolfgang, Allgemeinarzt Goldbach, Sudetenlandstr. 32  
 Dr. Vogl Richard, Allgemeinarzt Miltenberg, Dberer Walldürner Str. 4

**Ersatzmänner:**

- Dr. Reuß Wolfgang, Internist Aschaffenburg, Frohsinnstr. 20  
 Dr. Staiger Wolfgang, Allgemeinarzt Eschau, Elsavestr. 100  
 Dr. Hochmuth Peter, Internist Aschaffenburg, Erthalstr. 18  
 Dr. Weber Joachim, prakt. Arzt Amorbach, Schloßplatz 1  
 Dr. Binder Helmut, Allgemeinarzt Alzenau, Schloßstr. 26  
 Dr. Tomaschek Rudolf-Hans, Internist Alzenau, Schloßstr. 26

**Stimmkreis II****(Ärztlicher Kreisverband Bad Kissingen)****Delegierte:**

- Dr. Fuchs Hans Werner, Internist Bad Kissingen, Ludwigstr. 10  
 Dr. Staab Frithjof, Allgemeinarzt Burkardroth, Untere Marktstr. 6

**Ersatzmänner:**

- Dr. Freiherr du Prel Maximilian, Internist Bad Kissingen, H.-v.-Kleist-Str. 2  
 Dr. Schürkens Willibert, Orthopäde Bad Kissingen, Ludwigstr. 7  
 Dr. Trümbach Wolfgang, Allgemeinarzt Bad Bocklet, Kissinger Str. 3  
 Dr. Kalk Hanfried, Radiologe Bad Kissingen, Lessingstr. 12

**Stimmkreis III****(Ärztlicher Kreisverband Bad Neustadt/Seaie)****Delegierter:**

- Dr. Rusche Horst, Internist Bad Neustadt, Rhönblick 2

**Ersatzmänner:**

- Dr. Welte Otto, Allgemeinarzt Saal, Mittelweg 6  
 Dr. Mangelsdorf Roland, Allgemeinarzt Bad Neustadt, Rhönstr. 11

**Stimmkreis IV****(Ärztlicher Kreisverband Main-Spessart)****Delegierter:**

- Dr. Eichner Rudolf, Allgemeinarzt Marktheidenfeld, Marktpletz 1

**Ersatzmänner:**

- Dr. Bier Rudolf, Allgemeinarzt Lohr, Ludwigstr. 5

**Stimmkreis V****(Ärztlicher Kreisverband Schweinfurt)****Delegierte:**

- Staab Willi, Allgemeinarzt Schweinfurt, Finkenweg 23  
 Dr. Drescher Hermann, Allgemeinarzt Kirchlauter  
 Dr. Kepp Dskar, Allgemeinarzt Werneck, Hauptstr. 13

**Ersatzmänner:**

- Dr. Lermann Wolfgang, Chirurg Schweinfurt, Ludwigstr. 1  
 Dr. Dietz Bernd, Chirurg Schweinfurt, Kligenweg 13  
 Dr. v. Köckritz Ulrich, Urologe Schweinfurt, Luitpoldstr. 8  
 Dr. Kraus Wolfgang, Allgemeinarzt Haßfurt, Am Ziegelbrunn 1 e  
 Dr. Dufey Klaus, Internist Werneck, Balthasar-Neumann-Platz 7  
 Dr. Camphausen Günter, Internist Ebern, Coburger Str. 21

**Stimmkreis VI****(Ärztlicher Kreisverband Würzburg und Umgebung)****Delegierte:**

- Dr. Brückl Bernhard, Allgemeinarzt Würzburg, Ludwigstr. 11 (Wahlvorschlag 1)  
 Dr. Fuchs Georg, Kinderarzt, Aked. Oberat, Würzburg, Straßburger Ring 83 (Wahlvorschlag 1)  
 Dr. Rötter Werner, Internist Würzburg, Julluspromenade 58 (Wahlvorschlag 1)  
 Professor Dr. Gross Wolff, Internist Würzburg, Steubenstr. 7 (Wahlvorschlag 1)  
 Mehling Roswitha, Ass. Ärztin Würzburg, Hofmeierstr. 9 (Wahlvorschlag 3)  
 Dr. Anselm Gerhard, Chirurg Würzburg, Am Dürnbach 12 (Wahlvorschlag 1)  
 Dr. Holler Michael, Neurologe Würzburg, Hofstr. 20 (Wahlvorschlag 2)  
 Dr. Dschmann Franz-J., Chirurg Kitzingen, Paul-Rücklein-Str. 14 (Wahlvorschlag 1)  
 Dr. Gensler Walter, Radiologe Würzburg, Domstr. 13 (Wahlvorschlag 2)

Ersatzmänner:

**Zu Wahlvorschlag 1:**

- Dr. Schneeberg Hans, Urologe  
Würzburg, Haugerpfarrgasse 7  
Professor Dr. Gekle Dieter, Kinderarzt  
Würzburg, Franz-Stadelmayer-Str. 5  
Dr. Ruppert Günter, Nuklearmediziner  
Würzburg, Hofstr. 10  
Dr. Liebscher Wilhelm, Internist  
Würzburg, Am Eselsbach 6  
Dr. Helm Ludwig, Obermed. Direktor  
Gerbrunn, Georg-Heppel-Str. 2  
Dr. Heinrichs Leonhard, Landgerichtsarzt  
Würzburg, Gertraud-Rostosky-Str. 2  
Dr. Dr. Krebs Alexander, Wiss. Ass.  
Würzburg, Klinikstr. 8  
Dr. Mehling Rainer, Allgemeinarzt  
Würzburg, Brücknerstr. 20  
Dr. Stöckl Gundekar, Med. Direktor  
Würzburg, Lelstenstr. 14  
Dr. Strauß Peter, Ass. Arzt  
Veitshöchheim, Ravensburger Str. 2  
Dr. Ertel Martin, Allgemeinarzt  
Bergtheim, Echterstraße  
Dr. Braun Wolfram, Allgemeinarzt  
Markt Elersheim, Sudetenstr. 6

**Zu Wahlvorschlag 2:**

- Dr. Ohnsorge Peter, Hals-Nasen-Ohren-  
arzt, Würzburg, Kaiserstr. 5  
Dr. Fleischer Hermann, Internist  
Würzburg, Bahnhofstr. 1/2  
Dr. Holler Christel, Neurologin  
Würzburg, Hofstr. 20  
Jagusch Norbert, Radiologe  
Würzburg, Grabenberg 2

**Zu Wahlvorschlag 3:**

- Dr. Ehi Martin, Internist  
Würzburg, Im Grund 27  
Schmidl Matthias, Ass. Arzt  
Würzburg, Hofmeyerstr. 9

## Wahlbezirk Schwaben

### Stimmkreis 1

#### (Ärztlicher Kreisverband Augsburg)

Delegierte:

- Dr. Hellmann Klaus, Internist – Lungen-  
und Bronchialheilkunde  
Augsburg, Grotteneu 2  
Dr. Haggenmüller Fritz, Chefarzt  
Augsburg, Stenglinstraße  
Dr. Tögel Erhard, Internist, Oberarzt  
Augsburg, Stenglinstraße  
Dr. Stiller Hans jun., Allgemeinarzt  
Augsburg, Brentanostr. 22  
Dr. Kling Herbert, Allgemeinarzt  
Augsburg, Ulmer Str. 204  
Dr. Trautner Hens-Joachim, Allgemein-  
arzt, Augsburg, Behnhofstr. 18 1/3

Ersatzmänner:

- Dr. Sixt Thomas, Chirurg  
Augsburg, Prinzregentenstr. 2  
Dr. Distler Hans, Internist  
Friedberg, Münchner Str. 17

Dr. Heilgemeir Georg jun., Heutarzt  
Augsburg, Rathausplatz 8

- Dr. Müller Martin, Ass. Arzt  
Augsburg, Stenglinstraße  
Dr. Fischbach Gunter, Internist  
Augsburg 21, Landsberger Str. 62  
Dr. Hoffmann Günter, Allgemeinarzt  
Augsburg, Alte Gasse 22  
Dr. Borchers Heldl, Laborärztin  
Augsburg, Prinzregentenstr. 1  
Dr. Schottdorf Bernd, Laborarzt  
Augsburg, Stadionstr. 5a  
Dr. Ferenz Norbert, Allgemeinarzt  
Aichach, Schulstr. 6  
Dr. Reinertshofer Otto, Chirurg  
Augsburg, Prinzregentenstr. 8  
Dr. Beck Günter, Radiologe  
Augsburg, Schießgrabenstr. 2  
Dr. Klein Hans-Peter, Ass. Arzt  
Augsburg, Stenglinstraße

### Stimmkreis 2

#### (Ärztlicher Kreisverband Kempten)

Delegierte:

- Dr. Hofer Erwin, Ärtl. Direktor  
Kempten, Kreiskrankenhaus  
Dr. Wiedemann Erwin, Allgemeinarzt  
Kempten, Friesstraße

Ersatzmänner:

- Dr. Mayer Reinhold, Urologe, Oberarzt  
Kempten, Kreiskrankenhaus  
Dr. Negele Karlheinz, Allgemeinarzt  
Kempten, Memminger Str. 67  
Dr. Pürckhauer Klaus, Augenarzt  
Kempten, Klosterstelge 10  
Dr. Siebold Hannelore, Chirgulin  
Kempten, Stadtkrankenhaus

### Stimmkreis 3

#### (Ärztlicher Kreisverband Lindau)

Delegierte:

- Dr. Hilbing Rudolf, Allgemeinarzt  
Lindau, Münchhofstr. 1

Ersatzmänner:

- Dr. Georgl Jobst, Radiologe  
Lindau, Dammsteggasse 4  
Dr. Wagner Georg, Allgemeinarzt  
Weller-Simmerberg, Hs. Nr. 33 1/4

### Stimmkreis 4

#### (Ärztlicher Kreisverband Memmingen-Mindelheim)

Delegierte:

- Frank Richard, Allgemeinarzt  
Memmingen, Kempter Str. 47  
Dr. Weidlich Bruno, Internist  
Memmingen, Stadtkrankenhaus

Ersatzmänner:

- Dr. Kalhammer Eberhard, Internist  
Memmingen, Kreiskrankenhaus  
Dr. Jacobs Jürgen, Hals-Nasen-Ohren-  
arzt, Mindelheim, Maximilianstr. 2  
Dr. Gruber Richard, Allgemeinerzt  
Bad Wörlishofen, Eichwaldstr. 3  
Dr. Wagner Klaus, Anästhesist  
Memmingen, Kreiskrankenhaus

### Stimmkreis 5

#### (Ärztlicher Kreisverband Mittelschwaben)

Delegierte:

- Dr. Thäle Eberhard, Internist  
Weißhorn, Ahornweg 5  
Dr. Langenbach Josef, Chirurg  
Krumbach, Lerchenweg 13

Ersatzmänner:

- Dr. Melcher Werner, Kinderarzt  
Günzburg, Am Weiher 2  
Dr. Kahl Joachim, Allgemeinarzt  
Pfuhl, Fährweg 17  
Dr. Gerstmaier Wolfgang, Allgemeinarzt  
Nersingen, Schulstr. 1  
Dr. Marzelli Günther, Allgemeinarzt  
Krumbach, Mindelheimer Str. 41

### Stimmkreis 6

#### (Ärztlicher Kreisverband Nordschwaben)

Delegierte:

- Dr. Schön Anton, Allgemeinarzt  
Donauwörth, Enderlestr. 7  
Dr. Vüllers Richard, Chefarzt  
Wertingen, Ebersberg 40e

Ersatzmänner:

- Dr. Schirg Gustav, Nervenarzt  
Donauwörth, Kronengasse 24  
Hamper Christa, Allgemeinärztin  
Dillingen, Königstr. 21  
Dr. Reichert Klara, Frauenärztin  
Nördlingen, Bei den Kornschranken 16  
Dr. Weißkirchen Horst, Chirurg, Chefarzt  
Wertingen, Kreiskrankenhaus

### Stimmkreis 7

#### (Ärztlicher Kreisverband Oberallgäu)

Delegierte:

- Dr. Bader Helmut, Internist – Lungen-  
und Bronchialheilkunde  
Sonthofen, Moltekr. 3  
Dr. Schnelderhan Hermann, Med. Direk-  
tor, Bolsterlang, Sanatorium Hirtenstein

Ersatzmänner:

- Dr. Fischer Peter, Allgemeinarzt  
Immenstadt, Bahnhofstr. 44  
Dr. Braun Günter, Allgemeinarzt  
Hindelang, Marktstr. 29  
Dr. Renn Karlheinz, Oberarzt  
Sonthofen, Vordere Burgauffahrt 13  
Dr. Ries Martin, Oberarzt  
Sonthofen, Hochvogelstr. 82

### Stimmkreis 8

#### (Ärztlicher Kreisverband Ostallgäu)

Delegierte:

- Dr. Hanisch Herbert, Allgemeinarzt  
Kaufbeuren, Sedanstr. 6  
Dr. Thiele Heiko, Allgemeinarzt  
Füssen, Reichenstr. 14

Ersatzmänner:

- Dr. Höhne Peter, Allgemeinarzt  
Kaufbeuren, Ludwigstr. 7  
Dr. Fröschl Josef, Augenarzt  
Marktobendorf, Melchelsböckstr. 7  
Dr. Imgrund Elmar, Internist  
Kaufbeuren, Am Breiten Bach 7  
Dr. Karsch Hans, Allgemeinarzt  
Beiswell



(Fortsetzung von Seite 956)

### Datenschutz, Wahrung des Arztgeheimnisses

Bei künftigen Beratungen zu obigem Thema wird der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer gebeten, praktikable Empfehlungen für die Ärzte (und Krankenhäuser) zu geben, die bei Massenanfällen befolgt werden könnten. Erfahrungen bei dem Eisenbahnunfall in Aschaffenburg: In nahezu reibungsloser hervorragender Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten nach raschem Abtransport oder Verletzten stationäre Aufnahme bzw. Versorgung der leichter Verletzten in zwei Krankenhaus-Ambulzen und bei vier chirurgisch tätigen niedergelassenen Kollegen. Durch Nachricht im Radio schon nach kürzester Frist Beginn telefonischer Anfragen, die nach Stunden dringend notwendige Telefonleitung blockierten (z. B. die Rettungsteile).

Anfragen betrafen Namen und Diagnose von Verletzten bereits kurz nach dem Unfall:

1. Bahn
2. Polizei
3. Personen – Anrufer nicht identifiziert. – Juristischer Vorschlag: Aufzeichnung, Genehmigung des Patienten, dann Rückruf – bei sechs Behandlungsstellen nicht praktikabel.
4. Presse

### Neuregelung der Arzthaftung

Der Bayerische Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die überholten strafrechtlichen Vorstellungen einer Rechtsdogmatik zu revidieren, die beim ärztlichen Eingriff von einer im Prinzip rechtswidrigen Körperverletzung ausgeht, die nur durch die Einwilligung des Patienten den strafrechtlichen Charakter verliert.

### Aufklärungspflicht bei Operationen

Aus dem Oberlandesgerichtsurteil Köln – 7 U 105/80 – geht hervor, daß ein Patient auch darüber aufgeklärt werden muß, daß er

- a) von einem Arzt in Gebietsweiterbildung operiert wird und
- b) von einem Arzt in Gebietsweiterbildung operiert wird, der diesen Eingriff zum ersten Mal, allerdings in Überwachung des Weiterbilders, vornehmen wird.

Dieses Urteil blockiert praktisch jede Weiterbildung.

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird gebeten, sich mit den durch dieses Urteil entstandenen Rechtsfragen zu beschäftigen und etwaige Konsequenzen, die sich daraus ergeben könnten, zu untersuchen.

### Kostendämpfungsmaßnahme durch Selbstbeteiligung der Patienten an den Krankenhauskosten

Der 35. Bayerische Ärztetag hält unabhängig von der Beantwortung der Frage, ob eine Selbstbeteiligung der Patienten an den Krankheitskosten grundsätzlich angestrebt werden soll, die gegenwärtig beabsichtigte Einführung einer Selbstbeteiligung der Patienten mit je DM 5,- an den Krankenhauskosten der ersten 14 Behandlungsstege für sinnlos.

Diese Form der Kostenbeteiligung ist nicht geeignet, die Selbstverantwortung der Patienten tatsächlich zu steigern. Sie wirkt nicht auf eine Verkürzung der Verweildauer, sondern eher auf deren Verlängerung hin und würde darüber hinaus im Zusammenhang mit der Einziehung der Beiträge Verwaltungskosten verursachen, die im Zweifel die vereinnahmten Beträge übersteigen, letztlich also zu einer Erhöhung der Pflegesätze führen.

### „Selbsteinweisung“

Der Bayerische Ärztetag bedauert, daß die Diskussion um die sogenannte „Selbsteinweisung“ zur stationären Behandlung durch Krankenhausärzte die Beziehungen der ärztlichen Berufsgruppen befestet. Er hält eine Versachlichung dieser Diskussion für geboten. Es bedarf nicht nur einer Klärung des Begriffes, sondern auch einer wissenschaftlich fundierten Analyse der möglichen Ursachen, wenn sich erweisen sollte, daß der Anteil der Krankenhausbehandlungsfälle angestiegen ist, die nicht durch Einweisungen freipraktizierender Ärzte veranlaßt sind. Die Untersuchung sollte auch die entsprechende Entwicklung bei den sogenannten „Wahleleistungspatienten“ (Privatpatienten) einbeziehen.

Der Bayerische Ärztetag hält es für wünschenswert, daß alle von der Fragestellung betroffenen Institutionen und Verbände sich gemeinsam an der Klärung des Freigenkomplexes beteiligen. Er ist der Überzeugung, daß auch damit ein wesentlicher Beitrag zur Feststellung kostensteigernder Faktoren und ihrer Beseitigung geleistet werden kann.

### „Mitternachtsstatistik“

Der Bayerische Ärztetag fordert die Kostenträger auf, umgehend leistungsbezogene Kriterien für die Ermittlung des Personalbedarfs in Krankenhäusern anzuwenden.

In vielen Fachrichtungen, vornehmlich in der Pädiatrie, hat sich die bisher angewandte „Mitternachtsstatistik“ als ein unbrauchbares Kriterium der Leistungsmessung erwiesen.

Sie steht einem weiteren Abbau der Krankenhausverweildauer entgegen, weil eine verminderte Durchschnittsbelegung – bei sonst gleichem Leistungsvolumen – derzeit zu überproportionalen Einnahmeausfällen der Krankenträger führt, die nur durch Personalabbau ausgeglichen werden können. Dieser Personalabbau läßt denn eine erfolgreiche Krankenhausbehandlung innerhalb der abgekürzten Verweildauer nicht mehr zu, erzwingt also entweder ein Absinken des Qualitätsstandards oder eine Verlängerung der Verweildauer der Patienten. Ein derart leistungsfeindliches Kriterium kann der Kostendämpfung im Krankenhaus nur hinderlich sein.

### Koordination medizinisch-technischer Großgeräte im ambulanten und stationären Bereich

Für eine optimale Patientenversorgung im ambulanten sowie stationären Bereich ist der Einsatz von hochwertigen und damit kostenintensiven medizinischen Geräten unverzichtbar. Die von allen Seiten akzeptierten Grundsätze der Wirtschaftlichkeit dürften nicht zu Einbußen der medizinischen Leistungsfähigkeit im Gesundheitswesen führen. Ärztliche Gesichtspunkte müssen hierbei in jedem Fall Vorrang vor rein organisatorischen und wirtschaftlichen Fragen haben.

### Honorierung der Ärzte im Rettungsdienst

Der 35. Bayerische Ärztetag begrüßt es, daß im Rahmen des Rettungsdienstes zunehmend auch niedergelegene Kolleginnen und Kollegen tätig werden und so einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung leisten.

Da sich die Rettungsärzte im Interesse der Allgemeinheit zeitlich ausgedehnten Verpflichtungen unterwerfen, die ihren Praxen nur sehr beschränkt förderlich sind, hält es der Bayerische Ärztetag für wünschenswert, die seit Jahren unverändert bestehenden Sätze der pauschalen

Einkommensgarantien (DM 144,- für 12 Nachtstunden, DM 84,- für 12 Tagstunden) engemessen zu erhöhen.

### **Zulassungssperre**

Der 35. Bayerische Ärztetag bedauert, daß es in Bayern notwendig wurde, für einige Fachgebiete eine Zulassungssperre einzuführen, da nach dem Bardatsplan ausgewiesene Kassenarztstellen nicht besetzt werden konnten.

Es wird festgestellt, daß die Zulassungssperre um weitere sechs Monate leider verlängert werden mußte, da noch nicht alle Stellen besetzt sind. Der 35. Bayerische Ärztetag hofft, daß die Zulassungssperre demnächst aufgehoben und damit die volle Niederlassungsfreiheit wieder hergestellt wird.

### **Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte und Krankenhausärzte mit Sozialstationen, Nachbarschaftshilfen und Selbsthilfegruppen**

Der 35. Bayerische Ärztetag ersucht die niedergelassenen Ärzte und Krankenhausärzte um Intensivierung der Zusammenarbeit mit Sozialstationen, Nachbarschaftshilfen und Selbsthilfegruppen mit ihrer solidarischen Selbsthilfe für alte und kranke Menschen in der ambulanten Krankenpflege, den „Essen auf Rädern“-Diensten usw. Aus menschlichen und finanziellen Gründen wird man in Zukunft bei alten Menschen und Behinderten der ambulanten offenen Hilfe den Vorrang geben müssen gegenüber der stationären Betreuung.

Um den Kollegen in der Praxis und im Krankenhaus Kenntnis von den Einrichtungen der Sozialstationen, Nachbarschaftshilfen, „Essen auf Rädern“-Diensten und Selbsthilfegruppen zu geben, werden die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bzw. die Ärztlichen Kreis- oder Bezirksverbände ersucht, den Kollegen Adressenzusammenstellungen dieser Einrichtungen zur Verfügung zu stellen.

### **Soziale Dienste und deren Einbindung in die ambulante und stationäre Versorgung unserer Patienten**

Der 35. Bayerische Ärztetag setzt sich dafür ein, daß an jedem Krankenhaus ein Sozialdienst eingerichtet wird. Dort, wo dies aus wirtschaftlichen oder personellen Gründen, insbesondere bei kleineren Häusern, nicht der Fall ist, können mehrere Krankenhäuser einen

gemeinsamen Sozialdienst einrichten oder sich vorhandener sozialer, auch ehrenamtlicher Dienste bedienen. Der pflegerische Dienst soll von jenen zusätzlichen Belastungen befreit werden, die Aufgabe der Sozialdienste sind. Nur dadurch ist sicherzustellen, daß sich das Pflegepersonal ausschließlich seinen eigenen spezifischen Aufgaben widmen kann.

### **Soziale Dienste**

Zur Einbindung der sozialen Dienste in die ambulante und stationäre Versorgung unserer Patienten ist es erforderlich, daß Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte gemeinsam besser in die Lage versetzt werden, solche Dienste in die ärztliche Versorgung einzubaziehen. Dazu bedarf es neben sozialen Diensten an Krankenhäusern zur Erfüllung der dort anfallenden spezifischen Aufgaben auch der Möglichkeit, daß solche Dienste in der ambulanten ärztlichen Betreuung zur Verfügung stehen.

Neben der Zusammenarbeit mit Sozialstationen ist es dazu nötig, daß der niedergelassene Arzt direkt auf Sozialarbeiter zurückgreifen kann.

Der Bayerische Ärztetag fordert deshalb den Vorstand auf, alle Anstrengungen zu unternehmen, daß es neben der Einrichtung sozialer Dienste an Krankenhäusern auch niedergelassenen Ärzten allein oder gemeinschaftlich möglich wird, soziale Hilfsarbeiten in eigener Verantwortung in ihren ärztlichen Aufgabebereich einzubaziehen.

### **Ehrenamtliche Helferkreise für psychisch Gefährdete**

Die Zunahme psychischer Störungen übersteigt die Hilfsmöglichkeiten der vorhandenen sozialen Einrichtungen.

Um einer Ausweitung eines staatlichen dirigistischen Versorgungssystems für die Betreuung psychisch Kranker zu begegnen, müßten in allen Gemeinden oder Pfarrgemeinden ehrenamtliche, dafür ausgebildete und ausgesuchte Helfer zur Verfügung stehen. Was sich durch Haranbildung von ehrenamtlichen Helfern in den Haus- und Aftanpflegediensten, in Nachbarschaftshilfen usw. in den letzten Jahren bewährt hat, kann analog auch auf dem Gebiet der Sorge für die psychisch Behinderten durchgeführt werden. Es benötigt eine langfristige Planung und Aufbauarbeit und die Gewinnung dafür aufgeschlossener und bereiter Menschen.

Die Mitarbeit der Ärzte ist dringend notwendig, um die freiwilligen Helfer in Arbeitskreisen, Vorträgen, Diskussionen und bei Filmen in Gesprächsführung, Beratung und dem Beistand in Lebenskrisen vorzubereiten.

Der 35. Bayerische Ärztetag ersucht die Kollegen um Mitarbeit. Die Ärzte als Träger eines freien Berufs müssen Wegbereiter sein, um unsere Gesellschaft aus ihrem egoistischen Danks herauszuführen, das den Menschen abhängig macht von Fremdleistungen und Staatshilfe. Solidarische Selbsthilfe muß in Zukunft mehr unsere Sozialpolitik bestimmen.

### **Neue Bemessungsgrundlage der Kammerbeiträge**

Anbetracht der vom Finanzausschuß im Geschäftsbericht 1981/82 angekündigten Erhöhung der Kammerbeiträge ab 1984 fordert der Bayerische Ärztetag den Vorstand auf, neue Maßstäbe zu erarbeiten, die besser dem Erfordernis der Beitragsgerechtigkeit entsprechen.

### **Kostentragung für Hepatitischutzimpfungen durch die Berufsgenossenschaften**

Der 35. Bayerische Ärztetag begrüßt die Möglichkeit, den durch Infektionen mit Hepatitis B gefährdeten Berufsgruppen nunmehr durch Impfungen einen weitgehenden Schutz vor dieser Erkrankung zu vermitteln.

Die zumeist sehr hohen finanziellen Belastungen der Berufsgenossenschaften, insbesondere auch der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, durch Verletztengeld und Erwerbsminderungsrenten für Hepatitis-erkrankte und das hieraus resultierende unmittelbare eigene wirtschaftliche Interesse dieser Versicherungsträger an der Vermeidung langwieriger und kostenintensiver Erkrankungen, sollte den Berufsgenossenschaften Anlaß sein, die Frage zu prüfen, ob die Übernahme der Kosten für Schutzimpfungen bei dem gefährdeten Personenkreis nicht eine außerordentlich wirtschaftliche Maßnahme wäre.

Der Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und bittet die ärztlichen Vertreter in den Selbstverwaltungsorganen der Berufsgenossenschaften, die unverzügliche Klärung für eine mögliche Kostenübernahme herbeizuführen.

# Sorgenkind Nr. 1: Das Krankenhaus

## Die Krankenhauskosten und ihre Bewältigung aus der Sicht der Krankenkassen

von H. Sitzmann

„Seit einigen Jahren sind in der Presse, im Landtag und bei sonstigen Gelegenheiten Klagen über die zunehmende Verteuerung unserer modernen Krankenanstalten sowohl hinsichtlich der Kosten für Einrichtungen neuer Krankenhäuser wie auch der laufenden Betriebs- und Verwaltungskosten laut geworden.“ Dieser Satz aus dem Jahre 1913 (Erlaß des Ministers des Innern Nr. 7666, Berlin, 1913) könnte ebenso gut heute geschrieben sein, denn vom Inhalt her gesehen hat sich an seiner Aussage nichts geändert. Im Gegenteil: der Kostensektor „Krankenhaus“ wächst sich allmählich zu einem Alptraum aus. Zur Beschreibung dieses Alptraumes wird die Ausgabenentwicklung – beispielhaft die der bayerischen Ortskrankenkassen, die mehr als die Hälfte der bayerischen Bevölkerung versichern – in den letzten zehn Jahren dargestellt:

### I. Ausgabenentwicklung

Es sind aufgewendet worden je Mitglied (einschließlich Rentner):

	DM	Meßzahl	Haushaltsanteil
1970	162,37	100	23,5%
1981	680,53	419	28,6%

Steigerung 518,16 319%

(In der gleichen Zeit ist das Brutto-sozialprodukt um 128 Prozent gestiegen.)

Nun sagt die Ausgabenentwicklung für sich allein wenig aus, wenn man sie nicht in Relation zu den aufgrund der Lohn- und Gehaltsentwicklung sich ebenfalls veränderten Einnahmen setzt. Erst die sich daraus ergebende Finanzierungslücke ist der entscheidende Faktor zur Beurteilung der finanziellen Stabilität oder Instabilität, weil sie den Druck auf die Beitragssätze bestimmt. In welchem Maße eine Ausgabenentwicklung also beitragsatzwirksam ist, das hängt von ihrem Abstand

zur Lohn- und Gehaltsentwicklung ab, finanzierungstechnisch genauer gesagt: zur Grundlohnentwicklung.

Der Grundlohn je Mitglied hat sich verändert:

	DM	Meßzahl
1970	9935,-	100
1981	23912,54	241

Steigerung 13977,54 141%

Der große Ausgabenüberhang des Krankenhausesektors gegenüber den Mehreinnahmen aus der Lohn- und Gehaltsentwicklung (278 Prozent-Punkte) und seinem Haushaltsanteil (fast 30 Prozent) hat in den letzten zehn Jahren über 20 Prozent der Beitragssatzerhöhungen verursacht. Sie werden lediglich durch den Solidarbeitrag übertroffen, den die aktiven Versicherten – zur Entlastung der Rentenversicherung – für die Finanzierung der Rentner-Krankenversicherung aufbringen müssen. Er macht seit 1970 rund 50 Prozent der Beitragssatzerhöhungen aus.

Nun muß man freilich ehrlich feststellen, daß diese erhöhten Zuwachsraten bei der Krankenhauspflege vor allem die Auswirkungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegeverordnung widerspiegeln, mit denen die Krankenhausfinanzierung auf eine neue, für die Krankenhäuser sehr freundliche Basis gestellt wurde. Was in unseren Bilanzen zum Ausdruck kommt, sind deshalb nicht nur Kostensteigerungen, sondern ist in erheblichem Umfang auf Ausgabenverlagerung zu Lasten der Krankenkassen und Beitragszahler zurückzuführen. Zum Ausdruck kommt darin aber auch, daß sich das Leistungsangebot der Krankenhäuser sowohl quantitativ als auch qualitativ erheblich vergrößert hat.

Gleichwohl: Wir sind beim mächtigen Ausgabenblock Krankenhauspflege noch nicht am Ende der Fahnenstange angelangt; auch 1982

setzt sich eine Kostenentwicklung fort, die die Haushaltsbalance gefährdet:

Es sind gestiegen die Ausgaben je Mitglied (einschließlich Rentner):

	im 1. Halb- jahr 1982 DM	zum 1. Halb- jahr 1981 DM	in %
--	--------------------------------------	---------------------------------------	------

Die Leistungs- ausgaben insgesamt	1143,12	1111,30	2,9
davon der Ausgabenblock Krankenhaus	354,40	326,14	8,7

Die Spitzenstellung des Krankenhausesektors bei den Zuwachsraten wird auch noch dadurch unterstrichen, daß sich der Grundlohn im Vergleichszeitraum nur um 4 Prozent nach oben entwickelt hat.

Auch eine andere Betrachtung zeigt die Dimension des Kostenfaktors „Krankenhaus“ auf: Der durchschnittliche Pflegesatz je Krankenhaustag wird 1982 bei 170,40 DM liegen. Von unseren Versicherten erhalten wir 1982 als monatlichen Beitragsanteil im Durchschnitt 114,- DM (die andere Hälfte des Gesamtbeitrages kommt vom Arbeitgeber). Es sind mithin derzeit schon 1½ Versicherten-Monatsbeiträge erforderlich, um einen Pflegetag im Krankenhaus finanzieren zu können.

Das ist das Kostenbild; wie konnte es zu solchen Entwicklungen kommen?

### II. Die Mängel in der Krankenhausfinanzierung

Das Kernübel ist, daß sich im Krankenhausbereich Qualität und Quantität unbegrenzt und unkritisch entwickeln können. Da sich die Mittel der Krankenversicherung nicht ähnlich unbegrenzt und beliebig erhöhen lassen, ist der Konflikt vorgegeben.

Die Mängel ergeben sich aus ungeeigneten gesetzlichen Regelungen im Krankenhausbereich. Die Finanzierung der stationären Krankenhausbehandlung in der Bundesrepublik ist im Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Kran-

kenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) und in der ergänzend dazu ergangenen Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BpflV) geregelt. Zweck des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine „bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern“ zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Der Gesetzgeber hat das sogenannte duale Finanzierungssystem gewählt. Das bedeutet, vom Grundsatz her trägt die Investitionskosten die öffentliche Hand, die Betriebskosten sind vom Krankenhausbenutzer zu bezahlen.

Das KHG wurde 1972 als „Jahrhundertgesetz“ von allen Parteien gefeiert. Ein solches war es angesichts der Zusammenballung eines Mangels an ökonomischem Denken allenfalls im negativen Sinn.

Zwar zielt das Krankenhausfinanzierungsgesetz auf eine am Bedarf orientierte Bettenplanung. Es räumt indessen denjenigen, die die Krankenhauspflegesätze in der Hauptsache zu zahlen haben – das sind die Versicherten und die Arbeitgeber – bei der Angebotsvorhaltung nur eine sehr beschränkte Mitwirkung ein. Während der Einfluß der Krankenkassen auf die eigentlichen Entscheidungen im Krankenhausbereich praktisch auf Null herabgeschraubt ist, wird ihnen gleichwohl die dornenvolle Aufgabe übertragen, nach dem Kostendeckungsprinzip über die Pflegesatzverhandlungen Einfluß auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zu nehmen. Dabei sind die Bettenkapazitätskosten im wesentlichen vom Staat vorweg reguliert. Die Krankenkassen müssen zusätzlich hinnehmen, daß nach der Konstruktion des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine Reduzierung der Krankenhausrechnungstage die Pflegesätze rechnerisch in die Höhe schraubt.

Es sind drei Faktoren, die einen entscheidenden Treibsatz für die Kosten bilden:

### 1. Die nicht funktionierende Angebotssteuerung

Die Krankenhäuser stehen zueinander weder im Wettbewerb, noch gibt

es eine verbindliche Angebotssteuerung. Sie werden von den beherrschenden gesellschaftlichen und politischen Kräften mehr getrieben, deshalb ist die unrationelle Vorhaltung enorm.

Die erste Feststellung: *Die Krankenhäuser halten sich nicht an den Rahmen der ihnen in einem abgestuften Gesamtsystem zukommenden Aufgaben; die Planungsmechanismen werden nicht ausreichend praktiziert.*

In einer Art Konkurrenz- oder Prestigekampf rüsten Krankenhäuser der Grundversorgungsstufe – sie sind hauptsächlich für die Primärversorgung der Bevölkerung vorgesehen – ihr Leistungsangebot auf technisch aufwendige und daher teure Spezialbehandlung um. Krankenhäuser, die sich früher auf die Hauptfachgebiete Chirurgie und Innere Medizin beschränkten, steigen zusätzlich in andere Fachgebiete ein. Bei der Planung der Umstrukturierung steht für den Krankenhausträger dabei ausschließlich die Überlegung im Vordergrund, wie die zu hoch angesetzte Bettenkapazität besser ausgelastet werden kann. Immer häufiger ist aber auch festzustellen, daß die tatsächlichen Leistungsinhalte von den Neigungen und Wünschen der Chefarzte bestimmt werden. Dadurch werden nicht selten kleinere Krankenhäuser zu höherstufigeren Krankenhäusern hochstilisiert.

Daraus folgt die zweite Feststellung: *Das ungesteuerte Nebeneinander führt im Krankenhausbereich zu unwirtschaftlichen Strukturen und damit einer enormen Fehlverwendung von öffentlichen Geldern.*

Das bayerische Krankenhauswesen wird von einem Nebeneinander ohne Rücksicht auf den Krankenhausbarn beherrscht. Wenn z. B. in jedem Krankenhaus operiert wird, muß überall und zu jeder Tages- und Nachtzeit dafür eine enorm teure personelle „Mindestausstattung“ vorgehalten werden, die wegen fehlender wirtschaftlicher Auslastung nochmals teurer wird.

Ein Beispiel: Ein Anästhesist je Krankenhaus reicht ja bekanntlich nicht aus, da die Versorgung über 24 Stunden hinweg gewährleistet sein muß. Jedes Krankenhaus benötigt folglich mehrere Anästhesi-

sten. Aber wirtschaftlich ist deren Einsatz nur eben dann, wenn die operative Einheit entsprechend groß und damit leistungsfähig ist. Diese Situationsanalyse könnte durch eine Fülle gleichgelagerter Beispiele ergänzt werden, um den Zwang der Anpassung der Krankenhausstrukturen an die geänderten Verhältnisse zu verdeutlichen.

Die dritte Feststellung: *Es wird teilweise ein überflüssiger personeller und technischer Aufwand im Untersuchungsbereich getrieben.*

Es ist nicht einzusehen, daß sich ein Patient im Krankenhaus noch einmal dem gleichen umfassenden Diagnostest unterziehen muß, den der niedergelassene Arzt vor der Einweisung bereits durchgeführt hat. Eine spürbare Entlastung des Krankenhauspersonals (und damit der Kosten) wäre erreicht, wenn auf die – auch bei den Patienten – umstrittenen „Doppeluntersuchungen“ verzichtet würde. Im übrigen konzentriert sich die Inanspruchnahme von Funktionsstellen vielfach auf bestimmte Tagesstunden oder Wochentage, denen dann Zeiten mit Unterbeschäftigung entgegenstehen.

Zusammenfassend: Gigantomanie und kommunale wie staatliche Großmannsucht haben Überkapazitäten an Betten, Personal und technischen Einrichtungen geschaffen. Die finanzielle Verantwortung für solche Planungsmängel trägt aber nicht der Inhaber der Planungshoheit, sondern der Benutzer bzw. seine Krankenkassen.

Den Preis, den sie für Krankenhauspflege entrichten müssen, ist ein Selbstkostenpreis. Als solcher motiviert er nicht aus sich heraus zur sparsamen Wirtschaftsführung, sondern allenfalls dazu, die Kosten in den Grenzen zu halten, in denen sie noch über den Pflegesatz gedeckt werden. Dies ermöglicht das

### 2. Kostendeckungsprinzip

Immer dann, wenn Dritte Kosten übernehmen müssen, ohne daß sie einen entscheidenden Einfluß auf die Entstehung dieser Kosten haben und auch kein anderes marktwirtschaftliches Regulativ besteht, führt dies erfahrungsgemäß zu Großzügigkeit. Dies geht dann sogar so weit, daß Kosten nur deshalb

entstehen, weil sie von unbeteiligten Dritten erstattet werden. Für den Krankenhausbereich trifft dies sowohl auf den Investitionsanteil als auch auf die Benutzerkosten zu. Aber da gibt es dann auch noch eine Steigerung: Es finden vermehrt „stille“ Überlagerungen von Investitionskosten (Land/Steuerzahler) auf die Benutzerkosten (Krankenkassen/Beitragszahler) statt. Das führt dann alles zu einem Kletterspiel, der

### 3. Pflegesätze

Das Dilemma ist, daß dem Krankenhaus mit den Pflegesätzen nicht Leistungen honoriert, sondern Kosten vergütet werden. Der niedergelassene Arzt, die Hebamme, der Masseur oder der Zahntechniker muß einzeln aufführen, welche Leistungen er erbracht hat; erst aufgrund dieses Nachweises wird er bezahlt. Im Krankenhaus ist alles anders: dort werden Leistungen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nicht einzeln abgerechnet, sondern fließen in den pauschalen Pflegesatz mit ein. Eine Überprüfung der im Pflegesatz „unsichtbar enthaltenen“ Leistungen ist nicht möglich. Zu etwa 75 Prozent hat ein Krankenhaus fixe Kosten; sie fallen auch dann an, wenn das Krankenhaus geringer belegt ist. Also bemüht sich jedes Krankenhaus, mindestens die gleiche Zahl von Pflegebetten zu erreichen, die es im Vorjahr hatte; andernfalls entsteht bei gleichbleibendem Pflegesatz ein Defizit. Demgemäß wird ständig eine hohe Belegung des Krankenhauses angestrebt. Droht aber dem Krankenhaus schon bei gleichbleibendem Pflegesatz – zurückgehende Belegung vorausgesetzt – eine Kostenunterdeckung, so muß es sogar noch mit einer künftigen Kürzung seines Pflegesatzes rechnen, wenn die Betten im Durchschnitt zu weniger als 75 Prozent belegt sind. Glaubt jemand, daß Krankenhausträger untätig bleiben, wenn sie die wirtschaftliche „Katastrophe“ mit der Folge auf sich zukommen sehen, das Leistungsangebot (Abbau von Betten bzw. Schließung von unwirtschaftlichen Abteilungen) zu vermindern? Er wird alles tun, um die Betten „voll“ zu haben. Demgemäß wundert sich auch niemand, wenn ein Krankenhaus schon eine Belegung von 84 Prozent in der Presse als besonderen „Erfolg“ feiert.

Bei einem solchen Pflegesatzsystem sind natürlich pauschale Bettenkürzungen sehr problematisch, wie sie das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, das ist die zuständige Planungsbehörde, praktiziert hat. Hier spart sich zunächst nur der Staat Mittel im Rahmen seiner Investitionsförderung. Rechnerisch schaut das für die Krankenkassen dann so aus: Aus einem Krankenhaus mit 100 Betten und 70 Prozent Auslastung wird bei einem Abbau von 20 Betten förderlich ein Krankenhaus mit 80 Betten und dann 88 Prozent Auslastung. Bei dieser Praxis ist der Staat der Gewinner, die Kostenträger bleiben im „Kostendämpfen“ auf der Strecke, weil nicht die unwirtschaftlichen Strukturen als solche angegangen werden.

Bei den hier genannten Mängeln in Form von Situationsschilderungen handelt es sich nur um die Kernpunkte des Finanzierungsproblems im Krankenhausbereich. Auch ohne weitere Details – die gleichfalls neue Ansätze verlangen – machen sie jedoch die Probleme deutlich. Aber es ist besonders herauszustellen, daß keiner der drei Faktoren isoliert für sich zu sehen und zu werten ist. Sie stellen ein Mosaik vielfältiger Verflechtungen, Korrelationen und Abhängigkeiten dar, die sich wechselseitig bedingen.

### III. Bestehende Maßnahmen der Kostendämpfung

Wer die Diskussion der letzten zehn Jahre betrachtet, stellt zwar fest, daß viel und oft von Kostenexplosion und Kostenbremsung die Rede war; insgesamt ist aber wenig erreicht worden.

Große Hoffnungen sind von der Krankenversicherung auf das *Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz*

gesetzt worden. Die Krankenkassen haben gefordert, daß ihnen der Gesetzgeber endlich Instrumente an die Hand gibt, die mehr als bisher ein Hinwenden auf Kostendämpfung ermöglichen. Diese Erwartungen hat der Gesetzgeber – nicht zuletzt aufgrund massiven Widerstands der Länder – nicht nur nicht erfüllt, die Krankenkassen mußten sogar den Eindruck gewinnen, die Politik hat mit ihnen „Schwarzer

Peter“ gespielt. Nirgendwo nämlich ist im Gesetz – das „Kostendämpfungsgesetz“ heißt – etwas zu finden, was sich dämpfend auf die Kostenbewegungen im Krankenhausbereich auswirken könnte. Es kann doch nicht von einem Pflegesatzvereinbarungsverfahren Kostendämpfung erwartet werden, wenn im Falle der Nichteinigung von den zwei Schuldnern (Staat und Krankenkassen), die die Kosten des Krankenhauses zu decken haben, nach wie vor der eine, nämlich der Staat bestimmt, mit welchen Beiträgen der andere (die Krankenkassen) sich an der Deckung der Kosten zu beteiligen hat. Im übrigen bewirkt das Gesetz, daß von öffentlicher Hand zu tragende Kosten auf die Krankenhausbenutzer abgelagert werden. Die Krankenkassen müssen jetzt die mit den Krankenhäusern verbundenen Ausbildungsstätten und die Kosten für die für den Krankenpflegeberuf Auszubildenden tragen.

Besonders enttäuschend war die Änderung des § 405 a RVO, mit dem die Krankenhäuser in die

#### *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*

einbezogen worden sind. Seitdem gibt es zwar „Empfehlungen“ für die Kostenentwicklung im Krankenhausbereich, jedoch wurde ausdrücklich im Gesetz festgeschrieben, daß das Selbstkostendeckungsprinzip des einzelnen Krankenhauses Vorrang vor Empfehlungen der Konzertierten Aktion zur Ausgabenentwicklung für die stationäre Versorgung hat. Diese Wirkung hat sich dann gleich im Jahr 1982 gezeigt. Zwar sieht die „Empfehlung“ vor, die Entwicklung der Kosten in den Krankenhäusern dem Anstieg der Grundlohnsumme je Mitglied anzunähern. Aber statt der – so wird der Grundlohnanstieg 1982: 1981 sein – 4 Prozent müssen wir bei den Krankenhauskosten im Jahre 1982 mit etwa 8,7 Prozent Kostensteigerung rechnen. Wie ernst im Krankenhausbereich die Empfehlung „Annäherung an den Anstieg der Grundlohnsumme je Mitglied“ genommen wird, hat auch die Feststellung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Städtetages in seiner Sitzung am 13./14. Mai 1982 gezeigt, wo laut Niederschrift festgelegt worden ist, „den Begriff ‚Annäherung‘ in der Empfehlung müßten die Krankenhäuser mit

großer Distanz zur Grundlohnsumme sehen".

Schon frühzeitig haben die bayerischen Krankenkassen erkannt, daß die Schwierigkeiten im Krankenhausbereich auf die ungeeigneten gesetzlichen Regelungen zurückzuführen sind. Weil Änderungen sich nicht abgezeichnet haben, ist es dringlich geworden, alle kostendämpfenden und regulierenden Möglichkeiten im Rahmen des Leistungsrechts wahrzunehmen. So entstand 1979 mit den bayerischen Kassenärzten ein Gesamtvertragswerk, das außerhalb Bayerns den Namen

#### Bayern-Vertreg

bekommen hat. Dieser Vertrag betrachtet die gesamte Tätigkeit aller bayerischen Kassenärzte für die Krankenversicherung, also persönlich erbrachte und veranlaßte Leistungen, als Einheit. Er ist gleichzeitig ein Appell an die Kassenärzte, soviel ambulant wie möglich – nach rationeller Vernunft natürlich – zu behandeln und die stationäre Einweisung auf das unbedingt Nötige zu beschränken.

Es hat uns recht verwundert, daß dieses Vertragswerk bei den Krankenhausträgern weitgehend auf Ablehnung gestoßen ist. Denn immerhin waren sie es, die 1975 die sprunghafte Ausgabensteigerung bei den Krankenkassen im Krankenhausbereich mit den „exorbitant hohen Einweisungsquoten“ der Kassenärzte, die nicht immer berechtigt gewesen seien, begründet haben.

Die Krankenhausträger waren offenbar sofort von der Sorge befallen, daß rückgehende Ausnutzung des Krankenhauses Defizite zur Folge hat und sich die Forderung verstärkt, Überkapazitäten an Krankenhausbetten abzubauen. Ich gebe es unumwunden zu: Das war und ist Absicht unseres Handelns. Es soll – ich betone: – Überflüssiges politisch unverantwortbar und schließlich auch bewußtgemacht werden, daß die Vorhaltung von Krankenhausbetten nicht Selbstzweck ist und die Quantität im Krankenhaus auch niemals Spiegelbild der Qualität eines Krankenhauses ist oder sein kann.

Die Rückverlagerung ambulant durchführbarer ärztlicher Behand-

lungen in den Bereich der niedergelassenen Ärzte hat in den Krankenhäusern recht schnell zu rückläufigen Berechnungstagen, also zu geringerer Inanspruchnahme, geführt. Weil aber die im Krankenhaus freigewordenen Kapazitäten nicht abgebaut worden sind, ergaben sich zwangsläufig Folgen unterschiedlicher Art:

Für die Krankenhäuser vermehrte sich im Betriebskostenbereich das Defizit. Bei zurückgehenden Patientenzahlen vermindern sich die tatsächlichen Berechnungstage (= Resultante aus Fällen x Liegedauer) gegenüber den bei der Pflegesatzfestsetzung angenommenen Berechnungstagen, das Krankenhaus erhält entsprechend „weniger oft“ den vereinbarten Pflegesatz und hat somit keine volle Kostendeckung.

Die Krankenkassen sparen im festgelegten Pflegesatzzeitraum insofern, als weniger Patienten ins Krankenhaus eingewiesen werden und demgemäß weniger Berechnungstage anfallen. In Bayern mußten nach dem Selbstkostenprinzip – gewichtet nach Betten – die Pflegesätze (= Preis)

1980 um 10,4 Prozent und 1981 um 8,57 Prozent

erhöht werden. Aber weil die Berechnungstage für die Krankenhausbehandlung (= Menge) abgenommen haben, lag die Ausgabensteigerung

im Jahre 1980 : 1979 „nur“ bei 7,01 Prozent und

im Jahre 1981 : 1980 bei 7,41 Prozent.

Die Unterschiede zwischen den angenommenen Preiserhöhungen und den tatsächlichen Ausgabensteigerungen sind die wirklichen Ersparnisse, die die bayerischen Ortskrankenkassen aufgrund des Bayern-Vertrages „erzielt“ haben.

Die Quintessenz, Minderausgabe bei der Krankenkasse = Defizit bei den Krankenhäusern, hat diese schnell zu Aktivitäten veranlaßt. Es wurden recht großzügig

– Patienten, die zum Notfalldienst gekommen sind, anstelle ambulanter Versorgung „ins Bett gelegt“,

– Diagnosefälle stationär statt (wie vorher) ambulant abgeklärt und schließlich

– Patienten, die sich stationär im Krankenhaus befanden, wieder bestellt und erneut stationär aufgenommen, um rückgehende Einweisungen durch Kassenärzte „auszugleichen“.

Einher ging landauf/landab der Klageruf von Landräten und Kämmerern ob des sich trotzdem vergrößernden Defizits bei den Krankenhäusern mit der Forderung an die Krankenkassen, eingetretene Verluste auszugleichen. Dies lehnen die Krankenkassen zu Recht ab. Die Krankenhaus-Unterbelegung ist ja strukturell bedingt, d. h., sie beruht auf Planungsfehlern. Es ist eine Forderung des gerechten Ausgleichs, daß für die Kostenfolge von Planungsfehlern derjenige einzustehen hat, der sie zu verantworten hat. Das ist nicht die Krankenversicherung. Wer sich den Luxus unwirtschaftlicher Krankenhausstrukturen leistet, muß ihn selbst bezahlen. Das ist der jeweilige Träger des Krankenhauses. Es ist doch nicht einsichtig, daß die Krankenhausbenutzer, deren Belastung „sozial tragbar“ sein soll, für Fehlplanungen und Überangebot im Krankenhausbereich bezahlen müssen.

Betrachtet man die bestehenden Maßnahmen der Kostendämpfung insgesamt, so tragen sie die Feststellung, daß zwar der Bayern-Vertrag mit seinem „soviel ambulant wie möglich...“ der richtige Ansatz ist, den teuren Bereich „Krankenhaus“ zu entlasten. Dauerhafte Wirkung freilich wird ihm erst zukommen, wenn eine Korrektur der offengelegten unwirtschaftlichen Krankenhausstrukturen erfolgt.

#### IV. Die Kostendämpfung in der Zukunft

Wollte man den Krankenhausbereich aus der Kostendämpfung ausklammern oder auch nur nicht genau so klar und fest regeln wie in anderen Bereichen, dann wäre das Vorhaben der Kostendämpfung von vornherein nur ein Stückwerk und nicht geeignet, sein Ziel zu erreichen. Zugleich ergäben sich Auswirkungen psychologischer Art auf die Leistungserbringer: Die Ärzte z. B. haben immer gefordert, daß nicht eine Gruppe der Leistungserbringer allein die Last und die Kosten der Kostendämpfung zu tragen hätte, sondern daß alle daran beteiligt

sein müßten. Eine solche Forderung aber ist nichts weiter als recht und billig, und man würde dagegen verstoßen, wenn es Kostendämpfung für die Krankenhäuser nicht oder nur in weitläufiger, wenig wirksamer Form geben würde.

Vorweg möchte ich das Argument der Krankenträger, das darlegt, man könne doch nur im Krankenhaus die beste und hochwertigste Medizin dem Patienten zukommen lassen, als unbegründet und untragbar zurückweisen. Das Prinzip der Wirtschaftlichkeit weist das Prinzip des „liberalen Krankenhausangebots“ in angemessene Schranken zurück. Das Diktat der „leeren Kasse“ darf auch vor dem Krankenhaus nicht haltmachen. Bedarf, Anspruch und fiskalische Engpässe müssen in Einklang gebracht, Fehlentwicklungen vermieden werden.

### 1. Bedarfsplanung, -steuerung

Wer Wirtschaftlichkeit im Krankenhauswesen auf Dauer erreichen will – unter „wirtschaftlichem Handeln“ verstehen wir: mit dem geringstmöglichen Aufwand den höchstmöglichen Nutzen zu erzielen –, muß an die Quellen des Wirtschaftsgeschehens gehen. Und die Quellen sind das Angebot. Hier – beim Angebot an Krankenhausleistungen – setzt bereits das Interesse der Krankenkassen ein, weil überhöhte Angebotskapazitäten bei fehlender Funktionsfähigkeit der Marktwirtschaft die Nachfrage verstärken. Davon abgesehen, haben die Krankenkassen schon wegen ihrer Verpflichtung gegenüber den Versicherten zur Gewährung einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen

Krankenhausbehandlung sich mit Sorgfalt um Beschaffenheit und Qualität der Krankenhausleistungen zu kümmern. Hierauf also geht unser überwiegendes Begehren zurück, in der Krankenhausplanung und bei der Programmierung von Krankenhausbauten gemeinsam mit den Krankenträgern einen größeren Einfluß zu gewinnen. Die letzte Entscheidung, dagegen ist gar nichts einzuwenden, kann und muß bei den Ländern verbleiben. Aber entscheidet das Land – z. B. aus wahltaktischen Gründen und in einer Ausrichtung auf die Gefälligkeitsdemokratie, das geschieht ja ab und zu – gegen die sachlichen Interessen der Krankenkassen und Krankenhäuser, so hat das Land eben auch die finanziellen Konsequenzen zu tragen. Das ist – auf den kurzen Nenner gebracht – unsere Hauptforderung an die neue Krankenhausgesetzgebung.

Bei solchem Plädoyer für „Planung“ oder „Steuerung“ im Krankenhausbereich kann man möglicherweise schnell auf Vorbehalte stoßen. Es können dies aber nur Mißverständnisse ideologischer Art sein, genauer gesagt einer Planungsideologie, die auf ganz andere politisch-doktrinäre Ziele abgestellt ist, die mit Planung Begriffe wie Zentralismus, Vereinheitlichung, Entpersönlichung, Technokratie verbindet. Das ist nicht das Planungsverständnis der Krankenkassen. Unter Planung verstehen wir die Ordnungsfunktion, die wir brauchen, um bei begrenzten wirtschaftlichen Möglichkeiten und dem Fehlen des Konkurrenzmechanismus im Bereich des Krankenhauswesens ein überflüssiges Nebeneinander oder gar Gegeneinander

der ebenso wie unrationelle Doppelinvestitionen zu vermeiden.

Im Rahmen einer solchen rationalen Planung wird – auch das ist Prinzip der Krankenversicherung, und ich glaube, daß wir gerade in Bayern dies schon unter Beweis gestellt haben – die historisch gewachsene Gliederung unseres Krankenhauswesens in öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser nicht angetastet. Für uns bleibt auch die Bürgernähe des Krankenhauses an der Spitze einer Prioritätenliste.

Nun wissen wir freilich, daß die überzähligen Krankenhausbetten – in der weit überwiegenden Zahl der Fälle unter der Planungshoheit der Länder derzeit als notwendiger Bedarf ausgewiesen – in der Praxis nicht einfach stillgelegt werden können in der Hoffnung, hierdurch sofort eine merkliche Kostensenkung zu erzielen. Da man die fixen Kosten eines Krankenhausbetriebes nicht ohne weiteres von heute auf morgen radikal abbauen kann, wirkt sich eine Verminderung der Bettenzahl zunächst sogar pflegesatzerhöhend aus. Und auch die Verminderung der bei uns zu langen Verweildauer würde für sich allein noch keine Kosteneinsparungen bringen, weil sich – wie schon festgestellt – fixe Kosten nicht einfach dadurch vermindern lassen, daß man einen in der Hauptsache variablen kostenverursachenden Faktor eliminiert. Deshalb gibt es für die Krankenkassen auch keinen Hinderungsgrund, finanzielle Risiken im Hinblick auf die Verringerung der Bettenkapazität und die Verkürzung der Verweildauer für einen angemessenen Zeit-

# Hautschäden · Hämorrhoiden · Entzündungen

## Gelum-L Salbe

Dermatologikum

- reguliert den Säuremantel
- bekämpft Infektionen
- hemmt Ekzeme
- heilt Verbrennungen

**Zusammensetzung:** Kalium-Dioleat (III)-triphosphat-Dikalium-Eisen (III)-citrat-Komplex-poly-Boräureglycerinester 74,8 g, Urea puris 5,0 g, Escerinum anhydricum 15,0 g, Lanette 5,2 g, Indolizalamin: Mastitiden, Pyodermien, Milchschorf, Dermatitis seborrhöica, Sonnenbrand, Verbrennungen, Infektionen der Haut, Berühnungen, Kontaktallergien; Nicht bekämpft: **Wirkweise:** Nicht in offene Wunden bringen! **Handelsformen:** Tube mit 50 g DM 7,85, Tube mit 100 g DM 14,40, Klinikpackungen mit 250 g und 1000 g.

## Gelum-Supp

Antivarioköum

- stillen den Juckreiz
- stoppen Entzündungen
- beseitigen Varizen
- entspannen die Gefäße

**Zusammensetzung:** Kalium-Dioleat (III)-triphosphat-Dikalium-Eisen (III)-citrat-Komplex 0,16 g, p-Hydroxybenzoesäuremethylester 0,204 g, p-Aminobenzoäuremethylester 0,04 g, Suppocin Masse ad 2,0 g. **Indikationen:** Innere und äußere Hämorrhoiden, stehende Entzündungen des Analbereichs und des Unterleibes, Prostatitis, Konjunktivitis; Nicht bekämpft. **Handelsformen:** OP mit 10 Suppositorien DM 7,45, OP mit 40 Suppositorien DM 25,15, Klinikpackung

## Gelum-S Gel

Antiphlogistikum

- lindert Schmerzen
- beseitigt Schwellungen
- fördert Durchblutung
- erhöht die Beweglichkeit

**Zusammensetzung:** Kalium-Dioleat (III)-triphosphat-Dikalium-Eisen (III)-citrat-Komplex-poly-Boräureglycerinester c. Aqua B4,0 g, fettfreie Emulsion ad 100,0 g, Indolizalamin; Arthritis, entzündliche Gewebeerkrankungen, Verstauchungen, Blutergüsse, Verformungen, Kniearthralgien; Nicht bekämpft. **Wirkweise:** Nicht in offene Wunden bringen! **Handelsformen:** 50 g DM 7,85, 100 g DM 14,40, Klinikpackungen mit 250 und 1000 g.

DRELUSO-PHARMAZEUTIKA 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Depot für Ostereich: Magister GÖLLNER, See in d. B. H. Reichartstr. 89, A-1180 Wien

raum — Mitbestimmung vorausgesetzt — mitzutragen.

Die Krankenhausbedarfsplanung müßte mit einer gründlichen Revision des Status quo beginnen und sich dabei an jenem Bedarf orientieren, wie er bei konsequent durchgeführten Strukturreformen, insbesondere einer besseren Integration zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, entsteht. Mangelnde Koordination und Festhalten an überholten Strukturen sind nun mal Faktoren, die das Gesundheitswesen und damit auch das System der sozialen Leistungen unnötig verteuern. Die medizinische Technik hat einen Stand erreicht, der es nicht mehr zuläßt, im ambulanten und stationären Bereich beziehungslos und ohne wechselseitige Bestimmung kostspielige Investitionen doppelt zu finanzieren und auch beim Ingangsetzen der Apparaturen so zu tun, als ob es den anderen Bereich nicht gäbe.

Neben der notwendigen Abstimmung des ambulanten und stationären Bereiches kommt es darauf an, durch eine stärkere funktionale Differenzierung, und zwar zwischen den einzelnen Krankenhäusern und auch im einzelnen Krankenhaus, zu einer Entlastung der Akut-Betten und damit dem teuersten Bereich beizutragen. Es müssen krankenhausesentlastende Einrichtungen — wie z. B. Pflegeheime, Nachsorgekliniken, Sozialstationen, Hauskrankenpflege und ähnliches — gefördert werden, damit nicht die teuren Akut-Krankenhausbetten mit Patienten belegt werden, die ihrer gar nicht bedürfen.

Ich sehe durchaus auch für die Krankenversicherung eine Möglichkeit, mit ihrem finanziellen Potential zur Verwirklichung solcher flankierender Maßnahmen beizutragen, weil eine weitere merkliche Senkung der Krankenhaushäufigkeit sowie der Verweildauer in Verbindung mit einem hieraus resultierenden Abbau von teuren Akut-Betten zu erwarten ist. Dabei darf es keine Tabus geben. Selbst über die Finanzierung von Investitionskosten lassen wir mit uns reden, wenn die Mittelknappheit beim Freistaat anhält.

Von einer Steuerung der relativen Bettenzahl aus ist am ehesten eine wirksame Begrenzung der Zuwachsrates in der Menge der Krankenhauspflegetage zu erwarten. Unabhängig davon, sind selbstverständlich

alle Anstrengungen zu unternehmen, daß der Wirtschaftsalltag im Krankenhaus nicht die kaufmännische Verwaltung unwirtschaftlichen Gebarens ist.

## 2. Transparenz des Leistungsgeschehens im Krankenhaus

Die Krankenkassen haben kein wirksames Instrument hinsichtlich einer zügigen Kostenüberprüfung. Die Statistiken bieten zwar eine große Fülle von Daten über die Anzahl der Patienten im Krankenhaus, die Anzahl der Pfl egetage, den Ausnutzungsgrad der Betten und über die Verweildauer, aber es *fehlt die differenzierte Statistik* über die einzelnen Leistungen des Krankenhauses. Das Krankenhauswesen hält mit seinem Umsatz und seinem Vermögen durchaus einen Vergleich mit einem Unternehmen der Schwerindustrie aus. Man stelle sich vor, es gäbe dort wie im Krankenhausbereich keine detaillierten Informationen über die Leistungen; das Unternehmen wäre ganz schnell zugrunde gerichtet. Die nach Art und Umfang unzureichende gesamtwirtschaftliche Information im Bereich des Krankenhauswesens in bezug auf die Einzelleistungen ist der Grund dafür, daß eine Beurteilung des Leistungspotentials eines Krankenhauses praktisch unmöglich ist. Es ist doch nicht unbillig, wenn derjenige, der die Betriebskosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses zu übernehmen hat, wissen und genau überprüfen will, was er bezahlt. Die Krankenkassen haben keinen Partner, dem sie etwa Zahlungen leisten, ohne daß im einzelnen nachgewiesen ist, was dafür getan worden ist. Nur bei den Krankenhäusern ist es anders. Uns wird oft gesagt, die Krankenhausärzte seien diejenigen, die zur Einzelleistungserfassung nicht zu motivieren seien. Natürlich fehlt die Motivation, wenn das Geld ohne Leistungsnachweis fließt. Dazu ist auf die Abrechnung der an der

kassenärztlichen Versorgung beteiligten oder ermächtigten Krankenhausärzte zu verweisen; da wird jede einzelne Leistung des Krankenhausarztes erfaßt und nachgewiesen; es gäbe sonst keine Vergütung. Warum soll das für den stationären Bereich nicht gleichermaßen möglich sein?

## V. Ausblick

Die Krankenkassen wissen natürlich, daß Krankenhausversorgung kein schlichtes Rechenexempel ist, sondern Dienst am kranken Menschen darstellt. An diesen Auftrag sind Krankenhausträger und Krankenkassen gleichermaßen gebunden, an seiner Erfüllung werden sie gemessen. Sie müssen beide aber auch mit den Kosten fertig werden. Man muß sich vor Augen führen, wie es sich auswirkt, wenn auch weiterhin die Preise für Krankenhausbehandlung „wie gehabt“ steigen, gleichzeitig aber — aus volkswirtschaftlicher Rücksichtnahme — die Löhne und Gehälter nicht so wachsen, wie es Kaufkraftverlust oder steigende Abgaben eigentlich rechtfertigen. Die Krankenversicherung müßte, wenn ihr Mehreinnahmen nicht zufließen, zur Deckung überproportional steigender Krankenhausaufgaben den Beitragssatz erhöhen und damit zusätzlich die Verfügbarkeit des Versicherten über sein Arbeitseinkommen mindern bzw. die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft noch mehr verschlechtern. Für die Errichtung und den Unterhalt des Krankenhauses dürfen arbeitsmarkt- und strukturpolitische Motive keine Maßstäbe sein. Eine derartige Entwicklung, die die dargestellten Gesichtspunkte außer acht läßt, könnte den inneren Frieden unserer Gesellschaft aufs Spiel setzen.

Um in der Krankenversicherung aus der Kreisbahn des Korrigierens über den Beitragssatz in den Raum der dauerhaften Stabilität vorzudringen, ist Umdenken und Handeln gefragt. Wer das nicht erkennt, ist Tor oder Ignorant. Hoffentlich bleiben die Irrtümer der Vergangenheit nicht auch weiterhin Wegbegleiter der Politik.

Anschrift des Verfassers:

Hans Sitzmann, Direktor des Landesverbandes der Ortskrankenkassen in Bayern, Friedrich-Engels-Bogen 6, 8000 München 83

### 71. Augsburger Fortbildungskongreß

am 26./27. März 1983



# Ärzte helfen Ärzten

## Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir alle sehen an diesem Weihnachtsfest mit Sorge in die Zukunft: Was wird mit den Schwierigkeiten unserer Wirtschaft, ja der Wirtschaft der ganzen Welt werden? Wie werden sich die politischen Verhältnisse entwickeln? Wes müssen, wes können wir tun für die Zukunft unserer Kinder?

Schwerer noch leiden unter der Unsicherheit die Kollegenkinder, die von unserer Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ betreut werden. Für sie kommen ganz konkrete persönliche Sorgen hinzu, wirtschaftliche und berufliche. Die öffentlichen Unterstützungen, die sie alle zunächst in Anspruch nehmen müssen, werden ja im kommenden Jahr voreussichtlich bei den Schülern zum Teil ganz – und es sind auch Schüler in unserer Betreuung – gestrichen werden und bei den Studenten in Darlehen umgewandelt. Dabei war neben diesen Unterstützungen in vielen Fällen die Hilfe der Stiftung zusätzlich notwendig, um die Berufsausbildung zum Abschluß bringen zu können.

Für 850 Kollegenkinder haben Sie im Jahre 1982 über eine Million DM aufgebracht, dafür danken Ihre Schützlinge und wir von ganzem Herzen.

Wieder, wie in jedem Jahr, bitten wir Sie alle um Ihre weitere Unterstützung unserer Kollegenkinder. Geben Sie endlich des Weihnachtsfestes durch eine einmalige Spende oder einen monatlichen Deuerauftrag der Stiftung die Gewißheit, daß sie auch im kommenden schwierigen Jahr wenigstens die finanziellen Sorgen der Kollegenkinder kleiner machen kann. Wir können ihnen die Eltern nicht ersetzen, aber dazu verhelfen, daß sie den Weg in ihre Zukunft gehen können.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Vilmar  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Muschellik  
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung

Professor Dr. Bourmer  
Vorsitzender des Hertmannbundes –  
Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Hoppe  
1. Vorsitzender des Merburger Bundes –  
Verband der angestellten und beamteten  
Ärzte Deutschlands e. V., Bundesverband

Dr. Roos  
Bundesvorsitzender des Verbandes der  
niedergelassenen Ärzte Deutschlands  
(NAV) e. V.

Frau Dr. Heuser-Schreiber  
Präsidentin des Deutschen Ärztinnen-  
bundes e. V.

Dr. Walther  
1. Bundesvorsitzender des Deutschen  
Kessenerztverbandes

Dr. Klotz  
Vorsitzender des Berufsverbandes der  
Praktischen Ärzte und Ärzte für Allge-  
meinmedizin Deutschlands (BPA) e. V.

Dr. Schüller  
Präsident der Gemeinschaft Fachärzt-  
licher Berufsverbände (GFB)

Professor Dr. Dr. Hoffmann  
Präsident des Verbandes der leitenden  
Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Ltd. Medizinaldirektor Dr. Pfau  
Vorsitzender des Bundesverbandes  
der Ärzte des Öffentlichen Gesundheits-  
dienstes e. V.

Dr. Sebastian  
Präsident des Bundesverbandes der  
Deutschen Zahnärzte e. V. und der  
Bundeszahnärztekammer

Zehnarzt Herrmann  
Bundesvorsitzender des Freien  
Verbandes Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Rupprecht  
Präsident der Deutschen  
Tierärzteschaft e. V.

Für Ihre Überweisung stehen Ihnen folgende Konten der Stiftung zur Verfügung:

Dresdner Bank Stuttgart Nr. 122 238 700 (BLZ 600 800 00), Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank Stuttgart Nr. 00 919 190 (BLZ 600 906 09), Landessparkasse-Girokasse  
Stuttgart Nr. 1 268 267 (BLZ 600 501 01), Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-701  
(BLZ 600 100 70)

## Personalia

Professor Dr. med., Dr. rer. nat. Dieter Adam, Kinderklinik der Universität München im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde zum Präsidenten der Paul Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie gewählt.

Professor Dr. med. Kay Brune, Vorstand des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 22, 8520 Erlangen, wurde von der University of Kansas die W. Clarke Wescoe-Medaille überreicht, mit der er zum Sterling Drug Visiting Professor des Departements of Pharmacology ernannt wurde.

Professor Dr. med. Ludwig Demling, Direktor der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenpräsidenten der Weltorganisation für Gastroenterologie gewählt.

Dr. med. Hermann Günther, Nervenarzt, Moltkestraße 17/II, 8500 Nürnberg 80, wurde mit der Hartmann-Thieding-Plakette ausgezeichnet.

Privatdozent Dr. med. habil. Matthias Korth, wissenschaftlicher Assistent an der Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, wurde für seine Habilitationsschrift „Elektrische Antworten in den vorderen Sehbahnabschnitten des Menschen auf komplexe visuelle Reizmuster“ der Thiersch-Preis 1981 verliehen.

Professor Dr. med., Dr. phil. nat. Helmut Pauly, Direktor des Instituts für Radiologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde in den wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Strahlenhygiene des Bundesgesundheitsamtes in Neuherberg bei München berufen.

### „Notoperation“ am Haushalt 1983

Die Hoffnung, daß die gesetzliche Krankenversicherung keinen Beitrag zur Sanierung des Bundeshaushalts und zur Entlastung der Arbeitslosenversicherung leisten müsse, hat sich nicht erfüllt. Kein Zweifel: der neue Arbeitsminister Blüm hatte Eingriffe in die Krankenversicherung zunächst vermeiden wollen. Am Ende aber zählt das Ergebnis, und dieses ist unbefriedigend. Auch die neue Regierung schleibt Finanzmittel zwischen den Trägern der Sozialversicherung hin und her, um damit einen Entlastungseffekt für den Bundeshaushalt zu erzielen, und sie erhöht die Neuverschuldung und die Abgaben. Die Koalition nimmt damit schon am Anfang einen Verlust an Glaubwürdigkeit in Kauf. Sie muß sich frühere Forderungen und Ankündigungen entgegenhalten lassen. Aber sie versucht wenigstens nicht, aus einem „Sündenfall“ eine Tugend zu machen.

Der „Sündenfall“ ist mit der wirtschaftlichen und finanziellen Misere, die die alte Regierung hinterlassen hat, zu erklären und wohl auch zu entschuldigen. Die Schwierigkeiten sind so groß geworden, daß es einfache Lösungen nicht mehr gibt. Es bleibt nur noch die Wahl zwischen größeren und kleineren Übeln. Die neue Regierung bietet eine Mixtur davon an. Es bleibt zu hoffen, daß sie hilft. Daß weitere Eingriffe folgen müssen, wird nicht verschwiegen. Die Konsolidierung der Staats- und Sozialfinanzen ist eben nur in mehreren Etappen zu erreichen.

Wenn die Regierung vor der Entscheidung über das umfangreiche Maßnahmen-Paket noch in Schwierigkeiten geriet und von den Koalitionsvereinbarungen abweichen mußte, so lag dies vor allem daran, daß der Haushaltsplanung endlich realistische Daten über die wirtschaftliche Entwicklung zugrunde gelegt wurden. Die Regierung wählte den Mittelweg zwischen Schönfärberei und Schwarzmalerei. Aus heutiger Sicht ist es zumindest plausibel, anzunehmen, daß das Sozialprodukt auch im nächsten Jahr real nicht wächst und die Arbeitslosenzahl auf 2,35 Millionen ansteigt. Die alte Regierung hatte noch leichtfertig unterstellt, daß es 1983 zu einem realen Wachstum von drei Prozent kommen und die Arbeitslosenzahl auf 1,85 Millionen steigen wird. Die

neuen und ungünstigen Annahmen schlagen nun auf alle Haushalte durch. So haben die Steuerschätzer vorgerechnet, daß im laufenden und im nächsten Jahr die Steuereinnahmen von Bund, Ländern und Gemeinden gegenüber der letzten Steuerschätzung vom Juni um mehr als 25 Milliarden DM sinken werden. Der Bund allein hat einen Steueranfall von rund 16 Milliarden DM zu verkraften.

Die Löhne werden nach den übereinstimmenden Prognosen der Bundesregierung und der Konjunkturforscher 1983 nur um 3,5 Prozent steigen. Das schlägt auf die Einnahmen der Sozialversicherungsträger durch. Die geringeren Einnahmeerwartungen des Staates und der Sozialversicherung sowie die zusätzlichen Kosten der Arbeitslosigkeit haben der Koalitionsvereinbarung den Boden entzogen und dazu gezwungen, „Nachbesserungen“ am Haushaltskonzept vorzunehmen. Als der Finanzminister sah, daß der Bundeszuschuß an die Rentenversicherung angesichts der Verschlechterung der Rentenbilanz nicht mehr um 3 Milliarden DM zu kürzen war, schlug er vor, auf den Plan der alten Koalition zurückzugreifen und die Beitragsleistungen der Nürnberger Anstalt an die Krankenversicherung zu kürzen.

Blüm entwickelte daraufhin ein anderes Konzept, das zumindest den Vorteil hatte, den Finanzausgleich zwischen den Kassen und Kassenertern zu vermeiden. Die Rentenversicherung sollte danach ihre Beitragsleistung zugunsten der Rentner an die Krankenkassen von derzeit 11,8 Prozent der Rente auf 10,3 Prozent kürzen, was einen Ausfall an Beitragseinnahmen von 1,8 Milliarden DM bedeutet hätte. Die Regierung hat dem gemeinsamen massiven Protest der Kassenerträge und Kassen gegen die „willkürlichen Finanzverschiebungen“ noch in letzter Minute Rechnung getragen. Die Belastung der Krankenversicherung wurde auf 1,2 Milliarden DM verringert, was rechnerisch den Entlastungen entspricht, die sich 1983 bei den Krankenkassen ergeben.

Diese Entscheidung hat allerdings auch ihren Preis. So wird der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung zum 1. Januar nicht nur auf 4,5 Prozent, sondern auf

4,6 Prozent angehoben. Diese Korrektur mag geringfügig erscheinen, aber immerhin geht es um 600 Millionen DM, um die der Bundeszuschuß an die Arbeitslosenversicherung herabgesetzt werden kann, was wiederum die Voraussetzung dafür ist, daß die vorgesehene Kürzung des Bundeszuschusses an die Rentenversicherung auf 900 Millionen DM verringert werden kann. Das alles ist ein wenig verwirrend. Ziel dieser Operation ist es, den Bund um 600 Millionen DM zu entlasten, ohne die Krankenkassen zu Beitragserhöhungen zu zwingen und die Liquidität der Rentenversicherung zu gewährleisten. Es ist zu befürchten, daß diese Rechnung nur auf dem Papier aufgeht.

Am größten ist wohl die Sorge, daß die Rentenversicherung 1983 an die Grenze der Zahlungsfähigkeit gerät. Diese wird erreicht, wenn die Rücklage unter 1,2 Monatsausgaben sinkt. Damit ist im Herbst 1983 zu rechnen. Um die Mindestliquidität zu halten, wird die zum 1. Januar 1984 fällige Erhöhung des Rentenbeitrags von 18 auf 18,5 Prozent auf den 1. September 1983 vorgezogen. Das soll noch 1983 rund 850 Millionen DM in die Rentenkasse bringen. 1984 werden weitere Konsolidierungsmaßnahmen notwendig sein. Die Belastung der Krankenversicherung mit 1,2 Milliarden DM wird mit der Absicht begründet, alle Geldleistungen mit Lohnersatzfunktion künftig beitragspflichtig zu machen. Das würde dann auch für das Krankengeld gelten, das die Krankenkassen von der sechsten Woche an in Höhe von 80 Prozent des vorherigen Nettoverdienstes zahlen. Den Arbeitgeberanteil hätten dann wohl die Kassen zu übernehmen, während das Krankengeld um den halben Rentenbeitrag und möglicherweise auch um den halben Arbeitslosenbeitrag gekürzt würde. Will man dieses Prinzip konsequent anwenden, so müßte wohl auch das Arbeitslosengeld um den halben Sozialversicherungsbeitrag gekürzt werden.

Was aus diesen Plänen wird, läßt sich nicht voraussagen. Zunächst einmal wird am 6. März gewählt. Sollte sich Kohl als Kanzler behaupten, wofür die Chancen nach Schmidts Verzicht auf eine neue Kanzler-Kandidatur gestiegen sind, so wird der „Notoperation“ am Haushalt 1983 im nächsten Herbst eine auf Deuer angelegte Sanierung der Staats- und Sozialfinanzen folgen müssen. Es bleibt zu hoffen, daß sich bis dahin wenigstens die konjunkturellen Perspektiven gebessert haben. Sonst würde unserem Sozialsystem der Kollaps drohen, was niemand wünschen kann.

bonn-mot

### Wird Frankreichs Pharmaindustrie verstaatlicht?

In Frankreich haben die Pharmaproduzenten kein gutes Image. Man wirft ihnen vor, daß sie zu große Profite machen (dabei erreicht der Reinertrag der US Laboratorien acht bis zehn Prozent des Umsatzes und jener der französischen Laboratorien im Durchschnitt 0,70 Prozent. Man wirft ihnen vor, daß sie sich weniger um die Gesundheit der Menschen kümmern als um den Umsatz und daß sie hunderte überflüssige Produkte auf den Markt bringen.

Dabei sind die Franzosen die am meisten Medikamente verbrauchenden Konsumenten des Kontinents. In der Zeit zwischen 1968 und 1975 erhöhte sich dieser Verbrauch in Frankreich um 156 Prozent, in der Bundesrepublik jedoch nur um 80 Prozent. Die französische Pharma-

industrie müßte also ein blühender Industriezweig sein. Dabei muß man noch feststellen, daß für die französischen Arzneimittel im Vergleich zu den anderen Ländern des Kontinents am wenigsten bezahlt werden muß. Sie verkaufen sich auch im Ausland gut, der Export erhöhte sich im Vorjahr um 30 Prozent, und Frankreich ist nach der Bundesrepublik und der Schweiz der drittgrößte Exporteur von Pharmaprodukten in der Welt.

Schon seit langem, bereits unter der Regierung Giscard d'Estaing war darüber diskutiert worden, ob die Pharmaproduktion nicht vom Staat kontrolliert werden sollte und ob nicht eine Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherung und Pharmaindustrie nötig wäre, zumal 99 Pro-

zent der Bevölkerung krankenversichert ist und die Kassen 70 Prozent der Medikamentenkosten rückerstatten.

Die französischen Sozialisten haben die Nationalisierung der Pharmaproduktion auf ihr Programm geschrieben. Vorerst war nur die Nationalisierung von Roussel Uclaf vorgesehen. Aber selbst dieses Unternehmen, dessen Kapital zu 57 Prozent im Besitz des deutschen Pharmaunternehmens Hoechst ist, wird vorläufig von den vom Parlament beschlossenen Nationalisierungsmaßnahmen ausgeklammert. Aber es steht fest: Nach und nach sollen etwa 40 Prozent der französischen Pharmaproduktion unter staatliche Kontrolle gebracht werden, wobei es durchaus möglich ist, daß diese Betriebe gegenüber jenen im Privatbesitz verbliebenen eine bevorzugte Position haben und den Markt beeinflussen werden.

Es wird ein „Office national de la pharmacie“ gegründet mit dem Ziel, die Aktivität der staatlichen und der privaten Pharmaproduktion und alle Forschungsarbeit zu koordinieren.

# 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, Infektprophylaxe 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

Darüber hinaus wird das Office den gesamten Pharmamarkt kontrollieren, sowie die Produktion und die Preisfestsetzung der einzelnen Medikamente überwachen. Auch die Information der Ärzte und aller im Gesundheitswesen tätigen Personen über die Verwendung neuer Medikamente wird zentral vom Office organisiert werden. Der Verteilungsapparat für Pharmaprodukte wird reorganisiert und in Kooperativen umgewandelt, die genauso wie das Office dem Gesundheitsministerium unterstellt werden.

Gesundheitsminister Ralite wies bei dieser Gelegenheit darauf hin, daß sich der Umsatz der Pharmaindustrie im Vorjahr um 18,6 Prozent erhöht hat und sich der Absatz seit Beginn dieses Jahres weiter verbesserte. Die Pharmaindustrie ist eine der wenigen krisenfesten Industriezweige des Landes.

Die zu verstaatlichende Pharmaproduktion wird sich im wesentlichen auf drei Gruppen stützen: Auf die Sanofi, eine Filiale der verstaatlichten Elf Aquitaine, auf Rhône Poulenc und auf Roussei Uclaf. Jede dieser drei Gruppen wird seine autonome Verwaltung und Geschäftsleitung behalten. Die im Privatbesitz verbleibenden Laboratorien werden nicht, wie ursprünglich geplant, miteinbezogen. Geraten derartige Unternehmen in wirtschaftliche Schwierigkeiten, werden sie vom Staat übernommen werden. Verkäufe von französischen Pharmaunternehmen an ausländische Interessenten wird es nur noch in Ausnahmefällen geben. Die Filialen ausländischer Gruppen, die weiter in Frankreich arbeiten wollen, werden angehalten, nach und nach alle zur Produktion ihrer Arzneien benötigten Grundstoffe in Frankreich selbst zu produzieren, um das Handelsdefizit dieser Produkte möglichst auszuschalten.

Gesundheitsminister Ralite betonte, daß die Realisierung dieser Pläne nicht von heute auf morgen erfolgen könne. Was höheren Orts vorschwebt, ist eine Art Regie Renault für die verstaatlichten Betriebe und über das „Office national de la pharmacie“ eine gute Zusammenarbeit mit den in privaten Händen verbliebenen Pharmabetrieben. Ob eine derartige Zusammenarbeit auf die Dauer möglich sein wird, darf bezweifelt werden.

J. H., Paris

## Amtliches

### Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer

vom 29. November bis 3. Dezember 1982

Das Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer wird in diesem Heft 12/1982 des „Bayerischen Ärzteblattes“ bekanntgegeben.

Das Wahlergebnis ist gesondert abgedruckt in der Mitte dieser Nummer eingehaftet. Auf diese Bekanntmachung wird hiermit verwiesen.

Landeswahlleiter  
Poellinger  
Rechtsanwalt

## Äskulap und Pegasus

### Bücher von Ärzten für Ärzte

*Auch in diesem Jahre bringen wir wieder zu Weihnachten Besprechungen von Büchern, die aus unseren Kreisen erschienen und mit unserem Berufe verbunden sind. Die Schriftleitung würde sich freuen, wenn diese Bücher viele Leser finden würden. — Zum Jahresende wünschen wir allen Freunden des „Äskulap und Pegasus“ geruhsame Feiertage, soweit dies bei Ärzten möglich ist, sowie ein glückliches und gesundes neues Jahr 1983!*

Der „Äskulap und Pegasus“

#### Almanach 1982 deutscher Schriftstellerärzte

Herausgeber: A. Jüngling, 324 S., zahlr. Bildtafeln, brosch., DM 20,—. Verlag Th. Breit, Marquartstein.

Der verdienstvolle Herausgeber von nunmehr zwölf Anthologien versteht seine jährlich erscheinenden Ärzte-Schriftsteller-Almanache als Demonstration schriftstellerischen Schaffens deutscher Ärzte. Seine schon seit Jahren erscheinenden Almanache sind in ihrer Art einzigartig und wertvolle Dokumente über das Schaffen aller deutschen Schriftstellerärzte, gleich welcher Couleur. Sie sollten weite Verbreitung nicht nur unter den Ärzten, sondern auch unter deren Angehörigen und Freunden finden.

Der vorliegende Band ist besonders gut gelungen, denn er erfaßt mit seinen Gedichten, Essays und Kurzgeschichten ekute allgemein-menschliche und ärztliche Probleme. Nur einige wenige können von den 86 Autoren, unter denen sich 16 bayerische befinden, erwähnt werden,

ohne daß dies ein Werturteil bedeuten sollte. Der Herausgeber Armin Jüngling berichtet von einem mißglückten Kauf einer wertvollen Radierung durch einen Fronturlauber in der noch unbeschädigten Stadt Berlin: „fast wollte es dem Betrachter scheinen, als ob sie ihr Schicksal ohne. Es war wie ein Tenz auf dem Vulkan.“ Piranesi, dessen Radierungen der Frontsoldat suchte, war Mitte des 18. Jahrhunderts ein Rembrandt der Architektur, der auch „Carceri d'Invenzione“ schuf. Dem kunstgebildeten Urlaubler formten sich die gewaltigen Bauten des Dritten Reiches zu Kerzern. Ein interessantes Kapitel zur Psychologie der Menschen jener Zeit. Sigurd Göttlicher erzählt in humorvoller Weise von den Nöten einer masurischen Hebamme; Peter Hornung schildert seine Traumgedanken aus der Larvenzeit eines jungen Assistenten, der das „blutbesudelte weiße Gewand“ trug. Die Gedanken zeigen uns, wie sehr die Erlebnisse im ärztlichen Beruf das Denken eines jungen Arztes beeinflussen können, einen „in fremde Krenkengeschichten hineingerä-

tenen Kopf". Fritz Butters und Peschke nehmen Stellung zur Existenzberechtigung der studentischen Korporationen in der heutigen Zeit. Es ist bemerkenswert, daß der Herausgeber Stellungnahmen zu diesem häufig mit einem Tabu belegten Problem aufgenommen hat, denn die ungewöhnlich hohen Belegungszahlen der psychiatrischen Stellen unserer Universitäten beweisen, daß sich der Student heute auf unseren Massenuniversitäten nicht wohl fühlt, daß er vereinsamt und ihm etwas fehlt. — Die beigegebenen Bildtafeln der malenden Ärzte sind bisweilen kleine Kunstwerke. — Zusammenfassend kann man nur wünschen, daß dem Herausgeber noch viele Jahre so schöne Almanache gelingen mögen.

#### Melodie: Gedichte

Verf.: M. Bednare, 112 S., zahlr. Fotos v. H. Hermann, brosch., DM 14,80. Verlag Josef Stippach, Aachen.

Die ellen unseren Lesern bekannte Lyrikerin Consoeur Bednara hat einen neuen Gedichtband veröffentlicht. Sie schreibt dazu im Vorwort: „Bunt sind die Gedanken, die mich erfüllen, und es gibt keine Einordnung für sie in feste Zyklen, wenn auch Überschriften Zeichen setzen. Es ist der Augenblick, der Worte und Nachgedachtes an die Oberfläche bringt. Der Leser mag sich wundern über das Mosaik, das vor ihm ausgebreitet wird... zwischen Liebe liegt Trauer, zwischen dem Tod der Himmel, zwischen Alltäglichem des Wunder, zwischen Glück die Entsagung.“ Sie hat demit treffend den Inhalt des Bandes charakterisiert. Die Gedenkengänge und lyrischen Untermelungen der Dichterin sind auch hier wieder von der bei ihr gewohnten Formvollendung und mitgetragenen Verinnerlichung, sie sind: „Melodien, die der Sommer sang“. „Herausgeklagt sind die Lieder/ denn Noten gibt es nicht/ es schreiben die Eulen in ihr Gefieder/ was Nächte gesungen/ was Eigentum war.../ herausgeklagt sind die Lieder/ die Blätter sind leer.“ Auch viele Probleme des Lebens werden mit einfachen, aber doch klaren Worten zum Ausdruck gebracht:

„Wenn man zusemmenfaßt/ so manche Dinge/ die breit und wichtig/ in der Zeit standen,/ dann bleibt für sie/ oft nur ein Nadelöhr/ im Raum —/ so klein sind sie geworden/ und man begreift es kaum.“ — Die beigegebenen zahlreichen Fotos von Heinz Hermann sind kleine Kunstwerke, die in ihren Motiven das Wesen der Gedichte ausgezeichnet erfassen. Die Ausstattung des Bändchens ist einfach, aber geschmackvoll, es sind ihm viele Leser zu wünschen!

#### Erlebt und überlebt

*Erinnerungen eines Arztes*

Verf.: H. Wegner, 121 S., geb., DM 19,80 + DM 1,— Versandkosten. Erschienen im Selbstverlag Dr. H. Wegner, Am Sonnenrain 3, 7295 Dornstetten/Hallwangen.

Jeder Arzt könnte aus seinem Erlebten ein sehr trauriges und ein recht lustiges Buch schreiben, denn er wühlt geradezu täglich im menschlichen Geschehnis jeglicher Art.

Helmut Wagner hat das erbaulichere Thema angepackt, und hat uns Kollegen, hat seinen Patienten und anderen Lesebeflissenen wunderschöne Geschichten aus seinem Alltag nahegebracht.

Ich persönlich danke ihm dafür. Ich sehe viele Parallelen aus meinen eigenen Erfahrungen, auch aus der Gefengenschaft. Eine Reihe seiner kurzen Erzählungen kannte ich schon, bevor das Büchlein in meinen Händen lag. Sie gafielen mir. Erschienen waren sie in medizinischen Fachzeitschriften. — An dieser Stelle danke ich ein zweites Mal, diesmal den pharmazeutisch-medizinischen Zeitungsverlagen, die sich mehr und mehr um jene Ärzte kümmern, die nicht nur diagnostizieren, kurieren, injizieren, sezieren, euskultieren, palpieren und rezeptieren. Ich meine jene, welche daneben die Feder führen (natürlich auch jene mit dem Fiedelbogen, mit dem Piano und dem Pinsel, jene, die bildheuern und Filme machen), also alle, die neben dem Schein-Krankenschein auch den Glanz der Kunst wahrnehmen und Kultur verbreiten, die in unserer Zeit so rar geworden ist.

Es gibt eine deutsche und eine weltweite Zusammenfassung jener Mediziner, welche schreiben, den Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte und die Union mondiale des écrivains médecins = UMEM, deren weitaus nicht geringstes Mitglied Helmut Wagner ist. Gratulation den Erinnerungen eines Arztes!

Alfred Rottler

#### Weißer Pavillon: Gedichte

Verf.: K. Schmidtfehen, 79 S., brosch., DM 9,80. J. G. Bläschke Verlag, St. Michael/Österreich.

Der Autor, Internist, ist von der Mutter her Schlesier, von der Vater Seite her Franke. Die Lust zum Fabulieren wird er wohl auch von der Mutter ererbt haben, denn seine Gedichte zeigen vielerlei Hinweise auf den großen schlesischen Dichter Joseph von Eichendorff und er findet des „Zeuberwort“, um die Welt und vor allem die Natur um uns herum singen zu lassen. „Ein kleines Lied, gespielt auf einer Laute/ ich weiß nicht mehr, wie demels mir geschah/ Wir gingen durch das Feld. Der Morgen blaute/ und unsre Herzen waren sich so nah// wie Blütenkelche, drin das Frühlicht taute./ Was ich in deinen Augentstern sah/ und doch zu sagen nicht getreute./ in Melodien war es plötzlich de// Die Finger griffen sinnend in die Saiten/ wie Wind der Birke schlenke Zweige rührt./ De hielt'st du lächelnd inne in dem Schreiten// Es war um dich ein Glanz von Seligkeiten/ wie damals, als dein Herz zuerst gespürt/ daß Gott vereint uns hat für alle Zeiten.“ — Der Autor liebt das heute nur mehr selten gebrauchte Sonett, er hat davon einen ganzen Kranz über die verschiedenen Farben an den Schluß des Bandes gesetzt. Schade, daß die nicht wenigen Druckfehler beim Lesen stören, das oben zitierte Gedicht enthält davon allein vier. Von diesem Schönheitsfehler abgesehen, geben uns die Gedichte, die durch schöne Naturbetrachtungen uns zu besinnlichen Gedanken über die zwischenmenschlichen Probleme führen, Anlaß, in der Hetze unserer Zeit einzuhalten und sich auf uns selbst zu besinnen.



## RECORSAN-HERZSALBE

Das älteste, percutane Kardiakum, seit 5 Jahrzehnten bewährt, dabei in Wirkung und Anwendung stets weiterentwickelt und verbessert.

Cor. nervos., coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g-Valerian. 1,7g-Tinct. Convall. 0,8g.

-Castor. 0,6g, Camph. 1,0g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,155g. **Q.P. 30g DM 6,14**

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing

### Ich sags in Schüttelreimen

Verf.: G. Vescovi, 48 S., zahlr. Zeichn. v. J. Müller-Gräfe, Pappband, DM 15,—. Atrio-Verlag, B. Geue, Bad Mergentheim.

Unser Confrère Vescovi, Vizepräsident der UMEM und verdienter Schatzmeister des BDSÄ, ist ein großer Künstler in der Dichtart der Schüttelreime, jener geistvollen, doppelt reimenden Peerreime mit scherzhafter Vertauschung der Anfangskonsonanten der am Reim beteiligten Wörter oder Silben. Er schreibt dazu im „event propos“ dieses Büchleins: „Schon seit elten Zelten sind Schüttelreime ein ‚emusement littéraire‘ und ebenso ein linguistisches Vergnügen wie ein profundes Spracherlebnis. Sie gedeihen durch Freude an sprachlichen und gedanklichen Purzelbäumen mit Überraschungen. Sie rufen oft gerade in nüchternen und bedrückend ernsten Situationen den homo ludens auf den Plan, der sich zunächst ins Abenteuer des Silben- und Konsonantenaustauschens verstrickt und zum Zauberer wird, da er den ‚Bleusud‘ in ‚Saublut‘ und eine ‚Tressenmauer‘ in eine ‚Massentreuer‘ verwandelt.“ ... „Die Lust am parodierenden Verdrehspiel anlautender Konsonanten siedelt sich meist bei äußeren Anlässen aller Art an und prädestiniert den Schüttelreim als ‚Gelegenheitspoesie‘, wie etwa zu Ostern ein Vers aus einem längeren Cermen bewelsen mag: Das erste Grün sleht man die Hasen rupfen/ die wieder zahlreich übern Resen hupfen/ derweil die Frauen in der Küche Eier färben/ die wir dann bel der Osterfeler erben.“ — Der Autor hat seine seit 20 Jahren geschüttelten Neujahrs- und Feriengrüße im vorliegenden Buch gesammelt, und der bekannte Maler und Graphiker Müller-Gräfe hat sie illustriert. Besonders gelungen fand der Referent die Schüttelreime auf die Arztfrau, die der Autor als Damenrede auf einem Stuttgarter Ärzteball hielt. So ist ein unterhaltsames und geistvolles Werk entstanden, von dem man nur sagen kann: wer Spaß versteht, wird manchmal herzlich lechen. Mit dem netten Schüttelreim, den der Autor dem Referenten als Widmung in das Buch eingetragen hat, will ich schließen: „Vielleicht heb' ich beim Schütteln einen Sperren nur — Und hinterlaß' nur eine Nerrenspur?“

### Worte ohne Titel: Gedichte

Verf.: E. Weiß, 46 S., Bend 10 „Ärzte als Schriftsteller“, DM 9,80. I. Dienei Wettin Verlag, Kirchberg/Jegst.

Der Autor sagt im Vorwort zu seinem obigen Werk: „Worte ohne Titel sollen

eine moderne Dichtung darstellen. Es wurde absichtlich auf Satzzeichen — Interpunktionen verzichtet, um dem Leser die Freiheit des Denkens zu überlassen und selbst eine Aussage zu finden. Es soll mit wenig Worten lebendes Denken dergestellt werden. Wenige Worte in der Kommunikation stellen den Kontakt des Fremden mit dem ich so Nahen dar. Nicht nur des Denken, sondern aus dem Denken des Fühlen und Erleben soll die Spreche der Gedichte euführen und wiedergeben. Denken, Erkennen und Segen ist heute nur selten im Wahren. So seien die Zeilen in moderner Form und in Freiheit des Denkens geschrieben und mögen sie in der freien Form zum Denken, Fühlen und Erkennen anregen. Mögen die Zeilen einen kurzen Blick hinter den Vorhang gewähren.“ Bei der Betrachtung der modernen Literatur muß man dem Autor recht geben, leider wird manchmal mit vielen Worten wenig oder nichts gesagt. — Der Autor unternimmt es im vorliegenden Buch, ohne viele wohltonende Worte mit „wenigen Zeilen zu sagen: Ich bin es!“ Es ist zweifellos ein des Nachdenkens werter Versuch, ob er gelungen ist, muß der Leser selbst entscheiden. „Worte/ sie grinsen/ höh-nisch/ vom Himmel/ Lachen/ ist spre-chen/ Schweigen/ die Sprache.“

### Vom Dunkel zum Licht: Gedichte

Verf.: E. Weiß, 54 S., Band 8 „Ärzte als Schriftsteller“, DM 9,80. I. Dienei Wettin Verlag, Kirchberg/Jagst.

„Woher Ich kem und wo Ich bin,/ Wohin ich geh — ist Dunkel Sinn.“ stellt der Autor seinem Gedichtband als Einführung voran. Er fragt weiter: „Wo sind die Zlele/ Unseres Menschseins?/ Regen sie aufwärts,/ Strebend zur Gottheit?/ Sinken sie dunkel/ Hölle entgegen?/ Was ist des Menschsein?/ Gott oder Teufel?“ Er kommt denn zu dem Schluß:

„Mut wer des Leben! Mut euch des Sterben! Das wer das Menschsein/ Werde und lebe! Sel und dann sterbe! Stirb und vergehe! Berge bestehen —! Menschen vergehen —!“ Dann befeht sich der Autor mit den vielfachen Problemen unserer Zeit wie: Generationen, Vaterbellede der siebziger Jahre, Feh-neneid, Der Flüchtling, Einkeuf im Kaufhaus, Lechen, Der Richter Gott, Liebe und Leid, Tagesablauf, Abendrot usf. — Es sind nachdenkliche Gedichte, die jedermann angehen.

### Tiere im Doktorheus: Kurzgeschichten

Verf.: H. Wagner, 96 S., Illustr., DM 12,80 + 1,30 Versandkosten. Erschienen im Selbstverlag Dr. H. Wagner, Am Sonnenrain 3, 7295 Dornstetten/Hallwangen.

Es sind ungekünstelte, freiweg erzählte Geschichten mit Tieren, die der Verfasser selbst erlebt hat und nun in bescheulich, lustiger Weise darstellt. Wer selbst früher einmal in der freien Natur den Tieren nachging, Schlangen und Salamander fing, als Kind ein Terrarium, einen Laubfrosch und eine Schildkröte besaß, der wird seine besondere Freude an diesen Erzählungen haben, denen man die Tierliebe des Autors bei jeder Zeile anmerkt. Diese erlebten Geschichten, wie der verhungerte Leubfrosch, die Blindschleiche im Kiessenzimmer, die telefonierende Hündin u. v. e. m., heben zudem den Vorzug, daß sie kurz und prägnant geschrieben sind und unabhängig von einander gelesen werden können. — Der Referent kann sich dem Schlußsatz aus dem Vorwort nur anschließen: „In einer Zeit, in der der Mensch sich immer mehr der Natur entfremdet und durch die Zerstörung ihres Lebensraumes ihre Geschöpfe der Vernichtung preisgibt, wünsche ich dem Buch Verbreitung und Ankleng, vor allem euch bei der jungen Generation.“

## Aufruf zur Beteiligung am deutschen Ärzte-Schriftsteller-Almanach '83

Der Herausgeber von zwölf Anthologien deutscher Ärzte, Armin Jüngling, Unterwössen, beabsichtigt, 1983 wieder einen Almanach deutscher Ärzteschriftsteller herauszugeben.

Die Beteiligung setzt nicht die Mitgliedschaft im Verband deutscher Schriftstellerärzte voraus.

Es sind vielmehr alle schriftstellerisch tätigen Ärzte und Zahnärzte aufgerufen, sich durch Einsendungen von Lyrik, Essays und Kurzgeschichten zu beteiligen.

Einsendungen bis spätestens 1. Februar 1983 an:  
Dr. Armin Jüngling, 8218 Unterwössen

Bitte Rückporto beilegen! — Ferner werden alle Schriftsteller-Kollegen gebeten, ihre im Jahre 1981/82 erschienenen belletristischen Werke mit Verlagsangabe, Seitenzahl und Preis dem Herausgeber des Almanachs zur Veröffentlichung mitzuteilen.

### Bayerns Spitze neu formiert

Genau 17 Tage dauerte es nach der Wahl vom 10. Oktober, bis sich Bayerns landespolitische Spitzengremien personell neu formiert hatten. Angesichts der bundespolitischen Diskussionen um die Bundestagswahl am 6. März 1983 und verschiedenen Äußerungen des alten und neuen Ministerpräsidenten Franz Josef Strauß mußten sich zwangsläufig an die Besetzung der politischen Ämter in der Regierungspartei Spekulationen um die Pläne des bayerischen CSU-Vorsitzenden knüpfen.

Auf den Tag genau vier Jahre hatte die neunte Legislaturperiode des Bayerischen Landtags gadauert, die am 15. Oktober zu Ende ging. Für die F.D.P.-Abgeordneten bedeutete dieser Freitag der Auszug aus dem Maximilianeum. Die Liberalen wollen jetzt ihre landespolitische Arbeit in einer Parlamentarischen Arbeitsgemeinschaft (PAG) nach dem Vorbild ihrer nordrhein-westfälischen Kollegen bilden, die 1980 ebenfalls nicht mehr den Einzug in den Landtag geschafft hatten. Diese aus etwa zwei Dutzend liberalen Politikern bestehende Arbeitsgemeinschaft soll sich um die bayerische Landespolitik kümmern und ihr gewissermaßen vom außerparlamentarischen Raum her eigene politische Akzente aufsetzen. Der Landtag selbst wählte erwartungsgemäß auf seiner konstituierenden Sitzung unter der Leitung seines Alterspräsidenten, des 71-jährigen CSU-Abgeordneten und früheren Innenministers Dr. Alfred Seidl, erwartungsgemäß Dr. Franz Haubi wieder zu seinem Präsidenten. Haubi, der sich in den ersten vier Jahren seiner Amtszeit intensiv um eine Verbesserung der parlamentarischen Arbeitsbedingungen gekümmert hatte, verbuchte bei dieser Wahl einen persönlichen Erfolg. Von den 204 Abgeordneten gaben 201 ihre Stimme ab. Von diesen entfielen auf Heubl als einzigem Kandidaten 185 Stimmen. Vier Jahre zuvor hatten von 199 Parlamentariern 169 für ihn gestimmt. Als erster Vizpräsident wurde erneut der SPD-Abgeordnete Bertold Kamm bestimmt und als zweiter Vizpräsident Ernst Lechner von der CSU wiedergewählt.

Der ersten Landtagssitzung gingen die konstituierenden Sitzungen der Fraktionen der CSU und SPD voraus, die mit politischen Überraschungen endeten: Gerold Tandlar, über acht Jahre lang CSU-Generalsekretär und dann von Franz Josef Strauß als Innenminister berufen, wurde als Nachfolger von Gustl Lang neuer Fraktionschef. Er erhielt 96 von 131 Stimmen, wobei zwei CSU-Politiker gegen ihn stimmten und die restlichen Stimmzettel ungültig waren, weil sie nicht ausgefüllt oder mit anderen Namen versehen waren. So erhielt Tandlars Vorgänger Lang noch neun Stimmen, der bei seiner letzten Wahl zwei Jahre zuvor 109 von 116 Stimmen auf sich verbuchen konnte. Die Berufung von Tandlar als Fraktionschef und der damit gleichzeitig angekündigte Wechsel von Gustl Lang in das Justizministerium war auf Vorschlag von Parteichef Strauß erfolgt, mit dem Lang als Fraktionschef mehrmals politische Kontroversen hatte.

Auch bei der SPD-Fraktion ging es nicht ohne politischen Zündstoff ab, für den eine Gruppe um den Neu-Uimer Abgeordneten Edi Hartmann gesorgt hatte. Diese Gruppierung hatte den SPD-Landesvorsitzenden Dr. Hellmut Rothmund wagen seiner Wahlkampfführung und insbesondere wagen seiner nicht bewiesenen Behauptung attackiert, in der bayerischen DGB-Zentrale habe der Verfassungsschutz einen Mitarbeiter platziert, was zu schweren Verstimmungen zwischen SPD und DGB führte. Während die Gruppe um Hartmann für einen Rückzug Rothmunds als Fraktionschef plädierte, baute Rothmund selbst, die Art und Weise der Kritik an ihm durch die Fraktion zu mißbilligen, was denn auch mit Mehrheit geschah, so daß Rothmund sich wiederum bereit erklärte, erneut für den Fraktionsvorsitz zu kandidieren. Nach einer stundenlangen Redeschlacht setzte er sich dann mit 58 von 70 abgegebenen Stimmen durch und erzielte ein besseres Ergebnis als vor zwei Jahren.

Bei der Wahl des Ministerpräsidenten stimmten wie vor vier Jahren genau wie-

der 125 Abgeordnete für Franz Josef Strauß. Von den 195 anwesenden Parlamentariern hatten 61 mit „Nein“ gestimmt, vier andere Namen auf den Stimmzettel geschrieben und fünf sich enthalten. Da die SPD geschlossen gegen den CSU-Chef gestimmt haben dürfte, mußten auch sechs CSU-Abgeordnete ihrem Parteivorsitzenden die Gefolgschaft versagt haben. Tags darauf stimmte der Landtag der vom Ministerpräsidenten vorgestellten Kabinettsliste zu. Entsprechend der Bayerischen Verfassung beruft und entläßt der Regierungschef mit Zustimmung des Landtags die Staatsminister und Staatssekretäre, die in Bayern im Gegensatz zu ihren Bonner Kollegen Kabinettsrang haben. Stellvertreter des Ministerpräsidenten wurde erneut Dr. Karl Hillermeier, der allerdings vom Justizministerium ins Innenministerium überwechselte, um August Lang als neuem Justizminister Platz zu machen. Innen- bzw. Justizstaatssekretäre blieben wie bisher Franz Neubauer und Wilhelm Vorndran. Das übrige Kabinett blieb im Vergleich zu den vorangegangenen vier Jahren unverändert: Max Straibl als Finanzminister und Albert Meyer als sein Staatssekretär, das Kultusministerium unter Professor Hans Maier und Staatssekretärin Dr. Methilda Barghofer-Walchner, das Umweltministerium unter Alfred Dick und Dr. Max Fischer sowie das Landwirtschaftsministerium unter Dr. Hans Eismann und Staatssekretär Simon Nüssel. Unverändert auch das Sozialministerium mit Dr. Fritz Pirkl und Dr. Heinz Rosenbauer, das Wirtschaftsministerium mit Anton Jaumann und Georg Freiherr von Waldenfels sowie das Staatsministerium für Bundesangelegenheiten unter Peter Schmidhuber. Neu in das 19köpfige Kabinett kam CSU-Generalsekretär Dr. Edmund Stoiber, der als Staatssekretär in die Staatskanzlei berufen wurde und bis zur Bundestagswahl am 6. März sein Portafolio noch innehaben soll. Dem Varnhagen nach soll ihn dann der CSU-Abgeordnete Dr. Otto Wiesheu ablösen.

Im Maximilianeum selbst gab es bei der Wahl der Ausschußvorsitzenden nur eine Änderung: Die SPD-Abgeordnete Christa Meier löste den langjährigen Vorsitzenden Anton Hochleitner (SPD) ab. Bei den Ausschüssen selbst einigten sich Regierungspartei und Opposition auf neue Ausschußstärken, um zu verhindern, daß die CSU-Fraktion aufgrund des d'Hondtschen Auszählungsmodus in den „kleineren Ausschüssen“ automatisch jeweils immer über eine Zwei-Drittel-Mehrheit verfügt.

Michael Gscheidle

# Notfall- und Katastrophenmedizin 1983

## Neunteiliges Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

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

**Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich:**

schriftlich Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, telefonisch unter (089) 4147-287 – Frau Scheitzenhemmer

Datum	Themen	Referenten
26. Januar	Allgemeine Fragen zur Katastrophenmedizin Ethik ärztlichen Handelns in der Katastrophe Notfall-Patienten in der Allgemeinpraxis	Professor Dr. E. Rebentisch, Deisenhofen Professor Dr. F. Böckle, Bonn Privatdozent Dr. H. Pillau, München
23. Februar	Der gynäkologische Notfall Der kinderchirurgische Notfall Der pädiatrische Notfall	Professor Dr. H. Mickan, München Professor Dr. F. Höpner, München Professor Dr. K. Betke, München
30. März	Die Schädelverletzung – ein interdisziplinäres Problem (Neurochirurgia, MKG-Chirurgie, HNO-Heilkunde, Augenheilkunde, Anästhesiologie)	Privatdozent Dr. W. Lanksch, München OFA Professor Dr. Dr. J. Kreidler, Ulm Professor Dr. W. Lesoine, München Professor Dr. H. J. Merté, München Privatdozent Dr. P. Roggenkämper, München Professor Dr. K. Peter, München
27. April	Seuchenprobleme bei Katastrophen Der Notfall in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Der kardiale Notfall	NN Professor Dr. W. Lesolna, München Professor Dr. H. Blömer, München
25. Mai	Erste ärztliche Hilfe beim Verkehrsunfall Katastropheneinsatzpläne für Zivilkrankenhäuser Unfallchirurgische Probleme beim Verkehrsunfall	Dr. K. H. Josef, Ottobrunn stv. Verwertungsleiter K. Hornung, Landshut Professor Dr. L. Schweiberer, München
29. Juni	Für und Wider zur Antibiotikaprophylaxe in der Katastrophenmedizin Der urologische Notfall Der nephrologische Notfall	OTA Dr. H. L. Klammer, Koblenz OTA Dr. J. Schnierstein, Koblenz Professor Dr. H. H. Edel, München
28. September	Der öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern Die stationäre Versorgung in Bayern im Katastrophen- und Verteidigungsfall Maßnahmen, Methoden, Geräte und Medikamente für die Erstversorgung von Notfällen Strahlenmedizinische Probleme beim Strehlenunfall	NN Min.Dir. Dr. Ecknigk, München Professor Dr. F. W. Ahnefeld, Ulm Professor Dr. O. Messerschmidt, München
26. Oktober	Drogenmißbrauch: Eine Herausforderung unserer Zeit Notfälle mit Drogen Leichenschau und Todeszeitbestimmung	KrimOKomm. Wohllebe, München Privatdozent Dr. M. v. Clarmann, München Professor Dr. W. Spann, München
30. November	Der Notfall durch Interaktionen von Pharmeka Problematik der Arzneimittel Bavoretung für den Katastrophenfall Der neurologische Notfall	Professor Dr. H. Grobecker, Regensburg OTAP H. Heidemanns, Koblenz Professor Dr. A. Schrader, München



## Kongresse

### Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

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

### Chirurgie

Altöttinger Fortbildungstege „Aktuelle  
Medizin“ am 29. Januar 1983 in Altötting

Kreiskrankenhaus Altötting

Leitender Chefarzt: Professor Dr. H. Bauer

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 13.00 Uhr

Tagungsort: Aula der Staatlichen Realschule Altötting, Justus-von-Liebig-Straße

3. Leitthema: Infektionen in der Chirurgie  
— Chirurgie der Infektionen (Prophylaxe und allgemeine Maßnahmen, antibiotische Therapie, Immuntherapie, Prophylaxe nosokomialer Infektionen, Diskussion, Therapie der Infektionen in der Allgemein- und Handchirurgie, der Infekt von Körperhöhlen, Knochen und Gelenken, Rundtischgespräch)

Auskunft und Anmeldung:

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Fortbildungskurs für Chirurgie vom 7. bis 11. Februar 1983 in München

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. J. R. Siewert

Vormittags Teilnahme am Operationsprogramm in der Abdominalchirurgie, Traumatologie, Thorax-, Gefäß- und Plastischen Chirurgie, sowie an den klinischen Visiten auf allen Stationen — Nachmittags ergänzende Referate und Diskussionen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 7. Februar 1983 (Posteingang)

Kolloquium der Universitäts-Hautklinik Würzburg

am 5. Februar 1983 in Würzburg

Leitung: Professor Dr. H. Röckl, Würzburg

Programm: Falldemonstration — Diskussion der Fälle — Dieklinik — Vorträge  
Zeit und Ort: 9.00 Uhr — Universitäts-Hautklinik, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg

Auskunft:

Sekretariat Frau Professor Dr. E. Müller, Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 201-2707

Januar — Februar 1982

29. Januar  
Chirurgie, Altötting

7. bis 11. Februar  
Chirurgie, München

19. Februar  
Innere Medizin, Würzburg

### Innere Medizin

Gastroenterologische Fortbildungsveranstaltung am 19. Februar 1983 in Würzburg

Leitung: Professor Dr. H. Kasper, Würzburg

Medizinische und Chirurgische Klinik der Universität Würzburg

Direktoren: Professor Dr. K. Kochsiek — Professor Dr. E. Kern

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 17.00 Uhr

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Kasper, Medizinische Universitätsklinik Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 201-1

17. HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen

am 19./20. Februar 1983 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. M. E. Wigand, Erlangen

Thema: Rhino-faziale Malignome: Basaliom, Melanom, Karzinom

Zeit und Ort: 9.30 Uhr — HNO-Universitätsklinik, Waldstraße 1, Erlangen

Auskunft:

Professor Dr. M. E. Wigand, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-31 41

winterthur  
versicherungen

**Winterthur-Erfahrung**  
Seit Jahrzehnten im Dienste des Arztes. Sehr viele Kollegen nutzen sie bereits. Auch Medizinstudenten im Praktischen Jahr.  
Wir führen die Sparten:

1. Berufshaftpflicht
2. Leben
3. Unfall
4. Hausrat und Praxis
5. Schmuck und Pelzsachen
6. Wohngebäude
7. Reisegepäck
8. Kraftverkehr
9. IVS (Int. Verkehrs-Service)
10. Rechtsschutz

Ich wünsche unverbindliche Auskunft über die Versicherungssparten

Nr. \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Einsenden an  
Winterthur-Versicherungen, Abt. Ärztevers.  
Leopoldstr. 204, 8000 München 40  
Tel. (089) 38 36-0

### Sparen Sie die halbe Steuer: Machen Sie ein Kapital daraus

Bis zur Hälfte Ihrer Lohn- oder Einkommensteuer können Sie behalten und ein Kapital daraus bilden. Ich erläutere Ihnen das System an einem 20 000 DM-Steuer-spar-Beispiel. Es funktioniert auch mit erheblich kleineren Beträgen.

Wenn 20 000 gesparte Steuermark die Hälfte Ihrer Steuerschuld sind, beträgt sie 40 000 DM. Multiplizieren Sie diesen Betrag mit 2,5, dann kommen Sie auf 100 000 DM.

Diesen Betrag geben Sie als Darlehen für den Wohnungsbau in Berlin. Als Anerkennung dafür erläßt Ihnen der Bund 20 Prozent der Darlehenssumme. Das sind jene 20 000 DM, die Sie daher von Ihrer Steuerschuld abziehen dürfen. Mehr als die Hälfte Ihrer Steuerschuld darf diese Vergünstigung nicht ausmachen. Hier ist es genau die Hälfte.

Jene 20 000 DM heben Sie schon einmal, denn darum kürzen Sie ja Ihre Überweisung an das Finanzamt. Die restlichen 80 000 DM können Sie sich gestrost borgen.

Für die 80 000 DM zahlen Sie zur Zeit nur 6,75 Prozent Zinsen pro Jahr, eber dafür werden Ihnen nur 96 Prozent des Darlehens zur Verfügung gestellt. Das sind 78 600 DM. Erhöhen Sie also die Kreditsumme auf 83 300 DM. Davon sind 96 Prozent 79 968 DM, praktisch also 80 000 DM.

Keine Sorge um Zins- und Tilgungszahlungen. Obwohl nur 80 00 DM aus Ihrer Tasche, genauer aus dem Kredit, stammen, weil Ihnen ohne dieses Darlehen an Berlin die restlichen 20 000 DM der Fiskus abgenommen hätte, zahlt Ihnen Berlin jährlich sieben Prozent Zinsen und 1,25 Prozent Tilgung von 100 000 DM, also jährlich 8250 DM.

5622 DM davon verwenden Sie gleich für die Zinsen für Ihren 83 300 DM-Kredit. Zur Tilgung schließen Sie einen Lebensversicherungsvertrag ab, der nach 15 Jahren fällig wird. Als Versicherungssumme brauchen Sie nur die Hälfte des 83 000 DM-Kredites, denn die andere wächst durch Dynamik und Gewinnanteile aus der Lebensversicherung zu.

Mit 45 kostet Sie die somit 41 650 DM-Versicherungssumme im ersten Jahr 2654 DM und sodann jährlich fünf Prozent mehr. Zinsen und Versicherungsbeitrag machen jetzt  $5622 + 2654 = 8276$  DM im Jahr aus. Ziehen Sie davon Zins und Tilgung aus Berlin mit 8250 DM ab, müssen Sie monatlich 26 DM zuschießen. Das ist übrigens das erste eigene Geld, das Sie für diese Art der Kapitalbildung einsetzen.

Durch die fünfprozentige Dynamik steigert sich der Versicherungsbeitrag alljährlich. Im Durchschnitt der 15jährigen Laufzeit haben Sie mit einer monatlichen Zuzahlung von 108 DM zu rechnen. Das Endergebnis fällt dennoch hoch zu Ihren Gunsten aus. Zur Errechnung bei kleineren Darlehenssummen: Pro 1000 DM Darlehen zahlen Sie die 15 Jahre lang monatlich 1,08 DM zu.

Sicherheitshalber noch eine mögliche Belastung: Falls Ihnen der Kreditzins von 6,75 Prozent jeweils nur auf zwei Jahre fest zugesagt wird, müssen Sie jedesmal anschließend mit dem Auszahlungsabzug rechnen. Die 3300 DM wirken sich in diesem Beispiel indes nur zur Hälfte aus. Dieser Abzug, dieses Disagio, ist nämlich steuerlich absetzbar. Bei 40 000 DM Einkommensteuerpflicht beträgt der Steuersatz 50 Prozent.

Nach 15 Jahren zahlen Sie mit der Lebensversicherungssumme den Kredit zurück und enden also Beitrags- wie Zinszahlungen. Ihre ratenweisen Belastungen bis dahin für Lebensversicherungsdynamik 12 Monate x 15 Jahre x durchschnittlich 108 DM = 19 440 DM + das mögliche Disagio sechsmal Zinsneufestsetzung zu je 1650 DM = 9900 DM = 29 340 DM insgesamt.

Die kommenden zehn Jahre stehen die 8250 DM Zins und Tilgung aus Berlin = 82 500 DM voll zu Ihrer Verfügung, plus Schlusszahlung aus Berlin von 20 820 DM, insgesamt 103 320 DM, davon die 29 340 DM abgezogen, bleibt als Ihr Gesamtgewinn 73 980 DM, ohne daß Sie mit einem Kapital einsteigen müßten. Noch eine Gelegenheit bis Jahresende.

Horst Beloch

## Schweigen ist Blech

Die Regierung Kohl wird sich zu Tode schweigen. Ein ganzes Volk wertet auf eine detaillierte Bilanz der 13 Jahre sozial-liberale Koalition. Bis jetzt vergebens.

Die Bundesregierung verscherzt sich selbst die Gelegenheit, klarzutellen, warum die SPD/F.D.P.-Regierung aus rein sachlichen Gründen abgelöst werden mußte. So könnte sie auch der unsinnigen Dolchstoßlegende wirksam begegnen.

Der Wähler könnte es nicht begreifen, wenn ihm sein Anspruch auf eine ausführliche Schilderung der Lage verweigert würde. Dabei geht es nicht einmal um Schuldzuweisungen für die Vergangenheit. Aber anders ist die Bewältigung ihrer so negativen Folgen nicht zu schaffen.

Nur wenn der Zustand und seine Ursachen bekannt sind, der überwunden werden muß, kann man Verständnis für die Mittel für diese Anstrengungen erwarten. Nur so wird offenbar, daß die heutigen Kassandraper mit ihren Schlagworten vom Kaputtsparen und der sozialen Demontage den alten Schlenkrian wieder herbeiführen, weiter mehr als erarbeitet wird ausgeben und das fatale Bundesschuldenloch noch tiefer ausbaggern wollen.

Man muß die Tiele einer Talsohle kennen, in der man sich befindet. Dann erst läßt sich die Dauer ermesen, bis sie überwunden ist. Erst eine solche Zielvorgabe vermag die notwendigen Energien auszulösen. Andernfalls wird die destruktive Hottnungslosigkeit gepflegt. Dann aber singt der Wende die Kurrende.

Prosper

## Kurz über Geld

AUF DEM KUNSTMARKT werden sehr sorgfältig geprüfte, erstklassige Objekte in mittleren Preisklassen durch ernsthafte Sammler gefragt, weil sich die Forderungen ermäßigt haben.

RENDITE — GESETZLICH GESICHERT nach wie vor durch Darlehen an Berlin oder Beteiligung am sozialen Wohnungsbau in Berlin. Erträge überdurchschnittlich.

KEIN GELD FÜR MODERNISIERUNGS-Fördermittel '83. Soweit möglich, sollten Modernisierungsmaßnahmen dieses Jahr noch in Angriff genommen werden.

ALTE WERBEFIGUREN wie Serottimohr, Agfa-Dame, Salamander-Lurch usw. nicht wegwerfen oder verschenken. Hohe Sammlerpreise.

KLINIKBAU-BETEILIGUNGEN zunächst auf Notwendigkeit der Errichtung und voraussichtliche Belegung überprüfen.

## Schnell informiert

### Sachverständige im Sinne des § 4 der Röntgenverordnung (Bayerisches Landesamt für Umweltschutz – Nr. 6/4-316-26/82)

Neben den bisher in Bayern als Sachverständige für Strahlenschutzprüfungen bestimmten Stellen hat das Bayerische Landesamt als weiteren Sachverständigen die *Prüfstelle für Strahlenschutz*, Professor Dr. Dr. H. Peuly, Institut für Radiologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-2310, bestimmt.

Für den genehmigungsfreien (jedoch anzeigepflichtigen) Betrieb einer Röntgeneinrichtung ist die Prüfung und, nach Beseitigung eventueller Mängel, Ausstellung einer Bescheinigung durch den Sachverständigen voreingesetzt. Für genehmigungspflichtige Röntgeneinrichtungen wird zum Nachweis in der Regel ebenfalls eine Sachverständigenbescheinigung gefordert. Ärzten, die die Neulinbetriebnahme oder wesentliche Änderungen einer Röntgeneinrichtung planen, wird empfohlen, bei der Auswahl der Sachverständigen auf die Zusage eines rechtzeitigen Prüftermins zu achten.

### Informationsbericht des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose

Dieser Informationsbericht enthält u. e. die Bilanz der Tuberkulosebekämpfung in der Bundesrepublik seit 1970, eine Beschreibung der Tuberkulosesituation in der Welt und die Tuberkulosestatistik des Jahres 1980 mit den Erkrankungsziffern aller Kreise in der Bundesrepublik. – Der Bericht (94 Seiten) kann zum Selbstkostenpreis von DM 33,50 zuzüglich Porto bezogen werden von der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60, Telefon (0 40) 2 99 30 37.

### Wissenschaftliche Filme ausgezeichnet

Der von der Bayer AG hergestellte Film „Zusammen-Spiel“ wurde anlässlich der Industriefilm-Festspiele in Amsterdam mit der Goldmedaille ausgezeichnet. – Ein weiterer Bayer-Film „Die akute respiratorische Insuffizienz“ wurde bei der Internationalen Medikinele 1982 in Marburg mit einer Goldmedaille und dem Prädikat „summa cum laude“ prämiert; ferner wurde ihm ein Sonderpreis für die Trickaufnahmen zuerkannt.

Der von der Knoll AG hergestellte Film „Die Alternative – rheologische Therapie“ wurde von der Filmbewertungsstelle Wiesbaden mit dem Prädikat „Besonders wertvoll“ ausgezeichnet.

Der von der Fisons Arzneimittel GmbH hergestellte Film „Asthma bronchiale“ erhielt anlässlich der Photokina 1982 den 2. Preis des Kodak-Informationenfilmpreises.

## Buchbesprechungen

### Früherkennung, Früherfassung und Frühförderung Hör- und Sprechbehinderter

Herausgeber: A. Clauss, 200 S., 44 Abb., kart., DM 48,–. perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft mbH, Erlangen.

Hören und Sprechen sind die wichtigsten Voraussetzungen zwischenmenschlicher Kontakte und daher mitentscheidend für die Selbständigkeit des Kindes – auch zum Erwerb sozialer Fähigkeiten. Die Beiträge des vorliegenden Bandes – herausgegeben vom Hessischen Sozialminister – stützen sich auf die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse und diagnostischen wie therapeutischen Möglichkeiten Sprach- und Hörbehinderter, die der medizinischen und pädagogischen Praxis nutzbar gemacht werden können und müssen.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

### Hellmeyers Rezepttaschenbuch

Herausgeber: Prof. Dr. W. Creutzfeldt/Prof. Dr. O. Heidenreich, 834 S., DM 89,–. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart – New York.

Das übersichtlich gegliederte Buch kann insbesondere dem Praktiker eine wertvolle Hilfe sein, da medikamentöse Empfehlungen ergänzt werden durch kurze Charakteristika des jeweiligen Krankheitsbildes und umfassende Therapiekonzepte, aber auch so nützliche Details wie Therapiekosten. Störend wirkt, daß zwischen einzelnen Kapiteln, für die jeweils verschiedene Koautoren verantwortlich zeichnen, erkennbare Niveauunterschiede bestehen. Die therapeutischen Empfehlungen sind fast lückenlos auf dem neuesten Stand; gleichwohl stellt das Buch keinen Kommentar zur „Roten Liste“ dar, sondern den weitgehend geglückten Versuch, „engewendete Medizin“ praktizieren und durch den üppig wuchernden Dschungel von Arzneimitteln akzeptable Saumpfade zu schlagen.

Dr. med. M. Barczok, Donaustauf

### Diagnostische und therapeutische Techniken in der Pädiatrie

Herausgeber: R. Gēdeke, 201 S., 278 Abb., geh., DM 48,–. Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York.

Die bewährte Aufstellung von Gēdeke gibt in präziser und dabei sehr anschaulicher Form Auskunft über alle technischen Eingriffe im Kindesalter. Beschrieben werden jeweils Indikation, Prinzip, Instrumentarium, Methodik, Komplikationen und Fehlerquellen. Neben jungen Kinderärzten und Praktikern werden somit auch erfahrenere Pädiater sowie das Assistenzpersonal angesprochen. In mancher Hinsicht ein vorbildlicher Band!

Dr. med. M. Doerck, Würzburg



# 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 / 21 307.**

### Akute Intoxikationen

Herausgeber: Dr. M. Dauderer, 264 S., Taschenb., DM 19,80. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Die vorliegende zweite Auflage des verbreiteten Taschenbuches gehört in die Bibliothek jeder Klinik und jeder Praxis. Besonders zu begrüßen ist die Darstellung der Haushaltsmittelvergiftungen (z. B. Bedezusätze, Brennspritus usw.), vielleicht sollte man die untoxischen Kreiden – auch wenn sie gelegentlich zu Anfragen führen – ebenso wie Ostereierfarben oder Styropor bei einer nächsten Auflage weglassen. Die Register (normales Sachregister sowie Verzeichnis der Gegengiftindikationen) machen aus diesem Taschenbuch eine Hilfe für jeden, der mit Intoxikationen zu tun hat. Die große Erfahrung des Verfassers ist aus Aufbau und Inhalt in jeder Zelle zu spüren.

Professor Dr. med. H.-H. von Albert, Günzburg

### Angewandte Diagnostik

Herausgeber: Dr. H. Jäger, 394 S., DM 26,—. Verlag Gedon und Reuss, München.

Dr. Helmut Jäger hat nach langjähriger allgemeinärztlicher Tätigkeit und nach intensivem Literaturstudium ein Buch vorgelegt, das es in dieser Form und mit diesem Inhalt bisher nicht gibt. Es ist nach Beschwerdekategorien eingeteilt und beschreibt in Stufen die erforderliche Diagnostik bis hin zur endgültigen Diagnosefindung. Auch die Differentialdiagnose ist darin ausführlich berücksichtigt. Ein weiterer Vorteil dieses Buches ist, daß bei jeder Leistung im Rahmen der Diagnostik auch die zugehörige Nummer der Gebührenordnung beigefügt ist.

So ist dieses Buch für den niedergelassenen Arzt, insbesondere für den Allgemeinarzt, unentbehrlich. Es zeigt ihm nicht nur die wissenschaftlich fundierten Schritte der Diagnose, sondern gibt in diesem Zusammenhang auch Aufschluß über die wirtschaftliche Vorgehensweise.

Dr. med. H. Braun, Nittendorf

### Krebs bei Kindern und Jugendlichen

*Ein Leitfadens für Studium, Praxis und Klinik*

Herausgeber: Prof. Dr. J. Oehme/Prof. Dr. P. Gutjahr, 428 S., 82 Abb., Taschenb., DM 32,—. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Der onkologische Leitfaden will dem in der Klinik und Praxis tätigen Arzt eine Hilfe in der Früherkennung, Behandlung und Betreuung von krebskranken Kindern und Jugendlichen sein. Für eine erfolgreiche Therapie ist in der Onkologie Zusammenarbeit von Chirurgie, Radiotherapie und Pathologie ebenso wichtig wie der mit dem Krebs-Chemotherapeutika vertraute Onkologe und der Hausarzt. Das gleiche gilt für die Frühdiagnose. In einem allgemeinen Teil wird der Krebs von den Grundlagen und den therapeutischen Möglichkeiten her erörtert und die Indikation, Dosierung und Nebenwirkungen der Krebs-Chemotherapeutika praxisreif dargestellt. Im speziellen Teil werden in 18 Kapiteln die wichtigsten Tumoren im Kindesalter abgehandelt. Psychosoziale Probleme, die besondere, eigentümliche Belastungen bei Kindern und Jugendlichen bringen, werden von M. Hartl beleuchtet. — Dieser Leitfaden, der abschließend über die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis, über ambulante Therapie und Spätfolgen berichtet, kann allen Ärzten, die mit dem Krebsproblem bei Kindern und Jugendlichen konfrontiert werden, zur Anschaffung bestens empfohlen werden.

Dr. med. C. G. Zöbisch, München

### Betablockade und Tokolyse

Herausgeber: J. Heidenreich, 142 S., 95 Abb., 34 Tab., Leinen, DM 24,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

In Referaten und Diskussionsbeiträgen eines Symposiums über Beta-Stimulatoren und Beta-Blocker werden unsere derzeitigen Kenntnisse auf diesem Gebiet zusammenfassend dargestellt. Dabei werden aus der Sicht verschiedener Fachbereiche Pharmakologie und Pharmakinetik, Komplikationen und Folgen, sowie das jetzige therapeutische Konzept bei der Anwendung von Beta-Mimetika in Geburtshilfe und Gynäkologie behandelt. Seit einigen Jahren stellt die Tokolyse mit Beta-Mimetika eine weitverbreitete Therapieform, u. a. bei vorzeitiger Wehentätigkeit, dar, die zur Verhinderung der drohenden Frühgeburt erfolgreich sein kann. Wegen möglicher Auswirkungen auf Mutter und Kind darf sie jedoch nur bei bestimmten Indikationen unter Beachtung der Gefahren und Kontraindikationen sowie bestimmter Untersuchungen und Kontrollmaßnahmen angewendet werden. Eine Verringerung der Nebenwirkungen und ein kardioprotektiver Effekt bei Mutter und Kind könnte durch die kombinierte Anwendung eines Beta-2-Stimulators mit einem Beta-1-Blocker erreicht werden.

Dr. med. H. Fikentscher, Merktredwitz

### Lebensperspektiven der Psychologie

*Wege – Schnittpunkte – Gegensätze*

Herausgeber: T. Seifert, 388 S., Reihe: Beiträge zur Jungschen Psychologie, kart., DM 38,—. Walter Verlag, Freiburg – Otten.

Der Verfasser versteht es ausgezeichnet, die Jungsche Individualpsychologie für das praktische Leben darzulegen, wobei sowohl Gegenwartsprobleme wie Zeitströmungen und Kulturschranken angesprochen werden, als auch Orientierungshilfen für das konkrete Leben eines jeden erteilt werden. Besonders erfreulich sind der zusammenfassende Vorspann zum jeweiligen Thema, z. B. Komplexe, die als Kraftfelder und Landkarten der Psyche deklariert werden, und die Hinweise für den Therapeuten und den Betroffenen zum Abschluß eines Kapitels. Deswegen kann dieses Buch Ärzten, aber auch Pädagogen und Priestern zur Lektüre besonders empfohlen werden. „Jeder Organismus ist auf das Überleben bezogen. Überleben weist aber per definitionem auf das Morgen hin.“

Dr. med. A. Talier, Weiden

### Einführung in die allgemeine Osteopathie

Herausgeber: Dr. R. Walter, 184 S., 14 Abb., kart., Band 7 der Schriftenreihe „Manuelle Medizin“, DM 36,—. Verlag für Medizin, Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Im ersten Teil gibt der Autor einen Überblick über die Geschichte der Osteopathie im angloamerikanischen Sprachraum, geht dann auf Physiologie und Anatomie der Wirbelsäule ein und kommt schließlich zur osteopathischen Untersuchungstechnik und Behandlungsmethodik. In der zweiten Hälfte des Buches folgen im wesentlichen Griffanleitungen. — Für den in Deutschland ausgebildeten Manual-Therapeuten ist das Buch für die tägliche Arbeit wenig hilfreich. Es fehlen Abbildungen, die das Beschriebene anschaulich machen würden. Vor allem aber zu kritisieren ist, daß bei den häufigsten Grifftechniken über den physiologischen Bewegungsanschlag hinausgegangen wird, eine Arbeitsweise, die in der modernen und in Deutschland gelehrten Form der Chiropraxie als tabu zu gelten hat.

Dr. med. E.-L. Wiesenecker, Neusäß

## Die Hypnosetechnik – Wozu autogenes Training?

Herausgeber: Dr. E. Schaetzing, Tonbendkassette mit Textheft, DM 30,-. Verlag Müller & Steinicke, München.

Klar formuliert, mit geschulter Stimme anschaulich vorgelesen, bringt der bekannte Autor – noch ein ehemaliger Schüler von I. H. Schultz und selbst seit über 45 Jahren mit beiden Methoden arbeitend – didaktisch sehr geschickt das Wesentliche der Hypnosetechnik und mehr vom Autogenen Training, als der Titel ankündigt. Diese wichtige Methode auf das eingrenzend, was sie entgegen unseriösen Anpreisungen wirklich leisten kann, bespricht Schaetzing zusätzlich häufige Fehler bei ihrer Lehre und Übung. Das Textheft gibt den Sprechteil wörtlich wieder, da viele Hörer auch Leser sein möchten, besonders beim eingehenderen Studium. Jeder Arzt kann ohne großen Zeitaufwand viel für sich und seine ärztliche Tätigkeit gewinnen.

Dr. med. E. Stetter, Amberg

## Pathologische Anatomie

Herausgeber: H. U. Zollinger

*Band I: Allgemeine Pathologie*

536 S., 173 meist zweifarbig. Abb. in 269 Einzeldarst., 2 Farbtafeln, 38 Tab., Teschenb., DM 26,80.

*Band II: Spezielle Pathologie*

758 S., 387 meist zweifarbig. Abb. in 694 Einzeldarst., 35 Tab., Teschenb., DM 33,-.

Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Es liegt jetzt die 5. neubearbeitete Auflage vor. Der I. Band befaßt sich mit der allgemeinen Pathologie, Band II mit der speziellen Pathologie. Der größere Teil der Abschnitte wurde überarbeitet. Die einzelnen Kapitel sind übersichtlich gegliedert, und durch die Benutzung von sinnvollen Abkürzungen vor den einzelnen Teilabschnitten ist eine schnelle Orientierung möglich. Zahlreiche schematische Zeichnungen erleichtern das Verständnis, besonders wichtige Fakten sind umrahmt. Beiden Bänden ist ein Hinweisregister auf den Gegenstandskatalog und ein sehr ausführliches Sachverzeichnis eingeschlossen. Die Neuauflage kann uneingeschränkt sowohl Studenten als auch Ärzten empfohlen werden.

Dr. med. E. Richter, Würzburg

## Mit chronischem Ekzem leben

Herausgeber: R. Zündorf, 112 S., 7 Abb., DM 21,-. Karl F. Haug Verlag GmbH & Co. KG, Heidelberg.

Die konstitutionelle Neurodermitis hat eine erhebliche Bedeutung durch die Tatsache, daß die Patienten, die von ihr befallen sind, zumeist ihr ganzes Leben lang darunter leiden. Die Autorin, selbst Neurodermitikerin, hat ihre Erfahrungen und Überlegungen zusammengestellt, die sie durch Selbstbeobachtung, Studium von Fachbüchern und Gesprächen zu ergründen versuchte. Dieses Buch soll in leicht verständlicher Weise in erster Linie den Lesern, die selbst Neurodermitiker sind, ihr komplexes Krankheitsbild erklären und ihnen Anregungen geben. Es sind Mitteilungen einer Betroffenen für viele Leidensgenossen, die aber auch dem praktischen Arzt, Dermatologen, Pädiater und Medizinstudenten wertvolle Erfahrungen vermitteln können.

Dr. med. R. Klieber, Störnstein

# Beruhigend und antidepressiv wirkendes Phytotherapeutikum



## Tropfen

### Zusammensetzung:

100 ml alkoholischer Auszug enthalten:	
Rad. Valerian. (Baldrian)	20 g
Fol. Meliss. (Zitronmelisse)	20 g
Herb. Serothamn. 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 16,40  
O.P. 100 ml DM 33,10, in Tropfflasche  
Mittlere Tagesdosis OM 0,55

**STEINER**  
Arzneimittel  
Berlin West

# Die Paß-genau- Arztpraxis

- \* komplette Praxis-Einrichtungen oder Einzel-Einbauten „nach Maß“
- \* Medikamenten- und Instrumenten-Regale, Schrank- und Trennwände, Patienten-Kar-teien – 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

Ich erwarte Ihren Anruf  
unter Telefon

Ein Beratungsbesuch  
ist erwünscht



**VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE**  
Außendienstbeauftragter



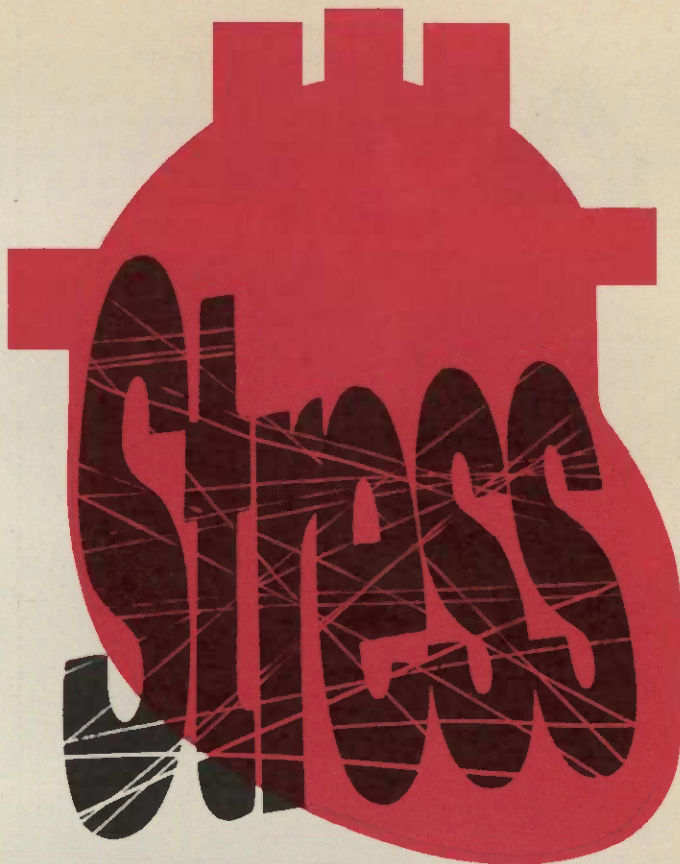
## Kongreßkalender

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.

### Januar 1983

- 3.–28. **Berlin:** Arbeitsmedizinischer Grundlegenlehrgang – Stoffplan III. – Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 12.–15. **Köln:** VII. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“. – Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 18.–21. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 21.–23. **Bad Nauheim:** IV. Europäischer Kongreß für ärztliche Fortbildung. – Auskunft: Europäische Akademie für ärztliche Fortbildung, Carl-Oelemann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim.
- 24.–27. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. – Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
24. 1.–4. 2. **Bad Nauheim:** Kurs für Arbeitsmedizin (C 1). – Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2–4, 6350 Bad Nauheim.
24. 1.–4. 2. **München:** Einführungslehrgang in die betriebsärztlicher Tätigkeit (E-Kurs II). – Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
26. **München:** Fortbildungsseminar „Notfall- und Katastrophenmedizin“. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheitzenhammer, Mühlbaustraße 16, 8000 München 80.
29. **Altötting:** Altöttinger Fortbildungstage „Aktuelle Medizin“. – Auskunft: Sekretariat Professor Dr. H. Bauer, Mühldorfer Straße 16 A, 8262 Altötting.
30. 1.–5. 2. **Kitzböhel:** Kieferorthopädische Fortbildungstagung. – Auskunft: Medizinalrat Dr. H. Kinast, Skodagasse 1, A-1080 Wien.
31. 1.–5. 2. **München:** 2. Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Badearzt“ oder „Kurarzt“. – Auskunft: Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie, Merchlioninistraße 17, 8000 München 70.

- 1.-4. **Neuherberg:** Spazialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 7.-11. **München:** Fortbildungskurs für Chirurgia. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
19. **Würzburg:** Gastroenterologische Fortbildungsveranstaltung. — Auskunft: Professor Dr. H. Kasper, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 19.-20. **Erlangen:** 17. HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen. — Auskunft: Professor Dr. M. E. Wigand, Waldstraße 1, 8520 Erlangen.
- 21.-25. **München:** Radiologischer Fortbildungskurs. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Anacker, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
21. 2.-4. 3. **Kühtal:** 16. Winterkongreß über Fortschritte in Diagnostik und Therapie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
21. 2.-18. 3. **München:** A-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
23. 2. **München:** Fortbildungsseminar „Nottall- und Katastrophenmedizin“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Schaltenhammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.



## Kalziumantagonist Verapamil plus Diazepam

# Elthon®

## Für den streßbelasteten Koronarpatienten

**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette enthält 80 mg Verapamilhydrochlorid und 2 mg Glazepam. **Indikationen:** Chronische Koronarsuffizienz; 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 Verordnung des Arzneimittels — entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch — kritisch abzuwägen. Elthon sollte bei stillenden Müttern nicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** In den ersten Behandlungstagen und vor allem bei älteren und körperlich geschwächten Patienten können Müdigkeit oder Schläfrigkeit auftreten. Elthon kann aufgrund seines Verapamilgehaltes prinzipiell zu unerwünschten Effekten auf die AV-Überleitung und den Blutdruck führen.

**Dosierung und Anwendungswiese:** Erwachsene erhalten im allgemeinen 1 Filmtablette 3mal täglich. Elthon sollte nur ausnahmsweise auf ärztliche Anordnung bei Kindern und Jugendlichen angewendet werden. Die Filmtablette sind unzerkaut zu schlucken. **Wechselwirkungen:** Bei gleichzeitiger Gabe von Elthon und Pharmaka, die kardiodepressiv wirken und/oder die AV-Überleitung hemmen (z.B.  $\beta$ -Rezeptorenblocker), ist auf mögliche additive Effekte zu achten. Bei Patienten, die Antihypertonika einnehmen, muß der blutdrucksenkende Effekt von Elthon berücksichtigt werden. Erhöhungen des Digoxin-Plasmaspiegels bei gleichzeitiger Gabe von Verapamilhydrochlorid sind beschrieben worden. Die klinische Relevanz erscheint gering, bezogen auf die langjährigen Erfahrungen. Auf Symptome einer Digoxin-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 Herzglykosiden erforderlich. Bei Sinusknotensyndrom sollte Elthon wegen seines Verapamilgehaltes 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 (Parenchymverlust/verminderte Durchblutung) wird in Abhängigkeit vom Schweregrad wegen eines verlangsamten Arzneimittelabbaus die Wirkung von Verapamil in Elthon verstärkt und verlängert. Elthon kann auch bei bestimmungsgemäßem 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 OM 27,06; 100 Filmtabletten OP OM 45,57. Stand: April 82.



„Bayerlechee Ärzteblatt“, Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rite Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47 - 1.

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

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

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und 6 1/2 % = DM 0,39 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, 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, Telegrammedrassa atlaspres. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner Jr., Augsburg Straße 9, 8060 Dacheu.

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

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

ISSN 0005-7126



## Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken

Wir stellen infolge Ausscheidens des bisherigen Stelleninhabers aus Altersgründen in unsere **Untersuchungsstelle** in Bayreuth eine(n) erfahrene(n)

### Arzt/Ärztin

als Dienststellenleiter ein.

Eine längere Praxis oder klinische Erfahrung, auch auf dem Gutachtenssektor, sowie umfassende allgemeinmedizinische Kenntnisse und Interesse an sozialmedizinischen Aufgaben sind erwünscht.

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 Gelegenheiten für Fortbildung und Kongreßbesuche eingeräumt; ebenso ist die Ausübung von Nebentätigkeiten möglich. Die Dienstzeit gewährleistet eine 5-Tage-Woche ohne Wochenend- und Bereitschaftsdienst.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisse, Nachweise über ärztliche Tätigkeiten usw.) richten Sie bitte an die **LVA Oberfranken und Mittelfranken, – Personalreferat –**, Wittelabacherring 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.

Wir suchen im Raum Landshut ab Februar 1983

### Arzt bzw. Ärztin für Anästhesie

mit Erfahrung in Kinderanästhesie

zur Übernahme von Bereitschaftsdienst an Wochenenden bzw. zur Urlaubsvertretung nach Vereinbarung mit der Anästhesistin des Hauses.

Bewerbungen bitten wir zu richten an:  
**Kinderkrankenhaus St. Marien, Grillparzerstraße 9,  
8300 Landshut, Telefon (08 71) 2 10 26**

### Versierter ärztlicher Vertreter(in)

für Allgemeinpraxis (mit Kurbetrieb), internistisch ausgerichtet (großes Labor, EKG, Sonographie, Lungenfunktion), regelmäßig über mehrere Jahre, gesucht. Raum Oberbayern, nahe Salzburg. Individuelle Unterbringung mit Verpflegung möglich.

Anfragen unter Chiffre 2064/255.

### Wegen Umbau günstig abzugeben

Kurzfristig verschiedene Mustergruppen aus unserer Ausstellung. Zum Beispiel eine Rezeption, Organisation, Behandlungsraum.

**bulthaup**  
medicine

Die Gute Form Köbrich KG,  
Ludwigstraße 6, 8000 München 22,  
Tel. (089) 28 84 37, Frau Still, Herr Lörke.

Das Städt. Krankenhaus Gelsenfeld sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

### 1 Assistenzarzt

für den chirurgischen Fachbereich

und

### 1 Arzt

für Anästhesie als Konsiliararzt für Narkosen.

Im Städt. Krankenhaus Gelsenfeld wechselt zum 1. 12. 1982 der Chirurgenarzt. Ab diesem Zeitpunkt bis zur Inbetriebnahme des neuen Kreiskrankenhauses Pfaffenhofen a. d. Ilm wird einer der leitenden Ärzte der Fachrichtung Chirurgie des Kreiskrankenhauses die Leitung des Städt. Krankenhauses Gelsenfeld übernehmen. Dadurch ist sichergestellt, daß der Bewerber für die Assistenzarztstelle in das neue Kreis Krankenhaus auf Wunsch übernommen werden kann.

Gelsenfeld hat 7 200 Einwohner und liegt in der Hallertau, 20 km östlich von Ingolstadt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die **Stadt Gelsenfeld, 8069 Gelsenfeld, Telefon 0 84 52 - 333.**

## Sicherheitstresore enorm günstig !!

Beispiel: Dreiwandig, 250 kg, DM 1450,—.  
Fa. Kadagies, Telefon (0 71 31) 40 34 27 oder 40 34 57

### Räume für Arztpraxis

günstig gelegen, preiswert in Augsburg.

Anfragen unter Chiffre 2064/230.

**COMPUR** Anrufbeantworter  
Werkstatt  
zu günst. Abholpreisen  
**DEISS ELEKTRONIK**  
Dieselstr. 61, 85000 Nürnberg, Tel. 0911/6 60 00

### Fichtelgebirge

Nähe Bayreuth/Bed Berneck, Objekt, geeignet für Praxisräume, Kleinsanatorium, Therapiezentrum, Wohnheim, o. ä., ruhige Südlage, über 400 qm Nutzfläche, großes Grundstück, sofort frei, VB 398 000,— DM.  
**FIWE-BAU GmbH, Austreße 33,  
8591 Creußen, Tel. (0 92 70) 17 10  
(such sonntags)**

### Laufend medizinisch- technische Gebrauchtgeräte

(teils werksüberholt mit Garantie) und Mobiliar aus Praxisauflösungen, etc. günstig abzugeben.

Telefon (0 89) 580 30 51  
Fa. Treumedizin GmbH

Gutgehende neurologisch-  
psychiatrische

### Arztpraxis

kurzfristig wegen Todestall in großer Kreisstadt im Allgäu günstig abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/256.

30-jährige, gutgehende

### Hautarztpraxis

in Kelheim, nahe Regensburg, einziger Dermatologe in einem Kreisgebiet von ca. 70 000 Einwohnern, ist zu üblichen Bedingungen sofort abzugeben.  
Anfragen: Dr. med. R. Sedlmaier, Telefon (0 94 41) 13 52.

## 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 kassenärztlichen 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.