



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Februar 1983

Zur Kenntnis genommen:

Die neugewählten Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer sind am 15. Januar zur konstituierenden Vollversammlung zusammengetreten. Man vermißte manchen alten Weggefährten, den man über viele Jahre und Wahlperioden schätzengelernet hatte. Viele, die diesem Gremium schon mehr oder weniger lange angehören und wieder durch das Vertrauen ihrer Kollegen gewählt wurden, konnte man erneut begrüßen. Es gab aber auch zahlreiche Neue, die erstmals der Vollversammlung angehören.

Wir erleben also in unserer Vollversammlung den generationsbedingten Wandel, aber keinen abrupten Wechsel. Das zeichnet eine demokratische Einrichtung und auch diejenigen aus, welche als Wähler über ihre Zusammensetzung entscheiden. Ein parlamentarisches Gremium – und ein solches ist auch die Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer – bedarf des Zusammenwirkens von Jungen und Alten. Die einen akzentuieren die Gedanken, Wünsche und Vorstellungen der jüngeren und jungen Ärztegeneration, die anderen bringen ihre Erfahrung ein, die sowohl die unvergessenen Erlebnisse der eigenen ärztlichen Jugend als auch die Lebens- und Berufserfahrung des älteren Arztes umfaßt. Alt und Jung – das bedeutet in unserer Vollversammlung keineswegs hier niedergelassene Kassenärzte, hier Krankenhausärzte. Wir finden alterfahrene neben vielen jungen Kassenärzten, und auch die angestellten Ärzte haben ihre Vertreter in einem breiten Spektrum ausgewählt: neben jungen – und zwangsläufig noch wenig erfahrenen, aber voll motivierten – Kollegen sitzen die bewährten Altassistenten, Oberärzte, Chefärzte und Professoren. Man kann also feststellen, daß alle Arztgruppen in der Vollversammlung vertreten sind.

Das gute Klima, welches schon die konstituierende Sitzung kennzeichnete, läßt uns hoffen, daß die Arbeit der kommenden Jahre unter dem gleichen guten Stern stehen wird. Auch der neugewählte Vorstand gewährleistet in seiner Zusammensetzung die Fortsetzung der konstruktiven Arbeit, wie wir sie seit Jahren schätzengelernet haben.

Hier sei mir ein persönliches Wort gestattet: Die Vollversammlung hat mich nach 28 Amtsjahren erneut

zum Präsidenten gewählt. Drei Viertel aller Delegierten gaben mir die Stimme. Ich danke all diesen Kolleginnen und Kollegen, die mich gewählt haben. Zugleich respektiere ich auch die Entscheidung derjenigen, die mir ihre Stimme verweigerten. Es gibt nun einmal in dem breiten Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik und der ärztlichen Standespolitik unterschiedliche Standpunkte. Es läßt sich auch nicht vermeiden, daß man in so langen Jahren der Amtsführung Entscheidungen trifft oder Aussagen macht, die dem einen oder anderen nicht zusagen. Nach den Wahlen kommt es darauf an, daß wir gemeinsam und im gegenseitigen Vertrauen um die Probleme ringen, immer im Bewußtsein der Verantwortung um die bestmögliche ärztliche Betreuung unserer Mitbürger und die Erhaltung einer fachlich und ethisch hochstehenden Ärzteschaft in unserem Lande. Daß auch meine beiden Stellvertreter Dr. Hermann Braun und Dr. Georg Fuchs in ihren Ämtern bestätigt wurden, ist mir eine besondere Freude.

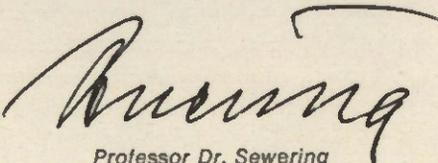
Was steht uns bevor? Die Ärzte unseres Landes gehen keiner leichten Zeit entgegen. Darin unterscheiden wir uns nicht von den anderen Bürgern unseres Landes. Wir werden alle harte Zeiten durchzustehen haben. Zwei Dinge sind es, die mir Sorge bereiten:

Warum gibt es eigentlich unter den „Maßgeblichen“ unserer Gesellschaft und unseres öffentlichen und politischen Lebens so viele, die reserviert bis negativ zu „den Ärzten“ stehen, die es für nötig halten, diese Ärzte „an die Kandare“ zu nehmen? Ich denke dabei nicht so sehr an Programme politischer Parteien oder Gewerkschaften, die uns schon immer nivellieren wollten. Haben wir – oder ein Teil von uns – Fehler gemacht? Wurden zu hohe Rechnungen geschrieben? Haben Verhaltensweisen Gegenreaktionen ausgelöst? Wir sollten darüber nachdenken und nicht vorschnell die Schuld nur bei den anderen suchen oder generell Neid und Mißgunst unterstellen. Hier ist nicht der Platz, darauf im einzelnen einzugehen. Darüber nachzudenken – das ist meine Anregung.

Die größte Sorge gilt unserem Nachwuchs. Oft genug wurde darauf hingewiesen und davor gewarnt, daß

auf uns Arztjahrgänge zukommen, für die auch bei noch so großen Opfern und Anstrengungen keine Arbeitsplätze gefunden werden können. Wir wissen, daß das nicht nur ein Problem der Ärzte ist. Auch in anderen akademischen Berufen zeigt sich jetzt die „Überproduktion“ mit allen Folgen. Der Staat als ein wesentlicher Arbeitgeber ist konsequent. Es werden nur so viele Lehrer und Juristen angestellt, wie notwendige Planstellen vorhanden und vertretbar sind. So hart diese Forderung sein mag: auch in den Krankenhäusern ist der Zahl der notwendigen und vertretbaren Ärzte eine Grenze gesetzt! Wenn sie nicht beachtet wird, ist sowohl die ärztliche Versorgung der Patienten als auch die qualitative Weiterbildung der jungen

Ärzte gefährdet. Wer aber glaubt, man könne den Überschub einfach in die freie Praxis umleiten, versündigt sich an der Gesundheit unserer Mitbürger. Ein Gesetz über eine zweijährige Eignungszeit vor Zulassung zur Kassenpraxis scheiterte an scheinheiligen EG-Argumenten der beteiligten Bundesministerien. Wann wird dann wenigstens endlich eine zweijährige praktische Ausbildung nach Abschluß des Universitätsstudiums in der Bundesärzteordnung vorgeschrieben? Kein Hebel, der hier bewegt werden muß, liegt in der Hand der Ärzteschaft. Wir können nur warnen und fordern – und auf den 6. März warten. Vielleicht geschieht danach etwas Konstruktives zur Bewältigung der Zukunft.



Professor Dr. Sewering

Neuwahl des Vorstandes und von Ausschüssen der Bayerischen Landesärztekammer

**Professor Dr. Hans Joachim Sewering erneut zum Präsidenten gewählt
Dr. Hermann Braun und Dr. Georg Fuchs wieder zu Vizepräsidenten gewählt**

Am 15. Januar 1983 traten die im Dezember 1982 gewählten Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer im Ärztehaus Bayern, München, zu ihrer konstituierenden Kammerversammlung zusammen. Nach Begrüßung der Delegierten durch Professor Dr. Sewering übernahm Dr. Rudolf Hilbing, Lindau, als Alterspräsident die Leitung der Wahl. Nach Feststellung der Beschlußfähigkeit rief Dr. Hilbing zur Wahl des Präsidenten auf. Aus der Versammlung wurde vorgeschlagen: Professor Dr. Sewering, Dachau. Er wurde mit überwältigender Mehrheit zum achten Male wiedergewählt.

Professor Dr. Sewering dankte den Delegierten für ihr Vertrauen, nahm die Wahl an und erklärte, er werde auch künftig seine ganze Arbeitskraft für die bayerische Ärzteschaft einsetzen und alles tun, um die ärztliche Versorgung des Freistaates Bayern weiter zu verbessern.

Als 1. Vizepräsident wurde vorgeschlagen: Dr. Braun, Nittendorf. Er wurde erneut mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt.

Als 2. Vizepräsident wurde vorgeschlagen: Dr. Fuchs, Würzburg, der ebenfalls eine überwältigende Mehrheit erhielt.

Dem Vorstand gehören weiterhin, neben den Vorsitzenden der Ärztlichen Bezirksverbände, zwölf aus der Mitte der Kammerversammlung gewählte und drei vom Vorstand kooptierte Mitglieder an.

Der Vorstand setzt sich demnach wie folgt zusammen:

Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer

Präsident:

Professor Dr. Sewering Hans Joachim
Internist – Lungen- und Bronchial-
heilkunde
Dachau

Professor Dr. Hecker Waldemar
Chirurg
Gräfelfing

Dr. Thäle Eberhard
Internist
Weißenhorn

1. Vizepräsident:

Dr. Braun Hermann
Allgemeinarzt
Nittendorf

Dr. Hege Hans
Allgemeinarzt
München

Privatdozent Dr. Wündisch Gerhard
Kinderarzt
Bayreuth

2. Vizepräsident:

Dr. Fuchs Georg
Akademischer Oberrat, Kinderarzt
Würzburg

Dr. Hellmann Klaus
Internist – Lungen- und
Bronchialheilkunde
Augsburg

Finanzausschuß

Dr. Hohenbleicher Rüdiger
Chirurg
Vilsbiburg

Dr. Axmann Helmut
Urologe
Cham

Professor Dr. Dr. Adam Dieter
Kinderarzt
Baierbrunn

Dr. Holzer Peter
Kinderarzt, Ass. Arzt
München

Dr. Blömer Carl-Albrecht
Allgemeinarzt
Kelheim

Dr. Bäcker Gertraud
Laborärztin, Kinderärztin
München

Dr. Kolb Friedrich
Allgemeinarzt
Nürnberg

Dr. Geißendörfer Erwin
Augenarzt
Wunsiedel

Dr. Bauer Ernst
Hals-Nasen-Ohrenarzt
Nürnberg

Professor Dr. Kunze Detlef
Kinderarzt
München

Dr. Hanisch Herbert
Allgemeinarzt
Kaufbeuren

Dr. Brendler Fritz
Frauenarzt
Münchberg

Dr. Mayer Ernst Th.
Nervenarzt
München

Dr. Horst Heiko
Allgemeinarzt
Bad Windsheim

Dr. Brückl Bernhard
Allgemeinarzt
Würzburg

Dr. Platiel Anton
Allgemeinarzt
Wolfratshausen

Dr. Kaufmann Stefan
Internist
Ingolstadt

Dr. Dehler Klaus
Internist
Nürnberg

Dr. Rechl Christian
Allgemeinarzt
Weiden

Dr. Lobbichler Hanns
Allgemeinarzt
Altötting

Dr. Eichner Rudolf
Allgemeinarzt
Marktheidenfeld

Dr. Rixner Adolf
Allgemeinarzt
Plattling

Dr. Munte Axel
Internist
München

Dr. Friedrich Hans-Joachim
Allgemeinarzt
Coburg

Dr. Schioßer Otto
Internist
Rosenheim

Dr. Schleicher Gustolf
Hautarzt
Aschaffenburg

neue 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 Hämatopoese;
Sehstörung: Retina- und Makula-
veränderungen.

Dosierung
Indorektal: 1-2 x 1 Suppositorium.
Indo-Tablinen: 2-3 x ½-1 Tablette.

	10 Supp.	50 Supp.
stark gesenkte Preise	9.90	46.00
	20 Tabl.	50 Tabl.
	5.60	12.70

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Hilfsausschuß

Dr. Dr. Graßl Erich
Allgemeinarzt
München

Dr. Heuberger Thomas
Allgemeinarzt
Schwabach

Dr. Kliesch Hans
Allgemeinarzt
Sulzbach-Rosenberg

Dr. Kling Herbert jun.
Allgemeinarzt
Augsburg

Dr. Krist Adolf
Allgemeinarzt
Taufkirchen

Dr. Neustifter Josef
Allgemeinarzt
Dingolfing

Dr. Rusche Horst
Internist
Bad Neustadt

Dr. Sebald Clemens
Nervenarzt
Bamberg

Die Vollversammlung erklärte sich damit einverstanden, daß der Vorstand über die Zusammensetzung der übrigen bisherigen und weiteren Ausschüsse der Kammer berät, die dem 36. Bayerischen Ärztetag zur Beratung und Beschlußfassung vorgelegt werden sollen.

Neuwahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer

Die Medizinischen Fakultäten der vier Landesuniversitäten haben gemäß Artikel 11 Abs. 2 Kammergesetz die folgenden Mitglieder als Delegierte zur Bayerischen Landesärztekammer benannt. Diese werden hiermit in Ergänzung der Veröffentlichung der gewählten Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer in Heft 12/1982 des „Bayerischen Ärzteblattes“ bekanntgemacht:

Professor Dr. K.-A. Bushe
Würzburg, Lerchenweg 8
Medizinische Fakultät der
Universität Würzburg

Professor Dr. Henner Graeff
München 71, Josef-Schwarz-Weg 11
Medizinische Fakultät der
Technischen Universität München

Professor Dr. Josef Lissner
Ebenhausen, Dr.-Hausladen-Straße 2
Medizinische Fakultät der
Universität München

Professor Dr. Helmut Valentini
Erlangen, Rühlstraße 29
Medizinische Fakultät der
Universität Erlangen-Nürnberg

Aktuelle Fragen der medikamentösen Therapie

67. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. H. J. Dengler, Bonn:

Einführung

Unabhängig von jeder Arzneimittel-Liste und Reglementierung ist eine Verbesserung der Situation auf dem Gebiet der medikamentösen Therapie nur durch Weiterbildung und Information möglich. Nur wenn der einzelne Arzt die sich jeweils stellende Problematik durchschaut, kann er auch rational reagieren. Deshalb müssen wir uns einerseits laufend Informationen über neue Medikamente verschaffen und andererseits eingefahrene therapeutische Schritte immer wieder überdenken. Dieser doppelte Aspekt der Information über Neues und die Wiederbewertung älterer therapeutischer Prinzipien bildet die Basis der aktuellen Arzneimittelbehandlung. Entsprechend wurden die nachfolgenden Referate angeordnet. Insbesondere auf dem Gebiet der Antihypertensiva, aber auch bei dem Einsatz der Plättchenhemmstoffe und Antikoagulantien sollten die älteren Behandlungsprinzipien überdacht und neue Möglichkeiten berücksichtigt werden. Eingegangen wird auch auf die neuen Möglichkeiten der Behandlung mit H-2-Antagonisten, die eine geradezu explosionsartige Ausbreitung erfahren haben, im Gegensatz etwa zu der zögernden Einführung der Beta-Rezeptorenblocker.

Dr. A. v. Schlichtegroll, Frankfurt:

Bewertende Arzneimittelklassifikation durch die Greiser-Liste?

Der mit großer Publizität von Minister Ehrenberg und Senator Brückner vorgestellte und von Professor Greiser herausgegebene Arzneimittelindex bewegte im Herbst 1981 die Beteiligten am Gesundheitswesen. Diese Greiser-Liste wird im Untertitel als bewertende Arzneimittelklassifikation bezeichnet, ohne daß hiermit neue wissenschaftliche oder medizinische Erkenntnisse und deren praktische Umsetzung in die angewandte Medizin vorgelegt wer-

den. Zur Klassifikation und Einordnung der aufgeführten Arzneimittel und deren Beurteilung als negativ oder positiv dient lediglich die Auswertung von Literaturstellen, die häufig nicht als relevant und als Sekundärliteratur einzustufen sind. Als Beispiel wird die Beurteilung des Dipyridamols, des Theophyllin-Äthylendiamins und des Digoxins angeführt. Bei dem Versuch der Klassifizierung der Arzneimittel nach ihrer Wirksamkeit tritt ein Auseinanderklaffen von gesichertem Wissen im eigentlichen naturwissenschaftlichen Sinne einerseits und der therapeutischen Erfahrung und den Therapieerfolgen niedergelassener Ärzte andererseits zutage. Auf diesen Umstand ist auch Professor Habermann (Vorsitzender der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft) in seinem Vorwort zur Greiser-Liste bereits eingegangen:

„Die Charakterisierung eines Mittels als ‚wirksam‘ und ‚positiv‘ bedeutet also noch lange keinen Freifahrtschein für seine unbegrenzte therapeutische Verwendung. Redundante Verschreibungen lassen auch solche Mittel zur Gefahr und zur Plage werden. Ein Arzt, der bei funktionellen Herzbeschwerden ein Beinehe-Placebo verabreicht, versteht mehr von Arzneitherapie als sein Kollege, der irgend eines der in der Liste als ‚wirksam‘ eingestuftes Mittel verschreibt. Die Anwendung eines in der Liste als ‚positiv‘ bewerteten Mittels kann nicht immer als eine ärztlich positive Leistung gelten, ebenso wie ein als ‚negativ‘ klassifiziertes Mittel nicht immer fehl am Platze ist.“

Diesen Ausführungen ist nichts hinzuzufügen. Sie sollten stärkere Berücksichtigung in der ärztlichen und vor allem der nichtärztlichen Presse und in den Medien Rundfunk und Fernsehen finden.

Professor Dr. M. Eichelbaum, Bonn:

Calciumantagonisten: Begriff und therapeutische Anwendung

Als Calciumantagonisten wird eine Gruppe von Medikamenten mit

Amoxi-Tablinen®
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, Masern-ähnliche Hautausschläge in Verbindung mit Juckreiz und Arzneimittelfieber.

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

10 Tabl. 20 Tabl.

34.95 68.-

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

unterschiedlicher chemischer Struktur zusammengefaßt, deren wesentlichste pharmakologische Wirkung in einer Hemmung des transmembranären Calciumeinstromes in die Zelle besteht. Calciumionen stellen eine Mittlersubstanz für die Muskelkontraktion, die Sekretion von Hormonen und die Freisetzung von Neurotransmittern dar. Durch Membranerregung kommt es zu einer Steigerung der Calciumpermeabilität der Sarkolemm-Membran und durch eine Calcium-bedingte Aktivierung der Myofibrillen-ATPase zur Kontraktion der Muskelfaser (gleich elektromechanische Koppelung). Im Gegensatz zur quergestreiften Skelettmuskulatur ist bei der Herz- und glatten Gefäßmuskulatur der Kontraktionsprozeß durch den Calciumgehalt des Extrazellulärraumes und durch Pharmaka, die den transmembranären Calciumeinstrom verändern, zu beeinflussen. Der Grund ist darin zu suchen, daß die intrazellulären Calciumvorräte dieser Muskelfasern limitiert sind und deshalb ständig während der Kontraktion durch Calciumionen aus dem Extrazellulärraum aufgefüllt werden müssen. Die Wirkung der Calciumantagonisten an der Herz- und Gefäßmuskulatur sowie des Sinus- und AV-Knotens scheint darin zu bestehen, daß der transmembranäre Calciumeinstrom während der Membranerregung blockiert wird. Dabei nimmt man als Wirkungsmechanismus eine Verdrängung von Calciumionen aus den vorgeschalteten Calciumspeichern an den oberflächlichen Schichten der Sarkolemm-Membran an. Dadurch wird die Bindungsaffinität für Calciumionen herabgesetzt und somit stehen weniger Calciumionen für den Eintritt in die sogenannten langsamen Calciumkanäle zur Verfügung. Daraus ergeben sich für die Calciumantagonisten folgende Wirkungen auf die Myokard- und Gefäßmuskulatur sowie auf den Sinus- und AV-Knoten:

1. Dämpfung der myokardialen Kontraktionskraft (elektro-mechanische Entkoppelung; Vasodilatation durch Tonusabnahme der Gefäßmuskulatur)
2. Verminderte Utilisation energiereicher Phosphate
3. Verlangsamte Energieausbreitung vom Sinusknoten und verlängerte Überleitungszeit vom AV-Knoten

4. Senkung des Extra-Sauerstoffverbrauches

Zwischen den verschiedenen Calciumantagonisten bestehen bezüglich des Reizleitungssystems deutliche Unterschiede. So führen Verapamil (= Isoptin®) und Diltiazem (= Dilzem®) zu einer deutlichen Verlängerung der Erregungsausbreitung im Sinusknoten und der AV-Überleitungszeit, was bei Nifedipin (= Adalat®) nicht beobachtet wird. Perhexilin (Pexid®) sollte wegen seines hohen Nebenwirkungsrisikos nicht mehr als Mittel der ersten Wahl eingesetzt werden.

Für die Behandlung der *paroxysmalen supraventrikulären Tachykardie* (= PSVT) stellt Verapamil das Mittel der Wahl dar. Zur Anfallsakupierung eignet sich insbesondere die i.v.-Gabe von 5 bis 10 mg. Ob die orale Dauermedikation mit Isoptin® zur Prophylaxe dieser Rhythmusstörung geeignet ist, kann noch nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Darüber hinaus senkt Verapamil die Kammerfrequenz bei *Vorhofflimmern oder -flattern*. Es gelingt allerdings in den wenigsten Fällen, den Sinusrhythmus wieder herzustellen. Bei der Behandlung *ventrikulärer Rhythmusstörungen* hat sich Verapamil als wenig wirksam erwiesen. Lediglich gegenüber Extrasystolen, die durch Koronarspasmen hervorgerufen werden oder von ischämischen Bezirken des Myokards ausgehen, ist ein Erfolg zu verzeichnen.

Aufgrund der guten Wirksamkeit bei der Behandlung der *Angina pectoris* stellt der Einsatz von Verapamil, Diltiazem und Nifedipin zweifelsohne eine echte Alternative gegenüber den Beta-Rezeptorenblockern dar. Dies gilt insbesondere bei Kontraindikationen gegenüber dem Einsatz von Beta-Rezeptorenblockern (obstruktive Atemwegserkrankungen und periphere Durchblutungsstörungen). Die Calciumantagonisten können mit Nitraten kombiniert werden. Eine Kombination von Verapamil und Diltiazem mit Beta-Blockern sollte aufgrund der pharmakodynamischen Interaktionen mit Beeinträchtigung der AV-Überleitung und des negativ inotropen Effekts beider Substanzgruppen unterbleiben. Eine Kombination von Nifedipin mit Beta-Rezeptorenblockern ist jedoch aufgrund der fehlenden Beeinflussung

des Sinus- und AV-Knotens durch Nifedipin möglich.

Aufgrund ihrer gefäßdilatierenden Eigenschaft, die auch am Koronargefäßsystem nachweisbar ist, stellen die Calciumantagonisten die Therapie der Wahl bei der Behandlung der vasospastischen Angina (*Prinzmetal Angina*) dar. Hierbei haben sich die Beta-Rezeptorenblocker als wenig wirksam erwiesen.

Aufgrund der bisher vorliegenden Befunde ist mit einer hochdosierten oralen Verapamilmedikation auch eine günstige Beeinflussung der *hypertrophisch-obstruktiven Kardiomyopathie* zu vermuten. Aufgrund der vasodilatatorischen Eigenschaften eignen sich die Calciumantagonisten in Analogie zu anderen Vasodilatoren auch für die Therapie des *Hypertonus*. Der Behandlungseffekt ist dem der Beta-Rezeptorenblocker vergleichbar. Ihr Einsatz wird sich insbesondere dann anbieten, wenn gegenüber Beta-Rezeptorenblockern Kontraindikationen bestehen.

Die Calciumantagonisten unterliegen nach oraler Einnahme in der Leber einer ausgedehnten Metabolisierung. Dadurch resultiert eine auf 25 Prozent reduzierte biologische Verfügbarkeit des Isoptins nach oraler Einnahme. Auch die Elimination ist vom Leberblutfluß abhängig. Dadurch kommt es bei chronischen Lebererkrankungen (Leberzirrhosen) zu einer erheblichen Wirkungsverstärkung und Änderung der Kinetik der Pharmakodynamik: Während beim Lebergesunden nach Isoptin-i.v.-Injektion die Wirkung bereits nach zwei bis fünf Minuten eintritt, zeigt sich beim Leberzirrhotiker das Wirkungsmaximum auf die AV-Überleitung unter Umständen erst nach 30 Minuten.

Die Calciumantagonisten stellen zweifellos eine Bereicherung der medikamentösen Therapie für eine Anzahl kardiovaskulärer Erkrankungen dar. Bei der paroxysmalen supraventrikulären Tachykardie und der vasospastischen Angina sind sie die Therapie der Wahl. Auch bei anderen Krankheitszuständen wie der hypertrophisch-obstruktiven Kardiomyopathie und einer Reihe anderer Indikationen lassen die bisher vorliegenden Ergebnisse eine entscheidende Erweiterung unserer therapeutischen Möglichkeiten vermuten.

Die Nummer 1
beim Prostata-Adenom

Harzol®

Der
Therapieerfolg
ist...

- tastbar
- spürbar
- meßbar

Harzol ist die bestgeprüfte und meistverordnete Medikation beim Prostata-Adenom. Harzol beseitigt Kongestionen, Schwellungen und Entzündungen, erhöht den Uroflow, bildet Restharmengen zurück, verbessert die Urinbefunde und führt zu schneller Besserung der Beschwerden.

Kurzinformation zu Harzol®, HOYER, 4040 Neuss 21

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 10 mg β -Sitosterin. **Anwendungsgebiet:** Prostata-Adenom. **Gegenanzeigen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Magenunbekömmlichkeit.

Dosierung und Anwendungsweise: Initialtherapie: Im allgemeinen 3mal täglich 2 Kapseln. Langzeittherapie: Im allgemeinen 3mal täglich 1 Kapsel. Die Kapseln sollen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten eingenommen werden. **Darreichungsform,**

Packungsgrößen und Preise: OP mit 60 Kapseln DM 23,49;
OP mit 120 Kapseln DM 39,40; OP mit 360 Kapseln DM 103,17.
Stand: Jan. 1983

HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Neuss 21



Professor Dr. D. W. Behrenbeck,
Köln:

Therapie kardialer Rhythmusstörungen in der Praxis

Die kontinuierliche EKG-Registrierung mit dem Bandspeicher erbrachte eine weit größere Häufigkeit an Herzrhythmusstörungen als es routinemäßige Aufzeichnungen früher je haben ahnen lassen. Die Bedeutung der Herzrhythmusstörungen beruht auf ihrer Aktualität in ihrem Auftreten und in der Gefährdung des Patienten, die bis zum plötzlichen Herztod führen kann. Sie sind Symptome einer Grunderkrankung und stellen zugleich eine Komplikation im Krankheitsverlauf dar. Sie sind selten idiopathisch oder *sui generis* zu sehen. Ursächlich sind myokardiale Erkrankungen von hämodynamischen Belastungen und extrakardialen Ursachen zu unterscheiden.

Die myokardial bedingten Herzrhythmusstörungen findet man in erster Linie bei akuten und chronischen Myokarditiden, der kongestiven Myokardiopathie und besonders beim frischen Infarkt, aber auch bei der chronischen Koronarinsuffizienz.

Bei den hämodynamischen Ursachen dominieren die Herzinsuffizienz, die Druckbelastung des Hypertonikers, des Patienten mit einem Herzvitium, aber auch des älteren Patienten mit einem banalen fieberhaften Infekt!

Extrakardial bedingte Herzrhythmusstörungen können ausgelöst werden durch Sympathikotonien und Vagotomien, Elektrolytstörungen, Hyperthyreose, Fieber, bestimmte Medikamente und toxische Einflüsse. Verschiebungen des Serumkaliumwertes sind sicher einer der häufigsten Gründe für die Entwicklung ventrikulärer Extrasystolen.

Erregungsbildungs- und Erregungsleitungsstörungen des Herzens führen zu bradykarden Herzrhythmusstörungen, eine gesteigerte oder abnorme Aktivität des Myokards zur Eigenerregbarkeit und zur Automatie bzw. zu kreisenden Erregungen, womit in erster Linie das Bild der Tachykardie gemeint ist. Die Instabilität der Muskelzellmembranen wird durch mechanische, hämodynamische Belastungen ausgelöst, durch nutritive Störungen, insbesondere durch Sauerstoffmangel (Koronar-

insuffizienz, Infarkt) und durch destruktiv entzündliche Veränderungen. Alle Arten von Herzrhythmusstörungen können bei den aufgeführten verschiedenen Grunderkrankungen auftreten.

Wie eingangs bemerkt, kommt bei der speziellen Diagnostik der Herzrhythmusstörungen heute dem Langzeit-EKG eine besondere Bedeutung zu. Häufig ist es allein hierdurch möglich, die Rhythmusstörungen überhaupt zu erfassen und in einer zeitlich vertretbaren gerafften Form wiederzugeben. Auch kann hiermit die Analyse automatisch erfolgen, um den Arbeitsaufwand des diagnostizierenden Arztes in Grenzen zu halten. Mit der Aufdeckung einer Herzrhythmusstörung allein ist jedoch noch keine Aussage über die damit verbundene Gefährdung des Patienten gegeben. Diese ist untrennbar verbunden mit der Analyse der Ursachen. Hierfür steht heute das intrakardial abgeleitete EKG zur Verfügung.

Die Therapie der Herzrhythmusstörungen ist problematisch, wenn man sich von der einfachen Registrierung leiten läßt. Die Behandlungsbedürftigkeit des Patienten ergibt sich erst aus der Gefährdung durch die Grunderkrankung. Diese sollte demnach auch möglichst kausal angegangen werden (*Basistherapie*). Eine Gefährdung des Patienten läßt sich allein schon aus der Polytopie einer nachgewiesenen ventrikulären Extrasystolie vermuten; auch tachykarde Salven signalisieren eine besondere Problematik, die neben der Basistherapie zusätzliche symptomatische Behandlungsmaßnahmen rechtfertigen.

Die Vielzahl der zur Verfügung stehenden *antiarrhythmischen Medikamente* führt immer wieder zur Verwirrung. Es ist deshalb notwendig, diese in Gruppen verwandter Wirkprinzipien zusammenzufassen. An erster Stelle ist die Chinidin-Gruppe zu nennen, durch die die Refraktärzeit des Myokards verlängert, die Erregungsleitung verlangsamt und die Ektopieneigung dadurch reduziert wird. Zu dieser Gruppe gehören heute auch Rhythmodul[®], Rytmonorm[®] und Neogilurymal[®].

Die zweite Gruppe umfaßt das Lidocain; das Aktionspotential und die effektive Refraktärzeit verkürzt

und damit zur Verminderung der Ektopieneigung, insbesondere in der Diastole, beiträgt. Hierzu gehören neben dem nur i. v. zu verabfolgenden Xylocein[®] jetzt die Xylocain Duriles[®] und das Mexitil[®] sowie das eltbewährte Diphinylhydantoin (Phenhydan[®]).

Die dritte Gruppe umfaßt die Beta-Rezeptorenblocker und eine weitere die Calciumantagonisten, die durch Frequenzsenkung zur Verminderung der Ektopieneigung beitragen.

Bei den Beta-Rezeptorenblockern werden solche mit und ohne Membranwirkung unterschieden. Zu dem grundsätzlich sympathikolytischen frequenzsenkenden Effekt tritt bei den Blockern mit Membranwirkung eine Chinidin-ähnliche Eigenschaft (Dociton[®], Trasicor[®], Aptin[®], Visken[®] und Prent[®]). Ohne Membranwirkung sind das Lopresor[®] (Belloc[®]) und Tenormin[®]. Die letzteren haben eine wesentlich geringere therapeutische Breite als die Mittel mit Membranwirkung.

Von den einzelnen Herzrhythmusstörungen kommt in der Praxis den *Vorhofrhythmusstörungen* und ventrikulären Ektopien eine besondere Bedeutung zu. Bei ersteren sind zunächst Vorhofextrasystolen, dann Vorhofftachykardien und schließlich Vorhofflattern und -flimmern zu beobachten. Diese Rangordnung entspricht häufig auch dem Krankheitsverlauf. Bei diesen tachykarden supraventrikulären Herzrhythmusstörungen sollte zunächst eine kausale Therapie, z. B. mit Thyreostatika, Digitalis und Sedativa, einsetzen. Das Antiarrhythmikum erster Wahl ist das Verapamil (Isoptin[®]) als Calciumantagonist. Erst bei unbefriedigendem Effekt sollte auf Beta-Rezeptorenblocker (nicht in Kombination mit Calciumantagonisten), Rhythmodul oder Rytmonorm zurückgegriffen werden.

Bei den *ventrikulären Herzrhythmusstörungen*, die eingeleitet werden durch ventrikuläre Extrasystolen und übergehen in Tachykardien oder gar Kammerflattern oder -flimmern, besteht häufig eine besondere Gefährdung des Patienten. Auch hier muß die kausale Therapie am Anfang stehen (Digitalis, Kaliumsubstitution, Sedativa). Erst dann erfolgt der Einsatz der speziellen Antiarrhythmika bzw. deren Kombinationen und notfalls die enttachykarde Elektro-

stimulation und chirurgische Resektion als ultima ratio.

Für die Notfalltherapie beim frischen Infarkt setzt sich im zunehmenden Maße auch in der Praxis die sofortige Gabe von 100 bis 200 mg *Xylorcin* i. v. und anschließend 100 bis 200 mg als Infusion pro Stunde durch, um die Gefährdung durch plötzlich auftretende Herzrhythmusstörungen während des Transportes in die Klinik zu reduzieren.

Professor Dr. K. H. Rahn, Maastricht:

Neuere Antihypertensiva

Etwa 90 Prozent der Hochdruckpatienten kann entsprechend einem zur Zeit häufig verwendeten Therapie-schemata durch eine Monotherapie mit Beta-Rezeptorenblockern oder Diuretika oder aber durch eine Kombinationstherapie dieser Substanzen behandelt werden. Ist auch diese Zweierkombination nicht genügend erfolgreich, wird zusätzlich ein Vasodilatator, meist Dihydralazin (*Nepresol*) gegeben. Der Beginn der Monotherapie mit Beta-Rezeptorenblockern oder Diuretika wird vom Alter des Patienten abhängig gemacht. Bei jüngeren Patienten werden Beta-Rezeptorenblocker bevorzugt, bei älteren Diuretika. Die Altersgrenze liegt im allgemeinen bei 60 Jahren.

Etwa zehn Prozent der Hochdruckkranken ist gegenüber der vorbeschriebenen Kombinationstherapie als resistent anzusehen. Bei einigen dieser Patienten wird man zu einer ausreichenden Blutdrucksenkung durch Einsatz der schon länger verfügbaren Antihypertensiva wie Alpha-

Methyldopa (*Presinol*, *Sembrina*), Clonidin (*Catapresan*), Guanethidin (*Ismelin*) und Reserpin kommen. Diese Medikamente sollten nicht mehr als Mittel der ersten Wahl bezeichnet werden. Dies liegt an der häufigeren Nebenwirkungsrate als bei dem erstbeschriebenen Therapie-schemata. Das Alpha-Methyldopa weist in erster Linie sedierende und orthostasefördernde Effekte auf, beim Clonidin kommt es bei abruptem Absetzen des Medikamentes zu Blutdruckkrisen, das Guanethidin zeigt eine besondere Orthostase-neigung und eine Ejakulationsstörung. Reserpin führt – wie Alpha-Methyldopa und Clonidin – zur Sedierung und löst zusätzlich Depressionen aus.

Mit allen vorbeschriebenen Antihypertensiva sind etwa fünf Prozent der Patienten mit einer arteriellen Hypertonie nicht ausreichend einzustellen. Deshalb ist auch die Entwicklung weiterer Antihypertensiva sinnvoll. In den letzten Jahren haben insbesondere vier neue Medikamente für die ärztliche Praxis Bedeutung erlangt. Es handelt sich um das Prazosin (*Minipress*), das Labetalol (*Trandate*), das Guanfacin (*Estulic*) und das Captopril (*Lopirin*). Hinzu kommen die Calciumantagonisten (s. Referat Professor Dr. M. Eichelbaum). In einigen Ländern ist weiterhin das Minoxidil im Handel, das auch in Deutschland bei einer Reihe von Patienten in den vergangenen Jahren erfolgversprechend eingesetzt wurde.

Prazosin (*Minipress*) ist ein Alpha-Rezeptorenblocker, der im Gegensatz zu dem schon länger bekannten Regitin weitgehend selektiv postsynaptische Alpha-Rezeptoren

hemmt, die an der Oberfläche der Erfolgsorgane liegen. Präsynaptische Alpha-Rezeptoren werden praktisch nicht beeinflusst. Der antihypertensive Effekt beruht auf einer Abnahme des peripheren Gefäßwiderstandes. Dabei kommt es nicht zu einer wesentlichen Zunahme der Herzfrequenz und des Herzminutenvolumens und zu keiner Änderung des Glomerulumfiltrates. Als Nebenwirkung wird eine gelegentliche deutliche orthostatische Hypotonie und plötzliche Bewußtseinsstörungen bei Patienten nach Verabreichung der Initialdosis beschrieben. Die Gefahr wird offensichtlich vergrößert durch gleichzeitige Verabreichung von Beta-Rezeptorenblockern. Es wird deshalb eine einschleichende Dosierung empfohlen.

Labetalol (*Trandate*) vereinigt in einem Molekül die Eigenschaften eines Alpha- und eines Beta-Rezeptorenblockers. Hierdurch wird einerseits das Herzminutenvolumen, zum anderen der periphere Widerstand gesenkt. Beide hämodynamischen Effekte resultieren in einer Blutdrucksenkung. An Nebenwirkungen werden ebenfalls eine Orthostase sowie eine Herzinsuffizienzneigung, bradykarde Herzrhythmusstörungen und eine Zunahme der Bronchospastik, ähnlich wie bei reinen Beta-Blockern, beschrieben.

Guanfacin (*Estulic*) hat ähnliche Eigenschaften wie Clonidin (*Catapresan*). Die Substanz wirkt dementsprechend durch eine Stimulierung zentraler Alpha-Rezeptoren blutdrucksenkend. Es unterscheidet sich vom Clonidin durch eine mindestens 24stündige Wirkdauer. Der Blutdruckabfall kommt vorwiegend durch eine Abnahme des peripheren

Monosubstanz zur gezielten Magnesiumtherapie von Risikofaktoren bei coronaren Gefäßerkrankungen und Infarktgefährdung

Zusammensetzung

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

mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 614,8 mg

Magnesium-Gehalt: 5 mval (80,78 mg)

1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:

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

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

5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:

mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 1229,8 mg

Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,58 mg)

Verdeuliche Kohlenhydrate 3,1 g

Indikationen

Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzkrankungen.

Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Festankuren, Hypercholesterinaemie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Phosphylaxe.

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anuria. **MAGNESIOCARD**-Ampullen sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenia gravis.

MAGNESIOCARD®

Therapeutisches Prinzip:
Streßabschirmung,
Calcium-Antagonismus, Lipidsenkung

Die Injektion von **MAGNESIOCARD**® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Techykardie bzw. Techyrrhythmie angezeigt.

Nebenwirkungen:

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

Kaps.: 25 DM 10,25, 50 DM 19,55, 100 DM 35,20

Tabl.: 25 DM 10,-, 50 DM 19,20, 100 DM 34,40

Granulat zum Trinken

Btl.: 20 DM 13,35, 50 DM 29,75, 100 DM 49,95

Amp. i. m.: 2 DM 3,85, 5 DM 8,60

Amp. i. v.: 3 DM 6,85, 10 DM 20,45

VERLA-PHARM · TUTZING/OBB.

Widerstandes zustande. An Nebenwirkungen werden Bradykardien, AV-Überleitungsstörungen und eine deutliche Sedierung genannt. Störend ist auch hier die Orthostaseneigung sowie die Mundtrockenheit, Übelkeit und Obstipation.

Captopril (Lopirin®) hemmt das Converting-Enzyme, welches Angiotensin I in Angiotensin II umwandelt. Infolgedessen wird das normalerweise unter dem Einfluß von Renin entstehende pressorische Oktapeptid in geringerem Maße gebildet. Angiotensin II ist ein äußerst potenter Vasokonstriktor. Außerdem stimuliert dieses Peptid die Sekretion von Aldosteron aus der Nebennierenrinde, welches durch einen renalen Angriffspunkt eine Retention von Natrium und Wasser und dadurch eine Blutdrucksteigerung verursacht. Dementsprechend ist bei Hemmung des Converting-Enzyme ein Blutdruckabfall zu erwarten. Captopril weist eine Wirkdauer von etwa acht Stunden auf und muß deshalb in drei einzelnen Tagesdosen verteilt werden. Hämodynamisch beruht die Blutdrucksenkung auf einer Abnahme des peripheren Gefäßwiderstandes, ohne daß es (reflektorisch infolge Sympathikusstimulierung) zu einer Herzfrequenzzunahme kommt. Bei den Nebenwirkungen steht wieder die Orthostase an erster Stelle. Nicht selten kommt es zum Auftreten von Exanthenen (bei etwa zehn Prozent der Patienten), von Geschmacksstörungen und zu einer Proteinurie (in etwa ein Prozent der Fälle). Ferner werden Leukopenien beschrieben, die zu einer Blutbildkontrolle während der ersten drei Monate in zweiwöchigem Abstand veranlassen sollten. Durch die Kombination mit Diuretika und Beta-Rezeptorenblockern kann der antihypertensive Effekt verstärkt werden.

Minoxidil ist eine stark gefäßerweiternde Substanz, die reflektorisch über eine Sympathikusaktivierung zu einer Zunahme der Herzfrequenz und des Herzminutenvolumens führt. Dadurch kann jedoch der starke vasodilatatorische Effekt nicht kompensiert werden. Infolgedessen tritt eine Blutdrucksenkung ein. Die unerwünschten Nebenwirkungen lassen sich durch gleichzeitige Verabfolgung von Beta-Rezeptorenblockern vermeiden. Da Minoxidil eine deutliche Retention von Natrium und Wasser bewirkt (was mit der blut-

drucksenkenden Wirkung antagonisiert), sollte man es stets mit einem stark wirkenden Diuretikum kombinieren.

Professor Dr. R. Gugler, Bonn:

Cimetidin und neuere H₂-Rezeptorenblocker in der Therapie gastrointestinaler Erkrankungen

Die therapeutischen Bemühungen gegenüber dem peptischen Ulkus des oberen Gastrointestinaltraktes beschränkten sich zunächst auf die Formulierung spezieller Diätvorschriften, später wurden Antazida mit mehr oder minder großer Überzeugung eingesetzt. 1977 wurde als erster Histamin-H₂-Rezeptorantagonist das Cimetidin (Tagamet®) in die Therapie eingeführt. Dieses Medikament hat in den letzten Jahren eine in diesem Ausmaße nicht erwartete Verbreitung gefunden.

In der Pathogenese des peptischen Ulkus spielen neben der Magensäure, den exogenen Noxen (z. B. Medikamente) und den endogenen Noxen (z. B. Gallensäuren und Lysolecithin) auch Faktoren wie Durchblutung, Motorik, Epithelregeneration und Schleimproduktion eine Rolle, obgleich von den heute gültigen Therapieprinzipien immer noch das Hauptgewicht auf die Ausscheidung der Magensäure gelegt wird. Hier haben Antazida und H₂-Rezeptorenantagonisten die größte Bedeutung, während Medikamente, die über verschiedenartige Mechanismen die Mukosaschützen, in Zukunft sicher einen wichtigen Platz in der Ulkustherapie einnehmen werden. Insbesondere zeichnet sich ab, daß eine Behandlung mit Prostaglandinen erfolgversprechend sein wird.

Die heute gängige Vorstellung zur Stimulation der Säurebildung in der Parietalzelle geht von drei Rezeptoren aus, jeweils für Acetylcholin, Histamin und Gastrin. Eine zentrale Stelle in diesem Konzept nimmt das Histamin ein, welches ebenfalls unter dem Einfluß von Acetylcholin und Gastrin freigesetzt werden kann, so daß ein Teil der Wirkung dieser Substanzen über das Histamin erfolgt. Hieraus leitet sich die Cimetidinwirkung ab.

Als gesicherte Indikation für den Einsatz des Cimetidins kann die Behandlung des Ulcus duodeni, des

Ulcus ventriculi, des Zollinger-Elison-Syndroms und des Anastomosenulkus nach Magenteilresektion gelten. Cimetidin ist wahrscheinlich wirksam in der Streßulkusprophylaxe und unterstützend bei ausgewählten Patienten mit Pankreasinsuffizienz.

Nebenwirkungen unter Cimetidin sind selten und in der Regel unbedenklich bei Kurzzeitanwendung. Die Langzeitgabe ist heute noch nicht ohne Bedenken zu empfehlen.

Neuere H₂-Rezeptorenantagonisten zeigen zwar eine stärkere Säurehemmung als das Cimetidin. Sie sind deshalb jedoch nicht wirksamer als Tagamet. Wesentliche Nebenwirkungen wurden auch bei diesen neuen H₂-Rezeptorenantagonisten (Ranitidin und Oxmetidin) nicht beobachtet.

Dr. E. Walter, Heidelberg:

Gegenwärtiger Stand der Therapie mit Plättchenhemmstoffen

Für die gerinnungshemmende Therapie ist von grundsätzlicher Bedeutung, daß es sich bei den venösen Thromben um Gerinnungs- und bei den arteriellen um sogenannte weiße Abscheidungsthromben handelt. Während auf der venösen Seite die Gerinnsel überwiegend aus roten Blutkörperchen bestehen, überwiegen auf der arteriellen Seite die Thrombozyten. Daraus läßt sich die fortbestehende Bedeutung der bisherigen Antikoagulantienbehandlung für das venöse System und die Thrombozytenaggregationshemmung für die arterielle Seite ableiten.

Eine Vielzahl von Substanzen wirkt auf die Thrombozyten aggregationshemmend. In klinischen Versuchen ausreichend überprüft wurde die Acetylsalicylsäure (Aspirin®, Colfarit®, Godamed®), Sulfinpyrazol (Arturano®) und Dipyridamol (Persantin®) bzw. Kombinationen dieser Substanzen untereinander. Ihr Hauptwirkungsmechanismus beruht auf einer Hemmung der Prostaglandinsynthese.

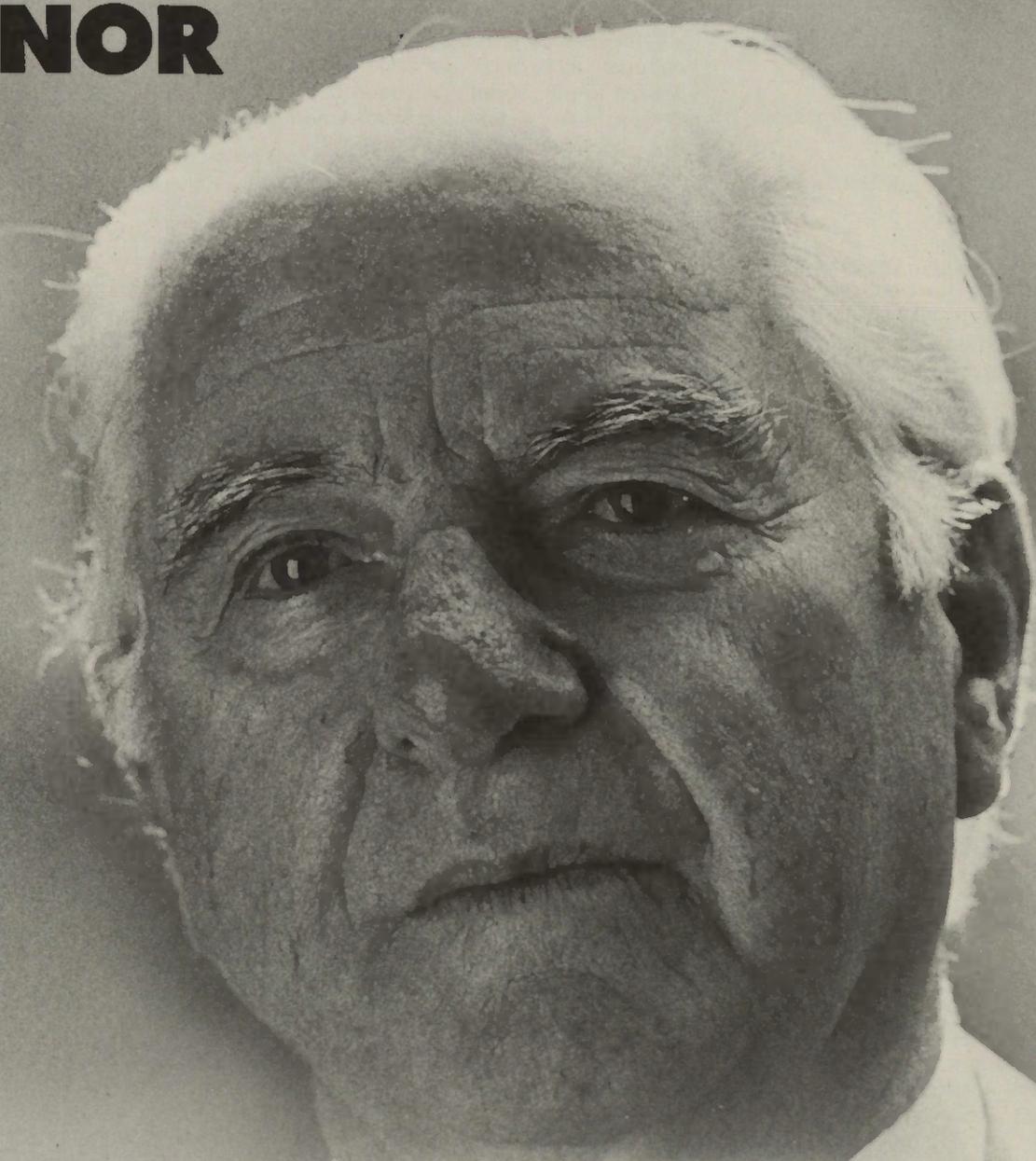
Der Einsatz von Thrombozytenaggregationshemmern erscheint grundsätzlich gerechtfertigt bei intermittierenden transitorischen Attacken und bei drohendem oder

**Wenn das Alter
zunimmt, nimmt die
Nierenfunktion ab.
Auch bei Ihren
Glykosid-Patienten.**

DIGIMERCK[®]
MINOR

- **Zwei Eliminationswege: Niere und Darm**
- **Dadurch konstante Elimination auch beim älteren Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion**
- **Wirkspiegel konstant im therapeutischen Bereich**
- **Einfachste Dosierung: nur 1 Tablette täglich**
- **Kostengünstige Therapie**

DIGIMERCK[®]



Digimerck[®] minor · Digimerck[®]. Zusammensetzung: 1 Tablette Digimerck minor enthält 0,07 mg Digitoxin, 1 Tablette Digimerck 0,1 mg, 1 Dragee Digimerck 0,1 mg, 1 ml (= ca. 30 Tropfen) der Digimerck-Tropfen 0,1 mg, 1 Ampulle Digimerck 0,25 mg in 1 ml. **Anwendungsgebiete:** Digimerck kann bei allen Formen der Herzinsuffizienz angewendet werden. Es ist speziell geeignet für die Dauerbehandlung, auch bei Herzinsuffizienz mit verminderter Nierenleistung, sowie für die Anwendung bei supraventrikulären tachykarden Arrhythmien. **Gegenanzeigen:** Das Präparat darf nicht angewendet werden bei Hyperkalzämie, Kaliummangelzuständen, schwerer Bradykardie, ventrikulärer Tachykardie (Intoxikation I), vorgesehener Kardioversion. **HINWEIS:** Vorsichtig dosieren bei Erregungsleitungsstörungen. Cave gleichzeitige intravenöse Kalziumtherapie. Eine Digitalisintoxikation schließt eine Digitalistherapie selbstverständlich aus. **Nebenwirkungen:** Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, unregelmäßiger Puls, Halluzinationen, Sehstörungen (meist Gelbsehen), sind besonders bei Überdosierung möglich. **Wechselwirkungen:** Saluretika (Dauermedikation), Laxanzien (Abusus), Amphotericin B und Glukokortikoiden können die Wirkung des Digitoxins durch Kaliummangel verstärken. Kalziumsalze, intravenös verabreicht, erhöhen die Toxizität von Digitoxin. Gleichzeitige Gabe von Colestyramin vermindert Resorption und Rückresorption aus dem Darm. Die Glykosidwirkung kann bei zusätzlicher Medikation von Phenybutazon, Phenobarbital, Phenytoin und Rifampicin vermindert sein. Reserpin kann, zusätzlich verabreicht, zu einer weiteren Verlangsamung der Herzfrequenz führen. **Handelsformen:** Digimerck[®] minor: Tabletten zu 0,07 mg; 50 Tabletten (N2) DM 6,55, 70 Tabletten (Kalenderpackung) DM 9,15, 100 Tabletten (N3) DM 11,70. Digimerck[®]: Tabletten zu 0,1 mg; 50 Tabletten (N2) DM 6,70, 100 Tabletten (N3) DM 11,70. Dragees zu 0,1 mg (dünn darmlöslich): 50 Dragees (N2) DM 6,70. Tropfen (1 ml = 0,1 mg Digitoxin = ca. 30 Tropfen): Tropfflasche mit 30 ml DM 7,65. Ampullen zu 0,25 mg in 1 ml: 5 Ampullen DM 5,70. Ferner Anstalts-Packungen. Apoth.-Abg.preise. Stand 15.10.1982. ■ E. Merck, Postfach 4119, 6100 Darmstadt 1.

durchgemachtem Myokardinfarkt (gesichert bei Männern zur Reinfarktprophylaxe während zweier Jahre nach dem ersten Ereignis). Bei der Beurteilung der Einsatzmöglichkeiten von Thrombozytenaggregationshemmern nach koronar-chirurgischen Eingriffen und bei der peripher-arteriellen Verschlusskrankheit zeigen die bisher vorliegenden Studienergebnisse noch kein einheitliches Bild. Allein nicht ausreichend ist die Aggregationshemmung nach künstlichem Herzklappenersatz; hier bleibt sowohl auf dem mitralen als auch dem arteriellen Schenkel die Antikoagulation ebenso erforderlich wie nach thromboembolischen Ereignissen, die vom peripher-venösen System ausgehen.

Privatdozent Dr. K. v. Bergmann,
Bonn:

Medikamentöse Auflösung von Gallensteinen

Bei der Häufigkeit des Auftretens von Gallensteinen besteht eine Geschlechts- und Altersabhängigkeit. Bei den Frauen zeigt sich bereits während der Geschlechtsreife eine deutliche Erkrankungshäufung. In der Bundesrepublik Deutschland müssen etwa fünf Millionen Gallensteinträger und etwa 100 000 Cholezystektomien angenommen werden. Die jährliche Mortalität durch die Cholelithiasis einschließlich der Cholezystektomien liegt dementsprechend bei über 7000. Darüber hinaus ergeben sich erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen durch die von Gallensteinleiden verursachten Krankenhausaufenthalte und Arbeitsausfälle.

Die Zusammensetzung der Gallensteine ist in Abhängigkeit von den Ernährungsgewohnheiten auf der Erde unterschiedlich. Bei uns überwiegen die Cholesterinsteine. Sie werden besonders beobachtet bei Adipositas, in 70 Prozent der Fälle von reiner Hypertriglyceridämie, unter Konsum überwiegend ungesättigter Fettsäuren, beim Diabetes mellitus sowie bei Störungen im Bereich des terminalen Ileums (Morbus Crohn und dessen chirurgische Behandlung). In diesem Darmabschnitt werden die Gallensäuren normalerweise zurückresorbiert, um nach dem enterohepatischen Kreislauf wieder zur Verbesserung der Löslichkeit von Chole-

sterin der Gallenblase zur Verfügung zu stehen. Kommt es zu einem Mangel an Gallensäuren, so wird die Cholesterinsteinelithiasis gefördert. Auch die Behandlung mit Clofibrat und Östrogen-haltigen Antikonzep-tiva fördert die Gallensteinbildung.

Vor der Einleitung einer medikamentösen Behandlung zur Gallensteinauflösung ist es wichtig, festzustellen, welche Art von Cholelithiasis bei dem Patienten vorliegt. Die Cholesterinsteinelithiasis ist röntgenologisch in erster Linie an der nicht-schattengebenden Kontrastmittelaussparung im Röntgenbild erkennbar. Dabei ist differentialdiagnostisch in erster Linie an Pigmentsteinbildungen zu denken. Letztere befinden sich beim stehenden Patienten in der Regel am Boden des Gallenblasenfundus, während die Cholesterinsteine häufig im Gallensekret schweben oder sich perl-schnurartig unterhalb einer Spiegelbildung aufreihen. Pigmentsteine und die schattengebenden verkalkten Konkrementen sind über eine medikamentöse Gallensäurezufuhr nicht auflösbar. Auch bei negativem Cholezystogramm, d. h. einer funktionsgestörten Gallenblase, darf man sich von dem Versuch einer medikamentösen Gallensteinauflösung kaum etwas versprechen.

Durch Untersättigung des Cholesteringehaltes der Gallenblase mit täglich etwa 1 g *Chenodesoxycholsäure* lassen sich reine Cholesterinsteine auflösen, wenn die Medikation konsequent über ein halbes bis ein Jahr durchgeführt wird. Frühestens nach einem halben Jahr ist eine röntgenologische oder sonographische Kontrolluntersuchung sinnvoll. Eine nicht ausreichende Tagesdosis führt häufig zu Therapiemißerfolgen (derzeitige Empfehlung: täglich 15 mg *Chenodesoxycholsäure* pro kg Körpergewicht). Eine bessere Cholesterinuntersättigung mit Hilfe von Gallensäuren läßt sich durch die *Urso-desoxycholsäure* erreichen. Diese hat die zunächst eingesetzte *Chenodesoxycholsäure* heute weitgehend verdrängt, zumal bei dem neueren Präparat keine passageren Transaminasenerhöhungen, keine Diarrhöen und keine Erhöhungen des atherogenen Risikos mehr beobachtet werden. Die Dosis der *Urso-desoxycholsäure* liegt bei täglich 10 bis 15 mg pro kg Körpergewicht. In abgeschwächter Form scheinen

auch das seit langem bekannte *Rowachol*[®] und das *Hymecromon* (*Cholspasmin forte*[®]) Cholesterinsteinauflösende Eigenschaften zu besitzen. Eine Kombination dieser Präparate scheint künftig mit den vorbeschriebenen Cholsäurepräparaten zum Zwecke der Kostendämpfung möglich.

Privatdozent Dr. H. R. Ochs, Bonn:

Pharmakokinetische und pharmakodynamische Eigenschaften der Benzodiazepine – Orientierungshilfen für eine wachsende Stoffklasse

Seit der Einführung des ersten Benzodiazepins (des *Librium*[®], 1960) verging kein Jahr, in dem nicht ein oder zwei weitere Arzneimittel dieser Substanzgruppe auf dem Markt erschienen. Jedem wurden besondere Vorteile und Eigenschaften zugeschrieben. Die neuropharmakologischen Eigenschaften aller Benzodiazepine sind allerdings sehr ähnlich: Sie wirken grundsätzlich in steigender Dosierung angstlösend, sedativ-schlaffördernd, antikonvulsiv und muskelrelaxierend. Wollen wir für eine spezielle therapeutische Situation die geeignete Substanz herausfinden, so ist die Kenntnis der Pharmakokinetik (Absorption nach oraler oder intramuskulärer Gabe, Verteilung im Gewebe, Akkumulations- oder Eliminationsverhalten) eine wesentliche Orientierungshilfe. Zur Einteilung der Benzodiazepine bietet sich ihr Metabolismus an: ihr Abbauweg bestimmt die Bildung aktiver Metabolite, Halbwertszeiten und Wirkdauer. In Kenntnis dieser Daten lassen sich dann die zu erwartenden Wirkungen nach Einmal- und Mehrfachapplikation besser ableiten. Vergleichend kann dann auch sehr schnell entschieden werden, welche Vorteile die in Zukunft auf dem Markt erscheinenden neuen Benzodiazepine wirklich bieten.

Die meisten Benzodiazepine werden entweder durch *Oxydation* oder *Konjugation* abgebaut. Die oxydativen Abbauschritte erfolgen äußerst langsam und führen zu aktiven Metaboliten. Demnach weisen die oxydativ metabolisierten Benzodiazepine überwiegend lange Halbwertszeiten auf. So werden z. B. *Librium*[®], *Valium*[®] und *Frisium*[®] N-demethyliert, *Mogadan*[®] in der Leber oder schon in der Darmwand

desalkyliert. N-Desmethyldiazepam, ein aktiver Metabolit des Valium und Librium, ist selbst anxiolytisch wirksam und kann oral in zwei verschiedenen Vorstufen als Tranxilium® oder Demetrin® verabreicht werden.

Der oxydative Abbau mit der Bildung langwirksamer Metabolite spielt besonders unter einer Dauertherapie eine wichtige Rolle: Umfang und Geschwindigkeit der Akkumulation ist der Eliminationshalbwertszeit proportional. Weiterhin ist zu bedenken, daß die oxydativen Abbauschritte wesentlich durch das Alter der Patienten und die Leberfunktion beeinflusst werden: Patienten weisen mit zunehmendem Alter eine langsamere N-Demethylierung und Hydroxylierung auf, auch wenn sie anderweitig gesund sind.

Die zweite Gruppe der Benzodiazepine umfaßt Substanzen, die durch *Konjugation* abgebaut werden. Dieser Mechanismus erfolgt sehr rasch; die Halbwertszeiten der verabreichten Substanzen sind somit kurz und die konjugierten Transformationsprodukte pharmakologisch inaktiv. Zu dieser Gruppe zählen Adumbran®

und Tavor®. Ein altersabhängiger Metabolismus besteht hier nicht.

Die langwirksamen Benzodiazepine weisen bei den meisten Patienten eine Halbwertszeit von mehr als 30 Stunden auf. Wird mit längerwirkenden Substanzen therapiert (z. B. mit Valium oder Tranxilium), so kommt es zunächst zur Akkumulation. Bei Behandlungsende wird eine entsprechend lange Zeit vergehen, bis die ursprüngliche Symptomatik wieder deutlich wird. Das gilt selbst dann, wenn die Substanzen abrupt abgesetzt werden. Dieses Akkumulationsverhalten ist besonders vorteilhaft, wenn absichtlich oder aus Vergeßlichkeit das Medikament nur unregelmäßig eingenommen wird. Mit einem raschen Durchbruch der Symptome ist nicht so schnell zu rechnen. Andererseits kann die Akkumulation zu unerwünschter Sedierung und Einschränkung der psychomotorischen Fähigkeiten führen. Bei den kurzwirksamen Substanzen beträgt die Halbwertszeit nur fünf bis 24 Stunden. Die Eigenschaften ändern sich mit der Kürzung der Halbwertszeit. Aktive Metabolite spielen keine wesentliche Rolle, d. h., die klinische

Wirksamkeit wird primär durch die verabreichte Ausgangssubstanz bedingt. Naturgemäß wird man kaum mehr mit einer einmaligen täglichen Dosis auskommen. Diese Benzodiazepine sollten demzufolge in erster Linie Patienten verordnet werden, die ein Schlafmittel benötigen und bei denen tagsüber keine sedierende oder anxiolytische Wirkung erwünscht ist. Halcion®, Trecalmo® und Nobrium® sind drei Benzodiazepine mit äußerst kurzer Halbwertszeit von etwa fünf Stunden.

Die Benzodiazepine gehören zu den sichersten und den an Nebenwirkungen ärmsten Substanzen, die wir besitzen. Ein Suizid mit Benzodiazepinen allein ist praktisch unmöglich. Der „Sicherheitsabstand“ in der Dosierung vom anxiolytischen zum hypnotischen Effekt ist größer als bei jeder anderen Stoffklasse (z. B. Barbiturate, Meprobamat, Alkohol usw.). Nur so läßt sich die enorme Akzeptanz dieser Gruppe erklären: In allen Industrienationen gehören die Benzodiazepine zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln. Der geschätzte weltweite Jahresumsatz lag 1981 bei ca. 4 1/2 Milliarden DM.

mastodynnon®

bei MASTODYNIE
und fibrozystischer
MASTOPATHIE


bionorica
GmbH

8500 NÜRNBERG 1

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklusanomalien, zyklisch bedingte Migräne. **Kontraindikationen** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 6 10 g, Iris D 2 20 g, Lilium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g. (Ab D 4 wird mit 15%igem Ethanol potenziert.) **Dosierung:** 2mal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen:** OP mit 50 ml DM 11,90, OP mit 100 ml DM 18,40; Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml. – Stand bei Drucklegung.

Privatdozent Dr. L. Blehe, Erlangen:

Psychopharmakologische Aspekte der Benzodiazepine aus klinischer Sicht

Klinisch lassen sich deutliche Unterschiede bei der Wirkung der einzelnen Benzodiazepine herausarbeiten, auch wenn die Pharmakokinetik im einzelnen dagegensprechen mag. Bei den zuerst eingeführten Tranquillantien fanden zunächst die hypnotischen bzw. sedierenden Eigenschaften Beachtung. Hierzu gehörten schließlich auch die antikonvulsiven und muskelrelaxierenden Effekte. Es konnten bestimmte Substanzen aus der Benzodiazepinreihe entwickelt werden, die die hypnotischen und antikonvulsiven bzw. muskelrelaxierenden Eigenschaften besonders betonten. Bei diesen gelang es weiterhin, zwischen kurz und länger wirksamen zu unterscheiden, so daß ein differenzierter Einsatz von Einschlaf- und Durchschlafmitteln möglich wurde.

Die zweite Benzodiazepingruppe umfaßt die Tranquillantien (Ataraktika) bzw. die Tagestranquilizer. Ihre Wirkung sollte psychovegetativ ausgleichend, affektiv distanzierend und letztlich auch schlaffördernd (jedoch nicht sedierend bzw. hypnotisch) sein. Effekte der Gewöhnung und Abhängigkeit sowie der Euphorisierung sind unerwünscht. Die Benzodiazepine besitzen keine unmittelbar angstlösende oder antidepressive Eigenschaft. Die Angst ist eine Interpretation einer Lebenssituation und kein unmittelbares Symptom. Die Benzodiazepinderivate sind primär gegen ein erhöhtes Aktivationsniveau gerichtet, d. h. gegen einen Spannungs- und Erregungszustand, der dann allerdings sekundär mit Angstgefühlen ausgestaltet sein kann. Unter der Behandlung zeigt sich dementsprechend häufig eine relativ rasche Senkung des Erregungszustandes, während die sekundären anxiolytischen Effekte länger auf sich warten lassen.

Dr. K. H. Kimbel, Köln:

Arzneimittellisten — Hilfe oder Beschränkung für den Arzt?

In der letzten Zeit wurden dem Arzt in steigender Zahl Arzneimittellisten angeboten, die bei der wirtschaftlichen Verordnung helfen sollen. Mit der kürzlichen Vorstellung des Arzneimittelindexes (s. Referat von Dr.

v. Schlichtegroll) in Bonn hat diese Entwicklung sicherlich noch nicht ihren spektakulärsten Höhepunkt erreicht. Weite Laienkreise nehmen offenbar an, daß jeder Arzt vor einer Verordnung mehrere, womöglich nach Krankheitssymptomen geordnete Nachschlagewerke konsultiert, um die für den bestimmten Patienten geeigneten Medikamente auszuwählen. Daß der niedergelassene Arzt in der Regel ein Repertoire von einigen 100 ihm wohl vertrauten Arzneimitteln hat, aus dem er das im Einzelfall geeignete Mittel auswählt, scheint weder in politischen noch in administrativen Kreisen bekannt zu sein. So kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, daß man den Ärzten einen Mangel an Information unterstellt und sie mit Hilfe der Listen zu einer adäquateren Verord-

70. Regensburger Fortbildungskongreß

vom 12. bis 15. Mei 1983
in Regensburg

nungsweise, insbesondere im Hinblick auf ältere Arzneimittel, zu bewegen versucht. Durch die Veröffentlichung unterschiedlicher und häufig bestimmten politischen Zielsetzungen dienender Listen werden insbesondere die niedergelassenen Ärzte in zunehmendem Maße verunsichert. Deshalb wächst die Notwendigkeit, die Informationsquellen des Arztes in einem größeren und vor allem objektiveren Rahmen darzustellen. Dabei wird sich voraussichtlich ergeben, daß nicht die Listen selbst, sondern ihre Zweckbestimmung den Schlüssel zum Mißbrauch in sich tragen.

Arzneimittellisten sind nichts Neues; schon vor 400 Jahren hat der Rat der Freien Reichsstadt Nürnberg den Arzt Valerius Cordus beauftragt, das erste deutsche Arzneibuch zusammenzustellen. Es enthielt auf 300 Seiten bereits 1000 Arzneimittel. Das heutige arzneimitteltherapeutische Armamentarium (das noch eine nicht unbeträchtliche Zahl von Substanzen aus jenem ersten Arzneibuch enthält) läßt sich viel einfacher ordnen, nachdem die nicht mehr weg-

zudenkenden Fortschritte der pharmazeutischen Forschung den chemisch definierten Wirkstoff zum Leitprinzip erklärt haben. Dessen ungeachtet, zeigt jedoch ein Blick in die „Rote Liste“, daß auch dem phytotherapeutisch orientierten Arzt noch ein reiches Angebot chemisch nicht definierter Arzneistoffe zu Verfügung steht. Da der arzneitherapeutische Fortschritt sich aber heute im organisch-chemischen Laboratorium und kaum noch auf dem klassischen Gebiet der Konstitutionsaufklärung von Pflanzeninhaltsstoffen abspielt, ist das Informationsbedürfnis des Arztes zunächst darauf ausgerichtet, die Vielzahl der ihm neu angebotenen Wirkstoffe den bereits bekannten und vertrauten zuzuordnen. Das war zu einer Zeit, als das erste deutschsprachige „Deutsche Arzneibuch“ Ende des vergangenen Jahrhunderts zur Verfügung stand, noch ein leichtes, denn die wenigen organisch-synthetischen Stoffe hatten einprägsame Namen wie Antipyrin oder Barbitursäure. Die letzte Ausgabe des Index nominum des Schweizerischen Apothekervereins aus dem Jahre 1980 umfaßt demgegenüber schon 4000 verschiedene chemische Arzneistoffe. Dabei sind lediglich Monopräparate berücksichtigt. Die Stoffliste der deutschen Apotheker hingegen, die auch alle in der Bundesrepublik und in den Nachbarländern erhältlichen Kombinationspräparate enthält, umfaßt nicht weniger als zehn Ringhefter. Auch diese Zusammenstellung enthält keinen Hinweis auf die Gruppenzugehörigkeit der einzelnen Substanzen, was deren Einordnung wesentlich erleichtern würde.

Die meisten der annähernd umfassenden Arzneimittellisten (wie die „Rote Liste“) ordnen die Arzneimittel nach pharmazeutischen Zielvorstellungen, die sich nur teilweise mit den ärztlichen Indikationen decken und wegen ihrer zahlreichen, mit „Anti“ beginnenden (z. B. Antidiabetika, Antiepileptika usw.) scherzhaft als „Anti“-Listen bezeichnet werden. Die Notwendigkeit, ein dem Namen nach bekanntes Arzneimittel in der „Roten Liste“ gleich zweimal nachschlagen zu müssen, hat jedoch viele Ärzte abgeschreckt und den Ruf nach Alternativen („Gelbe Liste“, „Liste Pharmindex“) laut werden lassen. In der Regel nimmt der Arzt die ihm angebotene vollständige Information nur dann an, wenn es seine Verordnungstätigkeit erleich-



Noctamid

Das moderne, niedrig dosierte
Benzodiazepin-Schlafmittel
von Schering.

... für eine gute Nacht
... für einen guten
Morgen
... für einen guten Tag



Mit Noctamid stimmt
der Schlafablauf wieder, und
es gibt keinen hang-over.

Noctamid ist das
»Wirklich-Nur-Schlafmittel«.

Zusammensetzung: 1 Tablette Noctamid[®]-0,5/Noctamid[®]-1 enthält 0,5 mg/1 mg Lormetazepam. **Anwendungsgebiete:** Behandlungsbedürftige Ein- und Durchschlafstörungen. **Gegenanzeigen:** Myasthenia gravis, akutes Engwinkelglaukom. Bis zum Vorliegen entsprechender Erfahrungen sind Schwangere und Patienten unter 18 Jahren nicht zu behandeln. Dies gilt vorläufig auch noch für stillende Frauen. **Nebenwirkungen:** Bei besonders empfindlichen Personen sowie überhöhter Dosierung kann es am Tag nach der Einnahme zu

Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Benommenheit, Schwindel und Bewegungsunsicherheit kommen. Es ist vorerst nicht auszuschließen, daß sich bei Patienten im akuten Stadium endogener Psychosen, insbesondere bei schwerer Depression, in Einzelfällen die Krankheitszeichen verstärken. **Wernhinweise:** Auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden, besonders im Zusammenwirken mit Alkohol. Nach längerfristiger täglicher Anwendung können wie bei anderen Schlafmitteln durch plötzliches Absetzen Schlafstörungen vorübergehend verstärkt wieder auftreten. Wie bei anderen Arzneimitteln dieses Wirkungstyps ist der Nutzen einer fortgesetzten Anwendung gegen das Risiko von Gewöhnung und Abhängigkeit abzuwägen.

Packungen und Preise lt. AT: 20 Tablet-

ten (N2) mit je 0,5 mg/1mg DM 9,63/DM 11,99. **Dosierung:** Einzeldosis im allgemeinen 1 mg. Sie kann je nach Art und Schweregrad der Schlafstörungen verdoppelt oder auch halbiert werden. Besonders ältere Patienten und solche in reduziertem Allgemeinzustand kommen oft mit 0,5 mg aus. Sofern mit Schlafmitteln vorbehandelt wurde, die Barbiturate enthalten, empfiehlt sich für die erste Woche die doppelte Einzeldosis (d.h. 2 mg). **Wechselwirkungen:** Bei Kombination mit anderen zentral wirksamen Medikamenten vom Typ der Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika oder Anästhetika ist mit einer Verstärkung des zentral dämpfenden Effekts dieser Präparate zu rechnen. Auch bei Einnahme mit Alkohol muß mit gegenseitiger Wirkungsverstärkung gerechnet werden.

November 1982 ©

Schering Aktiengesellschaft
Postfach 65 03 11, D-1000 Berlin 65

tert. Die Tatsache, daß man die Gliederung von Arzneimittelverzeichnissen nach Indikationen nur selten findet, hat in der Vergangenheit nicht-ärztliche Kreise, wie Sozialökonominnen und Vertreter der Krankenkassen, oft verwundert, da sie darin eine Möglichkeit sehen, nicht identische Wirkstoffe auch in bezug auf den Preis untereinander vergleichen zu können. Ihnen als Laien konnte natürlich nicht bewußt sein, daß der Entscheidungsprozeß des Arztes bei der Verordnung nicht über den von vielen Arzneimittelherstellern gewünschten Kurzschnitt zwischen Symptom und Arzneimittel geht, sondern ein viel komplizierterer Entscheidungsprozeß ist, der bekanntlich eine langjährige akademische Ausbildung erfordert. Das einzige, auch den Bedürfnissen des Arztes Rechnung tragende, nach Indikationen geordnete Compendium sind die Transparenzlisten der Transparenzkommission beim Bundesgesundheitsamt. Diese sind in Qualität und Information vorbildlich, jedoch leider bisher nur für die Bereiche der Herzinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen erschienen. Die weiteren Abschnitte können nicht erscheinen, weil die Einstweilige Verfügung eines Herstellers und das sehr schwankende rechtliche Plateau der Transparenzkommission die weitere Arbeit verhindert. Als letzte Spezies nicht willkürlich ausgewählter Arzneimittellisten sind die sogenannten Preisvergleichslisten zu nennen. Zweifellos ist der Preisvergleich der Schlüssel zur wirtschaftlichen Verordnung. Es besteht kein Zweifel daran, daß es für eine nicht unbeträchtliche Anzahl häufig verordneter Arzneimittel qualitativ identische Analogpräparate gibt, auf die der Arzt sich verlassen und bei

seiner Verordnung der Versicherungsgemeinschaft ohne Nachteile für den Patienten erhebliche Kosten einsparen kann. Sich auf solche Schwerpunkte zu konzentrieren, wäre wesentlich wichtiger, als die Preisvergleichslisten weiter auszuweiten, die sich mit den Fragen vergleichbarer pharmazeutischer Qualität und Bioverfügbarkeit auseinandersetzen müssen.

Nachdem in der Vergangenheit eine Reihe liberaler, restriktiver und sogenannter indizierender Arzneimittellisten erschienen sind, erscheint es nun an der Zeit, auch konstruktive Zusammenstellungen zu erwägen. So hat die deutsche Ärzteschaft 1979 auf dem Deutschen Ärztetag eine standardisierte Arzneimittelinformation gefordert. Nach langen Verhandlungen und zähen Diskussionen wurde nun ein gewisser Fortschritt erzielt: 1982 werden die Ärzte standardisierte Datenblätter verschreibungspflichtiger Arzneimittel erhalten, die sie sich individuell entsprechend ihren Verschreibungsgewohnheiten als „Positivliste“ in Ringheften zusammenstellen können. Dieses System kann jeweils rasch aktualisiert werden. Es bietet dem Arzt die Möglichkeit, sich den Spiegel seiner Verordnungen immer wieder selbst vorzuhalten. Dies erscheint um so wichtiger, seitdem die Krankenkassen durch Computerauswertungen der Verschreibungen in der Lage sind, jedem Arzt im einzelnen nachzurechnen, was er im vergangenen Quartal verordnet, ja sogar, was er jedem einzelnen Patienten verschrieben hat.

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Behringersdorfer Straße 5 A, 8501 Schwaig bei Nürnberg

Personalia



Dr. Fritz Brendler 70 Jahre

Am 17. Januar 1983 feierte Dr. med. Fritz Brendler, Robert-Koch-Straße 1, B660 Münchberg, seinen 70. Geburtstag.

Geboren in Schlesien, absolvierte er sein Medizinstudium in Breslau. Im letzten Weltkrieg diente er als Truppenarzt und Chirurg und geriet in russische und tschechische Kriegsgefangenschaft. Nach Verlust seiner Heimat und Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft ließ er sich 1946 als Frauenarzt in Münchberg nieder und war bis in die jüngste Vergangenheit noch operativ als Belegarzt am Krankenhaus Münchberg tätig.

Im standespolitischen Bereich war er einer der Männer der ersten Stunde in der Nachkriegszeit. Mit Beginn des Neuaufbaus der ärztlichen Organisationen, Kammer und KV, war er u. a. mit dabei:

— seit 1949 Vertrauensmann der Bezirksstelle Oberfranken und Vertreter in der Vertreterversammlung der KVB,

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D 4 210 mg, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 30 mg
Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D 4 70 ml, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 10 ml
Injektionslösung: 100 ml enthalten: Cocculus D 3 0,7 ml, Conium D 2, Ambra D 5, Petroleum D 7 ana 0,1 ml, Natriumchlorid 0,9 g, Aqua ad inject 98,7 ml
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3-4mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Übelkeit mittels Stößtherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 10 Tropfen.
Injektionslösung: Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-4mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., s.c., i.c.
DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (Stand Januar 1982)
 Packungen mit 50 Tabletten DM 4,84, mit 250 Tabletten DM 16,09, Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,98, mit 100 ml DM 22,28.
 Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 9,22, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 15,28.

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

Vertigoheel®

Biologische Heilmittel Heel GmbH
 D-7570 Baden-Baden

-Heel

– seit 1956 stellvertretender Vorsitzender der KVB-Bezirksstelle Oberfranken,

– seit 1971 Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer,

– seit 1975 1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken.

Als stellvertretender Vorsitzender der KVB-Bezirksstelle Oberfranken steht er in kollegialer und freundschaftlicher Art dem Vorsitzenden in allen Fragen und Problemen der Bezirksstelle zu jeder Stunde hilfsbereit zur Seite.

Seine Vitalität und Dynamik, seine Wendigkeit und Aufgeschlossenheit, sein Einfalls- und Ideenreichtum, seine kollegiale und hilfsbereite Art, immer da zu sein, wo Rat und Tat gebraucht wird, haben wir im Laufe der Jahre schätzen und kennengelernt.

Wir sagen ihm an dieser Stelle unseren herzlichsten Dank für seine bisherige unermüdliche Mitarbeit und wünschen ihm noch viele Jahre in guter Gesundheit.

Dr. K. Rösch, Bayreuth

Professor Dr. med. Veit-Peter Gabel, Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, wurde der Senator-Hermann-Wacker-Preis verliehen.

Professor Dr. med. Wolf-Dieter Keidel, Direktor des Instituts für Physiologie und Biokybernetik der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 17, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied auf Lebenszeit der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Concepcion/Chile ernannt.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Rudolf Eichner, Allgemein- arzt, Marktplatz 1, 8772 Markttheinfeld;

Professor Dr. med. Horst Kremling, Frauenklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 4, 8700 Würzburg;

Dr. med. Alexander Kugler, Allgemein- arzt, Ruchthastraße 10, 8391 Ruderting;

Dr. med. Adolf Rixner, Allgemein- arzt, Preysingstraße 28, 8350 Plattling;

Professor Dr. med. Franz Schedel, ehemaliger Ärztlicher Direktor des Städtischen Krankenhauses Passau, Fuchsbauerweg 38, 8390 Passau;

Professor Dr. med., Dr. med. dent. Dieter Schlegel, Direktor der Klinik für Kieferchirurgie der Universität München, Goethestraße 70, 8000 München 2.

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. Helmut Valentin

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. med. H. J. Sewering, überreichte anlässlich der konstituierenden Sitzung für die vierte Wahlperiode des Präsidiums und des Kuratoriums der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin München am 17. Dezember 1982 im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozial-

ordnung die Ernst-von-Bergmann-Plakette an Professor Dr. med. Helmut Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Schillerstraße 25 und 29, 8520 Erlangen.

Professor Valentin übernahm 1965 den ersten deutschen ordentlichen Lehrstuhl für Arbeitsmedizin an der Universität Erlangen-Nürnberg und gehört seit Gründung der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin im Jahre 1968 dem Präsidium an, zunächst als stellvertretender Präsident und ist seit 1973 in ununterbrochener Reihenfolge zum Präsidenten der Akademie gewählt worden. Initiator und Autor des Lehrbuchs „Arbeitsmedizin“ und des Loseblattwerkes für die Praxis „Arbeitsmedizin aktuell“, seit nunmehr zehn Jahren in der Schriftleitung der Zeitschrift „Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin“, hat sich Professor Valentin neben seiner Tätigkeit als Hochschullehrer außergewöhnlich und intensiv der ärztlichen Fortbildung auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin gewidmet. Seit 1965 zunächst in den Münchener Kursen für Arbeitsmedizin, den Vorläufern der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, hielt er laufend Vorträge der verschiedensten Themen und stellte sich immer für die Fortbildung, auch an der Akademie für Arbeitsmedizin in Berlin und beim Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer, zur Verfügung. Die Zahl seiner Veröffentlichungen beträgt über 240 und er hielt seit 1966 fast 300 Referate auf seinem Arbeitsgebiet bei ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen.

Schnupfen • Husten • Infekte

Sinuselect® gegen Rhinitis, Sinuitis

Indikationen: Sinuitis, Pansinuitis, Rhinitis, Nebenhöhlenentzündungen, Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Kiefer- und Stirnhöhlenkatarrhe und bei fieberhaften Infekten.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Zusammensetzung: 100 g enthalten:

Cinnabaris D₃ 15 g, Carbo vegetabilis D₃ 10 g, Silicea D₃ 10 g, Mercur solub D₃ 15 g, Hydrastis D₄ 10 g, Kalium bichromic D₃ 15 g, Thuja D₃ 15 g, Calc. sulfuric. D₃ 10 g.

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

Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 7,15, 100 ml DM 18,95. Klinikpackungen.

Capval® Depot-Antitussikum

Indikationen: Akute und chronische Atemwegkrankungen, die hustenreizstiftende Wirkung erfordern.

Reiz-, Krampf- und Keuchhusten, leichte Asthma bronchiale, Begleittherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeähnlichen Infekten.

Hinweis: Keine Sucht - Keine Obstipation.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Zusammensetzung: Saft = 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg, Tropfen = 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,9 g, Corrigenia ad 100 ml.

Dragees = 1 Dragee enthält: Noscapin-Resin entspr. 25 mg Noscapin.

Dosierung: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren.

Saft: 3–4 mal täglich 7 Tee- bis Eßlöffel.

Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.

Dragees: Mehrmals täglich 1–2 Dragees.

Dosierungsanleitung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monate) bitte Packungsbeilage einsehen!

Handelsformen und Preise:

Saft: OP m, 100 ml DM 8,45 OP m, 30 Stück DM 6,35

Tropfen: OP m, 30 ml DM 8,45 OP m, 250 Stück DM 43,40

OP m, 100 ml DM 23,00

Klinikpackungen.

Toxiselect®

zur körpereigenen Abwehr
akuter und chronischer Infekte

Indikationen: Erkältungskrankheiten in den verschiedenen Formen, Grippeinfekte, insbesondere bei begleitenden Bronchienkatarrhen. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden, Eitrige Infektionen jeder Genese, auch zur Prophylaxe bei entzündlichen Prozessen und bei Recidiven.

Kontraindikationen: Nicht bekannt.

Zusammensetzung: 100 g enthalten:

Scorpiace purp. u. angust. 0,40 g, Bryonia D₃ 20 g, Apis mellifica D₃ 10 g, Lachesis D₃ 20 g, Sulfur D₃ 10 g.

Dosierung: Am ersten Tag 3–4 mal täglich 20–30 Tropfen, dann 3 mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen.

Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 7,15, 100 ml DM 18,95. Klinikpackungen.

DRELUSSO-PHARMAZEUTIKA 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Depot für Ostbayern: Maximal-Pflichtkassen, o. B. 16, Schönbühler 14, A-1910 Wien.

Fakultäten

Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. med. Rudolf Fahlbusch, bisher Neurochirurgische Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Neurochirurgie berufen. — Gleichzeitig wurde ihm die Vorstandschaft der Neurochirurgischen Klinik mit Poliklinik übertragen.

Professor Dr. med. Volker Brade, Institut für Klinische Mikrobiologie und Infektionshygiene, wurde zum Professor — C 3 ernannt.

Professor Dr. med. Horst Grohmann, I. Medizinische Klinik des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Bamberg, wurde die Lehrbefugnis für Innere Medizin erteilt und gleichzeitig die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Privatdozent Dr. med. Wolfgang Opperbecke, Anästhesieabteilung der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, wurde die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor verliehen.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Jörn Beck für Kinderheilkunde; Dr. med. Friedrich Franke für Chirurgie; Dr. med. Christine Kaschka-Dierich für Virologie; Dr. med. Richard Meister für Chirurgie; Dr. med. Dietrich Michalk für Kinderheilkunde;

Dr. med. Jobst Thürauf für Arbeits- und Sozialmedizin; Dr. med. Agustinus Harjanto Tulusan für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Dr. med. Dieter Wenzel für Kinderheilkunde; Dr. med., Dr. rer. nat. Andreas Zober für Arbeits- und Sozialmedizin.

Zum Akademischen Rat wurden ernannt: Dr. med. Karl-Heinz Herzog, Kinderklinik mit Poliklinik; Dr. med. Dietrich Michalk, Kinderklinik mit Poliklinik.

Dr. med. Robert Lee Mueller, Institut für Umwelthygiene und Präventivmedizin, wurde zum Akademischen Rat auf Zeit ernannt.

Universität München

Professor Dr. med. Gernot Feifel, bisher Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern, wurde zum Professor — C 4 an der Universität des Saarlandes ernannt.

Zum Professor — C 3 wurden ernannt: Professor Dr. med. Udo Löhns, Pathologisches Institut; Professor Dr. med. Rudolf Albert Meyendorf, Psychiatrische Klinik und Poliklinik; Professor Dr. med. Baldur Wiebecke, Pathologisches Institut.

Zum Professor — C 2 wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Manfred Ackenheil, Psychiatrische Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. Reiner Bartl, Medizinische Klinik Innenstadt; Privatdozent Dr. med., Dr. med. dent. Eckhard Dielert, Klinik und Poliklinik für Kieferchirurgie; Privatdozent Dr. med. Eckart Kreuzer, Herzchirurgische Klinik; Privatdozent Dr. med. Franz Josef Marx,

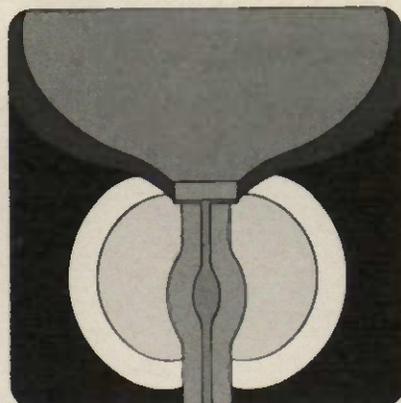
Urologische Klinik und Poliklinik; Privatdozentin Dr. med. Ursula Scherer, Radiologische Klinik und Poliklinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Ernst-Rainer Weissenbacher, Frauenklinik im Klinikum Großhadern.

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen an: Privatdozent Dr. med. Peter Carl, Urologische Abteilung des Kreiskrankenhauses Deggendorf; Privatdozent Dr. med. Klaus Demmler, Kreiskrankenhaus Lauingen; Privatdozent Dr. med. Peter-Uwe Heucken-kamp, Internist.

Privatdozent Dr. med. Bernd-Friedrich Claudi, bisher Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern, wurde an die Technische Universität München umhabilitiert.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. Gundolf Beier für Medizinische Physik, insbesondere Biomechanik; Dr. med. Ernst Brusis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Dr. med. Wittich Doering für Innere Medizin; Dr. med. Christian Feldmeier für Chirurgie; Dr. med. Wolfgang Fries für Medizinische Psychologie und Neurobiologie; Dr. med. Volker Höllt für Pharmakologie; Dr. med. Klaus Mann für Innere Medizin; Dr. med. Bruno Netzel für Kinderheilkunde; Dr. med. Helmut Schmitz für Innere Medizin; Dr. med. Wolfgang Siegert für Innere Medizin; Dr. rer. nat., Dr. med. Bernd-Ulrich von Specht für Experimentelle Immunologie; Dr. med. Sabine Stengel-Rutkowski für Medizinische Genetik.

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



PROSTAMED®

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

Behandlung vor und nach Operationen.

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

Dosierung: 3mal täglich 2 - 4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (Incl. MwSt.): 60 St. DM 8,45;

120 St. DM 14,48; 360 St. DM 34,78.



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

Sedalipid[®]

Lipide senken Sklerose verhindern



**Steigerwald
risikoarme
Arzneimittel**

Zusammensetzung: 1 Sedalipid-Lacktablette enthält 50,0 mg Magnesium-Pyridoxal-5'-phosphat-glutaminat. **Anwendungsgebiete:** Primäre und sekundäre Hyperlipoproteinämien (Typ IIa, IIb und IV), bei denen diätetische Maßnahmen zur Senkung der Blutfettwerte nicht ausreichen. Fettstoffwechselstörungen mit erhöhtem Risiko von kardialen, zerebralen und peripheren Gefäßerkrankungen. Bereits vorhandene arteriosklerotische Veränderungen von Gefäßen, diabetische Angiopathien und Xanthomatosen. **Kontraindikationen und Nebenwirkungen:** Sind bislang nicht beobachtet worden. **Besondere Hinweise:** Auch bei längerer Anwendung wird Sedalipid gut vertragen. Gelegentliche anfängliche gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit oder Diarrhoe, bei besonders empfindlichen Patienten, verschwanden durchweg unter weiterer Anwendung. Auch bei beeinträchtigter Leber- und Nierenfunktion ist eine schädigende Substanzbelastung durch Sedalipid nach bisherigen Beobachtungen auszuschließen. In Tierversuchen und in der klinischen Anwendung wurde eine gleichzeitige Senkung der Serumharnsäure beobachtet. Bei der Umstellung von einer anderen lipidsenkenden Therapie auf Sedalipid sind keine besonderen Labormaßnahmen erforderlich. **Dosierung und Anwendung:** Im allgemeinen wird morgens und ebends eine Lacktablette mit etwas Flüssigkeit vor oder zu den Mahlzeiten eingenommen. Bei verzögertem Wirkungseintritt kann die Dosis initial entsprechend erhöht werden. **Handelsformen:** OP mit 50 Filmtabletten DM 17,80, OP mit 100 Filmtabletten DM 32,60.



Steigerwald

Arzneimittelwerk GmbH, Darmstadt

Blick auf 1983

Der Blick auf 1983 bietet keine Perspektive, die Anlaß zu größerem Optimismus geben könnte. Dennoch wäre es falsch, sich von der pessimistischen Grundströmung treiben zu lassen. Die Chance für eine allmähliche Wende zum Besseren ist vorhanden. Das gilt jedenfalls für die wirtschaftliche Entwicklung. Die Rahmenbedingungen sind heute wesentlich günstiger als vor Jahresfrist, auch wenn derzeit noch die schlechten Nachrichten jede Zuversicht zu ersticken drohen. Die Bedingungen zum Investieren und zum Bauen haben sich wesentlich verbessert, nicht zuletzt wegen der Zinssenkungen. Die Bundesbank scheint entschlossen, ihren Spielraum für Zinssenkungen auszuschöpfen. Das gilt jedenfalls so lange, wie die Preisrate sinkt. Auch verstärken sich die Anzeichen, daß in Amerika die Konjunktur anspringt und das Zinsniveau weiter sinkt. Das könnte dem Welthandel Impulse geben. Die Börse scheint jedenfalls auf die Zukunft zu setzen.

Wenn diese Zeilen erscheinen, gibt es keine Ungewißheit mehr darüber, ob im März gewählt wird. Wenn der Bundespräsident der Auflösung des Parlaments hätte widersprechen wollen, so hätte er dies wohl früher den Parteien signalisiert. Das Votum des Bundestages ist ein Faktum von verfassungsrechtlichem Gewicht, auch wenn die verfassungspolitischen Bedenken bleiben. Der Blick auf den Wahltag weckt eher Zweifel und Besorgnisse als Zuversicht. Das hängt mit den möglichen politischen Konstellationen nach dem Wahltag zusammen. Entweder gibt es eine von der Union geführte Bundesregierung (mit oder ohne F.D.P.) oder eine von den „Grünen“ tolerierte Minderheiten-Regierung der SPD unter Vogel. An eine große Koalition von CDU/CSU und SPD vermag in Bonn so recht niemand zu glauben, auch wenn die Zahl der Befürworter eines solchen politischen Zweckbündnisses größer ist, als gemeinhin angenommen wird. Die Anhänger einer großen Koalition sind nicht zuletzt im Gewerkschaftslager zu finden. Aber weder Kohl noch Vogel können ein Interesse an solchen Spekulationen heben.

Sicher ist nur, daß die Aufgabe, das wirtschaftliche Wachstum in Gang zu bringen und damit den weiteren Anstieg der Arbeitslosenzahlen zu bremsen, eine

stabile Regierung verlangt, der die Wirtschaft vertraut. Unternehmerische Risiken geht nur ein, wer hoffen kann, daß sie sich auch lohnen. Eine Regierung, die sich auf die „Grünen“ und die „Alternativen“ stützen muß, wird die Unternehmen nicht zum Investieren bringen können. Mit dieser Einschätzung wird sich Vogel im Wahlkampf auseinandersetzen haben; sie belastet seine Position bis ins Arbeitnehmerlager hinein.

Die zweite Aufgabe, die sich der neuen Regierung stellen wird, ist die finanzielle Konsolidierung der öffentlichen Haushalte, nicht zuletzt der Sozialversicherung. Auch das wird nur eine starke und in sich geschlossene Regierung schaffen können. Ohne weitere Abstriche vom sozialen Leistungsniveau ist diese Aufgabe nicht zu bewältigen. Es bleibt zu hoffen, daß in dem nun beginnenden Wahlkampf nicht Positionen festgeschrieben werden, die nach dem 6. März vernünftige Entscheidungen blockieren.

Die gesetzliche Krankenversicherung wird 1983 nicht im Mittelpunkt der politischen Diskussion stehen. Das hängt damit zusammen, daß es aus heutiger Sicht keinen Konsolidierungsbedarf gibt. Eher ist mit weiteren Beitragsermäßigungen zu rechnen. Das wird jedoch für die Politik eine Versuchung darstellen, wie in der Vergangenheit Lasten auf die Krankenversicherung abzuschleben, um die Lage anderer Sozialversicherungszweige optisch zu verbessern. Ansatzpunkt für solche Überlegungen bietet das Krankengeld. So ist ja auch die soeben beschlossene Kürzung der Beitragsleistung der Rentenversicherung an die Krankenkassen um 1,2 Milliarden DM damit begründet worden, daß auch die Lohnersatzleistungen der Krankenkassen in die Rentenversicherung der Beitragspflicht unterworfen werden sollten.

Es ist also damit zu rechnen, daß dies 1983 gesetzlich verankert werden soll. Die Kassen hätten dann ebenso für ihre Krankengeldbezieher Beiträge an die Rentenversicherung abzuführen wie die Nürnberger Bundesanstalt für die Arbeitslosen. Dabei wird dann zu entscheiden sein, ob die Krankenkassen den vollen Beitrag oder nur den halben Beitrag zu entrichten haben. Käme nur die halbe Beitragslast auf die Kassen zu, dann

hätten die Krankengeldbezieher die andere Hälfte zu tragen. Die Operation würde zu einer Entlastung der Rentenversicherung, zu einer Mehrbelastung der Krankenversicherung und indirekt zu einer Kürzung des Krankengeldes führen. Eine solche Regelung entspräche dem Modell der Rentner-Krankenversicherung; auch dort wird von etwa 1986 an der halbe Beitrag von der Rentenversicherung und die andere Beitragshälfte von den Rentnern getragen.

Systematisch ließe sich gegen eine solche Neuregelung wenig einwenden, wenn dieses Prinzip eben auch auf die Arbeitslosenversicherung übertragen würde. Die Frage ist nur, ob eine solche indirekte Kürzung des Arbeitslosengeldes politisch durchzusetzen wäre, und ob es sinnvoll und nicht zu verwaltungsaufwendig wäre, ein so umfassendes finanzielles Verbundsystem zwischen den Zweigen der Sozialversicherung zu eröffnen. Das sollte jedenfalls nicht im Schnellverfahren eingeführt werden.

Sowohl Minister Blüm als auch der SPD-Sozialexperte Glombig haben sich mehrfach dafür ausgesprochen, die Sicherung der Rentenfinanzierung im Konsens der Parteien anzustreben. Dies ist ein Zeichen dafür, daß hier die Politik vor ganz schwierigen Entscheidungen steht, die sich keine Partei allein aufbürden möchte. Tatsächlich wäre es wünschenswert, die Rentenpolitik aus dem Wahlkampf herauszuhalten. Aber das wird nicht zu erreichen sein, zumal es dabei ja um hochpolitische Fragen geht. Die steigenden Arbeitslosenzahlen und das Zurückbleiben der Beitragseinnahmen hinter den Erwartungen führen dazu, daß die Renten 1983 nur noch aus der Rücklage zu finanzieren sind. Spätestens Ende 1983 wird das Liquidationspolster nicht mehr ausreichen. Würde man den SPD-Vorschlägen folgen, so wäre die Rentenversicherung wohl schon im August zahlungsunfähig. 1984 dürften liquide Mittel von rund sieben Milliarden DM fehlen.

Es besteht also nach der Wahl im März ein dringlicher politischer Entscheidungsbedarf. Eine weitere Beitragserhöhung steht damit bevor. Wenn man auf 19 Prozent (plus 0,5 Prozent) ginge, so bräcche das gut drei Milliarden DM mehr. Auch wird man wohl nicht umhin können, die übernächste Rentenanpassung um ein weiteres halbes Jahr hinauszuschieben. Glombig empfiehlt die Verstärkung des Solidaritätsprinzips, was darauf hinausliefe, die Renten nur noch mit einem Einheitsbetrag zu erhöhen und damit zu nivellieren.

bonn-mof

Nachstehend wird die Prüfungsordnung vom 23. Dezember 1982, genehmigt mit Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Innern Nr. I E 8 – 5370 – 45.3/1/81 vom 30. Dezember 1982, veröffentlicht.

Prüfungsordnung für die Abschlußprüfung der Auszubildenden im Ausbildungsberuf der Arzthelferin

Aufgrund des Beschlusses ihres „Berufsbildungsausschusses für Arzthelferinnen“ vom 6. Oktober 1982 erläßt die Bayerische Landesärztekammer als zuständige Stelle hiermit gemäß §§ 41 Satz 1, 58 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1692) unter Berücksichtigung der Richtlinien des Bundesausschusses für Berufsbildung vom 9. Juni 1971 und 2. November 1971 die folgende Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferin:

I. Abschnitt

Prüfungsausschüsse

§ 1

Errichtung

Für die Abnahme der Abschlußprüfung errichtet die Bayerische Landesärztekammer Prüfungsausschüsse (§ 36 Satz 1 BBiG).

§ 2

Zusammensetzung und Berufung

(1) Der Prüfungsausschuß besteht aus mindestens drei Mitgliedern. Die Mitglieder müssen für die Prüfungsgebiete sachkundig und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignet sein (§ 37 Abs. 1 BBiG).

(2) Dem Prüfungsausschuß gehören als Mitglieder Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer in gleicher Zahl sowie mindestens ein Lehrer einer berufsbildenden Schule an. Mindestens zwei Drittel der Gesamtzahl der Mitglieder sind Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. Von dieser Zusammensetzung darf nur abgewichen werden, wenn andernfalls die erforderliche Zahl von Mitgliedern des Prüfungsausschusses nicht berufen werden kann (§ 37 Abs. 5 BBiG).

(3) Die Mitglieder haben einen oder mehrere Stellvertreter (§ 37 Abs. 2 BBiG).

(4) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder werden von der Bayerischen Landesärztekammer für drei Jahre berufen (vgl. § 37 Abs. 3 Satz 1 BBiG).

(5) Die Arbeitnehmermitglieder werden auf Vorschlag der im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer bestehenden Gewerkschaften und selbständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- und berufspolitischer Zielsetzung berufen (§ 37 Abs. 3 Satz 2 BBiG).

(6) Lehrer von berufsbildenden Schulen werden im Einvernehmen mit der Schulaufsichtsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle berufen (vgl. § 37 Abs. 3 Satz 3 BBiG).

(7) Werden Mitglieder nicht oder nicht in ausreichender Zahl innerhalb einer von der Bayerischen Landesärztekammer gesetzten angemessenen Frist vorgeschlagen, so beruft die Bayerische Landesärztekammer inso-

weit nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 37 Abs. 3 Satz 4 BBiG).

(8) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nach Anhören der an ihrer Berufung Beteiligten aus wichtigem Grund abberufen werden (§ 37 Abs. 3 Satz 5 BBiG).

(9) Die Tätigkeit im Prüfungsausschuß ist ehrenamtlich. Für bare Auslagen und für Zeitversäumnis ist, soweit eine Entschädigung nicht von anderer Seite gewährt wird, eine angemessene Entschädigung zu zahlen, deren Höhe von der Bayerischen Landesärztekammer mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern festgesetzt wird (§ 37 Abs. 4 BBiG).

§ 3

Befangenheit

(1) Bei der Zulassung und Prüfung dürfen Prüfungsausschußmitglieder nicht mitwirken, die mit dem Prüfungsbewerber verheiratet oder verheiratet gewesen oder mit ihm in gerader Linie verwandt oder verschwägert oder durch Annahme an Kindes Statt verbunden oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder bis zum zweiten Grade verschwägert sind, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht.

(2) Mitwirken soll ebenfalls nicht der ausbildende Arzt, soweit nicht besondere Umstände eine Mitwirkung zulassen oder erfordern.

(3) Prüfungsausschußmitglieder, die sich befangen fühlen, oder Prüfungsteilnehmer, die die Besorgnis der Befangenheit geltend machen wollen, haben dies der Bayerischen Landesärztekammer mitzuteilen, während der Prüfung dem Prüfungsausschuß.

(4) Die Entscheidung über den Ausschluß von der Mitwirkung trifft die Bayerische Landesärztekammer, während der Prüfung der Prüfungsausschuß.

(5) Wenn infolge Befangenheit eine ordnungsgemäße Besetzung des Prüfungsausschusses nicht möglich ist, kann die Bayerische Landesärztekammer die Durchführung der Prüfung einem anderen Prüfungsausschuß, erforderlichenfalls einer anderen zuständigen Stelle, übertragen. Das gleiche gilt, wenn eine objektive Durchführung der Prüfung aus anderen Gründen nicht gewährleistet erscheint.

§ 4

Vorsitz, Beschlußfähigkeit, Abstimmung (§ 38 BBiG)

(1) Der Prüfungsausschuß wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter sollen nicht derselben Mitgliedergruppe angehören.

(2) Der Prüfungsausschuß ist beschlußfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder, jedoch mindestens drei, mitwirken. Er beschließt mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 5

Geschäftsführung

(1) Die Bayerische Landesärztekammer regelt im Einvernehmen mit dem Prüfungsausschuß dessen Geschäftsführung, insbesondere Einladungen, Protokollführung und Durchführung der Beschlüsse.

(2) Die Sitzungsprotokolle sind vom Protokollführer und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen.

§ 6

Verschwiegenheit

Die Mitglieder des Prüfungsausschusses haben über alle Prüfungsvorgänge gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu wahren. Dies gilt nicht gegenüber dem Berufsbildungsausschuß. Ausnahmen nach Satz 1 bedürfen der Einwilligung der Bayerischen Landesärztekammer.

II. Abschnitt

Vorbereitung der Abschlußprüfung

§ 7

Prüfungstermine

(1) Die Bayerische Landesärztekammer bestimmt die für die Durchführung der Prüfung maßgebenden Termine. Diese Termine sollen den Ablauf der Berufsausbildung soweit wie möglich berücksichtigen und werden mit dem Termin der Abschlußprüfung der Berufsschule abgestimmt.

(2) Die Termine, einschließlich der Meldefristen, werden von der Berufsschule im Einvernehmen mit der Bayerischen Landesärztekammer rechtzeitig bekanntgemacht.

(3) Wird die Abschlußprüfung mit zentral erstellten Prüfungsaufgaben durchgeführt, sind einheitliche Prüfungstage anzusetzen.

§ 8

Zulassungsvoraussetzungen für die Abschlußprüfung

(1) Zur Abschlußprüfung ist zuzulassen (§ 39 Abs. 1 BBiG),

1. wer die Ausbildungszeit zurückgelegt hat oder dessen Ausbildungszeit nicht später als zwei Monate nach dem Ende des Monats der mündlichen Prüfung endet,

2. wer an der nach § 42 BBiG vorgeschriebenen Zwischenprüfung teilgenommen hat und

3. dessen Berufsausbildungsverhältnis in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen oder

aus einem Grund nicht eingetragen ist, den weder der Auszubildende noch dessen gesetzlicher Vertreter zu vertreten hat.

(2) Körperlich, geistig oder seelisch Behinderte sind zur Abschlußprüfung auch zuzulassen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 nicht vorliegen (vgl. § 48 Abs. 3 Nr. 2 BBiG).

§ 9

Zulassungsvoraussetzungen in besonderen Fällen (§ 40 BBiG)

(1) Der Auszubildende kann nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule vor Ablauf seiner Ausbildungszeit zur Abschlußprüfung zugelassen werden, wenn seine Leistungen mit mindestens gut (2,5) beurteilt werden.

(2) Zur Abschlußprüfung ist auch zuzulassen, wer nachweist, daß er mindestens vier Jahre in dem Beruf der Arzthelferin tätig gewesen ist. Hiervon kann abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargetan wird, daß der Bewerber Kenntnisse und Fertigkeiten erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen.

(3) Zur Abschlußprüfung ist ferner zuzulassen, wer in einer entsprechend berufsbildenden Schule oder in einer sonstigen fachlichen Einrichtung ausgebildet worden ist, wenn diese Ausbildung der Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf entspricht.

§ 10

Anmeldung zur Abschlußprüfung

(1) Die Anmeldung zur Abschlußprüfung hat schriftlich nach den von der Bayerischen Landesärztekammer bestimmten Anmeldefristen und Formularen durch den ausbildenden Arzt mit Zustimmung des Auszubildenden zu erfolgen.

(2) In besonderen Fällen kann der Prüfungsbewerber selbst den Antrag auf Zulassung zur Prüfung stellen. Dies gilt insbesondere in Fällen gemäß § 9 und bei Wiederholungsprüfungen, falls ein Ausbildungsverhältnis nicht mehr besteht.

(3) Örtlich zuständig für die Anmeldung ist die Bayerische Landesärztekammer, wenn in den Fällen des § 8 und § 9 Abs. 1 die Ausbildungsstätte, in den Fällen des § 9 Abs. 2 und 3 die Arbeitsstätte oder, soweit kein Arbeitsverhältnis besteht, der Wohnsitz des Prüfungsbewerbers in Bayern liegt.

(4) der Anmeldung sind beizufügen:

a) in den Fällen des § 8

– das Jahreszeugnis der zuletzt besuchten Fachklasse der Berufsschule in beglaubigter Abschrift,

– eine Bescheinigung einer anerkannten Hilfsorganisation über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs in Erster Hilfe von mindestens acht Doppelstunden oder ähnliche Nachweise innerhalb der Ausbildungszeit,

– gegebenenfalls weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise,

– ein tabellarischer Lebenslauf,

b) in den Fällen des § 9

– Tätigkeitsnachweise oder glaubhafte Darlegung über den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten im Sinne

des § 9 Abs. 2 oder Ausbildungsnachweise im Sinne des § 9 Abs. 3,

- das letzte Zeugnis der zuletzt besuchten Schule in glaubigter Abschrift,
- eine Bescheinigung einer anerkannten Hilfsorganisation über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs in Erster Hilfe von mindestens acht Doppelstunden oder ähnliche Nachweise, nicht älter als zwei Jahre,
- gegebenenfalls weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise,
- ein tabellarischer Lebenslauf.

(5) Bei der Anmeldung zur Prüfung hat der ausbildende Arzt die Prüfungsgebühr, in den Fällen des § 9 Abs. 2 und 3 der Prüfungsteilnehmer die Prüfungsgebühr selbst zu entrichten. Die Höhe der Prüfungsgebühr für die Abschluß- und Wiederholungsprüfung setzt der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer unter Berücksichtigung des entstehenden Prüfungsaufwandes durch Beschluß fest.

§ 11

Entscheidung über die Zulassung

(1) Über die Zulassung zur Abschlußprüfung entscheidet die Bayerische Landesärztekammer. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuß (§ 39 Abs. 2 BBiG).

(2) Die Entscheidung über die Zulassung ist dem Prüfungsbewerber und der Berufsschule unter Angabe des Prüfungsortes und des -termines einschließlich der erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel mitzuteilen.

(3) Eine ablehnende Entscheidung ist dem Auszubildenden schriftlich unter Angabe der Gründe mitzuteilen; der ausbildende Arzt und die Berufsschule sind zu benachrichtigen.

(4) Die Zulassung kann vom Prüfungsausschuß bis zum ersten Prüfungstag widerrufen werden, wenn sie aufgrund von gefälschten Unterlagen oder falschen Angaben ausgesprochen wurde.

III. Abschnitt

Durchführung der Abschlußprüfung

§ 12

Prüfungsgegenstand (vgl. § 35 BBiG)

(1) Durch die Abschlußprüfung ist festzustellen, ob der Prüfungsteilnehmer die erforderlichen Fertigkeiten beherrscht, die notwendigen praktischen und theoretischen Kenntnisse besitzt und mit dem im Berufsschulunterricht vermittelten, für die Berufsausbildung wesentlichen Lehrstoff vertraut ist.

(2) Inhalt, Ziel und Gliederung der Abschlußprüfung sind durch die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vom 12. Januar 1965 erlassenen Berufsordnungsmittel, insbesondere durch die „Prüfungsanforderungen für den Lehrberuf Arzthelferin“, bestimmt und müssen bezüglich der Aufgabenstellung dem vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus erlassenen „Lernzielorientierten Lehrplan für den Ausbildungsberuf Arzthelferin“ entsprechen.

§ 13

Gliederung der Abschlußprüfung

(1) Vor Beginn der schriftlichen Prüfung sind den Prüfungsteilnehmern die Jahresfortgangsnoten mitzuteilen.

(2) Die Abschlußprüfung gliedert sich in einen schriftlich/praktischen Teil und in einen mündlichen Teil.

(3) Dem schriftlich/praktischen Teil der Prüfung haben sich alle Prüfungsteilnehmer zu unterziehen.

(4) Soweit körperlich, geistig oder seelisch Behinderte an der Prüfung teilnehmen, sind deren besondere Belange bei der Prüfung zu berücksichtigen. Die fachlichen Anforderungen dürfen nicht herabgesetzt werden.

§ 14

Prüfungsgebiete

1. Aufsatz
2. Fachkunde
3. Praktische Übungen
 - a) Laborkunde mit Qualitätssicherung
 - b) Hilfeleistungen in der Praxis einschließlich Erste Hilfe
4. Ärztliches Abrechnungswesen
5. Wirtschaftsrechnen
6. Buchführung
7. Bürokunde (Betriebswirtschaftslehre)

Ergänzungsfach:

Maschinenschreiben

§ 15A

Schriftlich/praktischer Teil der Prüfung

(1) In den nachstehenden Prüfungsfächern sind folgende Aufgaben zu stellen:

- | | |
|--|------------|
| 1. Aufsatz: | 90 Minuten |
| Es werden drei Themen zur Wahl gestellt, von denen mindestens zwei zum Lehrstoff des Berufsbildungsplanes gehören müssen. | |
| 2. Fachkunde: | 75 Minuten |
| Bearbeitung fachkundlicher Fragen aus den Gebieten Anatomie, Pathologie, Physiologie, Terminologie, Gesetzeskunde, Erste Hilfe, Labor und Praktikum | |
| 3. Praktische Übungen: | |
| a) Laborkunde mit Qualitätssicherung | |
| Die Dauer dieses Prüfungsteiles soll je Teilnehmer | 20 Minuten |
| nicht überschreiten. | |
| b) Im Fach Hilfeleistungen in der Praxis einschließlich Erste Hilfe hat der Prüfungsteilnehmer nachzuweisen, daß er praktisch und theoretisch in der Lage ist, den Anforderungen einer Allgemeinpraxis gerecht zu werden. Dabei soll die praktische Ausbildung Berücksichtigung finden. Die Dauer der Prüfung soll je Teilnehmer | 15 Minuten |
| nicht überschreiten. | |
| 4. Ärztliches Abrechnungswesen: | 60 Minuten |
| 5. Wirtschaftsrechnen: | 45 Minuten |
| 6. Buchführung: | 45 Minuten |
| 7. Bürokunde (Betriebswirtschaftslehre): | 45 Minuten |

Ergänzungsfach Maschinenschreiben:

Der Prüfungsteilnehmer hat einen Brief im Umfang von 1200 Anschlägen nach einer Vorlage innerhalb von 15 Minuten formgerecht zu schreiben. Zur Niederschrift ist ein Briefblatt DIN A 4 nach DIN 676 zu benutzen. Die „Regeln für Maschinenschreiben (DIN 5008)“ sind anzuwenden.

Die Prüfung im Ergänzungsfach wird in dem Schuljahr abgenommen, in dem letztmalig dieses Fach unterrichtet wurde.

(2) Der Prüfungsausschuß beschließt die Auswahl der Prüfungsaufgaben im Einvernehmen mit der Leitung der Berufsschule.

(3) Der Prüfungsausschuß ist gehalten, sofern aufgrund einer Vereinbarung zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus Prüfungsaufgaben zentral erteilt werden, diese zu übernehmen.

§ 15 B

Mündlicher Teil der Prüfung

(1) Eine mündliche Prüfung ist dann durchzuführen, wenn nach dem Urteil des jeweiligen Prüfungsausschusses durch die Note des Jahresfortgangs und der schriftlichen Prüfung der Leistungsstand des Teilnehmers nicht eindeutig geklärt werden kann.

(2) Die Leistungen in der mündlichen Prüfung bewertet der Prüfungsausschuß. Der Prüfungsausschuß kann sich für den Fall, daß entsprechend fachkundige Personen nicht dem Prüfungsausschuß angehören, ergänzen.

(3) Unbeschadet von Abs. 2 erhält der Prüfungsteilnehmer die Möglichkeit, sich freiwillig der mündlichen Prüfung zu unterziehen.

(4) Prüfungsteilnehmer, die nach § 9 Abs. 2 und 3 zugelassen sind und damit keine Jahresfortgangsnoten vorweisen können, haben sich in allen Fächern der mündlichen Prüfung zu unterziehen.

§ 16

Nichtöffentlichkeit

(1) Die Prüfungen sind nicht öffentlich. Vertreter der obersten Landesbehörden und der Bayerischen Landesärztekammer können anwesend sein. Der Prüfungsausschuß kann im Einvernehmen mit der Bayerischen Landesärztekammer andere Personen, z. B. Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des Berufsbildungsausschusses, als Gäste zulassen.

(2) Die in Abs. 1 bezeichneten Personen sind nicht stimmberechtigt und haben sich auch sonst jeder Einwirkung auf den Prüfungsablauf zu enthalten.

(3) Bei der Beratung über das Prüfungsergebnis dürfen nur die Mitglieder des Prüfungsausschusses anwesend sein.

§ 17

Leitung und Aufsicht

(1) Die Prüfung wird unter Leitung des Vorsitzenden vom Prüfungsausschuß abgenommen.

(2) Für die Durchführung der schriftlichen Prüfungen an den Berufsschulen übernimmt die Schule im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses die Aufsicht.

Vor Beginn der schriftlichen Prüfung sind die Plätze der Prüfungsteilnehmer zu verlosen. Die Arbeitsblätter sind mit dem Namen zu bezeichnen. Die Prüfungsteilnehmer dürfen den Prüfungsraum während der Prüfung nur mit Erlaubnis des Aufsichtsführenden verlassen; die Erlaubnis wird jeweils nur einem Prüfungsteilnehmer erteilt. Die Dauer der Abwesenheit wird auf der ersten Seite der Prüfungsarbeit des Teilnehmers vermerkt.

(3) Der Ablauf im Prüfungsgebiet „Praktische Übungen“ ist von mindestens zwei, nicht der gleichen Gruppe angehörenden Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu bewerten und zu überwachen.

(4) Über den Ablauf der Prüfung ist eine Niederschrift anzufertigen.

§ 18

Ausweispflicht und Belehrung

Die Prüfungsteilnehmer haben sich auf Verlangen des Vorsitzenden oder des Aufsichtsführenden über ihre Person auszuweisen. Sie sind vor Beginn der Prüfung über den Prüfungsablauf, die zur Verfügung stehende Zeit, die erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel, die Folgen von Täuschungshandlungen und Ordnungsverstößen zu belehren.

§ 19

Täuschungshandlungen und Ordnungsverstöße

(1) Teilnehmer, die sich einer Täuschungshandlung oder des Täuschungsversuches, auch zu fremdem Vorteil, schuldig machen oder den Prüfungsablauf erheblich stören, kann der Aufsichtsführende von der Prüfung vorläufig ausschließen. Als Täuschungsversuch gilt auch das Bereithalten nicht zugelassener Hilfsmittel. Der Vorsitzende des Prüfungsausschusses ist über den vorläufigen Ausschluß unverzüglich zu unterrichten.

(2) Der Prüfungsausschuß kann nach Anhörung des Prüfungsteilnehmers für die betreffenden Prüfungsarbeiten die Note „6“ (ungenügend) erteilen oder in schwerwiegenden Fällen den Prüfungsteilnehmer von der Fortsetzung der Prüfung ausschließen.

(3) Wird ein Tatbestand im Sinne des Abs. 1 erst nach Abschluß der Prüfung innerhalb eines Jahres bekannt, so ist die betreffende Prüfungsarbeit nachträglich mit der Note „6“ (ungenügend) zu bewerten und das Gesamtergebnis entsprechend zu berichtigen. In schweren Fällen ist die Prüfung als nicht bestanden zu erklären. Das entsprechende Prüfungszeugnis ist einzuziehen.

§ 20

Rücktritt, Nichtteilnahme

(1) Der Prüfungsbewerber kann nach erfolgter Anmeldung, rechtzeitig vor Beginn der Prüfung, durch schriftliche Erklärung zurücktreten. In diesem Fall gilt die Prüfung als nicht abgelegt.

(2) Tritt der Prüfungsbewerber nach Beginn der Prüfung zurück, so können bereits erbrachte, in sich abgeschlossene Prüfungsleistungen nur anerkannt werden, wenn ein wichtiger Grund für den Rücktritt vorliegt (z. B. im Krankheitsfalle durch Vorlage eines ärztlichen Attestes).

(3) Erfolgt der Rücktritt nach Beginn der Prüfung oder nimmt der Prüfungsbewerber an einem Prüfungsfach

nicht teil, ohne daß ein wichtiger Grund vorliegt, so gilt die Prüfung als nicht bestanden.

(4) Über das Vorliegen eines wichtigen Grundes entscheidet der Prüfungsausschuß.

IV. Abschnitt

Bewertung, Feststellung und Beurkundung des Prüfungsergebnisses

§ 21

Bewertung

(1) Die Einzelleistungen des Prüfungsteilnehmers sind wie folgt zu bewerten.

- 1 = sehr gut
- 2 = gut
- 3 = befriedigend
- 4 = ausreichend
- 5 = mangelhaft
- 6 = ungenügend

(2) Jedes Fach des schriftlich/praktischen Teils der Prüfung (§ 15A) wird von zwei Mitgliedern des jeweiligen Prüfungsausschusses oder von zwei von diesem beauftragten, fachkundigen Personen selbständig bewertet. Können sich die beiden Bewerter nicht auf eine Note einigen, so entscheidet der jeweilige Prüfungsausschuß. Für die Festsetzung der Note im Prüfungsfach wird die Jahresfortgangsnote, die Note der schriftlich/praktischen Prüfung und gegebenenfalls die Note der möglichen mündlichen Prüfung herangezogen.

Die Festsetzung der Note im Fach „Praktische Übungen“ aus der schriftlich/praktischen Prüfung ergibt sich wie folgt:

- a) Laborkunde mit Qualitätssicherung dreifach
- b) Hilfeleistungen in der Praxis einschließlich Erste Hilfe einfach
- c) die Gesamtbeurteilung des ausbildenden Arztes einfach

(3) Sobald die schriftlichen Prüfungsarbeiten bewertet sind, stellt der Prüfungsausschuß fest, in welchen Fächern sich Prüfungsteilnehmer nach § 15B Abs. 1 einer mündlichen Prüfung zu unterziehen haben. Die Prüfungsteilnehmer sind vom Ergebnis dieser Feststellung möglichst umgehend, spätestens jedoch fünf Tage vor Beginn der mündlichen Prüfung, zu unterrichten.

(4) Das Ergebnis einer mündlichen Prüfung wird dem Prüfungsteilnehmer unverzüglich mitgeteilt.

(5) Ergeben die Jahresfortgangsnote und die schriftliche Prüfung ein Versagen des Prüfungsteilnehmers in den nicht ausgleichbaren Prüfungsfächern derart, daß das Bestehen der Gesamtprüfung nicht mehr erwartet werden kann, so ist der Prüfungsteilnehmer von der weiteren Prüfung auszuschließen. Die Prüfung gilt in diesem Fall als insgesamt nicht bestanden.

(6) Nach Abschluß der mündlichen Prüfung setzt der Prüfungsausschuß die Note im jeweiligen Prüfungsfach fest.

Für die Festsetzung der Gesamtnote für das jeweilige Prüfungsfach werden die Note der schriftlich/praktischen Prüfung doppelt, die Jahresfortgangsnote und die Note der mündlichen Prüfung je einfach gewertet, im einzelnen entsprechend der folgenden Zuordnung:

Fach	Jahresfortgangsnota (einfach)	Schriftlich/praktische Prüfung (zweifach)	Mündliche Prüfung (fakultativ) (einfach)
1. Aufsatz	D Deutsch	Aufsatz	
2. Fachkunde	Medizinische Fachkunde	Fachkunde	
3. Praktische Übungen	Laborkunde mit Qualitätssicherung	a) Laborkunde mit Qualitätssicherung (dreifach) b) Hilfeleistungen in der Praxis (einfach) c) Gesamtbeurteilung des ausbildenden Arztes (einfach)	
4. Ärztliches Abrechnungswesen	Kassenabrechnung	Ärztliches Abrechnungswesen	
5. Wirtschaftsrachen	Wirtschaftsrachen	Wirtschaftsrachen	
6. Buchführung	Buchführung	Buchführung	
7. Bürokunde	Betriebswirtschaftslehre	Bürokunde	

§ 22

Gesamtbewertung

(1) Der Prüfungsausschuß stellt gemeinsam das Gesamtergebnis für das Prüfungszeugnis fest.

Für die Berechnung gilt:

(Das Gesamtergebnis wird als Ziffer mit einer Dezimalstelle eingetragen.)

- 1,0 – 1,5 = sehr gut
- 1,6 – 2,5 = gut
- 2,6 – 3,5 = befriedigend
- 3,6 – 4,5 = ausreichend
- 4,6 – 5,5 = mangelhaft
- 5,6 – 6,0 = ungenügend

(2) Die Prüfung ist nicht bestanden, wenn in einem Fach die nach § 21 Abs. 6 gebildete Gesamtnote „ungenügend“ oder in mehr als zwei Fächern die Gesamtnote „mangelhaft“ erzielt wurde. Liegt zweimal die Gesamtnote „mangelhaft“ vor, so ist die Prüfung bestanden, wenn in mindestens einem weiteren Fach die Note „sehr gut“ oder „gut“ oder in mindestens zwei Fächern die Note „befriedigend“ erzielt wurde. Die Gesamtnote „mangelhaft“ in den Fächern Medizinische Fachkunde und Ärztliches Abrechnungswesen kann nicht ausgeglichen werden.

(3) Über den Verlauf der Prüfung, einschließlich der Feststellung der einzelnen Prüfungsergebnisse, ist eine Niederschrift zu fertigen. Sie ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.

(4) Der Prüfungsausschuß muß den Prüfungsteilnehmern am letzten Tag der mündlichen Abschlußprüfung mitteilen, ob die Prüfung bestanden oder nicht bestanden.

den ist. Dazu ist dem Prüfungsteilnehmer unverzüglich eine vom Vorsitzenden des Prüfungsausschusses zu unterzeichnende Bescheinigung auszuhändigen. Damit wird der Termin festgestellt, an dem im Sinne des Berufsbildungsgesetzes die Abschlußprüfung bestanden bzw. nicht bestanden ist.

§ 23

Prüfungszeugnis

(1) Über die Prüfung erhält der Prüfungsteilnehmer von der Bayerischen Landesärztekammer ein Zeugnis (§ 34 BBiG).

(2) Das Prüfungszeugnis enthält:

- die Bezeichnung „Prüfungszeugnis“,
- die Personalien des Prüfungsteilnehmers,
- die Bezeichnung „Arzthelferin“,
- die Anschrift(en) des/der ausbildenden Arztes/Ärzte,
- das Gesamtergebnis der Prüfung,
- das Datum des Bestehens der Prüfung,
- die Unterschriften des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses und des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer oder seines Beauftragten mit dem Siegel.

(3) Über die Leistungen in Maschinenschreiben stellt die Berufsschule auf Verlangen des Prüfungsteilnehmers eine Bescheinigung aus.

(4) Daneben erteilt die Bayerische Landesärztekammer nach bestandener Prüfung den Arzthelferin-Brief.

§ 24

Nicht bestandene Prüfung

(1) Bei nicht bestandener Prüfung erhalten der Prüfungsteilnehmer und sein gesetzlicher Vertreter sowie der ausbildende Arzt von der Bayerischen Landesärztekammer einen schriftlichen Bescheid. Darin ist anzugeben, in welchen Prüfungsfächern keine ausreichenden Leistungen erbracht worden sind.

(2) Auf die besonderen Bedingungen der Wiederholungsprüfung gemäß § 25 ist hinzuweisen.

V. Abschnitt

Wiederholungsprüfung

§ 25

Wiederholungsprüfung

(1) Eine nicht bestandene Abschlußprüfung kann zweimal wiederholt werden (§ 34 Abs. 1 Satz 2 BBiG).

Die Wiederholungsprüfung kann frühestens zum nächsten offiziellen Prüfungstermin abgelegt werden.

(2) Hat der Prüfungsteilnehmer bei nicht bestandener Prüfung in einem Prüfungsfach mindestens ausreichende Leistungen erbracht, so ist dieses Prüfungsfach auf Antrag des Prüfungsteilnehmers nicht zu wiederholen, sofern dieser sich innerhalb von 20 Monaten –

gerechnet vom Tage der Beendigung der nicht bestandenen Prüfung – zur Wiederholungsprüfung anmeldet.

(3) Wenn drei oder mehrere Prüfungsfächer nach § 15 A und B mit einer schlechteren Note als ausreichend bewertet wurden, kann die Prüfung frühestens 10 Monate nach dem letzten Tag der Abschlußprüfung wiederholt werden.

(4) Über den Termin zur Zulassung zur Wiederholungsprüfung entscheidet der Prüfungsausschuß.

(5) Auf Antrag des Prüfungsteilnehmers kann er auch zur Wiederholungsprüfung bei einem anderen Prüfungsausschuß zugelassen werden. Über den Antrag entscheidet die Bayerische Landesärztekammer nach Anhörung der Vorsitzenden der beiden Prüfungsausschüsse.

(6) Die Vorschriften über die Anmeldung und Zulassung (§§ 8 bis 11) gelten sinngemäß. Bei der Anmeldung sind außerdem Ort und Datum der vorausgegangenen Prüfung anzugeben.

VI. Schlußbestimmungen

§ 26

Rechtsmittel

Maßnahmen und Entscheidungen der Prüfungsausschüsse sowie der Bayerischen Landesärztekammer sind bei ihrer schriftlichen Bekanntgabe an den Prüfungsbewerber bzw. -teilnehmer mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Diese richtet sich im einzelnen nach der Verwaltungsgerichtsordnung und den Ausführungsbestimmungen des Freistaates Bayern.

§ 27

Prüfungsunterlagen

Auf schriftlichen Antrag bei der Bayerischen Landesärztekammer ist dem Prüfungsteilnehmer Einsicht in seine Prüfungsunterlagen zu gewähren. Die schriftlichen Prüfungsarbeiten sind zwei Jahre, die Anmeldungen, Niederschriften und Zeugnisse sind zehn Jahre aufzubewahren.

§ 28

Inkrafttreten, Genehmigung

(1) Diese Prüfungsordnung wurde gemäß § 41 Abs. 3 BBiG vom Bayerischen Staatsministerium des Innern mit Schreiben vom 30. Dezember 1982 genehmigt (Nr. 1 E 8 – 5370 – 45.3/1/81).

(2) Die Prüfungsordnung tritt am 1. September 1983 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Prüfungsordnung vom 25. Mai 1973, geändert am 26. März 1975, außer Kraft.

München, den 23. Dezember 1982

gez. Professor Dr. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Herzrhythmusstörung

Der Notfall: Tachykarde Rhythmusstörungen im Kindesalter

bearbeitet von Professor Dr. med. W. Hoffmann, Dr. med. A. Lindinger und Dr. med. U. Larbig-Böttcher, Homburg/Seer

Vorkommen:

Tachykerde Rhythmusstörungen im Kindesalter sind selten. Sie können jedoch in jedem Alter – auch beim Neugeborenen – auftreten. Es handelt sich vorwiegend um paroxysmale supraventrikuläre oder – sehr selten – ventrikuläre Tachykardien. Vorhofflattern und insbesondere Vorhofflimmern werden noch seltener beobachtet.

Als Ursache kommen in Frage: erhöhter Sympathikotonus, fleberhafte Erkrankungen, Hyperthyreose, schwere Anämie, akute Myokarditis, Kardiomyopathien, Zustand nach kardiochirurgischen Eingriffen, „Sick-Sinus-Syndrom“, „QT-Syndrom“, „WPW-Syndrom“

Symptomatik:

Je nach Alter des Kindes und Dauer der tachykarden Rhythmusstörung. Beim Säugling führt eine tachykerda Rhythmusstörung innerhalb kurzer Zeit zur Herzinsuffizienz (Blässe, Zyanose, Tachy-, Dyspnoe, Hepatomegalie), die innerhalb weniger Stunden ein bedrohliches Ausmaß annehmen kann. Beim älteren Kind führt eine tachykerde Rhythmusstörung, je nach vegetativer Reaktionslage und je nach zugrunde liegender Grundkrankheit, früher oder später zu Mißempfindungen, wie Palpitation, Atemnot, allgemeines Angstgefühl. Eine bedrohliche Herzinsuffizienz tritt beim älteren Kind nicht so rasch auf.

Anamnese:

Langzeitanamnese: Oft leer, gelegentlich rezidivierende tachykerde Anfälle ohne organische Erkrankung.

Kurzzeitanamnese:

Beim Säugling: Blässe, Unruhe, Nahrungsverweigerung.

Beim älteren Kind häufig Angaben über plötzlichen Beginn der Tachykardie (bei Nichtvorhandensein einer organischen Erkrankung als Ursache).

Sofortdiagnostik:

Im Rahmen der allgemeinen Untersuchung wird die Diagnose meist mit dem Stethoskop gestellt. (Cave: Pulsdefizit bei peripherer Palpation)

Normale Frequenzen: 1.- 6. Monat 120–180/min
1.- 3. Jahr 100–130/min
4.- 8. Jahr 70–120/min
8.- 12. Jahr 65–100/min
12.- 15. Jahr 60–90/min

Steht ein EKG-Gerät zur Verfügung, sollte die Art der tachykarden Rhythmusstörung vor therapeutischen Maßnahmen elektrokardiographisch geklärt werden.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

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

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Bei nicht bedrohlichem Allgemeinzustand sollte in jedem Fall die EKG-Diagnostik angestrebt werden, danach bei

1. supraventrikulärer Tachykardie
 - a) Vagusreize, Karotissinusmassage, Valsalva-Preßversuch, Trinken eiskalten Sprudelwassers, Brechreiz
 - b) Sedierung, z.B. Chloralhydrat
 - c) Digitalis i. v. (halbe Sättigungsdosis)
Wiederholung der Vagusreize nach der Digitalisgabe
 - d) Ispodin i. v. (1–2 mg/10 kg KG i. v.)

Neugeborene	0,8–1,0 mg = 0,3–0,4 ml
Säuglinge	1,0–2,0 mg = 0,4–0,8 ml
1–5 Jahre	2,0–3,0 mg = 0,8–1,2 ml
5–10 Jahre	3,0–4,0 mg = 1,2–1,6 ml
10–14 Jahre	4,0–5,0 mg = 1,6–2,0 ml
2. ventrikulärer Tachykardie
 - a) Schlag mit der Faust auf den Thorax
 - b) Xylocain: 1 (bis 2) mg/kg KG langsam i. v.
Spritze mit 2% Xylocain (5 ml = 100 mg)
 - c) Novocamid: 10 mg/kg i. m. oder sehr langsam i. v.
Stechampulle mit 10 ml = 1000 mg (1 ml = 100 mg)
Blutdruck kontrollieren, EKG!
 - d) Isoptin: 1–2 mg/10 kg KG i. v. (Dosierung siehe oben!)
 - e) Elektro-Kardioversion bei Kreislaufstillstand, oder wenn a)–d) erfolglos.

Ist eine EKG-Diagnostik nicht möglich, sofortige Klinikeinweisung oder bei

3. Kreislaufstillstand
 - a) Herzmassage und Mund-zu-Mund-Beatmung
 - b) Elektro-Kardioversion
 - c) Xylocain (Dosierung siehe oben!) intrakardial oder
 - d) Novocamid (Dosierung siehe oben!)

Alle Patienten mit einer tachykarden Rhythmusstörung, die zu einer Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens führt und nicht innerhalb kurzer Zeit durch die oben angegebenen Maßnahmen in der Praxis beeinflusst werden kann, sollen der Klinik zugeführt werden, da unter Umständen intensivmedizinische Maßnahmen erforderlich werden können.

Alle Kinder mit einer tachykarden Rhythmusstörung sollten – wenn die Art der Rhythmusstörung nicht bereits längere Zeit bekannt ist – dem Spezialisten zugeführt werden, der nach Artifizierung der Rhythmusstörung zu eventuell spezifischen therapeutischen Maßnahmen (Anfallskouplung, -prophylaxe) Stellung nehmen muß.

Bei jeder tachykarden Rhythmusstörung muß nach einer möglichen Ursache gefahndet werden, da eventuell ganz spezifische Konsequenzen bezüglich der Therapie bzw. der Prophylaxe resultieren:

- Meist handelt es sich um paroxysmale Tachykardien, ohne erkennbare organische Ursache.
- Die Myokarditis oder sonstige fieberhafte Erkrankungen bedürfen der Behandlung mit Antibiotika, gelegentlich auch Corticoiden.
- Das WPW-Syndrom spricht am besten auf Ajmalin an.
- Beim QT-Syndrom kann die Prophylaxe mit Beta-Blockern bedrohliche, belastungsinduzierte, ventrikuläre Tachykardien verhindern.

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

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

Hof/Saale:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Rehau, Lkr. Hof/Seela:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mitwitz, Lkr. Kronach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Bamberg:
1 Augenarzt

Coburg:
1 Augenarzt

Hof/Seela:
1 Augenarzt

Kulmbach:
1 Augenarzt

Kulmbach:
1 Chirurg

Kronach:
1 Chirurg

Bamberg:
1 Hautarzt

Bayreuth:
1 Hautarzt

Coburg:
1 Hautarzt

Kulmbach:
1 Heularzt

Wunsiedel:
1 Hautarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:
1 Kinderarzt

Hof/Seela:
1 Lungenarzt oder Internist mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

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

Mittelfranken

Lauf a. d. Pegnitz-Neunhof, Lkr. Nürnberger Land:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Reichelsdorf/Mühlhof/Krottenbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershof:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Planungsbereich Dinkelsbühl, Lkr. Ansbach/Feuchtwangen:
1 Augenarzt

Planungsbereich Ansbach, Lkr. Ansbach:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgerthen 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-528.

Unterfranken

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

Hörsbech-Rottenberg, Lkr. Aschaffenburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Thöngen, Lkr. Main-Spessert:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Volkach, Lkr. Kitzingen:
1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

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

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Kinderarzt

Millenberg, Lkr. Millenberg:
1 Kinderarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Nervenarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

	Kötzting, Lkr. Chem: 1 Kinderarzt	Lkr. Rottel-Inn: 1 Hautarzt
Furth i. Wald/Weldmünchen, Lkr. Chem: 1 Augenarzt	Nabburg, Lkr. Schwandorf: 1 Kinderarzt	Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen: 1 Nervenarzt
Kötzting, Lkr. Chem: 1 Augenarzt	Lkr. Tirschenreuth: 1 Kinderarzt	Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (094 21) 70 53.
Nabburg, Lkr. Schwandorf: 1 Augenarzt	Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN: 1 Kinderarzt	
Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN: 1 Augenarzt	Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth: 1 Nervenarzt	Schwaben
Kötzting, Lkr. Chem: 1 HNO-Arzt	Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 7 50 71.	Thierhaupten-Unterbaar, Lkr. Augsburg: 1 Allgemein-/Praktischer Arzt
Lkr. Tirschenreuth: 1 HNO-Arzt		Weißenhorn, Lkr. Neu-Ulm: 1 Augenarzt
Stadt Chem, Lkr. Chem: 1 Hautarzt		Gersthofen, Lkr. Augsburg: 1 Kinderarzt
Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth: 1 Hautarzt	Niederbayern	Dillingen, Lkr. Dillingen: 1 Nervenarzt
Stadt Weiden: 1 Hautarzt	Lkr. Dingolfing-Landau: 1 Hautarzt	Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 31 30 31.
Furth i. Wald, Lkr. Cham: 1 Kinderarzt	Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen: 1 Hautarzt	

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

- 5. März 1983
- 30. April 1983
- 25. Juni 1983
- 24. September 1983
- 26. November 1983

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

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-778, Frau Klockow, zu richten bis 25. Februar, 22. April, 17. Juni, 16. September und 18. November 1983.

Die Teilnehmergebühr von DM 20,- ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Den Gürtel enger geschnallt

Seinen finanziellen Gürtel wird der Freistaat Bayern in den kommenden Jahren enger schnallen. Die Staatsregierung beschloß einen Sparhaushalt für die Jahre 1983 mit 35,7 Milliarden DM, der nur um 2,2 Prozent über dem des Vorjahres liegt. 1984 wird er um etwa 3,1 Prozent auf 36,8 Milliarden DM wachsen und schließlich bis 1986 kontinuierlich auf 40,3 Milliarden DM ansteigen. Der neue Finanzplan wurde nötig, weil die Steuereinnahmen und die Mittel aus dem Länderfinanzierungsausgleich deutlich hinter den Erwartungen zurückliegen und voraussichtlich um 1,1 Milliarden DM unter den Ansätzen der alten Finanzplanung bleiben. Wie die Staatskanzlei nach dem Ministerratsbeschuß erklärte, sei man gezwungen, jährlich bis zu 1500 Stellen abzubauen, wobei der Schwerpunkt auf dem Schulbereich liege. Dort träten aufgrund des Rückganges der Schülerzahlen die größten Veränderungen ein. Weiter will die Staatsregierung nach ihrer Finanzplanung bis 1986 die Kreditaufnahme von derzeit fast 3,6 Milliarden DM auf 3 Milliarden DM reduzieren. Dazu müßten die Investitionsausgaben gesenkt werden, die erst 1985 wieder das jetzige Niveau erreichen. Dann soll vor allem auf dem Wohnungs- und Hochschulbau sowie auf dem Abwassersektor wieder investiert werden.

Finanzminister Max Streibl, der den Etat des vergangenen Jahres trotz Steuerausfällen von 165 Millionen DM ohne Fehlbetrag hatte abschließen können, stellte den Doppeletat für 1983/84 ganz unter das Stichwort der Haushaltskonsolidierung. Mit dem Haushaltsentwurf könne Bayern seine Stellung als Bundesland mit der geringsten Verschuldung ebenso halten wie die höchste Investitionsquote. Zwar liege man bei der Neuverschuldung, die 1982 noch 2,6 Milliarden DM betragen habe, in den kommenden beiden Jahren um 100 Millionen DM über dem Ziel des Finanzplanes von 1981, was jedoch „mit Rücksicht auf die gesamtwirtschaftliche Lage, vor allem auch zur Schonung der Investitionsausgaben“, nötig sei. Nur mit dramatischen Ein-

sparungen hätte man eine weitere Begrenzung der Neuverschuldung erreichen können. Angesichts der massiven Ausfälle auf der Einnahmenseite und des Abbaues des Anstieges bei der Neuverschuldung, die aufgrund unvermeidlicher Mehrausgaben notwendig wurde, sprach Streibl davon, daß nur mittels eines ausgewogenen Pakets von kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen die Staatsausgaben begrenzt werden können. Es müßten Personalausgaben, landesgesetzliche Leistungsgesetze, freiwillige Leistungen gekürzt und der kommunale Finanzausgleich der Situation angepaßt werden.

Besonders einschneidend wirken sich die Sparbeschlüsse auf den Personalsektor aus, dessen Kosten nach den Worten Streibls mit fast 43 Prozent und einer bisher überdurchschnittlichen Zuwachsrate den größten Anteil des Gesamtetats ausmachen. Insbesondere ist vorgesehen: Rund die Hälfte der 2071 neubewilligten Planstellen im Haushalt 1982, die bisher noch nicht besetzt sind, werden gestrichen. Gleichzeitig wird die Stelleneinsparungspolitik, die 1982 mit einem Abbau von 1380 Stellen bis zum Juni 1984 eingeleitet wurde, verstärkt: Jetzt sollen bis Juni 1986 mindestens 2093 freiwerdende Stellen gesperrt werden. Die Frist für die Wiederbesetzung von Stellen wird von drei auf sechs Monate verlängert und Stellenanhebungen dürfen nur dann erfolgen, wenn sie durch Gesetz- oder Tarifvertragsänderung zwingend vorgeschrieben sind. Mit diesen Maßnahmen will der Finanzminister 1983 58 Millionen DM, 1984 120 Millionen DM und in den Folgejahren 195 Millionen DM einsparen.

Insgesamt 16 Gesetze werden im Zuge der Anpassung an die neue Finanzlage geändert. Danach sollen 1983 35 Millionen DM, 1984 195 Millionen DM und in den folgenden Jahren jeweils 200 Millionen DM eingespart werden. Am stärksten ist hier von das Gesetz über die Schulwegfreiheit betroffen. Kostenlose Schulbusfahrten gibt es künftig nur noch für

Pflichtschüler; Gymnasiasten, Fachober-, Berufsfach- und Berufsschüler müssen dafür künftig selbst aufkommen. Außerdem wird die Mindestentfernung für den kostenlosen Transport von zwei auf drei Kilometer heraufgesetzt. Auch bei der Lernmittelfreiheit kommt es zu Einschränkungen, da die Eltern jetzt Arbeitshefte und Atlanten für den Geographieunterricht selbst bezahlen müssen. Das gleiche gilt für Formelsammlungen für den Mathematik- und Physikunterricht. Beim Begabtenförderungsgesetz wird die Grenze zur Erlangung eines Stipendiums heraufgesetzt. Beim Bayerischen Rettungsdienstgesetz sollen sämtliche Kosten in die Benutzerentgelte einbezogen werden. Zu weiteren starken Einschränkungen kommt es beim Gesetz über die Gewährung von Pflegegeldern für Zivilblinde, das dem Bundessozialhilfegesetz angepaßt wird.

Nachdem der kommunale Finanzausgleich in den vergangenen Jahren bisher immer stärker zugenommen habe als der Staatshaushalt, sollen nun nach Angaben Streibls die Zuwendungen an die Gemeinden um 200 Millionen DM gekürzt werden. Dies sei zumutbar, zumal die Staatsverschuldung von 1974 bis 1981 um fast 390 Prozent gestiegen sei, die der Gemeinden jedoch nur um 16 Prozent. Außerdem werde der Anteil des Staates an der Grunderwerbsteuer auf 20 Prozent festgesetzt und der Kraftfahrzeugsteueranteil zu Lasten der Gemeinden um 10 Prozent angehoben.

Um einen wirtschaftlichen Impuls auszulösen, hat der Finanzminister inzwischen angeordnet, daß für den Haushaltsvollzug 1983 ausnahmsweise bereits 80 Prozent der Investitionsmittel sofort abgerufen werden können. Damit sei ein Investitionsvolumen von mehr als 500 Millionen DM sofort verfügbar. Mit diesem Hinweis begegnete Streibl der Kritik an seinem Haushaltsentwurf, wie sie beispielsweise von der Opposition und dem DGB geäußert wurde. Die SPD beschuldigte Streibl, sich „zyklisch“ zu verhalten und damit die Wirtschaftskrise zu verschärfen. Der DGB warf der Staatsregierung vor, „gegen die Verpflichtung eines Sozialstaates, durch aktive Beschäftigungsmaßnahmen zur Beseitigung der Arbeitslosigkeit beizutragen“, zu verstoßen.

Michael Gscheidle

Die Zwangsabgabe vermeiden, heißt bares Geld gewinnen

von H. Beloch

Was im Regierungsdeutsch „Investitionshilfeabgabe“ heißt, nennt der Volksmund „Zwangsanleihe“. So oder so, darauf läuft es hinaus: Mit Hilfe einer Sonderabgabe von Höherverdienenden will der Bund in diesem und im nächsten Jahr Investitionen im Wohnungsbau und in der privaten Wirtschaft fördern. Dieser staatlich dekretierten Vergabe eines zinslosen Kredites vermag der einzelne indes zumindest bis zu einem hohen Grade zu entgehen.

Zur Füllung dieses Sondertopfes wird verpflichtet, wer als Lediger jährlich 15 000 DM und mehr und als Verheirateter 30 000 DM und mehr Einkommensteuer zu zahlen hat. Herangezogen werden demnach alle mit einem steuerpflichtigen Einkommen ab rund 50 000 DM von Ledigen und 100 000 DM von Verheirateten.

Fünf Prozent der Lohn- bzw. Einkommensteuer fordert der Bund im Jahr 1983 und 1984 als zinslose Investitionshilfeabgabe. In den Jahren 1987 bis 1989 will er sie zurückzahlen.

Etwas glimpflicher kommt davon, wer als Verheirateter bis zu knapp 110 000 DM Jahreseinkommen versteuert, als Lediger die Hälfte. Hier greift die Gleitklausel als Härteausgleich. Die Abgabe darf nämlich höchstens 35 Prozent des Betrages erreichen, der die Bemessungsgrundlage übersteigt, und als Bemessungsgrundlage dienen eben jene 15 000 DM bzw. 30 000 DM.

Diese fiskalische Formel, ins Neuhochdeutsche übertragen und somit dem Betroffenen erst verständlich, liest sich mit den Augen des normalen Steuerzahlers so:

Ein Verheirateter mit einem steuerpflichtigen Jahreseinkommen von 100 000 DM beispielsweise hat nach der Einkommensteuer-Splittingtabelle genau 30 138 DM an die staatlichen Steuerverwender abzuführen.

Nach der Zwangsanleihen-Vorschrift „fünf Prozent von der Einkommensteuer“ hätte er als Investitionshilfeabgabe aufgerundet 1507 DM daraufzulegen.

In dieser Größenordnung ist aber die Gleitklausel anzuwenden. Bei dieser Steuerforderung wird die Bemessungsgrundlage für die Zwangsabgabe von 30 000 DM um 138 DM überschritten. 35 Prozent dieser 138 DM sind 48,30 DM, aber weil der Betrag auf volle 10 DM zu runden ist und somit 130 DM herauskommen, werden in diesem Fall als 35 Prozent davon lediglich 45 DM als Investitionshilfe fällig.

Dieser Härteausgleich ist bis auf eine Steuerschuld von 35 000 DM, also ein steuerpflichtiges Einkommen nach der Splitting-Tabelle von knapp 110 000 DM, begrenzt. Das läßt sich einfach nachrechnen: 35 000 DM Steuerschuld liegen um 5000 DM über der Bemessungsgrundlage. 35 Prozent von 5000 DM sind 1750 DM. Aber: fünf Prozent Investitionshilfeabgabe von 35 000 DM sind auch 1750 DM. Hier treffen sich also Härte- und Normalregelung, die von nun an in die höheren Sphären hinein anzuwenden ist.

Zur Verdeutlichung: Bei 100 DM weniger Einkommensteuerschuld hätte die Gleit- oder auch Vorzugsklausel noch deutlich gegriffen, nämlich so:

34 900 DM Einkommensteuerschuld liegen 4900 DM über der Bemessungsgrundlage. Davon 35 Prozent nach dem Härteausgleich sind 1715 DM Investitionshilfeabgabe. Ohne die Härteregelung wären fünf Prozent von 34 900 DM = 1745 DM fällig geworden. In diesem Bereich erspart die Gleitklausel noch 30 DM Investitionshilfeabgabe.

Die vordergründigen Kritiker der Zwangsanleihe sind von der Bundesregierung leider nicht berichtigend zurückgewiesen worden. Sie haben erstens darauf hingewiesen,

daß in anderen Gebieten Abstriche von Sozialleistungen gemacht würden, während zweitens die höherverdienenden Abgabeverpflichteten kein Opfer brächten, denn ihnen werde die Investitionshilfeabgabe ja wieder zurückerstattet.

Ein doppelter Irrtum, denn:

- Nehmen kann man nur von etwas, was man vorher gegeben hatte. Im Gegensatz zu den Empfängern aus der sozialen Umverteilung haben die von der Zwangsanleihe betroffenen Einkommensbezieher zuvor nichts bekommen, sondern im Gegenteil durch ihre überproportionalen Steuerleistungen jene Segnungen aus der Sozial-Gießkanne überwiegend mitfinanziert.

- Durch Zinsausfall und Kaufkraftschwund der Währung in den vier Jahren bis zur Rückerstattung der Investitionshilfeabgabe erleiden jene Subventionszahler zugunsten einer erhofften Wirtschaftsbelebung empfindliche Einbußen. Was zu beweisen ist:

1. Ein Betroffener mit einem steuerpflichtigen Jahreseinkommen von 120 000 DM zahlt nach der Splitting-Tabelle 40 030 DM Einkommensteuer und demnach 2001 DM Investitionshilfeabgabe. Wenn er das Geld nach vier Jahren zinslos zurückbekommt, hat bei einem durchschnittlich fünfprozentigen Kaufkraftschwund der DM pro Jahr der rückerstattete Betrag sodann noch eine Kaufkraft von heute 1630,01 DM. Der Geldwertverlust beträgt demnach 370,99 DM. Oder: Der Investitionshilfeabgabe-Zahler könnte sich für die abzuliefernden 2001 DM um 22,76 Prozent mehr kaufen als für die Rückzahlung nach vier Jahren.

Ohne Zwangsanleihen-Forderung könnte der Steuerzahler jene 2001 DM zu acht Prozent Zinsen auf vier Jahre anlegen. Nach Abzug seines 50prozentigen Grenzsteuersatzes bleiben ihm davon vier Prozent pro Jahr. Nach vier Jahren ist sein Guthaben auf 2340,89 DM angestiegen.

Die Kaufkraft jener Rücklage macht nach den Normen von heute noch 1906,89 DM aus. Er hatte ja mit netto vier Prozent Zinsen ein Prozent weniger eingenommen, als die Inflationsrate von fünf Prozent am Wert des Geldes zehrte. Eine Rückerstattung der Investitionshilfeabgabe von lediglich 1630,01 DM Kaufkraft verursacht noch immer eine Einbuße von 276,88 DM Kaufkraft.

2. Nach dieser ausführlichen Rechnung sagen Stichworte für das Beispiel 250 000 DM steuerpflichtiges Jahreseinkommen genügend aus:

Einkommensteuer: 110 280 DM

Investitionshilfeabgabe: 5514,00 DM

Kaufkraft nach 4 Jhr.: 4491,70 DM

Kaufkraftverlust: 1022,30 DM

Alternativ ohne Investitionshilfeabgabe:

Sparerfolg der 5514 DM bei acht Prozent Zinsen minus 56 Prozent Grenzsteuersatz = 3,52 Prozent Nettozins: 6332,23 DM, Kaufkraft dieses Betrages nach vier Jahren: 5158,32 DM. Davon ist die Kaufkraft der Abgaben-Rückerstattung in Höhe von 4491,70 DM abzuziehen. Gegenüber Anlage zu Negativzins entsteht noch immer ein Kaufkraftverlust von 666,62 DM. Negativzins, weil die Inflationsrate von aus Erfahrung angenommenen fünf Prozent pro Jahr höher als der Nettosparginz nach Abzug der Einkommensteuer liegt: 3,52 Prozent minus 5,00 Prozent = -1,48 Prozent.

Das Einkommensteuergesetz und die Regelungen der Investitionshilfeabgabe bieten drei Möglichkeiten, jene Abgabe zu senken oder völlig zu vermeiden. Das sind:

1. Das steuerpflichtige Einkommen wird gemindert, um die Einkommensteuerhöhe zu drücken. Wenn sie unter die Bemessungsgrundlage von 30 000 DM für Verheiratete oder 15 000 DM für Ledige gerät, fällt die Pflicht zur Abgabe ganz weg. Eines der Mittel zu diesem Ziel ist die Zeichnung einer Abschreibungsanlage, solide und sicher, weil gesetzlich geschützt, beispielsweise in Form der Beteiligung am sozialen Wohnungsbau in Berlin.

2. Die Steuerschuld wird unter 30 000 DM für Verheiratete oder 15 000 DM für Ledige vermindert. Dazu eignet sich die Vergabe eines Berlin-Darlehens nach dem Berlin-Förderungsgesetz (BerlinFG), § 17.

Im Jahr der Darlehensvergabe wird nach dieser Bestimmung die Einkommensteuerschuld um 20 Prozent der Darlehenssumme herabgesetzt. Dazu ein Beispiel:

Von einem Einkommen in Höhe von 150 000 DM werden nach der Splitting-Tabelle 55 466 DM als Einkom-

mensteuer fällig. Die Höhe der erwünschten Einkommensteuer liegt aber bei 29 999 DM, um die 30 000 DM-Bemessungsgrundlage zu unterwandern. Dazu ist lediglich eine einfache Rechnung anzustellen:

55 466 DM Einkommensteuer minus 29 999 DM erwünschte Einkommensteuer = 25 467 DM, um die die Einkommensteuer gesenkt werden muß. Dazu ist die Vergabe eines Berlin-Darlehens in Höhe von 25 467 DM \times 5 DM = 127 335 DM notwendig, weil die 20 Prozent, die davon von der Einkommensteuerschuld abgezogen werden dürfen, eben jene 25 467 DM sind. Sie senken die Einkommensteuer sodann auf 29 999 DM.

Eine Einschränkung: Die Einkommensteuer muß nach Abzug der 20 Prozent noch mindestens 50 Prozent der Steuerhöhe betragen, die ohne diese Ermäßigung zu zahlen wäre. Das klingt komplizierter, als es sich errechnen läßt, nämlich:

Einkommen beispielsweise 160 000 DM. Daraus folgt als Einkommensteuer 60 788 DM. Die erwünschte Einkommensteuer beträgt indes 29 999 DM. Also: 60 788 DM - 29 999 DM = 30 789 DM \times 5 DM = 153 945 DM Berlin-Darlehen. Der Abzug von 20 Prozent von der Steuerschuld mindert sie um 30 789 DM.

Aber: 30 789 DM sind 50,65 Prozent von der Steuerschuld von 60 788 DM, also über 50 Prozent und somit unzulässig. 50 Prozent der Steuerschuld von 60 788 DM sind 30 394 DM \times 5 DM = 151 970 DM Höchst-Berлиндarlehen in diesem Fall. Davon der 20prozentige Abzug von der Steuerschuld: 30 394 DM.

Das heißt also: 60 788 DM ursprüngliche Steuerschuld minus 30 394 DM Abzug bleiben 30 394 DM zu zahlende Einkommensteuer. Sie liegt um 394 DM über der Bemessungsgrundlage von 30 000 DM. Hier setzt also die eingangs behandelte Härte-
regelung ein.

Daraus ergibt sich: 35 Prozent von 394 DM oder 137,90 DM, abgerundet 137,00 DM, sind als Investitionshilfeabgabe zu zahlen. Ohne Berlin-Darlehen wären es 3039 DM gewesen, denn soviel sind fünf Prozent von 60 788 DM. Mit weiter steigendem Einkommen erhöht sich die Investitionshilfeabgabe trotz des Berlin-Darlehens, dennoch bleibt ein erheblicher Vorteil eben wegen der Wahrnehmung des § 17 BerlinFG.

3. Nach den Bestimmungen der Investitionshilfeabgabe läßt sie sich herabsetzen oder ganz vermeiden, wenn der Steuerpflichtige selbst Investitionen für den eigenen Bedarf finanziert. 20 Prozent der Investitionsaufwendungen für im Jahr 1983 und 1984 gelieferte oder fertiggestellte Investitionen dürfen mit der Investitionshilfeabgabe verrechnet werden, auch wenn sie teils oder völlig schon vorher bezahlt worden waren.

Das bedeutet: Wenn die Investitionsausgaben für den eigenen Bedarf die fünffache Höhe der Investitionshilfeabgabe ausmachen, muß jene Abgabe überhaupt nicht entrichtet werden. Dazu wiederum ein Beispiel:

Steuerpflichtiges Jahreseinkommen 200 000 DM. Einkommensteuer nach der Splitting-Tabelle 62 472 DM. Davon werden als Investitionshilfeabgabe fünf Prozent oder 4124 DM erhoben. Investitionen in Höhe des Fünffachen dieses Betrages, also 20 620 DM, heben die Pflicht zur Abgabe auf. Die Zwangsanleihe muß also nicht geleistet werden.

Nach der Kennzeichnung dieser drei Möglichkeiten hilft sicherlich ein Gespräch mit dem Steuerberater weiter, zu erkunden, ob eine einzelne oder eine Kombination aus zwei oder drei zur Vermeidung der Investitionshilfeabgabe gewählt wird. In jedem Fall ergibt die Höhe der Einkommensteuer minus 29 999 DM für Verheiratete den Betrag, um den das steuerpflichtige Einkommen gesenkt werden muß, um die Investitionshilfeabgabe völlig zu vermeiden. Zumind. kann eine Minderung der Abgabe erzielt werden.

Im übrigen bleibt nicht mehr viel Zeit. Die erste Rate der Investitionshilfeabgabe wird bereits mit der Einkommensteuervorauszahlung am 10. März 1982 fällig und muß vom Steuerzahler selbst - oder seinem Steuerberater - errechnet werden. Nach dieser Darstellung ist das jetzt dem einzelnen möglich, wobei natürlich für ein Quartal Vorauszahlung entsprechende Divisionen durch vier vorgenommen werden müssen.

Anschrift des Verfassers:

H. Beloch, Wirtschaftsjournalist, Am Hain 6, 8000 München 83

V.

1. Grundlage für die Beurteilung der Handelsweise des Beschuldigten sind die Bestimmungen der §§ 21 und 22 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (BO) vom 1. Januar 1978 (BayÄBl., Sondernummer Dezember 1977, S. 22 ff.), die auch jetzt noch unverändert gelten und die, soweit sie hier einschlägig sind, wie folgt lauten:

§ 21 Werbung und Anpreisung ...

§ 22 Arzt und Öffentlichkeit ...

2. Daß die in diesen Bestimmungen der BO enthaltenen Werbeverbote verfassungsrechtlich unbedenklich sind und insbesondere nicht gegen den in Art. 12 Abs. 1 GG statuierten Grundsatz der Berufsfreiheit verstoßen, hat das Landesberufsgerecht bereits wiederholt, so u. a. in der Entscheidung vom 29. März 1978 (LBG - Ä 3/77, = BayÄBl. 1978/782) ausgeführt. Allerdings können Zuwiderhandlungen gegen diese Bestimmungen berufsgerichtlich nur geahndet werden, wenn sie schuldhaft, also zumindest fahrlässig, begangen worden sind. Fahrlässigkeit setzt eine Verletzung der gebotenen Sorgfaltspflicht und die Voraussehbarkeit der Tatbestandsverwirklichung voraus (Lackner, StGB 14. Aufl., § 15 Anm. III 1).

VI.

Der Beschuldigte hat in objektiver und subjektiver Beziehung gegen das Werbeverbot der Berufsordnung verstoßen.

Dabei ist unter „Werbung“ jede Maßnahme planmäßiger Beeinflussung einer Personengruppe mit dem Ziel zu verstehen, den einzelnen zur Inanspruchnahme von Leistungen des Werbenden zu bewegen (vgl. Urteil des Landesberufsgerechts für Ärzte Stuttgart vom 29. März 1978 - Arztrecht 1979/148 -).

1. Daß zahlreiche Textstellen in dem Buch des Beschuldigten „XY“ werbenden Charakter haben, ja sogar verschiedentlich eine Anpreisung (d. i. eine besonders nachdrückliche Form der Werbung; Narr, Ärztliches Berufsrecht 2. Aufl. RdNr. 1177) des Beschuldigten und seiner ärztlichen Leistungen darstellen, kann keinem Zweifel unterliegen. Angesichts der massiven Hervorhebungen seiner

Werbung ist und bleibt standesunwürdig

Urteil des Landesberufsgerechts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht vom 19. Juli 1982 (LBG - Ä - 1/82)

In letzter Zeit wird von interessierter Seite gelegentlich geltend gemacht, daß das praktisch für alle freie Berufe geltende Werbeverbot verfassungsrechtlich bedenklich sei und insbesondere gegen den Grundsatz der Berufsfreiheit verstoße. Das Landesberufsgerecht Bayern hat dagegen schon früher die Verfassungsmäßigkeit des Werbeverbots klar bejaht (vgl. Entscheidung vom 29. März 1978, LBG - Ä - 3/77 = BayÄBl. 1978/782). In dem oben bezeichneten Urteil unterstreicht das Landesberufsgerecht seine Auffassung erneut und weist damit Einzelstimmen in der Literatur zurück.

Das Urteil befaßt sich mit dem Thema „Standeswidrige Werbung“. Im einzelnen sind folgende Stichworte feststellbar:

1. Zu den Anforderungen an die Verpflichtung des Arztes, die Veröffentlichung von Berichten mit werbenden Charakter über seine ärztliche Tätigkeit zu verhindern (vergl. dazu Landesberufsgerecht Bayern in BayÄBl. 1979/145).

2. Ein Arzt, der bereits wegen unzulässiger Werbung berufsgerichtlich zur Verantwortung gezogen worden ist, muß sich besonderer Sorgfalt befleißigen.

3. „Fortsetzungszusammenhang“ und „Verbrauch der Strafklage“ bei Berufspflichtverletzungen und im berufsgerichtlichen Verfahren.

Dem Urteil liegt folgender Sachverhalt zugrunde:

Der beschuldigte Arzt Dr. X. wurde bereits viermal wegen standeswidriger Werbung berufsgerichtlich verurteilt, zuletzt 1979.

Im Januar 1978 stellte er als populärwissenschaftliches Werk über die von ihm bevorzugte Therapiemethode sein Buch „XY“ der Öffent-

lichkeit vor. Dieses Buch enthält zahlreiche Textstellen, in denen der beschuldigte Arzt prominente Patienten, ehemalige Schulfreunde und Bürger seiner Umgebung mit teilweise emphatischen Äußerungen über seine Leistungen als Arzt sowie die von ihm angewandte Therapie zu Worte kommen läßt. Das Buch „XY“ ist im Handel.

Am 8. Mai 1979 gab eine Presseagentur, die von dem kaufmännischen Leiter Dr. K. des Sanatoriums des beschuldigten Arztes beauftragt worden war, folgende Presseinformation heraus:

„Der International renommierte Frischzellentherapeut Dr. X. aus ... ist nicht nur durch seine bahnbrechenden ärztlichen Leistungen aktuell im Gespräch. Neuerdings tritt Dr. X. zunehmend auch als erfolgreicher Buchautor an die Öffentlichkeit ... In diesen Tagen stellt ein Verlag, Dr. X. ‚Gesundbrunnen‘ vor ... Der interessierte Leser erfährt auch in dieser Veröffentlichung von Dr. X. das Wesentliche zur Frischzellentherapie, die inzwischen auch seine Heimat, den Luftkurort ... in aller Welt bekanntgemacht hat.“

Schließlich brachte derselbe kaufmännische Leiter Dr. K. eine Art Hauszeitschrift des Sanatoriums, genannt „Frischzellenjournal“, heraus. Gleich die erste Nummer brachte Farbfotos, Dankschreiben usw. prominenter Patienten und des beschuldigten Arztes.

Das Berufsgericht in erster Instanz wertete das Verhalten des beschuldigten Arztes als standeswidrige Werbung, ja als Anpreisung seiner Person und Tätigkeit. Es verhängte gegen den Arzt eine Geldbuße von DM 10 000,-.

Die dagegen von dem beschuldigten Arzt eingelegte Berufung hatte keinen Erfolg.

Person und der überwiegend von Laien stammenden, in dem Buch wiedergegebenen Dankesäußerungen von Patienten steht für das Landesberufsgericht aber auch fest, daß der durch frühere berufsgerichtliche Verurteilungen vorgewarnte Beschuldigte sich damit bewußt, also vorsätzlich, über berufsrechtliche Grundsätze hinweggesetzt hat.

2. Auch der Text der Presseinformation vom 8. Mai 1979, in dem der Beschuldigte als „international renommierter Frischzellentherapeut“ bezeichnet wird und wo von seinen „bahnbrechenden ärztlichen Leistungen“ gesprochen wird, stellt eine Werbung für den Beschuldigten dar, zumal der Ort, an dem er seine ärztliche Tätigkeit ausübt, ebenfalls angeführt ist.

3. Nichts anderes kann für das Heft 1/80 des „Frischzellenjournals“ gelten. Die Wiedergabe von Fotos prominenter Patienten und von Anerkennungen und Danksagungen aus Gästebüchern unter besonderem Hinweis auf die Person des Beschuldigten und seine ärztliche Tätigkeit läßt den werbenden Charakter der Druckschrift klar hervortreten. Dieser wird nicht dadurch in Frage gestellt, daß das Journal überwiegend für ehemalige Patienten des Beschuldigten bestimmt war; denn diese sollten zu einer Wiederholung der Frischzellenbehandlung angeregt werden.

In den vorausgeführten Fällen muß dem Beschuldigten vorgeworfen werden, fahrlässigerweise keine genügende Vorsorge gegen das Erscheinen der werbenden Druckschriften getroffen zu haben, obwohl er nach Sachlage mit solchen werbenden Darstellungen rechnen mußte.

Das in § 21 Abs. 4 BO verankerte Verbot, die Veröffentlichung von Berichten mit werbendem Charakter unter Namens- oder Anschriftangabe zu dulden, verpflichtet den Arzt, solche Berichte nach Möglichkeit zu verhindern und im Einzelfall alles ihm Zumutbare zu tun, um eine Werbung für sich zu unterbinden (vgl. die Entscheidung des Landesberufsgerichts vom 17. Oktober 1978 — LBG Ä 2/78 = BayÄBl. 1979/145). Welche Maßnahmen der Arzt jeweils treffen muß, um das Erscheinen eines Berichts mit werbendem Inhalt zu verhindern, richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalles.

Ein Arzt, der bereits mehrfach wegen unzulässiger Werbung berufsgerichtlich zur Verantwortung gezogen worden ist, muß sich dabei einer besonderen Sorgfalt befleißigen; denn der Zweck berufsgerichtlicher Maßnahmen ist es gerade auch, den Verurteilten für die Zukunft davon abzuhalten, erneut in gleicher oder ähnlicher Weise berufsrechtlichen Vorschriften zuwiderzuhandeln (Entscheidung des Landesberufsgerichts vom 17. Oktober 1978 — LBG Ä 3/78 = BayÄBl. 1979/147).

Angesichts dessen hätte sich der Beschuldigte, als er Dr. K. mit der kaufmännischen Leitung des Sanatoriums betraute, nicht mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit strikter Einhaltung des Standesrechts, der Darlegung der durch das Standesrecht gezogenen Grenzen und der Aufforderung begnügen dürfen, bei etwaigen Zweifelsfragen solle sich Dr. K. an ihn, den Beschuldigten, oder an seinen Rechtsanwalt Dr. W. wenden. Denn es lag nahe, daß bei einer Werbung für das Sanatorium, die ebenfalls in den Aufgabenbereich Dr. K. fiel, nicht nur die vom Beschuldigten praktizierte Behandlungsmethode, sondern gerade auch die Person des Beschuldigten als erfolgreicher und mit der angepriesenen Methode hervorragend vertrauter Arzt besonders hervorgehoben werden würde. Mit dem Erstgericht ist das Landesberufsgericht der Auffassung, daß sich der Beschuldigte bewußt war, ein wie großes Spannungsfeld besteht zwischen dem berufsrechtlichen Werbeverbot einerseits und dem nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu führenden Sanatoriumsbetrieb andererseits, für den aus kaufmännischen Erwägungen heraus auch Werbung betrieben werden mußte. Wegen der Gefahr, daß es auf diesem Spannungsfeld zu Verstößen gegen das in der Berufsordnung verankerte Werbeverbot kommen könnte, hätte sich der Beschuldigte gegen etwaige Fehlgriffe Dr. K. oder von diesem beauftragter Stellen dadurch absichern müssen, daß er sich eine Überprüfung werbender Veröffentlichungen für das Sanatorium vor deren Erscheinen ausdrücklich vorbehielt. Gerade das aber hat er nicht getan. Die Verweisung Dr. K. an Rechtsanwalt Dr. W. kann den Beschuldigten deshalb nicht entlasten, weil der Beschuldigte Dr. K. eine Rückfrage bei Dr. W. nur für etwaige Zweifelsfälle empfohlen

hatte, das Vorliegen eines „Zweifelsfalls“ für Dr. K. möglicherweise aber nicht ohne weiteres erkennbar war.

Was schließlich den Inhalt des „Frischzellenjournals“ anbelangt, so hätte den Beschuldigten schon stutzig machen müssen, daß — wie ihm bekannt war — die Wiedergabe von Fotos prominenter Patienten und von Abdrucken aus Gästebüchern, wo sich zahlreiche Dankesworte an den Beschuldigten befanden, beabsichtigt war. Damit lag die Gefahr einer Werbung unter Verstoß gegen Bestimmungen der ärztlichen Berufsordnung greifbar nahe. Gleichwohl hat der Beschuldigte auch hier insoweit keine Sicherheitsmaßnahmen getroffen, insbesondere nicht Dr. K. angewiesen, ihm das Manuskript für das erste Heft des Journals vor Drucklegung zur Überprüfung vorzulegen. Das muß dem Beschuldigten als grobe Fahrlässigkeit angelastet werden.

VII.

Der Beschuldigte hat gegen seine Verurteilung durch das Landesberufsgericht verfassungs- und verfahrensrechtliche Bedenken geltend gemacht. Sie erweisen sich jedoch als unbegründet.

1. Entgegen der Meinung der Verteidiger des Beschuldigten sind die Berufsgerichte für die Heilberufe keine unzulässigen Ausnahmegerichte im Sinn des Art. 101 Abs. 1 GG, vielmehr handelt es sich bei ihnen um gesetzlich vorgesehene Gerichte für besondere Sachgebiete (Art. 101 Abs. 2 GG). Das hat das Bundesverfassungsgericht bereits in einer Entscheidung vom 24. November 1964 festgestellt (BVerfGE Bd. 18, S. 241, 257). Das Bayerische Gesetz über die Berufsvertretungen und über die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker i. d. F. vom 9. März 1978 (GVBl. 1978, 67) — KaG — stellt insoweit eine ausreichende gesetzliche Grundlage dar (vgl. auch die Entscheidung des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim OVG Münster vom 3. November 1972 — ZA 7/69).

2. Gegenüber dem Vorwurf unerlaubter Werbung im Zusammenhang mit seinem Buch „XY“ beruft sich der Beschuldigte auf die durch das Grundgesetz (Art. 5 Abs. 3) statuierte Freiheit von Wissenschaft, For-

schung und Lehre. Es müsse — so macht der Beschuldigte geltend — einem Arzt gestattet sein, auch in einem populärwissenschaftlichen Werk über eine bestimmte Therapiemethode zu berichten; ein etwa entgegenstehendes Verbot einer ärztlichen Berufsordnung sei verfassungswidrig und deshalb rechtsunwirksam.

Mit dieser Argumentation kann der Beschuldigte nicht durchdringen. Das Landesberufsgericht hat bereits in seiner den Beschuldigten betreffenden Entscheidung vom 24. Oktober 1979 (LBG Ä 2/79) betont, daß durch ein standesrechtliches Werbeverbot nicht in das Grundrecht des Art. 5 Abs. 3 GG eingegriffen werde. Daran wird festgehalten.

Die Berufsordnung gestattet es einem Arzt ohne weiteres, auch in Veröffentlichungen, die sich an medizinische Laien wenden, sich über bestimmte Therapiemethoden positiv oder negativ zu äußern, nur müssen sich solche Berichte auf sachliche Informationen beschränken und sie dürfen nicht die Person oder die Leistungen des Arztes werbend herausstellen (vgl. § 22 Abs. 2 BO); denn andernfalls liegt eine nach § 21 Abs. 1 BO unzulässige Werbung oder Anpreisung vor (so auch Küchenhoff in „Physikalische Medizin und Rehabilitation“ Heft 11/1980, S. 569 ff.). Das kommt auch in den „Richtlinien der Bundesärztekammer für die publizistische Tätigkeit von Ärzten“ (DÄBl. 1979, S. 112) zum Ausdruck. Es ist aber schlechthin unverständlich, weshalb ein Arzt dadurch, daß ihm die Berufsordnung untersagt, in einem von ihm verfaßten Buch seine Person und seine ärztlichen Leistungen werbend herauszustellen, gehindert sein sollte, in diesem Buch über eine bestimmte von ihm verfochtene Therapiemethode zu berichten und für diese Methode einzutreten.

3. Die Verfolgung der in der Herausgabe des Buches liegenden berufswidrigen Werbung ist auch nicht verjährt, da die dreijährige Verjährungsfrist (Art. 55 Abs. 2 KeG) sowohl durch die Einreichung des Antrages vom 26. September 1978 des Ärztlichen Kreisverbandes ... auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens gegen den Beschuldigten am 1. Oktober 1979 als auch durch die Eröffnung dieses Verfahrens seitens des Berufsgerichts für

die Heilberufe beim Oberlandesgericht München am 10. Juni 1981 unterbrochen worden ist (§ 78 c Abs. 1 Nrn. 6, 7 StGB i. V. m. Art. 55 Abs. 2 KaG).

4. Schließlich macht der Beschuldigte geltend, im Hinblick auf das am 24. Oktober 1979 ergangene Urteil des Landesberufsgerichts (LBG Ä 2/79), mit dem gegen ihn wegen berufswidriger Werbung auf eine Geldbuße erkannt worden ist, könne er wegen etwaiger weiterer, vor diesem Zeitpunkt liegender berufswidriger Werbemaßnahmen (also wegen der Herausgabe des Buches „XY“ und wegen der Presseinformation vom 8. Mai 1979) berufsgerichtlich nicht mehr zur Verantwortung gezogen werden; denn insoweit sei, unabhängig davon, ob diese etwaigen Verstöße seinerzeit dem Landesberufsgericht bekannt waren oder nicht, ein „Verbrauch der Strafklage“ — ähnlich wie bei der Aburteilung einer Fortsetzungstat im Strafprozeß — eingetreten. Wie schon das Erstgericht, vermag jedoch auch das Landesberufsgericht dieser Auffassung des Beschuldigten nicht zu folgen.

Richtig ist zwar, daß nach der Rechtsprechung der Strafgerichte bei einer fortgesetzten Handlung (sowie bei einer sogenannten Dauerstrafstat) das verurteilende Straferkenntnis die Strafklage auch für diejenigen Einzelakte verbraucht, die vor der letzten Tatsachenverhandlung (bzw. vor der Zustellung des Strafbefehls) begangen, aber im Verfahren nicht behandelt worden sind, weil sie unbekannt blieben (Kleinkecht, StPO 35. Aufl., Einl. RdNr. 172). Ob indes der im Strafrecht entwickelte Begriff der fortgesetzten Handlung im Berufsrecht überhaupt anwendbar ist (Art. 87 KaG), erscheint äußerst zweifelhaft (für das ähnlich zielgerichtete Disziplinarrecht vgl. Claussen/Jansen, BDO 4. Aufl., Einl. RdNrn. 8, 9; Behne, BDO 2. Aufl., Einf. B RdNr. 7). Aber selbst wenn man diese Frage bejahen wollte, scheiterte eine entsprechen-

de Anwendung der Grundsätze über den Fortsetzungszusammenhang im vorliegenden Fall daran, daß nur gleichartige Einzelakte zu einer fortgesetzten Tat zusammengefaßt werden können (Lackner, a.a.O. Vorbem. IV 3 a aa vor § 52 StGB). Daren aber fehlt es hier. In dem durch das Berufungsurteil vom 24. Oktober 1979 abgeschlossenen Verfahren wurde die Berufspflichtverletzung des Beschuldigten darin gesehen, daß er standeswidrige Werbung durch den von ihm angestellten Kaufmann B. geduldet hatte. Demgegenüber stellen die hier in Rede stehenden Vorwürfe — Herausgabe des Buches „XY“ mit werbendem Inhalt und Nichteinschreiten gegen die von Dr. K. und der Werbeagentur L. veranlaßte Presseinformation vom 8. Mai 1979 — andersartige Tatbestände dar, wobei in letzterem Fall noch hinzukommt, daß dem Beschuldigten nur Fahrlässigkeit zur Last gelegt werden kann. Fortsetzungszusammenhang bei Fahrlässigkeitsdelikten ist jedoch ausgeschlossen (Lackner, a.a.O. Vorbem. IV 3 a cc vor § 52 StGB).

VIII.

Die Berufspflichtverletzung des Beschuldigten bedarf einer fühlbaren Ahndung. Da der Beschuldigte in drei Fällen gegen das Werbeverbot der Berufsordnung, davon in einem Falle sogar vorsätzlich, verstoßen hat und nachdem er bereits wegen ähnlicher Verstöße schon viermal berufsgerichtlich verurteilt werden mußte, erscheint die vom Erstgericht verhängte Geldbuße von DM 10 000,— auch in Anbetracht der guten Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Beschuldigten — als angemessene, aber auch notwendige Maßnahme (Art. 56 Abs. 1 Nr. 2 KaG).

Die Berufung des Beschuldigten war demnach als unbegründet zu verwerfen.

...

Rechtsanwalt Franz M. Poellinger,
München



Krank im Ausland?
Schwere Unfälle im Ausland oder Erkrankungen fern von der Heimat sind kein Schreckgespenst mehr! Förder-Mitglieder werden bei medizinischer Notwendigkeit bis zu DM 10 000,- kostenfrei heimgeholt. Weitere Informationen bei
S.O.S.-Flugrettung e.V.
7000 Stuttgart 23 Flughafen Postfach 230 323 Telefon 07 11/70 55 55

Neue Lösungen für die französische Sozialversicherung

Während der vergangenen sieben Jahre der Präsidentschaft Giscard d'Estaings gab es mehrere Pläne zur Reform der französischen Sozialversicherung. Sie sollten alle eine definitive Lösung des wesentlichsten Problems bringen: des Problems der roten Zahlen. Aber sie waren stets nur ein Provisorium, eine durchgreifende Reform, die unter Umständen auch die Leistungen der *Securité sociale* betroffen hätte, scheiterte an dem Widerstand der Gewerkschaften, aber auch der Öffentlichkeit. Die soziale Sicherheit, die seit etwa 20 Jahren alle Bevölkerungskreise umfaßt, ist zu einem wesentlichen Bestandteil der Lebensqualität der Franzosen geworden.

Seit 1981 gibt es in Frankreich einen politischen Umschwung. Aber die alten Probleme sind geblieben. Staatspräsident Mitterand hat erklärt, daß eine durchgreifende Reform der sozialen Sicherheit erfolgen wird, wobei die Finanzierung der *Securité sociale* auf eine neue Basis gestellt werden wird. Nun protestieren nicht die Gewerkschaften, aber der Arbeitgeberverband, weil die großen sozialen Lasten die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen beeinträchtigt. Im Laufe der letzten 20 Jahre haben sich die Sozialbeiträge von 9,7 Prozent des Bruttonationalproduktes auf 18 Prozent erhöht. Heute absorbiert die *Securité sociale* 42 Prozent der obligatorischen Abgaben gegenüber 27 Prozent in den Partnerländern Frankreichs. Dabei muß man allerdings feststellen, daß der französische Staat nur in einem relativ kleinen Ausmaß an den Ausgaben der Sozialversicherung beteiligt ist. Die Teilnahme des Staates erreicht 27,5 Prozent in der Bundesrepublik, 41,4

Prozent in Großbritannien, 23,6 Prozent in Italien, 34,5 Prozent in Belgien, 84 Prozent in Dänemark und nur 18 Prozent in Frankreich. Damit die Einnahmen der Beiträge auf Lohnbasis die Erhöhung der Ausgaben der Sozialversicherung ausgleichen, müßten sie sich jedes Jahr um 1,5 bis 2 Prozent erhöhen. Seit fünf Jahren ist das nicht mehr der Fall, im Gegenteil. Man zählt in Frankreich mehr als zwei Millionen Arbeitslose, sie beanspruchen die Leistungen der *Securité sociale*, aber sie bezahlen keine Beiträge, es entfallen für diese zwei Millionen auch die Arbeitgeberbeiträge. Das Hauptproblem ist die Krankenversicherung. Der Weg zu einer Sanierung führt über eine Reduktion der Ausgaben für die Gesundheit. Sie erhöhen sich jedes Jahr um 8 Prozent. Bei diesem Rhythmus werden die Ausgaben für die Gesundheit bis zum Jahre 2000 etwa 25 Prozent des Bruttonationalproduktes erreichen.

Drei Elemente tragen zu dieser Eskalade bei: Die Spitalbetten, die Krankenpflege und die Ärzte. Jedes neue Spitalbett bedeutet ein Plus an Gesundheitsausgaben. Frankreich hat die Hälfte seiner Spitalbetten im Gegensatz zu seinen Nachbarn erst seit 1965 gebaut. Aber es gibt heute noch etwa 60 Spitäler in baufälligem Zustand. Indessen sind heute zuviel Betten da. Eine andere Situation finden wir beim Spitalpersonal. Seine Zahl erhöhte sich zwischen 1966 und 1981 von 206 000 auf 500 000. Bis Ende 1983 sollen insgesamt 20 000 Neuaufnahmen erfolgen. Und wenn die Arbeitszeit, wie es geplant ist, in den Spitälern in absehbarer Zeit auf 35 Wochenstunden reduziert werden sollte, wird man noch wesentlich mehr Personal einstellen müssen.

Dabei erreicht der Abwesenheitsindex in dieser Kategorie des Personals mehr als 25 Prozent...

Ein besonderes Problem ist die medizinische Demographie. In den kommenden acht Jahren werden 65 000 neue Ärzte zur Verfügung stehen und etwa 25 000 werden in Pension gehen. Aber da der Gesundheitsminister die gegenwärtige Zahl von Ärzten, etwa 110 000, als unzureichend ansieht, hat er an den Fakultäten 5000 neue Studienplätze geschaffen, statt — wie sein Vorgänger es geplant hatte — ihrer 700 jedes Jahr zu eliminieren.

Von der Regierung wurden verschiedene Maßnahmen beschlossen, um das Defizit zu überbrücken. Dabei werden alle zur Kasse gebeten. Selbst die Arbeitslosen, wenn sie eine Unterstützung bekommen, die größer ist als der Mindestlohn. Einsparungen bei der Verwaltung der *Securité sociale*, eine forcierte Rückzahlung der Schulden der Unternehmer an die Sozialversicherung sollen die fehlenden Milliarden bringen.

Die Reform der Sozialversicherung sieht eine Aufspaltung des Dachverbandes vor, der die Kassen der Familienzulagen und die Altersversicherung umfaßt. Künftig wird die Sozialversicherung die Kassen der Familienzulagen dem Staat überantworten, für die Altersversicherung wird eine eigene Organisation geschaffen werden, so daß der *Securité sociale* lediglich die Krankenversicherung verbleibt, deren Finanzierung eine wesentliche Reform erfahren wird. Der Staat wird einen wesentlich höheren Anteil an den Ausgaben der Sozialversicherung übernehmen, die Beitragsleistung soll nicht mehr an eine Beitragsbemessungsgrenze gebunden sein, sondern dem Einkommen entsprechend berechnet werden. Der Selbstkostenbeitrag wird für die minderbemittelten Bevölkerungskreise abgeschafft und für die Bessergestellten erhöht werden. Mit der neuen Struktur und der zu erwartenden wirtschaftlichen Besserung wird sich die finanzielle Basis der *Securité sociale* konsolidieren. Mittelfristig aber ist ein wesentlich verstärkter Einfluß des Staates auf allen Gebieten der sozialen Sicherheit zu erwarten. Aber eine Verstaatlichung des Gesundheitsdienstes wird strikt abgelehnt.

J. H., Paris

Lesung der Bayerischen Schriftstellerärzte in der JVA Straubing

(Schluß)

Während P. Hagenauer in dem erwähnten Bericht – der übrigens glänzend geschrieben ist und von einer sehr pointierten Dramatik lebt – einen unüberbrückbaren Gegensatz zwischen der „Welt aus der Perspektive der Arrivierten und Etablierten und daher uneingeschränkt gültig“ und der der dichtenden Gefangenen konstruiert, hatte ich den Eindruck, der sich bei den Gesprächen bestätigte, daß es falsch wäre, eine solche strikte Abgrenzung zu betonen; denn viele der von beiden Seiten angesprochenen Probleme sind allgemeinmenschliche – die Strafgefangenen sind doch zu allererst Menschen. Es sind Menschen, die zwar eine lange, oft sehr lange Zeit in ihrer Ausnahmesituation zubringen müssen, die aber dann doch fast alle wieder in die Außenwelt zurückkehren können, wobei sie sich allerdings – auch das wurde in den Gesprächen deutlich – keine Illusionen über die Schwierigkeit des Wiedereinfindens machen. Die Strafgefangenen haben zusätzlich zu ihren besonderen Problemen natürlich dieselben Fragen wie wir alle, und deshalb hatte cfr. Last aus seiner Erfahrung heraus mit Recht gemeint, man könne alles lesen, was Menschen angeht.

Die Mitglieder der Lyrikgruppe hatten zugesagt, mir über cfr. Last Abschriften von einigen ihrer Beiträge zu schicken, damit ich die Möglichkeit habe, bei meinem Bericht Gedichte ganz oder auszugsweise mit zu veröffentlichen. Aus Platzgründen muß ich mich leider auf das beschränken, was auf kleinem Raum wiederzugeben ist. So muß die Aufnahme längerer Gedichte ganz unterbleiben, wenn nicht ein sinnvoller Auszug möglich ist, und leider auch die der sehr beachtenswerten Kurzgeschichte „Der Knabe“.

Ich bedanke mich für die Übersendung, wie auch zum Schluß unser Dank noch einmal cfr. Last gilt für alle seine Bemühungen und dem Leitenden Regierungsdirektor Dr.

Stärk für seine Aufgeschlossenheit, seine freundlichen Worte und seine Einladung zum Wiederkommen.

Eine Auswahl aus Beiträgen der Lyrikgruppe der JVA Straubing

Der Mensch und der Tod

(Der Tod ist auf den Schrei
„ich will noch nicht“
noch einmal gegangen)

Der Mensch, der denkt sich: ach wie fein,
Das wer ja doch nur Trug und Schein
Und frißt und stopft sich nun das Maul.
Sein Kopf der bleibt gedankenfeul.
In einer hellen Winternacht,
Da kam der schlaue Tod zurück
Und hat den Menschen umgebracht
Und nahm ihm sein verlognes Glück.

O. H.

Letzter Wunsch

Und wenn ich tot bin,
dann wünsch ich mir, daß die
Sonne scheint!
An einem stillen Ort will ich begreben
werden,
und daß keiner um mich weint!

Und wenn ich tot bin,
so soll euch keiner trauern!
Nicht einer soll gut reden über mich!
Auch keiner soll am Grab stehn mit
einem Kerzenlicht!

Und wenn ich tot bin,
so will ich, daß mir keiner je verzeiht,
für das, was ich getan in meinem Leben!
Ich tat's; und nichts hab ich bereut!

Und wenn ich tot bin,
dann wünsch ich mir, daß nur ein
Vöglein singt!
Das Lied vom Frieden!
Und daß mir keiner Blumen bringt!

M. L.

Wohn

Oh Wald! Oh Vogel, der einst sang
dein lautes Schwelgen tut mir weh
Wolken zieh'n tief, grau schwer, wie krank
sehnsüchtig schau ich in die Höh'.

Vor länger, langer Zeit scheint mir
da sungen Vögel in den Zweigen

du Leben komm zurück zu mir
hab' Angst, vermiss' dein buntes Treiben.

Wenn einst die grauen Nebel wellen
hab' keine Angst vor Deiner Nacht
Im Herbst die reifen Früchte fallen
sie ruhen nur, sind eines Togs
zu blühend Leben aufgeweckt.

P. L.

Sinn des Lebens

Wassertosen,
Weißer Gisch,
Rote Rosen,
Ihr verzischt,
Ihr verblüht,
Wenn der Süd
Starrer Nordwind weichen muß.
Heißes Blut,
Sinnestoben,
Rascher Mut
Ist verstoben
Und verglüht,
Eh mein Lied
Sendet seinen ersten Gruß.
Wasser wallen
Hin zum Meere,
Blätter fallen,
Werden Erde.
Durch den Tod
Heim zu Gott
Geht des Menschen Lebensfluß.

W. K.

Der kleine Lump!

Hockt im Knast der kleine Lump
schuftet nichts und lebt auf Pump
rund herum die Menschen rennen
und ihn auch zur Arbeit drängen
doch er denkt: habt mich doch lieb
und in seiner Zelle blieb –
die Einteilung – welch ein Hohn
ich die Arbeit – ihr den Lohn.

Hockt im Knast und meint versonnen,
wirst so bald nicht wiederkommen
doch der Tag wenns ist soweit
das dauert eine Ewigkeit
dann in Freiheit Sinn bedacht
nicht in Eile über Nacht,
so gehts nicht, so ist es schwer,
so wirst du kein Millionär'.

F. A.

Der Wachtel!

Der Justizbeamte hierzu Land
wird allgemein nur – „Wachtel“ gnannt.
Ein Wachtel das ist ein enorm –
wichtig's Objekt in Uniform.
Der Wachtel sorgt im Haus (Knast) für Ruh,
er sperrt die Türen auf und zu.
Er beschützt Dich auf Schritt und Tritt,
sogar zum Doktor geht er mit.
Besucht dich deine Frau mal hier,
der Wachtel bleibt selbst da bei dir.

So, jetzt hör Ich auf denn auf die Dauer
wer'n die Wachteln sonst noch sauer.
Und die Moral von dem Gedicht

die Wachtin bräuchten wir eigentlich –
gar nicht!

F. H.

Das Fressen

Dem Keilner mit der Karte winken,
ein Krügel Bier zum Pelatschinken,
zuvor noch schnell ein Glaserl Wein,
egal wie's kommt es muß hinein,

Da wird gefressen und gesoffen auch
Käse hält den Magen offen,
Nun kommt mit Kraut ein letter Haxen,
auf daß die Polster weiter wachsen.
Derauf ein Schnaps recht klar und rein,
soll gut für die Verdauung sein.
Doch nicht genug mit dem Gelage:
Herr Ober, ne bescheidne Frage!
die Hand am Mund und etwas leis:
„Herr Ober einen Becher Eis!“

So schön wie's ist das große Fressen,
nur sollt man eines nicht vergessen
mehr Sport zur rechten Zeit getrieben,
wärt ihr noch heute schlank ihr Lieben!

E. K.

Aus einem Bericht der Kommission
des Beschwerdeeusschusses des
Bayerischen Landtages:

Die Beschwerden bezüglich der Praxis
in den hiesigen Voilzugsanstalten wer-
den nachdrücklich zurückgewiesen.
Die neuen Verwahrungszellen sind be-
quem und sauber, hell, werm und unver-
gittert.

Die Watterpolster, auf weiche die Ver-
wahrten gebettet sind, sind seuglähig
und weich; sie werden zweimal wöchent-
lich erneuert. Die durch Schläuche zuge-
führte Nährflüssigkeit ist reichlich und
entspricht ernährungswissenschaftlichen
Anforderungen.

Als voller Erfolg betrachtet werden muß
die anfänglich mit Skepsis verfolgte Re-
duzierung der Zellenhöhe; 13,6 cm sind
jedoch völlig ausreichend; auch war es
nur so möglich, die modernen 500stöcki-
gen Verwahrungstrecke zu errichten, mit
denen man der in ständiger Zunahme
begriffenen Kriminalitätsrate entgegen-
wirken konnte.

Die Methoden der Knochenauslösung
sind weitgehend schmerzlos, absolut
hygienisch und so fortgeschritten, daß
diesbezügliche Klagen als haltlos und
unberechtigt zurückgewiesen werden
müssen.

L. L.

Anschritt des Verfassers:

Dr. med. Erwin Stetter, Wichernstraße 7,
8450 Amberg

Kongresse – Allgemeine Fortbildung

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am Donnerstag, 17. Februar 1983
in München

Thema: Kantinenverpflegung für die
Praxis nach ernährungswissenschaft-
lichen Grundsätzen (Professor Dr. G.
Wolfram, Lehrstuhl für Ernährungslehre
der Technischen Universität München)
– Diskussion

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

IV. Fürther medizinischer Fortbildungstag

am 19. Februar 1983 in Fürth

Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband
Fürth und II. Medizinische Klinik des
Stadtkrankenhauses Fürth

Leitung: Professor Dr. O. Stadelmann,
Fürth

Themen: Neue Methoden in der klini-
schen Radiologie – Computertomogra-
phie – Ultrascheldiagnostik – Palliative
endoskopische Gallenwegsdrainage –
Leseranwendung in der Gastroenterolo-
gie – Diagnostischer Stufenplan in der
Klinik bei Erkrankungen des Bauchra-
umes – Diagnostischer Stufenplan in der
Praxis bei Erkrankungen des Bauch-
raumes

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 13.30 Uhr

Ort: Stadthalle, Fürth

Auskunft:

Ärztlicher Kreisverband Fürth, Henri-
Dunant-Straße 11, 8510 Fürth, Telefon
(0911) 77 1980

5. Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung

vom 5. bis 12. März 1983 in Bad Klein-
kirchheim

Veranstalter: Berufsverband Deutscher
Internisten e.V. (BDI), Wiesbaden, in Zu-
sammenarbeit mit der Ärztekammer für
Kärnten

Leitung: Dr. H.-J. Frank-Schmidt, Lud-
wigshafen, Professor Dr. J. Stockhausen,
Köln

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßabteilung des Berufsverbandes
Deutscher Internisten, Adolfsallee 25,
6200 Wiesbaden, Telefon (06121) 306028

Notfall- und Katastrophenmedizin 1983

Fortbildungsseminar für die Ärzte
Bayerns und die Sanitätsoffiziere der
Bundeswehr

23. Februar 1983

Gynäkologischer Notfall – Kinderchirur-
gischer Notfall – Pädiatrischer Notfall

30. März 1983

Die Schädelverletzung – ein interdiszi-
plinäres Problem (Neurochirurgie, MKG-
Chirurgie, HNO-Heilkunde, Augenheil-
kunde, Anästhesiologie)

Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15.00
Uhr s. t. bis 18.00 Uhr

Ort: Auditorium maximum der Sanitäts-
akademie der Bundeswehr, Neuherberg-
straße 11, München 45

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau
Scheitzenhammer, Mühlbaurstraße 16,
8000 München 80, Telefon (089) 4147-287

Frühjahrskongreß für Ganzheits- medizin

vom 6. bis 12. März 1983 in Gernisch-
Pertenkirchen

Themen: Rheumatismus – Diabetes –
Homöopathie – Stoffwechselstörungen
– Allergien

Auskunft:

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

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzterverbandes

vom 6. bis 19. März 1983 in Pontresina

Fortbildungslehrgang

Leitung: Professor Dr. P. Bernett,
München

Thema: Schwerpunkt der Sportmedizin
aus internistischer, orthopädischer und
traumatologischer Sicht

Auskunft und Anmeldung:

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

am 26./27. März 1983 in Grünwald

Fortbildungslehrgang

Leitung: Dr. J. Koffner, Dr. P. Lenhart,
beide München

Thema: Trainer, Arzt und Athlet, speziell
Tepe-Verbände

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grün-
wald, Telefon (089) 649626

29. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschall Diagnostik (Anfängerkurs)

vom 21. bis 24. März 1983 in Erlangen

Leitung: Privatdozent Dr. J. F. Riemann, Privatdozent Dr. H. Lutz, Privatdozent Dr. G. Lux, alle Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Freu Schatt, Krenkenheustraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-3374

EKG-Kurs für Sportärzte (Grundkurs)

vom 22. bis 24. April 1983 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Universitäts-Poliklinik, Frau E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-3702 oder 3703

14. Kurs für Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae

am 28./29. April 1983 in München

Leitung: Professor Dr. O.-E. Lund, München

Thema: Diagnostik, Früherkennung und Prophylaxe der Ablatio retinae mit Unterstützung des Hermann-Wacker-Fonds

Anmeldung bis März 1983

Am 28. April 1983 besteht die Möglichkeit, an einem Farbsinnkurs, ausgerichtet von der Augenklinik der Universität Heidelberg, teilzunehmen. — Teilnahmebegrenzung, gesonderte Anmeldung erbeten.

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. O.-E. Lund, Direktor der Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (089) 51 60-1

33. Lindauer Psychotherapie Wochen vom 18. bis 30. April 1983 in Lindau

Leitung: Dr. P. Buchheim, H. Remmler, Dr. T. Seifert, alle München

Thema: Die Bedeutung der Familie in der Psychotherapie

Es werden etwa 150 Seminare, Kurse und Übungen zur psychotherapeutischen Fort- und Weiterbildung veranstaltet.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Lindauer Psychotherapie Wochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2, Telefon (089) 292522

Badgastein 1983 — Der Kongreß vor der Haustüre Bayerns: Akute und schwere Krankheiten in der ärztlichen Praxis

XXVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 6. bis 18. März 1983 in Badgastein

Leitung: Professor Dr. Dr. Dr. h. c. H. E. Ehrherdt, Merburg

In Badgastein war und ist es üblich, den Kongreß unter ein Gesamt- oder Rahmenthema zu stellen, das gleichsam als roter Faden wenigstens für die Hauptreferate, Podiumsgespräche oder Kolloquien dient, die für das tägliche Nachmittagsprogramm bestimmend sind. Des Rahmenthema für 1983 dürfte sich durch besondere Aktualität auszeichnen, obwohl es sich um einen nicht gerade neuen Fragenkomplex handelt.

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

A. Kongreßöffnung und Referate zur Einleitung

B. Hauptreferate und Podiumsgespräche oder Kolloquien

I. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

II. Gastroenterologie

III. Nephrologie, Urologie

IV. Licht und Haut

V. Therapie mit Antikoagulantien

VI. Infektionskrankheiten

VII. Pneumologie

VIII. Medizin und Recht

IX. Sexualmedizin

X. Geriatrie

C. Seminare

Kardologie — Orthopädie „Der Kreuzschmerz in der täglichen Praxis“ — Gynäkologie und Geburtshilfe — Sportmedizin — Psychiatrie — Der Problempatient — Immunologie in der Praxis — Handchirurgie — Autogenes Training — Hämatologie und Onkologie in der Praxis — Medizinische Genetik — Rheumatologie „Der Beinschmerz“ — Familiendynamik und psychiatrische Erkrankungen in der Adoleszenz — Notfälle in der Medizin mit praktischen Übungen am Phantom — Pädiatrie — Medizinische Erfordernisse bei der Erhebung von Laboratoriumsuntersuchungen — Neurologie und Neurochirurgie — Elektrokardiographie — Ultraschall Diagnostik (mit Demonstrationen) — Mißbrauch und Sucht — Arzneimittel-Seminar

D. Veranstaltungen verschiedener Themen

Balneologie — Berufspolitik in Österreich — Theologie und Medizin — Filme gemäß Sonderprogramm — Quellenführungen — Einfahrten in den Thermalstollen Badgastein-Böckstein

Auskunft und Anmeldung:

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

Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth

23. Februar 1983

Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie zerebraler Durchblutungsstörungen

Professor Dr. Finke, Stuttgart

Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

2. März 1983

Neue Aspekte in der Glukokortikoidtherapie

Professor: Dr. Möllmann, Bochum

Ort: Stedthalle Bayreuth

16. März 1983

Diagnostik und Therapie der chronischen Polyarthrit

Privatdozent Dr. Müller-Fassbender, Bad Abbach

Ort: Stedthalle Bayreuth

20. April 1983

Ödeme und Diurese

Professor Dr. Holzgreve, München

Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

4. Mai 1983

Neue Erkenntnisse zur Entstehung der Arteriosklerose — Die Rolle der Prostaglandine

Dr. Henze, München

Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

25. Mai 1983

Parkinson

Privatdozent Dr. Ulm, Kassel

Ort: Stedthalle, Bayreuth

22. Juni 1983

Depressionen

Professor Dr. Hippius, München

Ort: Stedthalle, Bayreuth

Auskunft:

Medizineldirektor Dr. med. W. Ralsch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 2 23 88

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, Mühlaburstraße 16,
8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288**

Elektrokardiographie

Fortbildungskure in der Elektrokardiographie des Kindesalters am 25./26. März 1983 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. H. Gutheil

Kinderklinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Kardiologische Abteilung/Herzzentrum Universität

Direktor: Professor Dr. K. Stehr

Beginn: 25. März 14.30 Uhr — Ende: 18.00 Uhr

Beginn: 26. März 9.00 Uhr — Ende: 14.00 Uhr

Teilnahmegebühr: DM 30,—

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Kardiologischen Abteilung, Frau Kreller, Telefon (09131) 85-3750

Neurologie und Psychiatrie

11. Fortbildungstagung für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete vom 18. bis 20. März 1983 in Erlangen

Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. H. Daun) und Psychiatrische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. Lungershausen)

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

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

Themen: Das depressive Syndrom — Schäden peripherer Einzelnerven — Epilepsie, Diagnose und Therapie

Auskunft und Anmeldung:

Frau K. Paschke, Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-4563 und 4564

Orthopädie

2. Arbeitstagung „Fortschritte auf dem Gebiet der Neuroorthopädie“ am 11./12. März 1983 in Erlangen

Orthopädische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldkrankenhaus

Direktor: Professor Dr. D. Hohmann

Beginn: jeweils 9.00 Uhr — Ende: Freitag, 11. März ca. 18.00 Uhr; Samstag, 12. März ca. 19.30 Uhr

Thema: Lendenwirbelerkrankungen mit Beteiligung des Nervensystems

Auskunft und Anmeldung:

Dr. B. Kügelgen, Nervenkrankenhaus Bayreuth, Cottenbacher Straße 23, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 283308

Tropenmedizin

III. Tropenmedizinisches Kolloquium am 19. Februar 1983 in Würzburg

Missionsärztliche Klinik Würzburg

Ltd. Arzt: Privaldozent Dr. K. Felscher

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 13.00 Uhr

Thema: Fieber unklarer Ursache nach Tropenaufenthalt

Programm: Differentialdiagnose fieberhafter Erkrankungen nach Tropenaufenthalten — Differentialdiagnose und parasitäre Ursachen — Bakterielle Ursachen — Virale Ursachen — Rundtischgespräch: Meldung, Überwachung und Isolation potentiell gefährlicher Infektionserkrankungen

Auskunft und Anmeldung:

Missionsärztliche Klinik, Tropenmedizinische Abteilung, Selvatorstraße 7, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 809228

Radiologie

Fortbildungskurs vom 21. bis 25. Februar 1983 in München

Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H. Anacker) unter Mitwirkung der Nuklearmedizinischen Klinik, des Instituts für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie, der I. Medizinischen Klinik, der Chirurgischen Klinik, der Frauenklinik und der Urologischen Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Röntgengesellschaft

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 16.30 Uhr

Themen: Knochenlunoren — CT der Kreuzbänder und des Femoropatellar-

Februar — April 1983

7. bis 11. Februar
Chirurgie, München

19. Februar
Innere Medizin, Würzburg

19. Februar
Tropenmedizin, Würzburg

21. bis 25. Februar
Radiologie, München

11./12. März
Orthopädie, Erlangen

18./19. März
Sonographie, München

18. bis 20. März
Neurologie und Psychiatrie,
Erlangen

25./26. März
Elektrokardiographie, Erlangen

28. bis 30. April
Sonographie, München

gelenkes — Digitale Angiographie und transvenöse Xeroangiographie — NMR — Pankreasdiagnostik — PTCD — Diagnostik des Lungenkrebses einschließlich der verschiedenen bioptischen Methoden — Ultraschall des Abdomens, der Mamma, der Prostata, des Herzens und in der Geburtshilfe — Untersuchungsvorfürungen (Teilnahme begrenzt)

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Anacker, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 41 40-2620 oder 41 40-2621

Sonographie

2. Seminar für Sonographie (Aufbaukurs) (Abdominelle Organe) bestehend aus zwei Teilen:

Teil A am 18./19. März 1983 und Teil B vom 28. bis 30. April 1983 in München

Wochenendseminar zur Weiterbildung in der abdominellen Sonographie am 16./17. September 1983 in München

Leitung: Oberarzt Dr. W. Zimmermann
Stiftsklinik Augustinum, München
Chefarzt: Professor Dr. D. Michel

Teilnehmergebühr: Seminar (Teil A und B) insgesamt DM 160,—; Weiterbildungswochenende DM 80,—

Letzter Anmeldetermin: Seminar: 8. März 1983 (Posteingang); Weiterbildungswochenende: 6. September 1983 (Posteingang)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 3. Vierteljahr 1982

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1981		1982
		Vierteljahres- durchschnitt	3. Vierteljahr	
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten darunter	205	183	221
011-018,137	Tuberkulose insgesamt	101	98	97
140-199	Bösartige Neubildungen darunter	6329	6465	6571
151	des Magens	977	1004	989
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	938	994	1022
160-163	der Atmungsorgane	964	1008	1015
174	der weiblichen Brustdrüse	526	520	528
179-182	der Gebärmutter	225	247	224
185	der Prostata	332	344	332
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoeti- schen Gewebes	427	440	422
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntem Charakters	467	509	480
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems darunter	802	695	676
250	Diabetes mellitus	679	596	574
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	82	79	65
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	543	540	589
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems darunter	15144	13620	13623
410	akuter Myokardinfarkt	3125	2841	2945
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	1773	1501	1616
426, 427	Herz-Reizleitungs- und Rhythmusstörungen	342	381	305
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	3359	3120	2766
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4568	4105	4106
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane darunter	1891	1598	1602
480-486	Pneumonie	623	525	595
487	Grippe	27	3	3
466, 490, 491	Bronchitis	591	506	437
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane darunter	1633	1601	1661
531, 532	Magen- und Zwölftingerdarmgeschwür	155	167	175
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	65	60	82
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	644	620	601
570, R.v. 571 u. 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	309	322	312
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane darunter	579	597	500
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniera	50	57	33
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	5	5	5
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	136	126	141
740-759	Kongenitale Anomalien	124	108	108
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatal- zeit haben	159	170	128
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	296	254	295
E800-E949	Unfälle darunter	1456	1555	1618
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innarhalb und außerhalb des Verkehrs	660	789	820
E850-E869	Vergiftungen	12	13	11
E880-E888	Unfälle durch Sturz	554	501	512
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	610	643	663
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	49	44	85
	Sterbefälle insgesamt	30934	29232	29453

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

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im November 1982 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der Salmonellose-Erkrankungen ging im November weiter zurück. Auf 100 000 Einwohner kamen im Durchschnitt 79 Fälle gegenüber 112 im Oktober, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Die Erkrankungshäufigkeit an

Virushepatitis lag im November annähernd unverändert bei 41 Fällen gegenüber 42 im Oktober, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

Weiterhin sank die Zahl der Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis. Die auf 100 000 Einwohner bezogene Ziffer verminderte sich von neun Fällen im Oktober auf sechs im November.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. November 1982 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis Infectiosa				Virushepatitis					
	Meningo- kokken- Meningitis		andere bakterielle Meningiti- den		Virus- Meningo- enzephaliti- s		Übrige Formen		Salmo- nellose		Übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare und Übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	1	1	4	2	3	—	5	—	221	2	26	—	87	1	46	—	11	—
Niederbayern	3	1	—	—	3	—	3	—	60	—	5	—	9	—	4	1	1	—
Oberpfalz	—	—	3	1	—	—	1	—	48	—	7	—	4	1	2	—	3	—
Oberfranken	2	—	4	—	—	—	3	—	30	—	4	—	21	—	8	—	2	—
Mittelfranken	1	—	5	—	—	—	4	—	170	—	14	—	32	—	8	—	1	—
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	1	—	81	1	16	—	17	—	12	—	3	—
Schweben	—	—	1	—	—	—	3	—	54	—	7	—	54	—	15	—	8	1
Bayern	7	2	17	3	6	—	20	—	664	3	79	—	224	2	95	1	29	1
Vormonat	10	2	28	1	19	—	18	1	942	3	71	—	236	1	88	1	30	—
München	1	—	2	2	1	—	—	—	57	—	8	—	51	1	24	—	5	—
Nürnberg	1	—	3	—	—	—	—	—	17	—	2	—	18	—	3	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	16	—	1	—	3	1
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	6	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	1	—	—	—	—	—	7	—	—	—	2	—	1	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	104	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	Typhus abdomi- nalis		Shi- gellen- ruhr		Malaria		Orni- those		Trichi- nose		Brucel- lose		Q- Fieber						Toll- wut- ver- decht 2)		
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St			
	10		11		12		13		14		15		16		17		18			19	
Oberbayern	—	—	29	—	4	—	—	—	—	—	1	—	—	—					9		
Niederbayern	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—					—		
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—					2		
Oberfranken	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—					8		
Mittelfranken	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					3		
Unterfranken	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—					—		
Schweben	1	—	5	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—					28		
Bayern	1	—	39	—	8	—	3	—	1	1	1	—	1	—					50		
Vormonat	7	—	45	—	4	1	2	—	—	—	8	—	—	—					48		
München	—	—	15	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—					—		
Nürnberg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					1		
Augsburg	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					—		
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—					—		
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—					—		
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					—		
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—					—		

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

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

St = Sterbefälle.

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

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

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

Schnell informiert

Gebühren für die von der Polizei veranlaßten Leistungen bei Blutentnahme zur Feststellung von Alkohol im Blut

Seit mehreren Jahren hat sich die Bayerische Landesärztekammer beim zuständigen Bayerischen Staatsministerium des Innern dafür eingesetzt, den bisher gewährten Zuschlag von 50 Prozent zu den Einzelsätzen der GOÄ (alt) anzuheben. Die Entscheidung darüber wurde wegen der beabsichtigten Neufassung der GOÄ zurückgestellt. Nunmehr hat das Bayerische Staatsministerium des Innern mitgeteilt, daß ab 1. Januar 1983 eine Vergütung nach den Einzelsätzen der dann gültigen GOÄ erfolgt. Die Anwendung der entsprechenden Ziffern ergibt gegenüber der alten Regelung in etwa einen Zuschlag von 75 Prozent. Bei einer Blutentnahme außerhalb der Behandlungs- und Wohnräume des Arztes ist die Erhöhung der Gesamtvergütung noch günstiger. Dem Innenministerium erscheint die Gewährung eines Zuschlages zu den Einzelsätzen der GOÄ (neu) im Hinblick auf die allgemeine Finanzsituation nicht durchsetzbar.

Die Bayerische Landesärztekammer hat diesem Verfahren zugestimmt. Die Neuregelung gilt, entsprechend der GOÄ (neu), für Blutentnahmen, die ab 1. Januar 1983 durchgeführt werden.

BLAK

Wehlen bei den Anästhesisten

Anlässlich des 12. Bayerischen Anästhesistentages in Augsburg wurden die Landesvorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin sowie des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten gewählt:

Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin

Landesvorsitzender:

Professor Dr. Kleus Peter, München

1. Stellvertreter:

Professor Dr. Ingrid Rietbrock, Würzburg

2. Stellvertreter:

Professor Dr. Robert Enzenbach, München

Berufsverband Deutscher Anästhesisten

Landesvorsitzender:

Chefarzt Dr. Othmer Zierl, München

1. Stellvertreter:

Chefarzt Dr. Eike Kipka, Ansbach

2. Stellvertreter:

Chefarzt Dr. Jörg von Rauffer, Gunzenhausen

Broschüre: DKG-Erhebung zur Personellage in den Krankenhäusern

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat vor kurzem diese Broschüre herausgegeben. Sie ist ihrem Charakter nach eine vorwiegend kommentierende Darstellung der tatsächlichen Personalsituation in den Krankenhäusern.

Die Broschüre kann zum Preis von DM 20,- angefordert werden bei: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Abteilung für Presse und Öffentlichkeitsarbeit, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30.

Strehlschutzkleidung nach DIN 6813 (Ausgabe Juli 1980)

Nach der neuen DIN 6813 müssen ab 1982 neu hergestellte Strahlenschutzschürzen einen Bleigleichwert von 0,35 mm aufweisen, ausgenommen Strahlenschutz-Operationsschürzen und die Rückenteile von Strahlenschutzschürzen, für die ein Bleigleichwert von 0,25 mm ausreichend ist. *Bereits vorhandene* Strahlenschutzschürzen, die früheren Normen mit 0,25 mm Bleigleichwert entsprechen, dürfen jedoch weiterhin verwendet werden.

Für Patientenschutzrichtungen — ob alt oder neu — ist ein Bleigleichwert von mindestens 0,4 mm vorgeschrieben.

Es ist bekanntgeworden, daß einzelne Firmen mit dem Argument arbeiten, die alten Schürzen mit 0,25 mm Bleigewicht seien nicht mehr zulässig.

BLAK

Literaturpreis der Bundesärztekammer

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat beschlossen, einen Literaturpreis zu stiften. Mit diesem Preis sollen hervorragende belletristische Arbeiten von Ärzten ausgezeichnet werden. Es ist vorgesehen, den Literaturpreis enlächlich der Jahrestagung des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte zu überreichen. Dieser Literaturpreis ist mit DM 15 000 dotiert und soll erstmals 1983 verliehen werden.

Preise

Ausschreibungen

van Aeken-Preis — Der Deutsche Verband langlaufender Ärzte e. V. schreibt hiermit den von der Firma von Heyden GmbH gestifteten und mit DM 2000 dotierten van Aeken-Preis aus. Ziel des Preises ist die Förderung ausdeuersportbezogener wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet des Langstreckenlaufes. — Einsendeschluß: 30. Mai 1983. Weitere Auskünfte: Rechtsanwalt Benning, Prinzregentenstraße 1, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 3 35 25

Film- und Fernsehpreis 1983 — Der Hartmannbund — Verband der Ärzte Deutschlands — schreibt hiermit den Film- und Fernsehpreis 1983 aus. Prämiert werden ein Film oder ein Fernsehbeitrag, der in der Zeit vom 1. August 1982 bis 31. Juli 1983 erstaufgeführt oder gesendet wird und der Patient und Arzt gemeinsam berührende Probleme in objektiver und verständlicher Form wirklichkeitsnah schildert. — Weitere Auskünfte: Hartmannbund, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 37 30 45

Wilhelm-Conrad-Röntgen-Preis — Vorstand und Mitgliederversammlung der Deutschen Röntgengesellschaft schreiben hiermit den mit DM 50 000 dotierten Wilhelm-Conrad-Röntgen-Preis aus. Das Thema der wissenschaftlichen Arbeit muß dem Fortschritt der Radiologie dienen. Eingeschlossen sind die Arbeitsgebiete Röntgendiagnostik und andere bildgebende Verfahren, Strahlentherapie, Nuklearmedizin, Strahlenbiologie, Strahlenphysik und -technik. — Einsendeschluß: 30. November 1983. Weitere Auskünfte: Sekretariat Professor Dr. Lissner, Radiologische Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 70 88 78

Buchbesprechungen

Musik als Therapie oder Störfaktor

Herausgeber: M. Grunwald/Dr. G. Marschner, 78 S., 39 Abb., kart., DM 18,—. Karl F. Haug Verlag GmbH & Co. KG, Heidelberg.

Dieses Thema ist für jeden von uns wichtig, weil wir selbst als Hörer einer zunehmenden Flut von akustischen und musikalischen Reizen, u. e. in den Medien, ständig ausgeliefert sind. Bisher liegen keine Untersuchungen des Musikerlebens mit Hilfe der bioelektronischen Funktionsdiagnostik (BFD) vor. Im vorliegenden Buch werden Versuchsreihen zur Registrierung von Veränderungen nach Musikeinfluß objektiv besprochen, ergänzt durch subjektive Äußerungen des Patienten. Es wurden neben traditioneller Tonkunst auch experimentelle Musik der Gegenwart berücksichtigt. Es konnte dabei ein umfassender objektiver Einblick in psychovegetative Reaktionen erbracht werden. — Diese Forschungen sollen erst ein Anfang sein für spätere Untersuchungen von aktiver Musiktherapie auf Organbeeinflussungen.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Arbeitsbuch Pathologie

Band 2: Spezielle Pathologie I — Band 3: Spezielle Pathologie II

Herausgeber: Prof. Dr. J. H. Holzner, pro Band ca. 350 S., DM 32,— pro Band. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Die beiden als Arbeitsbuch bezeichneten Bände enthalten in Kurzfassung die gesamte spezielle Pathologie. Auch neue Ergebnisse und Nomenklaturen sind berücksichtigt. Wie bei jedem Arbeitsbuch werden aber nur stichwortartige Übersichten gegeben, die den Studenten nicht von der Benutzung eines ausführlichen Lehrbuches entbinden, sofern er zu einem tieferen Verständnis der Krankheiten aus morphologischer Sicht kommen will. Für den schon Erfahrenen ist das Werk wegen seiner knappen und trotzdem vollständigen Übersicht eine schnelle Hilfe.

Dr. med. J. Weber, Ansbach

Der psychosomatische Kranke in der Praxis

Herausgeber: B. Luban-Plozza/W. Pöldinger, 267 S., 18 Abb., 32 Tab., geh., DM 48,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das 1971 erstmals erschienene Buch liegt jetzt in einer 4. neu bearbeiteten und erweiterten Auflage vor. Daß es trotz der Fülle der bisher erschienenen Literatur immer noch ein empfehlenswertes Standardwerk für jeden interessierten Arzt ist, mag wesentlich seinen Grund darin finden, daß die Autoren es in glücklicher Weise verstehen, diese differenzierte Thematik verständlich darzustellen, ohne ins Populärwissenschaftliche abzugleiten und trotz starker Praxisbezogenheit auch den theoretisch-wissenschaftlichen Hintergrund nicht vernehlässigen. Nach einem einleitenden Kapitel über die psychosomatischen Wechselbeziehungen werden die verschiedenen psychosomatischen Krankheiten, psychovegetative Syndrome, funktionelle sexuelle Störungen, ebenso angesprochen wie psychosomatische Aspekte in der Zahnheilkunde, der Onkologie sowie des höheren Lebensalters. Der letzte Teil des Buches wird den therapeutischen Zugängen einschließlich der Psychopharmakotherapie gewidmet.

Dr. med. U. Knöfker, Würzburg

Herz- und Kreislaufkrankheiten

Herausgeber: R. Juchems u. a., 292 S., 60 Abb., 13 Tab., kart., DM 50,—. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

Also eine Propädeutik der Kardiologie, die sachgemäß und folgerichtig eine Skizze sein muß, in der die Erfahrungen der einzelnen, beteiligten Autoren eingehen und unterschiedliche Akzente setzen müssen. Die umrißhafte, teilweise detaillierte Schilderung der einzelnen Krankheits-Entitäten im Rahmen des dionysisch-illustrativen Faches der Kardiologie können einen Medizinstudenten oder faszinierten, jungen Arzt zur Befassung mit diesem Fach und zu anstoßenden Innovationen, bitte unter Beachtung des Ganzen, veranlassen und begehren.

Dr. med. W. Garmann, Sonthofen

Therapie der Herzrhythmusstörungen

Herausgeber: B. Lüderitz, 184 S., 58 Abb., 33 Tab., geb., DM 32,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Angesichts der immer schwerer zu überschauenden Thematik der Herzrhythmusstörungen kommt dieser Monographie besondere Bedeutung zu. Die antiarrhythmische Behandlung ist heute vielfältiger, wirksamer und komplizierter geworden. Auf Aktualität, Praktikabilität und tabellarische Darstellungsform wird deshalb besonderer Wert gelegt. Zur vertiefenden Lektüre verweist der Autor in einem ausführlichen Literaturverzeichnis auf Originalarbeiten und Monographien. Eine Transparenzliste für das Indikationsgebiet Herzrhythmusstörungen ist der Monographie beigegeben. — Der kurze Leitfaden ist allen am Thema interessierten Ärzten zur Anschaffung bestens zu empfehlen.

Dr. med. C.-G. Zöbisch, München

Alkohol und Organschäden

Herausgeber: R. Teschke/C. S. Lieber, 272 S., 44 Abb., 27 Tab., Leinen, DM 65,—. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

In überwiegend stringent gehaltenen, zum Teil sehr spezifischen Artikeln werden epidemiologische, metabolische, klinische, therapeutische und soziologische Aspekte abgehandelt. Obwohl jedes Teilgebiet von namhaften Autoren vertreten wird, ist es gelungen, das Maximum an Information auf kleinem Raum darzubieten. Bei einer Neuauflage könnte die doppelte Darstellung des Delirium tremens z. B. zugunsten eines kurzen Abschnittes über Myopathien verlassen werden. Daneben erschiene es wünschenswert, noch ein zusätzliches Kapitel der Schwierigkeit der Diagnosestellung „Alkoholkrankheit“ zu widmen.

Dr. med. V. Geiger, München

Arteriitis temporalis

Herausgeber: Prof. Dr. J. Wollensak, 82 S., 28 Abb., 15 Tab., kart., DM 32,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die Arteriitis temporalis ist eine Erkrankung, die dem Patienten zum Internisten, Neurologen und Ophthalmologen führt. Durch eine ischämische Sehnervenerkrankung kommt es rasch zu meist therapieresistenter Erblindung. Gerade deshalb sind die ersten Symptome der Erkrankung so wichtig. Gelingt es, den Befall des zweiten Auges zu verhindern oder zu verzögern, dann ist bei der Schwere der Erkrankung schon viel gewonnen. Der Autor faßt die wichtigste Literatur zum Thema zusammen und diskutiert Therapiemöglichkeiten aus seiner großen Erfahrung heraus. Das Buch kann vorbehaltlos empfohlen werden.

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

Psychoomatische Krankheiten in der Familie

Herausgeber: S. Minuchin/B. L. Rosman/L. Baker, 387 S., kart., DM 38,-. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart.

Innerhalb der neueren Literatur über psychosomatische Fragen stellt dieses Buch eine sehr wichtige zusätzliche Ergänzung dar, da hier speziell die Familientherapeutischen Gesichtspunkte besonders herausgestellt werden.

In einem recht umfangreichen Kapitel wird die „psychosomatische Familie“ geschildert. Eingegangen wird auf die „anorektische Familie“. Wertvoll sind mehrere, sehr gut dargestellte Fallschilderungen mit besonders guten Darstellungen der psychotherapeutischen Strategien. — Die Lektüre dieses Buches ist sehr gewinnbringend wegen der vielerlei Anregungen, die es dem Leser, speziell auch dem Lernenden, bietet.

Dr. med. S. Maier, Regensburg

Taschenatlas der Immunologie, Allergie und allgemeinen Infektionslehre

Herausgeber: Dr. K.-H. Ricken, 181 S., 49 Abb., 37 Tab., kart., DM 38,-. Verlag für Medizin, Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

In knapper Form entstand hier eine Übersicht über die rasch wachsende klinische Immunologie. Speziell für den Praktiker dürften die kurzen Erläuterungen aktueller Begriffe, sinnvoll ergänzt durch zahlreiche Tabellen, eine willkommene Hilfe sein. Die Bezeichnung „Taschenatlas“ erscheint bei stellenweise deutlichem Skriptum-Charakter vielleicht nicht ganz angemessen.

Dr. med. M. Doerck, Würzburg

Linkshändige Kinder in Familie und Schule

Herausgeber: A. Zuckrigl, 62 S., Reihe: „Kinder sind Kinder“, Bd. 1, Taschenb., DM 12,50. Ernst Reinhardt Verlag, München.

In diesem leicht lesbaren Heftchen wird aus pädagogischer Sicht auf das Problem der Linkshändigkeit bei Kindern eingegangen. Es wendet sich besonders an Erzieher, Eltern, Kindergärtnerinnen und Lehrer, berücksichtigt hierbei sowohl medizinische als auch pädagogische Grundlagen und gibt in sehr anschaulicher Weise Hilfestellungen für den praktischen Umgang mit linkshändigen Kindern. Auch Allgemein- und Kinderärzte können diese Broschüre mit Gewinn lesen.

Dr. med. U. Knöfker, Würzburg

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.

März 1983

2. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
- 2.–11. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz für zu ermächtigende Ärzte. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 4.–6. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen (Röntgendiagnostik). — Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.
5. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. — Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Frau Klockow, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 5.–6. **München:** B-Kurs der Akademie für Neuraltherapie. — Auskunft: Akademie für Neuraltherapie e.V., Ludwigstraße 31, 6250 Worms.
- 5.–12. **Bad Kleinkirchheim:** Internationaler Seminarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten, Kongreßabteilung, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
- 6.–12. **Garmisch-Partenkirchen:** Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bamberg.
- 6.–18. **Badgaslein:** XXVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. — Auskunft: Bundesärztekammer, Kongreßbüro, Postfach 41 0220, 5000 Köln 41.



TECHNOSOFT ARZT STATISTIK COMPUTER SYSTEM

- führt die Einzel- und Gesamtstatistik für die RVO- und EKK-Quartalsabrechnung durch
- ermöglicht den Zugriff zu professionellen Software-Paketen für Textverarbeitung, Datenverwaltung etc
- kann bei Bedarf zu dem kompletten TECHNOSOFT Arztpraxis Computer System ausgebaut werden
- kostet monatl. ab **DM 185,-** zzgl. MwSt. Leasing-Rate

Wir entwickeln auch individuelle Software für Ihre Praxis

TECHNOSOFT · Technologie-Software GmbH
Entwicklung und Erstellung technischer Software
Großhesseloher Str. 21, 8000 München 71, Telefon (0 89) 7 91 21 94

© Eingetragenes Warenzeichen der Apple Computer Inc., USA

- 6.-19. **Pontresina:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
- 7.-18. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs A 1. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V., Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
- 7.-18. **Davos:** XXXI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. — Auskunft: Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 10.-12. **Erlangen:** 2. Arbeitstagung „Fortschritte auf dem Gebiet der Neuroorthopädie“. — Auskunft: Dr. B. Kügelgen, Cottenbacher Straße 23, 8580 Bayreuth.
- 10.-24. **Puerto de la Cruz/Teneriffa:** 13. Internationaler Fortbildungskongreß. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 12.-19. **Zürs:** 4. Internationales Symposium für Anästhesie-, Reanimations- und Intensivprobleme. — Auskunft: Professor Dr. I. Podlasch, Moorenstraße 5, 4000 Düsseldorf.
- 12.-20. **Freudenstadt:** 64. Ärztlicher Fortbildungskongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. — Auskunft: Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Eichelbachstraße 61, 7290 Freudenstadt-Knlabs.
- 13.-18. **Bad Hotgastein:** 29. Österreichische Sozialmedizinische Tagung. — Auskunft: Österreichische wissenschaftliche Gesellschaft für prophylaktische und Sozialmedizin, Berggasse 4, A-1090 Wien.
16. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinischer Direktor Dr. W. Ralsch, Slagmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
- 16.-17. **Darmstadt:** Notfalldienstseminar. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Olamann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 18.-19. **Aachen:** 5. Internationales Aachener Symposium „Akutes Lungenversagen — Akutes Labarversagen — Sepsis und septischer Schock“. — Auskunft: Dr. W. Behrandt, Goethestraße 27-29, 5100 Aachen.
- 18.-19. **München:** 2. Seminar für Sonographie (Teil A — Aufbaukurs). — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80.
- 18.-20. **Erlangen:** 11. Fortbildungstagung „Neurologie und Psychiatrie“ für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete. — Auskunft: Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität, Frau K. Paschke, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen.
- 19.-25. **Bad Hotgastein:** III. Österreichischer Geriatriekongreß. — Auskunft: Universitätsprofessor Dr. A. Neumayr, Juchgasse 25, A-1030 Wien.
- 20.-27. **Davos:** 15. Internationaler Diagnostikkurs. — Auskunft: IDKD, Postfach 21 32, CH-8028 Zürich.
- 21.-24. **Erlangen:** 29. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 24.-27. **Ascona:** XI. Internationales Balint-Treffen. — Auskunft: Professor Dr. B. Luban-Plozza, Piazza Fontana Pedrazzini, CH-6600 Locarno.
- 25.-26. **Erlangen:** Fortbildungskurs in der Elektrokardiographie des Kindesalters. — Auskunft: Sekretariat der Kardiologischen Abteilung der Kinderklinik und Poliklinik der Universität, Frau Kreller, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen.
- 25.-27. **Bad Wiessee:** Ärztekongreß „Naturheilverfahren in der Schulmedizin“. — Auskunft: Kneipp-Bund e. V., Jaudesring 16, 8939 Bad Wörishofen.
- 26.-27. **Augsburg:** 71. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
- 26.-27. **Grünwald:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
28. 3.-8. 4. **Maran:** XV. internationaler Semlnarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
30. **München:** Fortbildungsseminar „Notfall- und Katastrophenmedizin“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheitzanhammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80.

Ballagahinweis:

Dieser Ausgabe ist eine Beilage der Fa. Julius Redel beigelegt. Wir bitten unsere Leser um freundliche Beachtung.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Or. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordaur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 55 17 71, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburger Straße 9, 8060 Oachau.

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7126

12 medico LEASING JAHRE

Darauf können Sie bauen!

Trauen Sie Ihrem Verstand
und gehen Sie auf Nummer sicher!

Lassen Sie sich von uns beweisen,
wie Sie steuerlich günstiger
und vorteilhafter zu Ihren
Praxisgeräten und zu Ihrem
Pkw kommen können.

Zu Ihrer Beratung und
Betreuung steht Ihnen unser
Gebietsleiter zur Verfügung.

K. H. Wenz
Paul-Keller-Weg 5
8037 Olching 2
Telefon 08142-14166



Zentrale:
medico Leasing
Potsdamer Straße 85
1000 Berlin 30
Telefon 030-262001

Sicherheitstresore enorm günstig!!

Beispiel: Dreiwandig, 250 kg, DM 1450,-,
Fa. Kadagies, Telefon (0 71 31) 40 34 27 oder 40 34 57

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. (0 89) 28 84 37, Frau Stii, Herr Lörke.

Internist, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie

sucht Nachfolger für alteingeführte Praxis in Südbayern zu günstigen Bedingungen. Anfragen unter Chiffre 2064/50.

COMPUR Anrufbeantworter
Werkvertretung
zu günst. Abholpreisen
DEISS ELEKTRONIK
Dieselstr. 61, 8500 Nürnberg, Tel. 0911/66088

Deutscher Allgemeinerzt sucht
Praxisübernahme
im Raum Bayern.
Anfragen unter Chiffre 2064/66.

Deutsches Arztehepaar mit 3 Kindern sucht Übernahme einer mittleren bis großen **Allgemeinpraxis**

im Raum Oberbayern, Allgäu, Niederbayern oder Bayerischer Wald. Frühestens zum 4. Quartal 1983 oder im darauffolgenden Jahr. Gelegter Sonntagsdienst und Partnerschaft für Übergangszeit angenehm. Angebote unter Chiffre 2064/64 oder telefonisch (0 85 51) 56 47.

Deutscher, lediger Internist (Röntgen, Gastroskopie, Koloskopie, Sono, UKG, Doppler, Betriebsarzt, Dialyse) sucht in süddeutschen Raum ab 1. 7. 1983 oder später internistische oder allgemeine

Vertretung

mit späterer Übernahme (eventuell + Wohnhaus) oder Partnerschaft. Anfragen unter Chiffre 2064/56.

Am **Städtischen Krankenhaus Forchheim/Oberfranken (Bayern)** ist die Stelle des

Chefarztes der Inneren Abteilung

zum 1. 10. 1983 neu zu besetzen.

Das Städtische Krankenhaus ist ein Haus der Grundversorgung mit 293 Betten, gegliedert in 4 Hauptfachabteilungen (Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe und Anästhesie) und 2 Belegabteilungen (HNO und Augen).

Eine Krankenpflegeschule ist dem Hause angeschlossen.

Die Innere Abteilung umfaßt 101 Planbetten.

Eine interdisziplinäre Intensivstation wird derzeit aufgebaut.

Einstellungsvoraussetzungen sind neben der Fachanerkennung eine umfassende Weiterbildung und eine überdurchschnittliche klinische Erfahrung auf dem Gebiet der Inneren Medizin, schwerpunktmäßig Gastroenterologie, Endoskopie.

Bewerber sollten eine mehrjährige Tätigkeit in verantwortlicher Funktion ausgeübt haben. Wir erwarten eine fachlich und menschlich qualifizierte Persönlichkeit, die mit den übrigen Fachbereichen des Hauses aufgeschlossen und loyal zusammenarbeitet. Die Anstellung erfolgt auf der Grundlage eines privatrechtlichen Dienstvertrages. Eine großzügige Vertretungsgestaltung bleibt der Verhandlung vorbehalten.

Forchheim, Große Kreisstadt mit 29 000 Einwohnern und 1250jähriger Geschichte liegt als Eingangstor zur Fränkischen Schweiz in landschaftlich reizvoller Umgebung. Die Stadt besitzt alle Einrichtungen eines Mittelzentrums, weiterführende Schulen usw. Sie liegt an der Städteachse Bamberg - Erlangen - Nürnberg und ist mit diesen über modernste Verkehrseinrichtungen (ca. 10-20 Autominuten) eng verbunden.

Interessierte Bewerber werden gebeten ihre Unterlagen mit handgeschriebenem, lückenlosen tabellarischem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisabschriften und Referenzen bis spätestens 5. März 1983 einzureichen an die

Stadt Forchheim, Postfach 85, 8550 Forchheim