



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Mal 1983

Zur Kenntnis genommen:

Im April-Heft habe ich versucht, einige große Probleme der Gesundheits- und Sozialpolitik, welche die neue Bundesregierung zu lösen hat, aufzuzeigen. Konkrete Aussagen der Koalition oder des alten und neuen Bundesarbeitsministers lagen damals noch nicht vor. Jetzt wissen wir schon einiges mehr und es bestätigt sich bereits meine Vorausschau, daß es an „Gesprächsstoff“ mit unseren Politikern nicht fehlen wird. Die Koalitionsvereinbarung enthält zum Thema „Gesundheits- und Krankenheuspolitik“ runde zehn Zeilen: Ambulante Versorgung hat Vorrang vor stationärer Versorgung, Bettenabbau, Regelung der Finanzierung der Kosten der Pflegefälle, Abbau der Mischfinanzierung bei der Krankenhausfinanzierung.

Wenige Tage später fand die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ statt. Hier wurde der „Vorrang“ ambulant vor stationär verdeutlicht. Es soll bei der Veränderung der Gesamtvergütung folgendes berücksichtigt werden:

„a) Die sich aus dem erwarteten Anstieg der durchschnittlichen Grundlohnsumme je Versicherten ergebende wirtschaftliche und finanzielle Entwicklung der Träger der Krankenversicherung.

b) Die Aufgabe der Kassen-/Vertragsärzte, vor der Einweisung eines Patienten in ein Krankenhaus alle medizinisch gebotenen Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik und Therapie auszuschöpfen, wozu auch die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Arztpraxis gehört.“

Wie die beiden Grundsätze unter einen Hut gebracht werden sollen, haben ihre Verfasser leider nicht verraten. Wenn nämlich die Kassenärzte alle medizinisch gebotenen Möglichkeiten ambulant ausschöpfen sollen, dann entstehen zwangsläufig Kosten. Ob sie sich im Rahmen der Entwicklung der Grundlohnsumme halten, kann man zwar hoffen. Es ist aber wenig logisch, den Kostenrahmen mit der Grundlohnentwicklung vorzugeben und dann zu verlangen, daß ambulant alles gemacht wird, was heute möglich ist.

Ambulant vor stationär bedeutet doch, den Umfang der Krankenhausbehandlung einzuschränken, um auf diese Weise den größten Ausgabeposten der gesetzlichen Krankenversicherung deutlich zu verringern. Das wird aber nur erreicht, wenn – wie von der „Konzertierten Aktion“ gefordert – die Reduzierung der Krankenhausbetten, die Verkürzung der Verweildauer und die Aufnahme von Patienten in Krankenhäuser ohne Einweisung nur in unvermeidbaren Fällen endlich Realität werden und nicht Papierforderungen bleiben. Die Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung muß – auch wenn man sie mit der Grundlohnentwicklung vergleicht – als Ganzes gesehen werden. Unsere bayerischen Vertragspartner haben dies stets anerkannt. Die Orientierungslinie im bayerischen Gesamtvertrag für das Ansteigen der Gesamtvergütung wurde deshalb mit sechs Prozent vereinbart. Wie ernst und gewissenhaft die bayerischen Kassenärzte es mit dem Sparen halten, zeigt das Anwachsen der Gesamtvergütung 1982. Wir blieben mit 4,1 Prozent ein Drittel unter der vorgegebenen Grenze und haben dennoch die Zahl der Krankenseinweisungen erheblich eingedämmt. Es wäre den Kassenärzten Bayerns wohl kaum verständlich zu machen, wenn unsere Vertragspartner dies bei den bevorstehenden Vergütungsverhandlungen für das Jahr ab 1. Juli nicht berücksichtigen würden.

Wenn man sich fragt, was so alles auf uns zukommen wird, dann muß man natürlich auch Aussagen maßgeblicher Politiker

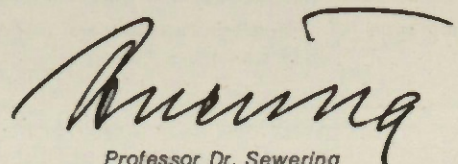
studieren. Wenden wir uns zuerst dem zuständigen Bundesarbeitsminister Dr. Blüm zu. Er ist bekanntlich Vorsitzender der Sozialausschüsse der CDU, auch CDA (Christlich-Demokratische Arbeitnehmerschaft) genannt.

Die CDA hat schon im September 1982 ein recht umfangreiches Programm zur Gesundheitspolitik beschlossen und veröffentlicht. Es enthält Aussagen zur gesundheitlichen Versorgung, natürlich im wesentlichen zur gesetzlichen Krankenversicherung. Die Darstellung des Programms würde ein ganzes Heft füllen. Wenn ich einen einzelnen Programmpunkt herausgreife, so nicht deshalb, weil er erschreckend absurd ist, sondern weil ausgerechnet darauf erste Aussagen des Bundesarbeitsministers zurückgehen. Es heißt im CDA-Programm:

„Bessere Kontrolle der ärztlichen Leistungen durch die Verpflichtung, dem ambulant behandelten Patienten wie auch dem im Krankenhaus behandelten unmittelbar nach Beendigung der ärztlichen Versorgung eine allgemeinverständliche Aufstellung der ärztlichen Leistungen auszuhändigen, die dieser dann unterschrieben an den Kostenträger weiterzuleiten hat.“

Man schüttelt den Kopf über diese Mischung von Mißtrauen gegen die Ärzte und irrealen Vorstellungen. Ich habe dies Herrn Dr. Blüm ausführlich dargelegt. Es ist aber beunruhigend, daß er gerade an diesem Thema besonders zu hängen scheint. Bereits in seiner Rede zur Eröffnung der „Konzertierten Aktion“ bezeichnete er es als eine „vordringliche Aufgabe“, „die Anonymität des derzeitigen Leistungsgeschehens aufzuheben und eine größere Transparenz bei allen Beteiligten, den Ärzten, den Krankenhäusern, den Krankenkassen und Versicherten zu schaffen“. Hierzu, so sagt er weiter, „gehört als elementare Voraussetzung die Kenntnis der Leistungen und ihrer Kosten bei allen Beteiligten“. Daß solche Ideen alle schon einmal dagewesen sind, hat man Herrn Dr. Blüm bisher offenbar verschwiegen. Er sollte Spitzenleute der bayerischen RVO-Kassen fragen, welche Folgerungen sie aus dem Monsterobjekt Lindau gezogen haben. Dort hat man genau das versucht, was Herr Dr. Blüm jetzt wünscht. Übertragen auf größere Bereiche, würden im Ergebnis Hunderte Millionen DM hinausgeworfen, um festzustellen, daß einige Versicherte gleichzeitig bei zwei Kassenärzten waren, oder einige Medikamente nicht zur „Diagnose“ paßten. Der Sozialminister von Baden-Württemberg – er gehört der gleichen Gruppierung an wie Dr. Blüm – will jetzt einen „Modellversuch“ nach Lindauer Muster starten. Schon hört man grollende Stimmen: Die Versicherten dürften auf keinen Fall verunsichert werden, aber die Ärzte zu durchleuchten, sei doch ein lohnendes Vorhaben. Deutlicher geht es wohl kaum. Damit wir uns recht verstehen: Wir wollen nichts verbergen und wir haben nichts zu verbergen. Wer aber mit einem unsinnigen Aufwand einen „Berg zum Kreißen“ bringen will, obwohl man schon weiß, daß nur eine mißgebildete Maus geboren wird, der kann nicht erwarten, daß wir uns dabei noch durch Mitwirken mitschuldig machen.

Über weitere Aussagen von Politikern wird in den folgenden Monaten zu berichten sein.


Professor Dr. Sewering

Zur Häufigkeit der Frühsommermeningo-enzephalitis in Bayern

von M. Roggendorf

Aus dem Max-v.-Pattenkofar-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität München (Direktor: Professor Dr. med. F. Dainhardt)

Im vergangenen Sommer und Herbst wurde die Bevölkerung durch die Tagespresse über ein gehäuftes Auftreten der Frühsommermeningo-enzephalitis (=FSME) im gesamten bayerischen Raum in große Beunruhigung versetzt. In der Tat sind in den vergangenen Jahren im süddeutschen Raum immer wieder Fälle der durch Zecken übertragenen FSME beobachtet worden (1,2); darüber hinaus sind 1982 extrem viele Fälle dieser Infektion aufgetreten. Diese Beobachtungen sind der Anlaß, vor allem dem niedergelassenen Arzt einige Informationen über die Häufigkeit der FSME, die Endemiegebiete des Erregers im süddeutschen Raum, die diagnostischen Möglichkeiten und die Prophylaxe der FSME zu geben.

Der Erreger der FSME (Synonyme: CEE, zentraleuropäische Enzephalitis; englisch: TBE „Tick-Borne Encephalitis“) ist ein Virus, das früher als Arbovirus (Arthropode-Borne Virus)

bezeichnet wurde, heute aber dem Genus 2 (Flaviviren) der Familie der Togaviridae zugeordnet wird (Tab. 1). Das FSME-Virus wird im deutschen Raum ausschließlich durch die Zecke *Ixodes ricinus* (gemeiner Holzbock) übertragen. Das Virusreservoir sind kleine Nager, wie die Wald- und Feldmaus, sowie Insektivoren (Spitzmaus). In den Endemiegebieten des FSME-Virus ist allerdings nicht jede Zecke Virussträger, sondern nur jede 50. bis 500. Zecke scheidet im Speichel das FSME-Virus aus. Infektionen werden nahezu ausnahmslos in der warmen Jahreszeit von April bis November beobachtet, mit einem Gipfel der Infektionen im Juli und Oktober.

Die Infektion des Menschen mit dem FSME-Virus erfolgt während des Saugaktes der Zecke. Die Übertragung des Virus durch Milch infizierter Kühe und Ziegen ist beschrieben worden, scheint aber von untergeordneter Bedeutung zu sein. Eine

Übertragung von Mensch zu Mensch ist nicht bekannt. Durch Zeckenstiche können eine Reihe von anderen Erkrankungen verursacht werden (z. B. Erythema chronicum migrans, Zeckenlähmung), auf die hier nicht eingegangen werden kann. Diese Erkrankungen sind durch die serologische Diagnostik von der FSME differenzierbar.

Der Verlauf der FSME ist biphasisch. Nach einer Inkubationszeit von drei bis vierzehn Tagen stehen katarrhalische Erscheinungen mit Fieber im Vordergrund; nach einem fieberfreien Intervall kommt es zu einem erneuten Fieberanstieg mit der zentralnervösen Symptomatik einer Meningitis oder häufiger einer Meningo-Enzephalitis. Bei ca. fünf Prozent der Erkrankten werden Defektheilungen beobachtet. Die Letalität liegt bei ein Prozent.

Serologische Diagnostik der FSME

Die Entwicklung eines Enzymimmunoassays (ELISA) zum Nachweis von spezifischen Antikörpern der IgM-Klasse gegen das FSME-Virus hat die serologische Diagnostik der FSME entscheidend verbessert (3). Gegenüber den herkömmlichen Methoden (Neutralisationstest, Komplexbindungsreaktionen und Hämagglutinationshemmtest) zeichnen sie sich durch eine hohe Empfindlichkeit und hohe Spezifität aus. Aufgrund des biphasischen Verlaufes der FSME werden Antikörper der IgM-Klasse immer zu Beginn der ZNS-Symptomatik nachgewiesen; d. h., die Untersuchung eines Serums oder Liquors aus der Akutphase der Erkrankung ermöglicht eine definitive serologische Diagnose. Die hohe Empfindlichkeit des Tests ermöglicht den Nachweis von Antikörpern der IgM-Klasse gegen das FSME-Virus bis zu neun Monaten nach Erkrankungsbeginn. Eine Immunität gegen das FSME-Virus, z. B. nach einer früheren Infektion oder einer aktiven Impfung, kann mit Hilfe eines ELISA zum Nachweis von Antikörpern der IgG-Klasse gegen das FSME-Virus überprüft werden.

Epidemiologie der FSME

Aus Durchseuchungsstudien, d. h. aus dem Antikörpernachweis der IgG-Klasse, die Anfang der sechziger Jahre durchgeführt wurden (4), und aus neuesten Untersuchungen von

Genus Flavivirus	Vektor	Klinische Symptoma	Verbreitung
Subgruppe I			
St. Louis Encephalitis	Fliege	Enzephalitis	USA, Trinidad, Panama
Japanase B Encephalitis	Fliege	Enzephalitis	Japan, ostasiatisches Festland, Indien
Murray Valley Encephalitis	Fliege	Enzephalitis	Australien, Neuguinea
Illhaus	Fliege	Enzephalitis	Brasilien
West Nile	Fliege	Kopfschmerzen, Fieber, Myalgie, Ausschlag, Lymphadenopathie	Ägypten, Israel, Indien, Südafrika
Subgruppe II			
Dangua (4 Typen)	Fliege	Kopfschmerzen, Fieber, Myalgie, Erschöpfung, Ausschlag	Pazifik-Inseln, Süd- und Südostasien, Nord-Australien
Subgruppe III			
Gelbfieber	Fliege	Fieber, Erschöpfung, Hepatitis, Nephritis	Zentral- und Südamerika, Afrika, Trinidad
Subgruppe IV			
FSME*-Gruppe (14 Typen)	Zecke	Enzephalitis	UdSSR, Canada, USA, Mitteleuropa, Finnland

* Von den 14 Typen der FSME-Gruppe kommt in Mitteleuropa nur ein Typ vor.

Taballe 1

Serologisch gesicherte Fälle von FSME in Bayern durch den Nachweis von spezifischen IgM-Antikörpern mit einem ELISA (1976 bis 1982)

1976:	10 Fälle
1977:	9 Fälle
1978:	5 Fälle
1979:	27 Fälle
1980:	11 Fälle
1981:	10 Fälle
1982:	75 Fälle

Tabelle 2

1982 (M. Roggendorf, E. Goldhofer, F. X. Heinz, unveröffentlichte Ergebnisse) ist bekannt, daß im süddeutschen Raum, Süd-Württemberg, Unterfranken und Niederbayern vier bis acht Prozent der Bevölkerung Antikörper gegen das FSME-Virus besitzen, während die Normalbevölkerung in der Bundesrepublik eine Durchseuchung von 1,5 Prozent aufweist. Neben diesen Durchseuchungsstudien konnte die Epidemiologie der FSME durch die Registrierung akuter Erkrankungsfälle seit 1976, die durch den Nachweis spezifischer Antikörper gesichert wurden, genauer untersucht werden. Die Tabelle 2 gibt die seit 1976 mit dem be-

schriebenen ELISA zum Nachweis von IgM-Antikörpern serologisch verifizierten FSME-Fälle an. Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, daß auch im Jahre 1979 schon eine relativ große Zahl von FSME-Fällen beobachtet worden ist. Nach nur elf Fällen 1980 und 10 Fällen 1981 ist es 1982 zu einem sprunghaften Anstieg von FSME-Infektionen gekommen. Die registrierte Zahl von 75 Infektionen im vergangenen Jahr (davon sind fünf Fälle bei Professor Kunz, Institut für Virologie in Wien, zwei Fälle bei Frau Professor Enders, Virologisch-Medizinisch-Diagnostisches Institut Stuttgart, und zwölf Fälle bei Frau Dr. Epp, Landesuntersuchungsamt München, serologisch diagnostiziert worden) ist auf die guten Witterungsverhältnisse und die damit verursachte hohe Zeckenpopulation zurückzuführen. Der Vergleich mit FSME-Infektionen in Österreich, die um ein Zehnfaches höher liegen, zeigt ähnliche hohe Zahlen der Infektion für 1979 und 1982 (Ch. Kunz, persönliche Mitteilung). Aus Abbildung 1 geht hervor, daß im vergangenen Jahr Infektionen in allen Altersstufen in relativ gleicher Häufigkeit zu beobachten waren. Dies steht im Gegensatz zu früheren Be-

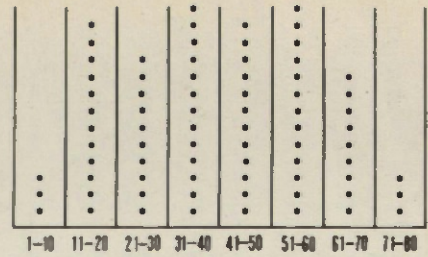


Abbildung 1

obachtungen, bei denen eine vermehrte Infektion im Alter von 30 bis 40 Jahren beobachtet worden ist (3); d. h., im zunehmenden Maße werden auch Kleinkinder und Jugendliche mit dem FSME-Virus infiziert. Der jüngste Patient war 1 Jahr und 4 Monate alt; der älteste Patient war 78 Jahre alt. Dieser Patient, der in der Nähe des Waginger Sees gebissen worden ist, ist an den Folgen der FSME verstorben. Von 48 der Patienten haben wir nähere klinische Angaben durch einen Arztbrief erhalten. An objektiven klinischen Symptomen standen bei den meisten Patienten zu Beginn der ZNS-Symptomatik Temperaturen von 39°C und höher im Vordergrund. Bei vier der 40 Patienten bestanden bei Entlassung folgende Defektheilun-

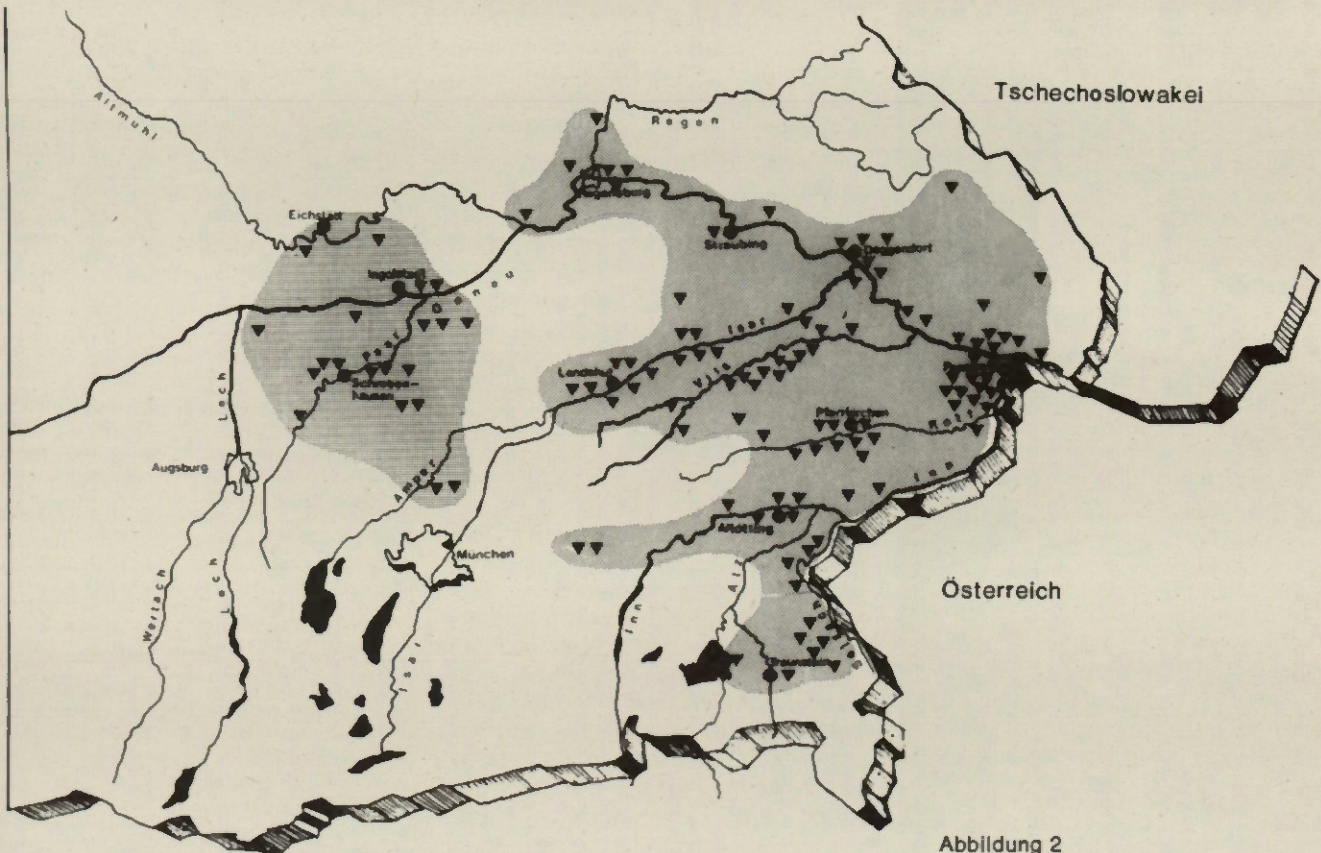


Abbildung 2

Namenskürzung:
DH-Ergotamin-
Tabletten retard

jetzt

DHE-Tabletten[®] retard

Hypotonie
Venen
Migräne



Antihypotonikum,
Venotonikum

Zusammensetzung
1 Tablette enthält
Dihydroergotaminmesilat
2,5 mg.

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

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

Tablette
zerbeißen = forte
Tablette
schlucken = retard

Namenskürzung:
DH-Ergotoxin
Tabletten
forte

jetzt

DH-Tox-Tabletten[®] forte

Vergeßlichkeit
Schwindel
Migräne



Cerebral-
Therapeutikum

Zusammensetzung
1 Tablette enthält
je 0,67 mg Dihydroergo-
cristinmesilat, Dihydro-
ergocorrinmesilat,
Dihydroergokryptin-
mesilat = 2 mg Dihydro-
ergotoxinmesilat.

Indikationen
Cerebralsuffizienz,
Migräne bei hypertoner
Ausgangslage (im
Wechsel mit Migrexa zur
Anfallsbehandlung),
Schwindel, Ohren-
saisenen, Vergeßlichkeit,
Durchblutungs-
störungen.

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

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

gen: bei einem Patienten (S.H.) bestand eine motorisch radikuläre Schädigung im unteren Zervikalbereich und rechten Lumbalbereich, bei einem zweiten Patienten (S.V.) wurden bei Entlassung Bewegungsstörungen, Desorientiertheit und Schluckstörungen beobachtet. Bei zwei weiteren Patienten wurde bei Entlassung aus dem Krankenhaus eine Defektheilung in Form einer Schwerhörigkeit festgestellt. Bei 80 Prozent der Patienten wurden Zeckenbisse zwei bis drei Wochen vor der Erkrankung beobachtet. Aus den ausgefüllten Fragebogen konnten ziemlich genau die Infektionsorte der Patienten rekonstruiert werden, da die meisten von ihnen einen Zeckenbiß beobachtet hatten. Die Infektionsorte dieser 75 Patienten wurden als zusätzliche Fälle in die schon früher publizierte Karte der FSME-Infektionsorte in Bayern mit aufgenommen (Abb. 2). Die neu hinzugekommenen Fälle verändern die bisher beobachteten Endemiegebiete nicht. Bemerkenswert sind zwei Infektionen, die in der Nähe von Oberschleißheim im Norden Münchens beobachtet worden sind. Die Endemiegebiete verdichten sich weiterhin längs der Flußläufe Donau und ihrer südlichen Zuflüsse Lech, Paar, Isar, Vils, Rott, Inn und Salzach, sowie an den nördlichen Zuflüssen Altmühl und Regen. Darüber hinaus ist bemerkenswert ein gehäuftes Auftreten von Infektionen östlich von Traunstein zur österreichischen Grenze hin rund um den Waginger See. Für die Empfehlungen einer Prophylaxe kann nach den vorliegenden Ergebnissen davon ausgegangen werden, daß bisher Infektionen mit dem FSME-Virus nicht vorgekommen sind und damit eine aktive oder passive Immunisierung nicht angezeigt ist.

Prophylaxe der FSME

Aktive Immunisierung

Eine aktive Immunisierung mit einem Formalin-inaktivierten FSME-Virus wird seit 1973 durchgeführt. Der jetzt im Handel befindliche Impfstoff (FSME-Immun, Immuno AG Wien) zeichnet sich durch eine hohe Konversionsrate und eine sehr gute Verträglichkeit aus. Bisher wurden mit diesem Impfstoff in Österreich ca. zwei Millionen Personen (Ch. Kunz persönliche Mitteilung) geimpft. Für Bayern ist eine aktive Impfung für solche Personen ange-

zeigt, die sich häufig bzw. regelmäßig in Endemiegebieten aufhalten (z. B. Besitzern von Wochenendhäusern usw.). Ebenso ist eine Impfung von exponierten Berufsgruppen (Förster und Waldarbeiter) in diesen Endemiegebieten erwägenswert. Der FSME-Impfstoff ist vom Paul-Ehrlich-Institut für die Bundesrepublik Deutschland offiziell zugelassen und ist im Freistaat Bayern eine empfohlene Impfung. Um einen Impfschutz im Sommer zu gewährleisten, ist der Beginn der Impfung in den Wintermonaten angezeigt.

Postexpositionelle Prophylaxe

Die Gabe von FSME-Hyperimmunglobulin (FSME-Bulin[®], Immuno AG, Heidelberg, FSME-Immunglobulin[®], Behringwerke, Marburg) hat sich in einer Reihe von Studien als protektiv erwiesen und ist als prophylaktische Maßnahme nach einem Biß von einer Zecke in Endemiegebieten angezeigt. Da in Endemiegebieten nur jede 50. bis 500. Zecke infektiös ist, kann allerdings nicht jeder Zeckenbiß mit einer Infektion gleichgesetzt werden. Nach den bisherigen, nun erweiterten Untersuchungsergebnissen zur Epidemiologie der FSME in Bayern erscheint eine passive Immunisierung nach einem Zeckenbiß im niederbayerischen Raum durchaus angebracht. Bei Zeckenbissen in der Stadt München und südlich von München ist eine Gabe von Immunglobulin nicht angezeigt, da in diesem Gebiet bisher noch keine FSME-Fälle beschrieben worden sind. Die Gabe von FSME-Immunglobulin sollte bis maximal 96 Stunden nach Zeckenbiß erfolgen.

Literatur:

1. HENIGST, W.: Zeckenzephalitis in Südbayern. Med. Klin. 72 1977 (1822-1828)
2. ROGGENENDORF, M., F. HEINZ, F. DEINHARDT, Ch. KUNZ: Serological diagnosis of acute tick borne encephalitis by demonstration of antibodies of the IgM class. J. Med. Virol 7 1981 (41-50)
3. ROGGENENDORF, M., E. GOLDFÖRER, F. X. HEINZ, Ch. EPP, F. DEINHARDT: Frühsommermeningoenzephalitis in Süddeutschland. Münch. Med. Wschr. 123 1981 (1407-1411)
4. SCHEIO, W., R. ACKERMANN, H. BLOEDHORN, R. LOSER, G. LIEDTKE, N. SKRTIC: Untersuchungen über das Vorkommen der zentralen europäischen Enzephalitis in Süddeutschland. Dtsch. Med. Wschr. 89 1964 (2313-2317)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. M. Roggenendorf, wiss. Assistent,
Pettenkoferstraße 9 a, 8000 München 2

Das behinderte Kind als Aufgabe unserer Gesellschaft

Eine sozialmedizinische und medizinisch-ethische Betrachtung

von W. Schmitz

Die Rechtsprechung der Bundesrepublik Deutschland gestattet derzeit aus sozialen Gründen bis zum Ende der zwölften Schwangerschaftswoche eine Tötung gesunden kindlichen Lebens, lastet jedoch die Aufzucht schwer geschädigter Kinder den betroffenen Bürgern ab der 23. Schwangerschaftswoche an. Die Abtreibung erfolgt auf Kosten der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten; die schwierige Aufzucht behinderter Kinder muß – besondere Bedürftigkeit ausgenommen – überwiegend von den betroffenen Familien finanziert werden.

Welche Hilfen unserer Gesellschaft können derartige Widersprüche, die seit der Novellierung des § 218 StGB die medizinisch-ethische Forderung nach dem Schutz des Lebens begleiten, für Familien mit behinderten Kindern mildern helfen?

Die folgenden Ausführungen sollen nicht der Entwicklung Vorschub leisten, behinderte Kinder ausschließlich Heimen zuzuführen. Selbstverständlich ist das behinderte Kind am besten in einer Familie aufgehoben, die ihm ein wirkliches Zuhause geben will. Diesen Familien aber gebührt verstärkt unser Augenmerk, damit nicht neben dem geschädigten Kind weiterer Schaden im sozialen Gefüge der Familie entsteht, eine Auswirkung der Behinderung, die häufig einer allzu robusten Umwelt gar nicht zu Bewußtsein kommt.

Mehr Hilfe unserer Gesellschaft für Familien, die behinderte Kinder zu Hause aufziehen

Den Familien mit behinderten Kindern sollten zur Erleichterung des Schicksals von unserer Gesellschaft umfassendere Hilfen als bisher gewährt werden, beispielsweise ein entsprechendes Pflegegeld in jedem Fall bzw. steuerliche Berücksichtigung des tatsächlichen Mehraufwandes, den das behinderte Kind der Familie bringt, außerdem das Ange-

bot eines zeitlich befristeten Betreuungsplatzes für das behinderte Kind und die Möglichkeit eines ambulanten Betreuungsdienstes, ähnlich dem Babysitting (1).

Das Subsidiaritätsprinzip des Sozialhilferechts darf beim behinderten Kind nicht gelten; es müssen mehr finanzielle Mittel freigemacht werden, die dem behinderten Kind und der betroffenen Familie besitz- und einkommensunabhängig zur Vertüfung stehen. Behinderten Kindern sollte daher vom Staat im Rahmen der Sozialabgaben ein eigener Bereich eingeräumt werden. Familien, die dauerpflegebedürftige Kinder aufzuziehen und somit eine kräftezehrende Aufgabe zu erfüllen haben, sollten in finanzieller Hinsicht in jedem Fall einen Anspruch auf Pflegegeld in der Höhe haben, die dem Satz der Sozialhilfe entspricht, entweder unmittelbar ausgezahlt oder – falls ein höheres Einkommen vorliegt – durch entsprechende Steuernachlässe. Es ist nicht einzusehen, daß ein Bürger, der schon höhere Steuerbeträge in den gemeinsamen „Sozialtopf“ abzuführen hat, den größten Teil des finanziellen Mehraufwandes, den die Aufzucht eines behinderten Kindes mit sich bringt, gleichsam als privates Hobby zu tragen hat.

Für die betroffenen Familien, die sowieso die Hauptlast der Behinderung als Dauerschicksal übernehmen, darf der Satz nicht gelten, der selten ausgesprochen, aber häufig gedacht wird: „Für eure behinderten Kinder seid ihr als Eltern allein verantwortlich!“ Das noch im Jahr der Behinderten im Rahmen des Art. 21 des 2. Haushaltsstrukturgesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1523 ff.) geänderte Sozialhilferecht, das eine höhere Kostenbeteiligung der Familien bei teilstationärer oder stationärer Unterbringung ihrer behinderten Kinder gefordert hatte, konnte als ein Schritt in Richtung auf eine derartige Meinung in der Öffentlichkeit gesehen werden und durfte auch aus

Indorektal® 100 mg Indometacin **neu** von Sanorania

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 Acetylsalicylsäure oder Indometacin, Anwendung bei Kindern unter 14 Jahren.

Nebenwirkungen
Gastrointestinale Störungen und Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Somnolenz, psychische Störungen, allergische Hauterscheinungen, Störungen der Hamatopoese; Sehstörung: Retina- und Makula-Veränderungen.

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

10 Supp.	50 Supp.
9.90	46.00
20 Tabl.	50 Tabl.
5.60	12.70

**stark
gesenkte
Preise**

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

Gründen der sozialen Gerechtigkeit im Hinblick auf den neugeregelten § 218 StGB – eugenische Indikation – nicht hingenommen werden.

Behinderten Kindern müssen zeitlich befristete Betreuungsplätze (für Stunden, Tage oder Wochen) in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Die Finanzierung der Einrichtungen hat überwiegend unsere Gesellschaft zu übernehmen; ausgenommen mag ein Kostenanteil für die beim häuslichen Lebensunterhalt ersparten Aufwendungen sein. Diese Betreuungsplätze müssen schnell erreichbar sein; sie haben die Aufgabe, die Familie des behinderten Kindes zu entlasten, indem wenigstens vorübergehend ein „normales“ Familienleben ermöglicht wird, beispielsweise

- bei Erkrankung der Betreuungsperson des Kindes oder bei einem anderen Krankheitsfall in der Familie,
- zur Durchführung einer Familienerholung (Erholung vom behinderten Kind – auch in seinem Interesse),
- um der Familie die zur Haushaltsführung erforderlichen Wege außer Haus zu erleichtern.

Der novellierte § 218 StGB und die soziale Gerechtigkeit

Der jetzt gültige § 218 StGB, der einen Schwangerschaftsabbruch bei geschädigtem Kind im Rahmen der eugenischen Indikation straffrei läßt, muß aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit als Signal für unsere Gesellschaft gelten, die Familien behinderter Kinder künftig stärker als bisher zu unterstützen. Der Grenzeitpunkt des Endes der 22. Schwangerschaftswoche, der die Straffreiheit bei Tötung eines mißgebildeten Kindes beendet und die Familie damit zwingt, nach Verstreichen dieser Frist ein geschädigtes Kind aufzuziehen, verpflichtet unsere Gesellschaft – wie vorher aufgezeigt –, großzügig zu helfen. Unter einer solchen Voraussetzung muß dann sogar überlegt werden, ob es gerechtfertigt ist, aus Angst vor einem geschädigten Kind eine Fruchtwasserpunktion durchzuführen und mit diesem Eingriff ein gesundes Kind oder dessen Mutter zu gefährden; außerdem bleibt bei der angesprochenen Vorsorgemaßnahme zu bedenken, daß nur verhältnismäßig selten kindliche Schäden so rechtzeitig in der Schwangerschaft diagnostiziert werden, daß ein erlaubter Schwangerschaftsabbruch im Rahmen des § 218 StGB möglich ist.

Heimunterbringung – kein moralisches Versagen der Familie

Es steht uns nicht zu, den „moralischen Zeigefinger“ zu heben, wenn Familien mit dem Schicksal eines behinderten Kindes nicht fertig werden und daher nicht bereit oder fähig sind, die Aufzucht und Erziehung zu übernehmen; Behinderung bedeutet nämlich – je nach Einzelfall – die Notwendigkeit

- einer ständigen Überwachung wegen hochgradiger motorischer Unruhe bei Schwachsinn und/oder
- des lebenslänglichen Wickelns bei fehlender Kontrolle über Stuhl- und Harnentleerung und/oder
- einer Hebe- und Tragearbeit von mit dem Lebensalter immer mehr an Körpergewicht zunehmenden gelähmten Kindern und/oder
- des steten Kampfes mit Infekten bei gestörtem Immunsystem und/oder
- der permanenten Bereitschaft bei Krampfleiden oder Blutungsübeln.

Die Reihe der Aufgaben, die Angehörige behinderter Kinder zu erfüllen haben, ließe sich noch erheblich fortsetzen.

Mit dem Eintritt des behinderten Kindes in die Familie droht dann eine Änderung in deren sozialem Gefüge, da häufig nicht alle Familienmitglieder gleichermaßen in der Lage sind, sich auf die permanent von der Norm abweichende Situation einzustellen, was zum Dauerkonflikt herdführen kann.

Ähnlich wie die Schmerzschwelle einer körperlichen Erkrankung von Individuum zu Individuum unterschiedlich hoch anzusetzen ist, wird auch der Leidensdruck, den die Anwesenheit eines behinderten Kindes den Ange-

hörigen setzt, von Familie zu Familie unterschiedlich empfunden und verarbeitet. Nicht jede Familie eignet sich als Pflegeheim oder Bewahranstalt. Wir müssen daher Verständnis aufbringen, wenn Eltern ihr behindertes Kind in einem Heim pflegen und aufziehen lassen wollen und dürfen einen diesbezüglichen Wunsch nicht abtun, als ob es sich um ein bloßes Streben nach Bequemlichkeit handelte. Erst recht darf ein solcher Schritt nicht durch finanziellen Druck unterbunden werden, auch im Interesse des behinderten Kindes nicht, da dieses zweifellos in einem Heim besser betreut wird, wenn das Elternhaus das Problem nicht meistern kann. Somit müssen in ausreichender Zahl geeignete Dauerheimplätze für Kinder aller Altersgruppen zur Verfügung stehen. Die Finanzierung dieser Einrichtungen hat ebenfalls überwiegend unsere Gesellschaft zu übernehmen.

Hohe ethische Forderungen zum Schutz des Lebens verpflichten die gesamte Gesellschaft

Nur die Bereitschaft unserer Gesellschaft, die Belastung durch ein behindertes Kind stärker als bisher mitzutragen, kann den Gedanken für manche betroffene Familie erträglicher gestalten, daß derzeit prä- und postnatal bei demselben kindlichen Schaden ein Unterschied gemacht wird. Die jetzige Inkompatibilität im Bereich des medizinisch-ethischen Denkens besteht zweifellos nicht mehr, wenn wir uns der Auffassung des Ordinarius für Moral-Theologie an der Universität Bonn, Professor Boeckle (zit. nach W. Furch [2]) anschließen, „daß post- und pränatal die gleichen ethischen Grundsätze gelten müßten, d. h., daß ein Kind, das mit einer Mißbildung geboren wird, mit der es ohne medizinische Intensivversorgung selbständig leben könnte, postnatal nicht getötet

Berichtigung:

Möglichkeiten und Vorzüge des Afterloading-Verfahrens bei der Kontakttherapie gynäkologischer Tumoren

Heft 3/1983, Seite 146, Tabelle 1 unter: Nachteile des Radium 226

1. Radon 222 (Rn-222 anstelle von Ra-222) ist, wie im Text beschrieben, ein gasförmiges Zerfallsprodukt des Radium.

2. Gemeint ist hier die spezifische Aktivität des Radium.

Spalte 3, Zeile 22:

Die gesetzlich zugelassene Höchstgrenze von 400 mrem/Monat besitzt seit der Strahlenschutzverordnung vom Oktober 1976 keine Gültigkeit mehr.

Seite 152, Tabelle 3, letzte Spalte:

Richtig ist „Behandlungszeitraum“.



ZNS-Forschung



Noctamid

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

Zusammensetzung: 1 Tablette Noctamid®-0,5/Noctamid®-1 enthält 0,5 mg/1 mg Lormetazepam.

Anwendungsgebiete: Behandlungsbedürftige Ein- und Durchschlafstörungen.

Gegenanzeigen: Myasthenie 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 Krankheits-

zeichen verstärken.

Warnhinweise: 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. A.T.:
10 Tabletten (N 1) mit je 0,5 mg/1 mg
DM 5,09/6,35. 20 Tabletten (N 2)
mit je 0,5 mg/1 mg DM 9,63/
DM 11,99.

Dosierung: Einzeldosis im allge-

meinen 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, Tranquilizer, 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. Februar 1983

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

Mit Noctamid stimmt der Schlafablauf wieder, und es gibt keinen hang-over, wie kontrollierte Studien zeigten. Noctamid ist das „Wirklich-Nur-Schlafmittel“.

würde und deshalb auch pränatal nicht einer Abtreibung aus eugenischer Indikation zum Opfer fallen dürfe, so etwa ein Kind mit Down-Syndrom". Wir müssen dann aber die Aufzucht geschädigter Kinder um so mehr als Gesellschaftsaufgabe ansehen und dürfen sie nicht, wie bisher, überwiegend den Angehörigen aufbürden. Eine Gesellschaft, die hohe ethische Forderungen zum Schutz des Lebens aufstellt, muß bereit sein, die Erfüllung dieser Vorstellungen durch die notwendigen materiellen Opfer für die Minderheit der betroffenen Bürger erträglich zu gestalten und darf nicht hauptsächlich auf deren Rücken eine derartige Maxime realisieren wollen. Im Klartext: Wir müssen dann sogar bereit sein, den Eltern eines geschädigten Kindes bei Diagnosestellung zur Geburt, nach Aufklärung über das mögliche Ausmaß der Behinderung und den zu erwartenden erheblichen elterlichen Einsatz während der Aufzucht, anzubieten, das Kind sofort in einem Heim betreuen zu lassen. Selbstverständlich muß dann — wie bereits aufgeführt — unser Staat überwiegend die Kosten für die Aufzucht des geschädigten Kindes übernehmen und auch dafür Sorge tragen, daß ein geeigneter Heimplatz zur Verfügung steht.

Literatur:

1. ZADEMACH, Ch.: Erfahrungen mit einem „Babysitterdienst“ für behinderte Kinder und Jugendliche. *Öff. Gesundh.-Wee.* 44 (1982) 447 — 448.
2. FURCH, W.: Medizinische Ethik — weltweit in Gefahr. *Dt. Ärzteblatt* 78 (1981) 2447 — 2450, 2495 — 2501.

Anschrift des Verfassers:

Medizinaldirektor Dr. med. W. Schmitz,
Minnesängerstraße 10, 8730 Bad Kissingen

Aktuelle Gesichtspunkte in der Rehabilitation und Nachsorge bei Herzkrankheiten

68. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

(Schluß)

Professor Dr. D. P. Doenecke,
Homburg:

Überwachung und Nachsorge bei Herzschrittmacherträgern

Die Indikation zu einer Schrittmachertherapie ergibt sich jeweils aus einer pathologischen und hämodynamisch wirksamen Bradykardie. Die Anpassungsfähigkeit moderner Aggregate an den verbleibenden Grundrhythmus erlaubt, die Indikation auch auf intermittierende Bradykardien zu erweitern. Die Schrittmachertherapie stellt damit ein Konzept der Überwachung und Behandlung von Rhythmusstörungen dar, die ihre Grundlage in pathologischen Veränderungen am Herzen haben: der Schrittmacher selbst ist keine Krankheit! Er stellt einen Schutz und nicht eine Kontraindikation der therapeutischen Maßnahmen dar, d. h., die Pharmakotherapie braucht keine Rücksicht auf den Schrittmacher zu nehmen. Insbesondere die Anwendung von Digitalisglykosiden, Antiarrhythmika und Beta-Blockern wird häufig erst nach Schrittmacherimplantation möglich. Die Geräte bedingen per se keine Einschränkung der Lebensweise; Schrittmacherträger dürfen reisen und fliegen. Allerdings ist eine Beeinflussung der elektromagnetischen Signale durch

die Umwelt theoretisch möglich, in der Praxis wegen vielfältiger Sicherheitsmaßnahmen jedoch kaum relevant. Im medizinischen Bereich besteht lediglich eine Beeinflussungsmöglichkeit durch Diathermie, Elektrokauter, Kurzwellen und Niederfrequenzreizstromgeräte.

95 Prozent aller nicht vorhersehbaren Komplikationen der Schrittmachertherapie treten innerhalb der ersten drei Monate auf. In der Regel handelt es sich dabei nicht um ein technisches Versagen des Schrittmachersystems, sondern ein Versagen der Pulsübertragung oder Pulsaufnahme. Kritischer Punkt bleibt die Kontaktstelle zwischen Technik und biologischem Medium — die Schrittmacherelektrode. So verursachen Reizschwellenanstiege (meist zwischen dem 10. und 20. Tage nach der Implantation) einen Ausfall der Stimulation. Diese beruhen auf entzündlichen Reaktionen an der Elektrodenpitze und lassen sich durch Antiphlogistika meist beherrschen. Der Verlust der Steuerfunktion des Schrittmachers ist prinzipiell ein ähnlicher Vorgang. Hier wird infolge gestörter Übertragungsbedingungen das Pulssignal durch das Spontan-EKG vom Schrittmacher nicht erkannt, so daß er seine Anpassungsfähigkeit an den Spontanrhythmus verliert. Die häufigste Komplikation

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	814,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,78 mg)	
1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	737,8 mg
Magnesium-Gehalt: 6 mval (72,94 mg)	
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	1229,6 mg
Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg)	
Verdauliche Kohlenhydrate 3,1 g	

Indikationen

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

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie. **MAGNESIOCARD®-Ampullen** sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myesthenia gravis.

MAGNESIOCARD®

Therapeutisches Prinzip:
Streßabschirmung,
Calcium-Antagonismus, Lipidsenkung

Die Injektion von MAGNESIOCARD® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

Nebenwirkungen:

Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

Keps.: 25 DM 10,25, 50 DM 19,55, 100 DM 35,20
 Tebl.: 25 DM 10,-, 50 DM 19,20, 100 DM 34,40
 Granulat zum Trinken
 8tl.: 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.

bleibt innerhalb der ersten drei Monate die Dislokation einer Schrittmacherelektrode, gekennzeichnet durch einen völligen Verlust der Impulsantwort.

Die meisten Störungen sind durch Palpation des Pulses zu erkennen und vom Patienten selbst zu bemerken; die wichtigste ärztliche Möglichkeit der Schrittmacherkontrolle bleibt das EKG. Für dessen Deutung ist von grundsätzlicher Bedeutung, daß der im rechten Ventrikel stimulierte Puls elektrokardiographisch als Linkschenkelblock beantwortet wird. Tritt innerhalb des Erwartungsintervalls des Schrittmachers ein Spontanimpuls auf, so wird dieses Signal erkannt, der Schrittmacher unterbricht seine Impulsabgabe, bis wieder ein Erwartungsintervall überschritten wird. Im Falle des Steuerungsdefektes würde die Impulsabgabe unabhängig von der Schrittmachertätigkeit erfolgen. Im Falle des Stimulationsausfalles durch Elektrodendislokation oder Reizschwellenerhöhung ist die Impulsantwort unterbrochen, die Schrittmacherimpulse verhalten sich ohne Beziehung zum Eigenrhythmus.

Nicht als Komplikation, sondern als routinemäßig zu erwartendes Problem ist die Erschöpfung der Batterien zu werten. Generell sind zur Zeit ausschließlich Schrittmacher mit sogenannten „Lithiumzellen“ im Einsatz. Sie zeichnen sich durch außerordentliche Zuverlässigkeit und höhere Energiedichte aus. Die zu erwartende Betriebszeit schwankt zwischen vier und über 15 Jahren. Die Erschöpfung der Batterien wird durch Frequenzabfall des Schrittmachers angezeigt. Die Indikation zum Aggregatwechsel ergibt sich zwingend bei einem Frequenzabfall von zehn Prozent.

Eine wesentliche Rolle in der Überwachung des Schrittmacherträgers spielt die Frage nach dem Gefährdungsgrad. Dieser läßt sich durch die Spontanautomatie und Spontanfrequenz kennzeichnen. Die Möglichkeit zur externen Abschaltung des Schrittmachers ergibt sich durch äußere Anwendung von Signalen, die dem Schrittmacher eine spontane Herzaktivität simulieren und ihn zur Impulsunterdrückung veranlassen. Dies ist von Bedeutung, da das Schrittmacher-EKG selbst wegen der schenkelblockartigen Deformierung der ORS-Komplexe keine Feinanalyse mehr zuläßt und insbesondere

keine Verifizierung eines neuen Infarktes gestattet.

Konventionelle Schrittmachetherapie bietet ein Optimum an Sicherheit für den Patienten, jedoch hat sich frühzeitig gezeigt, daß der Verlust von Frequenzanpassung und der hämodynamische Beitrag der Vorhofsystole mit mangelhafter Anpassungsfähigkeit erkaufte werden. Der Druckabfall und die Verkleinerung der Blutdruckamplitude lassen sich unter Nutzung der Vorhofsaktivität und Vorhofkammersynchronisation beheben. Es wurde deshalb nach Wegen gesucht, anstelle der zuvor besprochenen Ventrikel-Demand-Schrittmacherstimulation (VVI) den Beitrag der Vorhofsystole zu nutzen. Moderne Elektrodendesigns erlauben die aktive Fixierung auch im Vorhof, so daß nach dem gleichen Prinzip Vorhof-Demand-Schrittmacher (AAI) zum Einsatz kamen. In konsequenter Fortentwicklung werden heute zunehmend häufiger Zweikammersysteme angewandt, deren Endprodukt der vollautomatische Schrittmacher mit vorhofstimuliertem Teil, ventrikelstimuliertem Teil, Steuerungsfunktion in beiden Herzhöhlen, verbunden durch eine Logik, darstellt.

Die neuen Zweikammersysteme sind in ihrer Impulsenergie, ihrer Steuerempfindlichkeit, ihrer Frequenz, ihren Verzögerungsintervallen und weiteren Funktionen variabel. Diese Komplexität mit der Möglichkeit individueller Programmierung erschwert jedoch die Überwachung und Nachsorge von Schrittmacherträgern in der Praxis. Sie stellt wegen der Vielfalt der Programmiermöglichkeiten, der Notwendigkeit spezieller Programmiergeräte und der zweifellos größeren Anfälligkeit besondere Anforderungen, die meist nur dem implantierenden Zentrum vorbehalten bleiben. Hierdurch wird der Patient bedauerlicherweise an die Klinik fixiert. Deshalb rechtfertigen nur die ganz evidenten hämodynamischen Vorzüge solcher Geräte ihren Einsatz.

Dr. N. Sternitzke, Homburg:

Aktuelle Gesichtspunkte der Diagnostik und Langzeittherapie der Herzinsuffizienz

Für die Diagnostik und die Langzeittherapie der Herzinsuffizienz sind Kenntnisse der Ursache und des pathophysiologischen Verlaufes er-

forderlich. Definiert wird die Herzinsuffizienz als eine gestörte Pumpfunktion, die trotz genügendem venösen Blutangebot ein ausreichendes Herzzeitvolumen für die Sauerstoffversorgung des gesamten Organismus entsprechend seinen Bedürfnissen nicht oder nur unter Inanspruchnahme von Kompensationsmechanismen fördern kann. Die kardialen Ursachen der Herzinsuffizienz liegen in der koronaren Herzkrankheit, der arteriellen Hypertonie, angeborenen oder erworbenen Herzfehlern, der primären oder sekundären Kardiomyopathie, Herzrhythmusstörungen oder mechanischen Behinderungen. Als extrekkardiale Ursachen seien die Hyperthyreose, Anämie, der arterio-venöse Shunt und entzündliche Erkrankungen genannt. Die Einteilung nach pathophysiologischen, funktionellen Gesichtspunkten umfaßt die Drucküberlastung mit der arteriellen Hypertonie, Aortenstenose, Pulmonalstenose und Lungenembolie, die Volumenüberlastung mit der Aorteninsuffizienz, Mitralsuffizienz und den Shunt. Die Behinderung der diastolischen Füllung und Bewegung des Herzens findet sich bei der Mitrals-, Trikuspidalstenose, Perikardtamponade und bei tachykarden Rhythmusstörungen, die direkte Myokardschädigung bei der primären und sekundären Kardiomyopathie und der koronaren Herzkrankheit. Letztere und die arterielle Hypertonie sind die häufigsten Ursachen der Herzinsuffizienz.

Das verminderte Herzzeitvolumen mit reduzierter Organdurchblutung bedingt eine erhöhte, arterielle Sauerstoffausschöpfung und verursacht über die vergrößerte arterio-venöse Sauerstoffdifferenz das Erscheinungsbild der Zyanose. Die Verminderung der Nierendurchblutung hat über den Renin-Angiotensin-Aldosteron-Mechanismus eine Natrium-Wasserretention mit Erhöhung des venösen Volumens zur Folge. In den vorgeschalteten Gefäßen des jeweils insuffizienten Ventrikels resultiert daraufhin eine Volumen- und Druckzunahme, die in Verbindung mit einer Abnahme des effektiven kolloidosmotischen Druckes zu einer gesteigerten Kapillarfiltration und zur Ödembildung führt. Dem pathophysiologischen Verlauf entsprechend, entwickeln sich die wichtigsten klinischen Leitsymptome, wie eingeschränkte Leistungsfähigkeit, erhöhte Herzfrequenz, Herzvergrößerung, Dyspnoe, Nykturie und venöse Ein-

fluß- und Leberstauung. Das Beschwerdebild und die nachweisbare Symptomatik ist von dem Insuffizienzgrad einerseits und dem Belastungsgrad mit entsprechender Anforderung der Peripherie an das Herz andererseits abhängig. Im einzelnen wird zwischen Links-, Rechts- und Globalinsuffizienz sowie zwischen latenter und manifester Herzschwäche unterschieden.

Grundlage der Diagnostik ist die Anamnese, der klinische Untersuchungsbefund und die Röntgen-Thoraxuntersuchung, das Elektro- und Phonokardiogramm. Hinzukommen in Einzelfällen weitere nicht-invasive und invasive Methoden, wie die Katheteruntersuchungen.

Eine technische Weiterentwicklung stellt die Echokardiographie dar, die Informationen über Wanddicke, Größe und Kontraktionsfähigkeit des linken Ventrikels liefert. Durch Aufzeichnung der Ventrikeldimension sowie der endsystolischen und enddiastolischen Ventrikelvolumina ist die Berechnung des Schlag- und Herzminutenvolumens und der Austreibungsfraktion möglich. Die zweidimensionale Echokardiographie ermöglicht weiterhin die Lokalisation und Analyse des Bewegungsablaufes, so daß eine gestörte Ventrikelfunktion erfaßt werden kann. Das Verfahren ist relativ zeitaufwendig und erfordert längere Erfahrungen des Untersuchers. Aus technischen Gründen ist die linke Ventrikelspitze nicht immer zu erfassen.

Bei der Radionuklidmethode handelt es sich um eine Herzbinnenraumszintigraphie durch intravenöse Bolusapplikation von Technetium-markiertem Humanserum-Albumin. Damit kann das Kontraktionsverhalten der Ventrikel in Ruhe und unter Belastung geprüft werden. Der Vorteil der Methode liegt in ihrer beliebigen Wiederholbarkeit und in der Nichtbelastung auch schwerstkranker Patienten.

Die Bestimmung der systolischen Zeitintervalle durch synchrone Registrierung des Elektro- und Phonokardiogramms und der Karotispulskurve ist eine technisch einfache und auch in der Praxis durchzuführende Methode. Die aus den Kurven ermittelte Umformzeit, Druckanstiegzeit, Anstiegszeit, Austreibungszeit sowie der Quotient Austreibungszeit zur Anspannungszeit ergeben Auf-

schluß über die linksventrikuläre Funktion. Auch diese Untersuchung ist nicht belastend und kann sowohl in Ruhe als auch unter Belastung durchgeführt werden.

Bei den invasiven Methoden hat die intravenöse Einführung des „Mikrokatheters“ zur Bestimmungsmöglichkeit des Druckes im rechten Vorhof, im rechten Ventrikel und in der Pulmonalarterie geführt. In Verbindung mit der synchronen Bestimmung des Herzminutenvolumens nach Fick oder mit der Thermodilutionsmethode und der systolischen Zeitintervalle lassen sich auch hiermit wesentliche Parameter für die Beurteilung der Ventrikelfunktion in Ruhe und unter Belastung ermitteln.

Das Ziel der medikamentösen Behandlung ist die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung eines ausreichenden, dem Belastungsgrad angepaßten Herzzeitvolumens. Dies kann erreicht werden durch Erhöhung der Kontraktilität und durch Reduzierung des erhöhten vaskulären Auswurfwiderstandes. Bewährt haben sich Glykoside und Saluretika, zur Diskussion stehen Vasodilatoren und positiv inotrope Pharmaka.

Alle Digitalisglykoside und das Strophanthin haben den gleichen Wirkungsmechanismus, unterscheiden sich aber voneinander in ihrer Pharmakokinetik. Sie wirken kontraktitätssteigernd über eine Aktivierung der elektromechanischen Kopplung. Sie hemmen die Magnesium-abhängige Kalium- und Natrium-aktivierbare Membran-ATPase und bewirken somit den Natriumeinstrom, verbunden mit einem Kaliumabstrom. Mit dem Natriumeinstrom wird auch ein Kaliumeinstrom begünstigt, so daß ein erhöhter Kaliumgehalt zur Aktivierung der elektromechanischen Kopplung zur Verfügung steht. Dadurch wird beim Herzinsuffizienten das Schlagvolumen erhöht, der periphere Gefäßwiderstand regulatorisch in Verbindung mit einer Sympathikusdämpfung gesenkt und die Herzfrequenz vermindert. Dementsprechend wird die Austreibungsfraktion gesteigert, das Herz verkleinert, über eine verbesserte Nierendurchblutung die Diurese begünstigt. Für die Langzeittherapie der Herzinsuffizienz ist Strophanthin nicht geeignet, da oral eine gesicherte, therapeutisch-wirksame Resorption nicht nachweisbar ist. Digoxin wird überwiegend über die

Leber metabolisiert und über den Darm ausgeschieden, während Digoxin überwiegend als Reinsubstanz über die Nieren abgegeben wird. Die individuelle Glykosiddosierung ist abhängig vom Alter und Körpergewicht sowie von den die Glykosidtoleranz bestimmenden Determinanten (Schweregrad der Herzerkrankung, Kalium- und Kalziumveränderungen, Cor pulmonale, Hypo- und Hyperthyreose sowie Arzneimittelinteraktionen). Die Bevorzugung eines Glykosids kann nach den gegenwärtigen Kenntnissen nicht empfohlen werden, da die Resorbierbarkeit von Digoxinderivaten wesentlich verbessert werden konnte und der Bevorzugung von Digitoxin bei Niereninsuffizienz eine verminderte Steuerbarkeit infolge langer Halbwertszeit und bei älteren Menschen (infolge Reduktion der metabolischen Kapazität der Leber) entgegensteht.

Den Diuretika gemeinsam ist eine Hemmung der Natriumrückresorption und die damit verbundene erhöhte Natriumausscheidung. Sie können nach ihrem Wirkmechanismus unterteilt werden in Benzothiadiazine, die eine Reabsorption von Natrium im distalen Tubulus einschränken, in Schleifendiuretika, die eine Natriumreabsorption im aufsteigenden Schenkel der Henle-Schleife beeinflussen, in antikaliuretische Substanzen, die die Natriumreabsorption verhindern, ohne die Kaliumausscheidung zu beeinflussen (Spironolacton) sowie in Triamteren und Amilorid, die einen Spironolacton-ähnlichen Effekt besitzen. Demnach wird eine Hypokaliämie verursacht durch Thiazide und Schleifendiuretika, letztere begünstigen auch eine Hyperurikämie und Hyperglykämie. Die kaliumsparenden Diuretika können naturgemäß eine Hyperkaliämie besonders bei Niereninsuffizienz, auslösen und verursachen eine Gynäkomastie sowie Potenzstörungen.

Vasodilatoren besitzen eine direkte oder indirekte dilatierende Wirkung auf die glatte Muskulatur der arteriellen und/oder der venösen Gefäße. Eine direkte Gefäßwirkung besitzen die organischen Nitrate (Nitroglycerin, Isosorbiddinitrat, Isosorbidmononitrat und Hydralazin). Indirekt wirksam sind die adrenergen Alpha-Rezeptorenblocker, wie Prazosin (= Minipress®) und Phenoxybenzamin, sowie durch Blockade des „Converting-Enzyms“ der

Iberis Amara



IBEROGAST® reguliert die gestörte Motorik im Magen-Darm-Trakt

Das pflanzliche Arzneimittel


IBEROGAST

Bei funktionellen Magen-Darm-Beschwerden

Zusammensetzung: 100 ml enthalten Frischpflanzen-Auszug (6:10) aus 9 g Iberis amara totalis 15 ml, Drogen-Auszug (3,5:10) aus je 3,5 g Herba Chelidonii, Fructus Cardui mariae, Folia Melissae, Fructus Carvi, Radix Liquiritiae, Radix Angelicae, 7 g Flores Chamomillae, 1,75 g Folia Menthae piperitae 85 ml. Das Arzneimittel enthält 25 Gew.-% Athanol. **Anwendungsgebiete:** Funktionelle Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Sodbrennen, Reflux-Oesophagitis, Hiatus-Hernie, chronische Gastritis, Gastroenteritis, Divertikulose, chronisch inkompletter Ileus, Reizcolon und andere Motilitätsstörungen im Magen-Darm-Trakt).

Anwendungswise: Soweit nicht anders verordnet, 3 x täglich 20 Tr., Kinder 3 x tgl. 10 Tr. **Darreichungsformen:** OP 20 ml DM 6,05; OP 50 ml DM 11,55; OP 100 ml DM 20,60.

Stand 1. 1. 83

 **Steigerwald**

Arzneimittelwerk GmbH, 6100 Darmstadt

Angiotensin-Antagonist Captopril (= Lopirin®). In Abhängigkeit von der Gefäßdilatation resultiert eine Verminderung der Nachlast mit Erleichterung des Volumeneuwurfes oder eine Verminderung der Vorlast mit Reduzierung des Füllungsvolumens.

Von den über eine Beta-Rezeptorstimulation positiv inotrop-wirksamen Substanzen werden zur Behandlung der akuten Herzinsuffizienz Dopamin und Dobutamin eingesetzt. Für die Langzeitbehandlung sind diese Pharmaka wegen der intravenösen Applikation nicht geeignet.

*Professor Dr. W. Hoffmann,
Homburg:*

Rehabilitation und Nachsorge bei Kindern nach Operation kongenitaler Herzfehler

Die Erfolge der Herzchirurgie in den letzten 20 Jahren haben die Zahl der Kinder, die mit einem operierten Herzen betreut werden müssen, erheblich ansteigen lassen. Entsprechend der Vielfalt der zugrunde liegenden Herzfehler ist mit unterschiedlichen postoperativen Erscheinungsbildern zu rechnen. In diesem Zusammenhang seien zunächst einige postoperative Syndrome beschrieben, die zwar vorwiegend während des stationären Aufenthaltes in Erscheinung treten, gelegentlich aber auch noch nach der Entlassung nachrücken können.

Hierbei handelt es sich einmal um das sogenannte Postkoarktationsyndrom, das Postperikardiotomieyndrom und das Postperfusionssyndrom. Ersteres kann nach der Resektion einer Aortenisthmusstenose auftreten. Es beginnt vier bis acht Tage nach der Operation mit starken Bauchschmerzen aufgrund einer histologisch nachweisbaren Panarteriitis und Thrombosenbildung im Mesenterikabereich infolge postoperativer Druck- und Flow-Veränderungen unterhalb des Stenosebereiches. Meist ist der Verlauf infolge Spontanheilung günstig. Gelegentlich kommt es jedoch auch zum Ileus; die Prophylaxe besteht in einer konsequenten Blutdrucksenkung bei postoperativer reaktiver Hypertonie.

Das Postperikardiotomieyndrom tritt bei etwa 25 bis 30 Prozent aller

Patienten auf, bei denen eine Perikardiotomie durchgeführt wurde. Als Ursache wird eine Virusinfektion in Verbindung mit einer Autoimmunreaktion diskutiert. Zwei bis drei Wochen nach der Operation beginnen die Symptome mit Fieber und Perikerd- und/oder Pleurareiben. Die Laborchemie zeigt unspezifische Entzündungszellen, im EKG können Erregungsrückbildungsstörungen und eine Niedervoltage auftreten. Meist kommt es dann zu einer Selbstheilung in zwei bis drei Wochen.

Das Postperfusionssyndrom soll bei fünf bis zehn Prozent aller Patienten auftreten, die mit einer Herz-Lungenmaschine operiert worden sind. Drei bis sechs Wochen postoperativ kommt es zu Fieber und Splenomegalie, Lymphknotenschwellungen und einem flüchtigen Exanthem. Ursächlich scheint ein Zytomegalievirus vorzuliegen. Das Blutbild zeigt eine Lymphozytose, Röntgen, EKG und Echokardiogramm helfen nicht weiter. Der klinische Verlauf ist auch hier im allgemeinen gut; klinische Maßnahmen sind meist nicht erforderlich.

Trotz aller Fortschritte der Herzchirurgie bei der Behandlung kongenitaler Herzfehler ist es oft nicht möglich, postoperativ völlig normale Kreislaufverhältnisse herzustellen. Dies gilt insbesondere für die komplexen Herzfehler. Ursachen hierfür sind einmal sogenannte Residuen, sogenannte Folgen und Komplikationen. Unter Residuen werden postoperativ verbliebene anatomische oder hämodynamische Anomalien verstanden, wie z. B. Lungengefäßveränderungen, fortbestehende Herzvergrößerungen, verbleibende Druckgradienten, Restventrikelseptumdefekte oder Anfälligkeit gegenüber der subakuten bakteriellen Endokarditis. Unter den Folgen werden unvermeidliche anatomische oder hämodynamische Folgen des Operationsverfahrens verstanden, wie Rechtsherzblock, eventuell auch mit links-antierem Hemi-block, die Möglichkeit eines totalen Herzblockes, Ventrikelaneurysmata nach Ventrikulotomien, Pulmonel- bzw. Aorteninsuffizienzen oder auch Trikuspidal- und Mitralsuffizienzen. Unter den Komplikationen werden unerwartete postoperative Ereignisse zusammengefasst, zu denen der AV-Block dritten Grades und neurologische Komplikationen zu rechnen sind.

Die postoperative körperliche Belastbarkeit der Kinder setzt eine genaue Diagnose des postoperativen Status voraus, was manchmal nur durch eine Katheteruntersuchung möglich ist. Schwere körperliche Belastungen und auch Schulsport sollten ein halbes Jahr nach dem Eingriff gemieden werden. Danach richtet sich die körperliche Belastbarkeit nach dem funktionellen Zustand des Herz-Kreislaufsystems. Krankheitsbilder, die in hohem Maße die Gefahr einer Verschlechterung ihrer Hämodynamik in sich tragen und zu anderen Problemen im späteren Lebensalter führen, sind die nicht-operierte und zum Teil auch die operierte Fallot-Tetralogie, die komplexen Vitien, die pulmonale obstruktive Gefäßerkrankung, die hypertrophische Kardiomyopathie sowie schrittmacherbedürftige Herzrhythmusstörungen. Auch alle Klappenprothesen und schwere Aorten- und Mitralsuffizienzen sollten sich keiner körperlichen Belastung unterwerfen.

Die bakterielle Endokarditis stellt sowohl vor als auch nach Operationen ein mehr oder weniger hohes Risiko dar. Sie ist auch heute trotz Antibiotika eine schwere Erkrankung mit hoher Letalität. Nach Primärheilung ist die Überlebensrate nach fünf Jahren 75 Prozent, nach zehn Jahren nur noch 50 Prozent. Das Risiko ist bei den einzelnen Herzfehlern unterschiedlich hoch und hat entscheidend mit der Hämodynamik des Herzfehlers und weniger mit dem klinischen Erscheinungsbild zu tun. Herzfehler mit einem hohen Druckgradienten sind grundsätzlich besonders durch die bakterielle Endokarditis bedroht (kleine Ventrikelseptumdefekte, kleine Ductus-Botalli, Fallot-Erkrankungen oder Aortenisthmusstenosen). Ein hohes Risiko besteht auch bei allen Eingriffen, bei denen Fremdmaterial in das Herz eingebracht wurde. Eine Endokarditisprophylaxe soll durchgeführt werden bei allen fieberhaften Infekten (insbesondere bei Tonsillitis, Sinusitis und Otitis media) und bei allen Zuständen, die mit einer Bakteriämie einhergehen können (zahnärztliche Eingriffe, endoskopische Untersuchungen usw.) Sechs bis eine Stunde vor dem geplanten Eingriff wird eine gewichtentsprechende Dosis Penicillin verabfolgt. Bei allergischen Reaktionen ist auf Streptomycin, Gentamycin oder Erythromycin auszuweichen.

Dr. W. Vogel, Homburg:

Rehabilitation und Nachsorge bei Patienten mit Herzklappenersatz

Der rasche chirurgische Fortschritt auf dem Gebiet des Herzklappenersatzes hat nicht nur alte Probleme gelöst, sondern auch eine Fülle neuer Erkenntnisse und Aufgaben für die nachbehandelnden Ärzte gebracht. In zunehmendem Maße werden wir mit den Fragen der Langzeitbehandlung nach Herzklappenersatz konfrontiert. Von der Qualität dieser Nachsorge hängt nicht nur die medizinische, sondern auch die berufliche, psychische und soziale Rehabilitation des Patienten ab. In diesem Zusammenhang drängen sich folgende Fragen auf:

1. Welche Forderungen soll eine gute Klappenprothese erfüllen?
2. Welche Prothesentypen sind heute bei Patienten anzutreffen? Was sind ihre spezifischen Eigenschaften? Worauf muß man dabei in der Nachsorge besonders achten?
3. Wie behandelt man Patienten mit normaler Prothesenfunktion?
4. Welche Komplikationen sind zu befürchten? Wie kann man sie verhindern oder ihnen wirksam vorbeugen?
5. Was sind die Voraussetzungen für eine möglichst weitgehende psychische, soziale und berufliche Rehabilitation?

Keine der bisher verfügbaren Prothesen wird ihrer Aufgabe, jährlich etwa 40 000 000mal zu schlagen, so zuverlässig gerecht wie die natür-

liche Herzklappe. Um sich diesem Vorbild zu nähern, sind als Eigenschaften einer idealen Klappenprothese folgende Forderungen formuliert worden: sie soll günstige hämodynamische Eigenschaften, eine niedrige Endokarditis- und Hämolyserate besitzen. Sie soll nicht thrombogen, einfach zu implantieren, gewebeverträglich, röntgendicht, leise und vor allem haltbar sein. Die Vielfalt der bisher verwendeten Modelle weist auf die Schwierigkeiten hin, eine solche ideale Klappe zu bauen. Nach den Kugel-, Kippscheiben- und Hubscheibenklappen wurden in letzter Zeit in zunehmendem Maße Bioprothesen implantiert. Demnach unterscheidet man heute zwischen mechanischem und biologischem Klappenersatz. Die zunächst eingeführten recht robusten Kugelklappen neigten zur Bildung von Thrombembolien am Metallgitter. Deshalb wurde der Metallkäfig mit einem textilen Überzug versehen, was wiederum Häufigkeit und Ausmaß mechanischer Hämolysen erhöhte. Die Silikonkautschukbälle neigten zur Verformung und zu Einrissen an der Oberfläche. Deshalb wurden sie in letzter Zeit durch Metallhohlkugeln mit einem dem Blut angepaßten spezifischen Gewicht ersetzt. Das laut vernehmbare Klicken ist für viele Patienten eine dauernde Belästigung. Ein weiteres Problem ist die Einbauhöhe dieser Klappe, besonders bei Patienten mit kleinem linken Ventrikel, z. B. bei Mitralstenosen. Deshalb wurden Hubscheibenklappen mit geringerer Bauhöhe konstruiert, die sich allerdings wegen ungünstiger Hämodynamik, Embolie- und Hämolyse-eignung sowie erhöhten Verschleißes auf die Dauer

nicht bewährt haben. Die Einführung der Kippscheibenklappen bedeutete demgegenüber einen deutlichen Fortschritt. Sie boten eine bessere Hämodynamik, wurden leiser und widerstandsfähiger. Seit Anfang der siebziger Jahre wurden nun auch die Bioprothesen eingeführt. Sie werden überwiegend aus Schweine-aortenklappen und Rinderperikard hergestellt, die auf Klappengerüste aufgezogen werden. Trotz der physiologischen zentralen Blutströmung werden auch hier relativ hohe Druckgradienten gemessen, die durch Verformung des Gerüsts oder Thrombosierung im Laufe der Zeit sogar noch zunehmen können. Neuere elektronenmikroskopische Untersuchungen zeigen, daß degenerative Veränderungen, nämlich die Zerstörung des Kollagen-Fasengerüsts der Klappenmatrix, schon früh (nach wenigen Monaten bis zwei Jahre) nachweisbar werden. Sekundäre Verkalkungen des avitalen Gewebes und Einrisse in die Klappentaschen können schwere Klappenfunktionsstörungen nach sich ziehen. In der Mehrzahl der Fälle kann man jedoch von einer mindestens fünf- bis zehnjährigen ungestörten Funktion ausgehen.

Jeder Träger einer künstlichen Herzklappe bleibt lebenslang ärztlich überwachungs- und behandlungsbedürftig. Zunächst sollten Arzt und Patient über das implantierte Klappenmodell und seine Risiken informiert sein. Fehlen entsprechende Operationsunterlagen, so sind alle Klappen durch eine seitliche Thoraxübersichtsaufnahme eindeutig zu identifizieren. Häufig bleiben nach erfolgreichem Klappenersatz wegen des begleitenden myokardialen

Traumee1[®]

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

ZUSAMMENSETZUNG Salbe: 100 g anth.: Arnica ϕ 1,5 g; Calendula ϕ , Hamamelis ϕ ana 0,45 g; Echinacea angustifolia ϕ , Echinacea purpurea ϕ , Chamomilla ϕ ana 0,15 g; Symphytum ϕ , Bellis perennis ϕ ana 0,1 g; Hypericum ϕ , Miliefolium ϕ ana 0,09 g; Aconitum D1, Belladonna D1 ana 0,05 g; Mercurius solubilis Hahnemann D1 0,04 g; Hepar sulfuris D1 0,025 g.

DOSIERUNGSANLEITUNG Salbe: Morgens und abends, bei Bedarf auch öfters auf die betroffenen Stellen auftragen bzw. einreiben, ggf. auch Salbenverband.

DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖSSEN (Stand Februar 1983)
Salbe: Tuben mit 20 g DM 4,55, mit 80 g DM 13,75.

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN

Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

- Risikofreies Breitband-Antiphlogistikum
- Entzündliche und ödematöse Prozesse verschiedener Genese und Lokalisation
- Verletzungsfolgen

Schadens Zeichen der Herzinsuffizienz oder Rhythmusstörungen bestehen, die in üblicher Weise behandelt werden müssen. Die Antikoagulantienlangzeitbehandlung ist bei allen mechanischen Klappen obligatorisch. Bei den Bioprothesen ist diese nur bis zur Epithelialisierung des Kleppengerüsts während der ersten drei Monate obligat; danach kann in Einzelfällen darauf verzichtet werden. Auf jeden Fall sollte eine Antikoagulation auf Dauer bei rezidivierenden Herzrhythmusstörungen, Vorhofflimmern, Embolieanamnese, vergrößertem linken Vorhof oder intra-operativ nachgewiesenen Vorhofthromben beibehalten werden. Werden operative Eingriffe erforderlich, die eine volle Gerinnbarkeit des Blutes benötigen, so muß die orale Antikoagulation durch eine Heparinisierung überbrückt werden. Diese sollte möglichst in Übereinstimmung mit dem betreuenden Herzzentrum geschehen. Bei kleinen Eingriffen, wie Zahnextraktionen, genügt ein vorübergehender, nicht durch Vitamin K-Gabe beschleunigter Quickwertanstieg auf 40 Prozent. Die einwandfreie Funktion der Prothese wird im Herzzentrum in viertel- bis halbjährlichen Abständen überwacht durch Auskultationsbefund, Phonokardiogramm, EKG in Ruhe und Belastung. Bei Hinweisen auf eine Zustandsänderung wird eine gezielte, weitergehende Diagnostik eingesetzt, wie Echokardiographie, Röntgen, Radiokardiographie, Laboranalysen und invasive Methoden.

An Komplikationen sind zu nennen die Thrombembolien, die Prothesenendokarditis, die mechanischen Klappendefekte, die mechanisch induzierte Hämolyse und das paravalvuläre Leck. Ursachen thrombembolischer Entwicklungen an den Klappen sind neben unzureichender Antikoagulation die körperfremden Oberflächen des implantierten Materials und die unphysiologische Blutströmung. Neben der Gefahr arterieller Embolien muß man die mehr oder weniger weitgehende Einmauerung der beweglichen Ventiltile mit schwerer Klappendysfunktion befürchten. Es besteht deshalb höchste Alarmstufe, wenn das Klicken der Klappe leiser wird oder gar verschwindet. Dann ist das nächste Herzzentrum möglichst umgehend aufzusuchen. Die Häufigkeit von Thrombembolien liegt bei Bioprothesen bei etwa zwei Prozent pro

Patientenjahr, bei mechanischen Prothesen zwischen zwei und fünf Prozent. Durch unzureichende Antikoagulation steigt dieser Prozentsatz beträchtlich an. Die Prothesenendokarditis betrifft alle Klappenarten in etwa gleich häufig: Intermittierendes oder kontinuierliches Fieber, Schwitzen, Schüttelfrost oder Müdigkeit sind regelmäßige, Splenomegalie und veränderter Auskultationsbefund sind häufige Symptome. Durch wiederholte Blutkulturen gelingt bis zu 80 Prozent der Fälle der Bakteriennachweis; eine gezielte hochdosierte antibiotische Therapie ist in 30 bis 50 Prozent der Fälle erfolgreich. Bei rezidivierenden Beschwerden und weiteren Komplikationen besteht die einzige Chance für den Patienten in einem erneuten vollständigen Klappenersatz. Bei zahnärztlichen und anderen operativen Eingriffen sowie endoskopischen Untersuchungen ist für diese Patienten eine prophylaktische antibiotische Abschirmung zu fordern.

Rein mechanische Störungen sind heute als Ursache von Prothesendysfunktionen eher die Ausnahme (z. B. Kugeldeformierungen, partieller Abriß des Metallgitters, Verlust der textilen Überzüge). Die mechanische Hämolyse hat besonders bei den Kugel- und Hubscheibenklappen Bedeutung erlangt. Bei den Kippscheibenklappen spielen sie klinisch nur eine geringe Rolle und bei den Bioprothesen kommen sie praktisch nicht vor. In schweren Fällen kommt es zu einem Hb-Abfall bis zur Transfusionsbedürftigkeit. Sonst läßt sich das Hämolyseausmaß durch LDH-, Bilirubin- und besonders empfindlich durch Haptoglobinbestimmungen quantifizieren und überwachen. Bei dem paravalvulären Leck kommt es zu einer Lockerung des Klappenringes durch Nahtinsuffizienz in entzündlich verändertem Gewebe. Bei derartigen Vorkommnissen ist eine erneute Operation nicht zu umgehen.

Der künstliche Herzklappenersatz wirkt auf den Patienten auch psychisch erheblich traumatisierend. Die Patienten müssen sich intensiv mit ihrem Krankheitsproblem und der Bedrohung durch den Tod auseinandersetzen. Das daraus resultierende, auf sich selbst bezogene Verhalten darf nicht als neurotisch fehlinterpretiert werden. Im therapeutischen Gespräch sind hier Bagatellisierung oder wohlmeinende Ratschläge zur Verhaltensänderung

nicht angebracht, da sie die Isolation verstärken können. Besser ist ein aktives Zuhören in dem Bewußtsein, daß hypochondrische oder regressive Tendenzen bzw. emotionaler Rückzug in der frühen postoperativen Phase adäquate Reaktionen sind. Die soziale Reintegration wird schon aus diesem Grunde einige Zeit in Anspruch nehmen. Dabei kann eine verständnisvolle Familie und die Führung durch den Hausarzt eine wertvolle Hilfe sein. Im allgemeinen ist mit einer etwa sechsmonatigen postoperativen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen.

*Professor Dr. H. Schieffer,
Homburg:*

Rehabilitation und Nachsorge bei Patienten nach koronarchirurgischen Eingriffen

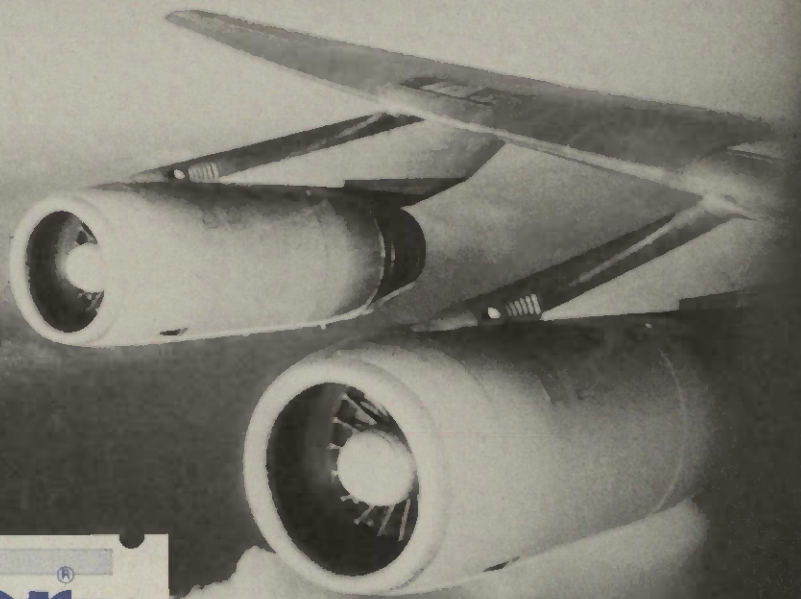
In diesem Zusammenhang sind von Bedeutung der Spontanverlauf der koronaren Herzkrankheit mit ihrer Diagnostik, die Zielsetzung und Möglichkeiten der Koronarchirurgie sowie die speziellen Aspekte der Nachsorge. Entscheidend ist für alle ärztlichen Handlungen nicht nur die momentane Situation des Patienten, sondern auch seine zukünftige Entwicklung. Es ergeben sich daraus psychologische, soziale, berufliche und auch finanzielle Probleme. Voraussetzung für jegliches Handeln ist eine klare Diagnostik unter Berücksichtigung der Funktionsprüfungen und prognostischer Gesichtspunkte. Von den derzeit in der Bundesrepublik lebenden mehr als 900 000 Koronarkranken sind nach neueren Erhebungen etwa 500 000 operabel. Die Zahl der bei uns derzeit durchführbaren Bypass-Operationen hinkt weit hinter dem Bedarf her und verursacht lange Wartezeiten, die die Rehabilitationsmöglichkeiten stark behindern. Die Prognose der koronaren Herzerkrankung hängt von der Zahl der betroffenen Gefäßäste ab und ist besonders hoch bei der Hauptstammstenose. Sie wird auch durch die Ventrikelfunktion bestimmt. So weisen Kranke mit einer Auswurfraction von weniger als 25 Prozent eine Überlebensrate von 76 Prozent für das erste Jahr auf. Nach fünf Jahren wären demnach alle Patienten dieser Gruppe verstorben. Die Prognose der schweren koronaren Herzerkrankung ist bei rein konservativer Therapie in Abhängigkeit vom morphologischen Befund als nicht gut anzusehen.

Kreislauf des Lebens.

56 Jahre.

Stets Fensterplatz im Leben.

Und irgendwann Ihr Coronar-Patient?



Coronare
Herz-
krankheit
Angina
pectoris

Maycor®

Das Coronar-Programm

Zur individuellen Coronar-Therapie.
Mehr Sicherheit: konstanter Herz-Schutz -
Tag und Nacht.

Maycor®
5

Maycor®
retard
20

Maycor®
retard
40

Maycor®
retard
60

GÖDECKE

Zukunft für Herz und Kreislauf

2x täglich

Zusammensetzung: Maycor® 5: 1 Tablette enthält 5 mg Isorbididinitrat. Maycor® retard 20: 1 Retardkapsel enthält 20 mg Isorbididinitrat. Maycor® retard 40: 1 Retardkapsel enthält 40 mg Isorbididinitrat. Maycor® retard 60: 1 Retardkapsel enthält 60 mg Isorbididinitrat. **Anwendungsgebiete:** Maycor® 5: Anfallskupierung und Therapie der Angina pectoris bei Koronarsuffizienz, Prophylaxe von Angina-pectoris-Anfällen, z. B. bei vorheriger Myokardinfarktschädigung. Maycor® retard 20/40/60: Dauerbehandlung der koronaren Herzkrankheit, Prophylaxe von Angina-pectoris-Anfällen, Nachbehandlung des Herzinfarktes, Dauerbehandlung der koronaren Myokardinsuffizienz. **Gegenanzeigen:** Schock, hypotone Kollapszustände. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, kurzfristige Hautrötungen, leichter Blutdruckabfall (zusätzlich für Maycor retard 60: Tachykardie, Schwindel, Erbrechen, Verkehrstüchtigkeit und Fähigkeit zur Maschinenbedienung können beeinträchtigt werden; dies gilt besonders bei Behandlungsbeginn, Präparatwechsel und zusammen mit Alkohol).

Parke, Davis & Company, 8000 München 2 - Gödecke AG, 1000 Berlin 10

Hinweis: Alkohol kann mögliche Nebenwirkungen verstärken. **Handelsformen und Preise:** Maycor 5: Packung mit 30 Tabletten DM 8,35, Packung mit 50 Tabletten DM 11,90, Packung mit 100 Tabletten DM 20,45, Anstaltspackung. Maycor retard 20: Packung mit 30 Retardkapseln DM 13,75, Packung mit 50 Retardkapseln DM 19,70, Packung mit 100 Retardkapseln DM 33,20, Anstaltspackung. Maycor retard 40: Packung mit 30 Retardkapseln DM 19,96, Packung mit 50 Retardkapseln DM 29,40, Packung mit 100 Retardkapseln DM 52,40, Kalenderpackung mit 56 Retardkapseln DM 33,20, Anstaltspackung. Maycor retard 60: Packung mit 30 Retardkapseln DM 27,10, Packung mit 50 Retardkapseln DM 39,20, Packung mit 100 Retardkapseln DM 69,90, Kalenderpackung mit 56 Retardkapseln DM 44,-, Anstaltspackung. Alle Preise mit MwSt.

Stand: Febr. 1983 G 645/0

Die Indikation zur Bypass-Chirurgie ergibt sich bei angiographisch gesichertem morphologischen Befund aus der Notwendigkeit der Beseitigung einer theapierefraktären Angina pectoris. Außerdem sollen Infarkte und plötzliche Todesfälle verhindert und die Langzeitprognose verbessert werden. Die Besserung der Angine pectoris und Ventrikel-funktion bei nachgewiesenem Aneurysmagelingt in der Regel. Über die Verhinderung von neuen Infarkten und akuten Koronartodesfällen kann noch keine statistisch gesicherte Aussage getroffen werden. Wenige randomisierte Studien haben bis zum heutigen Tage keine klaren Unterschiede der Überlebensrate von chirurgisch und rein konservativ-internistisch behandelten Koronarpatienten nachweisen können. Einzige Ausnahme sind die Patienten mit linker Hauptstammstenose und solche mit einer Dreifäßerkrankung, deren Überlebensrate durch eine Operation deutlich gebessert werden konnte. Die Vollständigkeit der Revaskularisation stenosierter Gefäße beeinflusst die Überlebenszeit signifikant. Die aortokoronare Bypass-Operation führt nicht zu einer Heilung des Koronarpatienten. Eine lebenslange klinische Überwachung ist postoperativ erforderlich. Eine optimale internistische Therapie mit Korrektur der Risikofaktoren hat einen günstigen Einfluß auf das Schicksal der operierten Patienten. Die chirurgische und internistische Behandlung der koronaren Herzerkrankung ergänzen sich und stellen kein Alternativkonzept dar. Dies gilt auch im Hinblick auf die Tatsache, daß die koronarchirurgischen Maßnahmen gegenüber der konservativen Therapie ein Vielfaches an finanziellen Kosten verschlingen.

Die anfängliche Symptomverbesserung nach einem koronarchirurgischen Eingriff ist so groß, daß anfänglich auch eine berufliche Rehabilitation relativ rasch möglich wäre. Soziale, ökonomische und psychologische Faktoren verhindern jedoch oft eine optimale Rehabilitation. Ein mitentscheidender Faktor für die Dauerinvalidität scheint auch die Dauer der Inaktivität präoperativ zu sein.

Fünf Monate nach der Operation sind im Durchschnitt weniger als 50 Prozent der Patienten wieder berufstätig. Die Gründe dafür sind vielschichtig. Eine beträchtliche Gruppe der Patienten konnte aus medizini-

schen Gründen die Arbeit nicht wieder aufnehmen, ein anderer Teil erklärte sich als nicht belastungsfähig im früheren Beruf. Die Nichtberufstätigen zeigten überdies die schwere Koronarsklerose sowie einen leicht höheren Anteil an älteren Infarkten. Die für Europa bekannten Ziffern der postoperativ Berufstätig-

gen mit 45 bis 50 Prozent liegen deutlich unter dem von amerikanischen Statistikern genannten Wiederbeschäftigungsgrad von 75 bis 80 Prozent.

Referent:

Dr. med. A. Peetzke, Parkstraße 27, 8501 Schweig

Fakultäten

Universität Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. med. habil. Olaf Bartels, Medizinische Klinik, wurde zum Professor — C 3 ernannt.

Zum Professor — C 2 wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. habil. Bernhard Kaduk, Pathologisches Institut; Privatdozent Dr. med. habil. Harald Lutz, Medizinische Klinik.

Privatdozent Dr. med. habil. Dieter Raithel, Chirurgische Klinik, 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. Djallil Djawari für Dermatologie und Venerologie; Dr. med. habil. Thorolf Hager für Chirurgie; Dr. med. habil. Gerd Kobal für Physiologie; Dr. med. Gerhard Rettinger für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde; Dr. med. Rainer Schiele für Arbeits- und Sozialmedizin.

Universität München

Professor Dr. med. Gerd Plewig, Dermatologische Klinik, wurde zum Professor — C 4 an der Universität Düsseldorf ernannt.

Professor Dr. med. Jörn-Henning Wolf, Institut für Geschichte der Medizin, wurde zum Professor — C 4 an der Universität Kiel ernannt.

Professor Dr. med. Wolfgang Kuschinsky, Physiologisches Institut, wurde zum Professor — C 3 an der Universität Bonn ernannt.

Professor Dr. med. habil. Manfred Schattenkirchner, Medizinische Poliklinik, wurde zum Professor — C 3 ernannt.

Zum Professor — C 2 wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. habil. Jörg Baltzer, I. Frauenklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Christian Schmoeckel, Dermatologische Klinik.

Privatdozent Dr. med. habil. Konrad Ludwig Heilmann, Pathologisches Institut des Städtischen Krankenhauses Landshut, 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. Olaf Manfred Adam für Innere Medizin; Dr. med. Michael Dorn für Dermatologie und Venerologie; Dr. med. Karl Heimo Duswald für Chirurgie; Dr. med. Hubert Elser für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Dr. med. Heinrich Ingrisch für Radiologie; Dr. med. Thomas Krieg für Dermatologie und Venerologie; Dr. med. Karl Mantel für Kinderheilkunde; Dr. med. Carl-Ernst Pilars de Pilar für Kinderheilkunde; Dr. med. Reinhard Roos für Kinderheilkunde; Medizinalrat Dr. med. Reinhard Schreiber für Kinderheilkunde; Dr. med. Matthias Wicklmayr für Innere Medizin.

Dr. med. Jörk Janzen, Institut für Rechtsmedizin, wurde zum Akademischen Oberrat ernannt.

Technische Universität München

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Uwe Besinger für Neurologie; Dr. med. Rainer von Hugo für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Unbeweglichkeit — motorische Unruhe

Der Notfall: Akinetische und hyperkinetische Krisen

bearbeitet von Professor Dr. med. W. Werner, Merzig/Saar

Symptomatik:

Akinese: Der Patient kann sich kaum noch rühren. Er ist unfähig, sich aus dem Liegen oder Sitzen zu erheben. Sprechen, Essen und Schlucken fallen ihm schwer. Die Mimik ist erstarrt.

Hyperkinesen: Es treten ungewöhnliche Bewegungsabläufe auf, einmal im Rahmen einer allgemein verminderten motorischen Aktivität, so z.B. als Zittern beim Parkinson-Syndrom, zum anderen im Rahmen einer allgemein vermehrten motorischen Aktivität, so z.B. als zappelige, schnellende, schraubende, wälzende, wühlende Zusatzbewegungen im Rahmen der choreatischen und athetotischen Syndrome. Besonders eindrucksvoll und beunruhigend sind die sog. Zungen-Schlund-Syndrome und Blickkrämpfe. (Es entspricht nicht dem üblichen Sprachgebrauch, wenn wir in dieser Darstellung den Tremor unter den Hyperkinesen aufführen. Im allgemeinen wird er unter der Akinese abgehandelt, da er in klassischer Weise zu den Parkinson-Syndromen gehört, die sich ja durch eine im übrigen verminderte, akinetische Motorik auszeichnen. Für die hier beabsichtigte praktische Gegenüberstellung akinetische — hyperkinetische Krisen schlen es uns aber unmöglich, den Tremor zum Bewegungsmangel zu rechnen.)

Anamnese:

Akinese:

- Bei dem betroffenen Patienten ist schon seit längerer Zeit ein Parkinson-Syndrom mit der klassischen Trias „Rigor, Tremor und Akinese“ bekannt. Die Akinese hat sich jetzt krisenartig verstärkt.
- Der Patient litt früher unter einer choreo-athetotischen Störung und bietet jetzt ein akinetisches Syndrom (Fall der individuell überdosierten neuroleptischen Therapie, die gezielt wegen der vorbestehenden Hyperkinese erfolgt war).
- Der Patient hatte bislang noch kein extrapyramidales Syndrom, aber er wurde in letzter Zeit wegen psychischer Störungen (meistens in der Annahme einer Psychose) mit Neuroleptika behandelt. Der Zustand kann jetzt in Anbetracht der völligen Unbeweglichkeit wie ein Stupor aussehen.

Hyperkinesen:

- Ein Zittern oder ein choreo-athetotisches Syndrom sind schon längere Zeit bekannt und liegen jetzt verstärkt vor.
- Der Patient litt früher an einem Parkinson-Syndrom und zeigt jetzt eine schwere choreo-athetotische Störung (Fall der individuell überdosierten Dopa-Therapie, die gezielt wegen des vorbestehenden akinetischen Syndroms erfolgte).
- Der Patient war bisher in motorischer Hinsicht unauffällig, wurde aber in letzter Zeit wegen psychischer Störungen (meistens in der Annahme einer Psychose) mit Neuroleptika behandelt. Der Zustand kann jetzt wie eine hypermotorische Katatonie aussehen oder an manirierte, stereotype Bewegungen eines schizophoren Veränderten erinnern.

Sofortdiagnostik:

Liegen zusätzliche Symptome einer extrapyramidalen Erkrankung vor, beim Parkinson-Syndrom Rigor und Tremor, beim choreo-athetotischen Syndrom Hypotonie oder Poikilotomie der Muskulatur und Verstärkung der Bewegungsstörungen durch Intention?

Hat der Patient seine spezifischen Medikamente (z. B. Dopa-Präparate) regelmäßig bis zuletzt eingenommen? Wurde die Dosis in jüngster Zeit vermindert oder erhöht?

Ist jetzt eine Zweiterkrankung nachzuweisen, die zur Dekompensation der vorbestehenden extrapyramidalen Störung und zur Krise geführt hat?

Finden sich psychische Auffälligkeiten, die evtl. Anlaß zu einer neuroleptischen Therapie gewesen sein konnten?

Welche Medikamente hat der Patient zuletzt genommen, welche Spritzen erhalten?

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Akinetische Krise: Einweisung in die Klinik, dort Amantadin-Infusion (PK-Merz), allgemeine internistische Therapie, Behandlung der Zweiterkrankung.

Hyperkinesen: Bei exzessivem Zittern des schon längere Zeit Parkinson-Kranken und bereits maximaler spezifischer Therapie:

ambulant: orale Gabe oder Injektion eines Tranquilizers (cave Blutdruckabfall und Atemdepression)

stationär: Amantadin-Infusion.

Bei starkem Tremor unter neuroleptischer Therapie: Gabe von Biperiden (Akineton), Dosis-Reduktion des Neuroleptikums.

Bei Verstärkung des vorbestehenden choreo-athetotischen Syndroms: Gabe eines stark potenten Neuroleptikums oder Tranquilizers. Später evtl. Tiaprid.

Bei Umschlag vom Parkinson-Syndrom in die choreo-athetotische Störung unter Dopa-Behandlung: Dosis-Reduktion der Dopa-Therapie oder Gabe eines potenten Neuroleptikums (Haloperidol).

Bei Erstmanifestation eines choreo-athetotischen Syndroms unter neuroleptischer Therapie: Dosis-Reduktion des entsprechenden Psychopharmakon, Gabe von Biperiden (Akineton); Injektionen (i. m., i. v.) wirken dabei schlagartig. Später evtl. Tiaprid.

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

Nur dann, wenn die akute Krise in nachweislichem Zusammenhang mit der vom zugezogenen Arzt eingeleiteten oder fortgesetzten Therapie steht, sollte dieser auch die Initialversorgung übernehmen. In allen anderen Situationen fehlen ihm so viele Vor-Informationen, daß ein ambulantes Eingreifen zu Risiken für den Verlauf der extrapyramidalen oder der psychischen Erkrankung führen könnte.

Allerdings machen akute Zungen-Schlund-Syndrome und Blickkrämpfe oft schon eine Notfall-Therapie (Biperiden langsam i. v.) vor dem Tätigwerden des Spezialisten erforderlich.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Eindeutige Führung und Beruhigung durch den Arzt sind in jedem Falle richtig, da die Ausprägung der extrapyramidalen Syndrome stets von der seelischen Verfassung des einzelnen Kranken abhängt.

Häufig kann die Gabe von Tranquilizern (unter Beachtung der möglichen Nebenwirkungen, z. B. an Kreislauf und Atmung) die erste Not lindern.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Die extrapyramidalen Syndrome gehen im allgemeinen auf vorgegebene Zellschädigungen oder auf degenerative Erkrankungen der Stammganglien zurück. Tumoren, akute Durchblutungsstörungen und floride Entzündungen spielen nur selten eine Rolle. Somit sind die Notfallmaßnahmen mehr an der Verminderung der Symptome als an der Beherrschung einer krankheitsspezifischen Lebensgefahr orientiert.

Im Zusammenhang mit der neuroleptischen Therapie tritt nicht selten eine Akathisie auf, ein Zustand, der mehr aus dem Bericht des Patienten als aus der Beobachtung des Arztes erschlossen werden kann: Es handelt sich um eine quälende innere Unruhe, die es dem Kranken unmöglich macht, sitzen oder liegen zu bleiben, so daß er dauernd das Bedürfnis empfindet, hin und her zu laufen. Therapeutisch hilft einmal die Reduktion des verantwortlichen Psychopharmakons, zum anderen die Gabe von Biperiden (am raschesten als intramuskuläre oder intravenöse Injektion).

Novodigal® Novodigal® mite,
Novodigal® Injektionslösung i. v.
0,2 mg und 0,4 mg,
Novodigal® Tropfen

Zusammensetzung:

1 Tablette Novodigal® enthält 0,2 mg β -Acetyldigoxin, 1 Tablette Novodigal® mite enthält 0,1 mg β -Acetyldigoxin. Novodigal® Tropfen enthalten 0,1 mg β -Acetyldigoxin in 10 Tropfen, Novodigal® Injektionslösung i. v. 0,2 mg enthält 0,2 mg Digoxin in 1 ml, Novodigal® Injektionslösung i. v. 0,4 mg enthält 0,4 mg Digoxin in 2 ml.

Anwendungsgebiete:

Herzmuskelinsuffizienz.

Gegenanzeigen:

Extreme Bradykardie, ventrikuläre Tachykardie, AV-Blockierung. Vorsicht bei Hyperkalzämie und Hypokaliämie. Keine gleichzeitigen intravenösen Kalziumgaben! Strenge Indikationsstellung während der Schwangerschaft.

Nebenwirkungen:

Treten im Verlauf der Therapie Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Farbsehen oder Herzrhythmusstörungen auf, so ist eine Dosisreduktion erforderlich.

Handelsformen und Preise:

Novodigal: Packungen mit 50 Tabletten DM 7,27, 100 Tabletten DM 13,14, Anstaltspackungen.
Novodigal mite: Packungen mit 50 Tabletten DM 5,64, 100 Tabletten DM 9,94, Anstaltspackungen.
Novodigal Injektionslösung i. v. 0,2 mg: Packung mit 5 Ampullen DM 5,82, Anstaltspackung. Novodigal Injektionslösung i. v. 0,4 mg: Packung mit 10 Ampullen DM 13,00, Anstaltspackung. Novodigal Tropfen: Tropfflasche mit 30 ml DM 12,69, Anstaltspackung. (Stand 1. 2. 1982)
Beiersdorf AG · Unnastr. 48
2000 Hamburg 20



Stichwort: Reduzierte Glykosidtoleranz im Alter

Ältere Patienten neigen mit zunehmenden Jahren zu Veränderungen der Glykosidtoleranz durch Gewichtsverlust. Die Abnahme der Muskelmasse führt zu einer Verkleinerung des Verteilungsraums für das Glykosid. Es kommt daher zu einem Anstieg des Glykosidspiegels. Das Intoxikations-Risiko nimmt zu und kann leicht kritische Dimensionen erreichen.

Hier zeigt sich der therapeutische Vorteil von Novodigal®: Überdosierungserscheinungen können wegen der günstigen Halbwertszeit schon nach wenigen Stunden beurteilt und beseitigt werden und ein Intoxikations-Risiko ist besser abwendbar.

Novodigal®

Denn die Glykosidtoleranz ist im Alter häufig verändert.

Erstes Münchener Perinatalgespräch

am 18./19. März 1983 im Ärztehaus Bayern

Durch die Initiative einiger Münchener Geburtshelfer und Kinderärzte Ende der sechziger Jahre kam ab 1970 die Münchener Perinatologische Arbeitsgemeinschaft zustande. Diese führte, unterstützt durch den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzenden des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Professor Dr. Sewering, und gefördert vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, die Münchener Perinatalstudie durch.

Nach einem Beschluß des Bayerischen Ärztetages 1977 und des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wurde diese statistische Erhebung auf ganz Bayern ausgedehnt und brachte als Bayerische Perinatalerhebung den beteiligten Kliniken die Möglichkeit einer internen und externen Qualitätssicherung unter Wahrung der Freiwilligkeit und der Anonymität. Diese Aktivität erregte in ganz Deutschland und darüber hinaus Aufmerksamkeit.

Dadurch entwickelten sich auch in mehreren anderen Bundesländern Aktivitäten, die sich nach dem Muster der Bayerischen Perinatalerhebung, jedoch angelehnt an die eigenen regionalen Zwänge und Möglichkeiten, mit dem gleichen Thema befaßten.

Auf Einladung der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns trafen sich die Interessenten aus den verschiedenen Bundesländern zu einem offenen Gedankenaustausch am 18. und 19. März 1983 im Ärztehaus Bayern. Die Tegungsleitung hatte Dr. Fried Conrad, München, Vorsitzender der Kommission für Perinatalogie in Bayern.

Professor Dr. Sewering wies in seiner Begrüßung auf die große Gesundheits- und standespolitische Bedeutung der Perinatalerhebung hin. Durch die bereits zehn Jahre dauernden Entwicklungen hat die Ärzteschaft – hier auf dem Gebiet der Geburtshilfe – gezeigt, daß die Qualitätssicherung nicht nur ein Schlagwort, sondern Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit ist. Gleichzeitig beweist der erhebliche zusätzliche Arbeitsaufwand und der Einsatz beträchtlicher finanzieller Mittel das ständige Bemühen der Ärzte um die Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Standespolitische Aspekte einer freiwilligen geburts-hilflichen Qualitätssicherung

von E. Koschade

Die Anfänge einer organisierten Qualitätssicherung in der Geburtshilfe liegen nun schon viele Jahre zurück, sie haben 1970 in München begonnen. Die aus standespolitischer Sicht unverzichtbare freiwillige Teilnahme, zunächst an der Münchener Perinatalstudie, dann an der Bayerischen Perinatalerhebung, war aus meiner Sicht eine der wesentlichen Grundlagen für den Erfolg der Aktion. Neben dieser Freiwilligkeit waren aber von den Initiatoren – Ärzten aus den unterschiedlich-

sten Arbeitsbereichen – die Kriterien, die für eine solche Qualitätssicherungsmaßnahme wichtig sind, in ihren Prioritäten offensichtlich richtig gesetzt worden.

Neben der Freiwilligkeit mußten nachprüfbar organisatorische Voraussetzungen getroffen werden, die den Datenlieferanten einen wirksamen Datenschutz gewährleisten. Aber auch wissenschaftliche Neugier hat sich bei den Auswertungen der Erhebung freiwillig untergeordnet, wenn diese wissenschaftliche Neugier zu Datenschutzproblemen hätte führen können. Trotz allem ist es uns, glaube ich, gelungen, keine Datenfriedhöfe – wie immer befürchtet wird – entstehen zu lassen. Über die bisherige Arbeit wurden

drei Berichtsbände vorgelegt, die durch die Unterstützung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland veröffentlicht werden konnten.

Aus der Auswertung des Datenmaterials ergeben sich Aussagen, die die ärztliche Arbeit der Geburtshelfer und Pädiater beeinflussen. Aufgrund der Ergebnisse lassen sich z.B. auch die Mutterschaftsrichtlinien weiterentwickeln und die betreuenden Ärzte nicht nur zu einem optimalen Dokumentationsverhalten ermuntern, sie können auch durch einen dokumentationsgerechteren Mutterpaß dazu in die Lage versetzt werden.

Verantwortungsbewußte Politiker werden nicht umhin können, die Ergebnisse ernst zu nehmen. Oft sehr emotionell geführte Diskussionen, sei es im Zusammenhang mit der Hausgeburt oder der bürgernahen Versorgung im geburts-hilflichen Bereich, müssen unter Berücksichtigung der Ergebnisse zwangsläufig wieder sachlich werden.

Wenn aus den Ergebnissen hervorgeht, daß jede sechste Schwangere nach risikofreier Schwangerschaft mit einem schweren oder schweren Risiko unter der Geburt zu rechnen hat, so ist dies eine nicht zu übersehende, sehr schwerwiegende Aussage.

Die an der Studie beteiligten Ärzte machen sich auch immer wieder Gedanken, ob durch derartige Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht eine unnötige Standardisierung und Normierung ärztlichen Handelns entsteht. Eigenartigerweise wird diese etwas irrationale Angst aber viel häufiger von nicht an der Studie Beteiligten als von den eigentlich Betroffenen, nämlich den Beteiligten selbst geäußert. Die Beschäftigung mit den eigenen Zahlen und der Vergleich mit den Zahlen anderer wird als ein die eigene Arbeit positiv beeinflussender Faktor geschätzt.

Ich halte die bei uns gefundene Organisation für optimal, was nicht heißt, daß Nachfolgeprojekte nicht auch anders organisiert sein könnten. Die Einbindung und Beteiligung der Landesärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung an einer solchen Erhebung ist nur positiv zu bewerten, wenn diese Institutionen den Studien ihr notwendiges Eigen-

leben lassen. Es entstand daraus weder den Chefarztkollegen ein wie auch immer gearteter Nachteil, noch mußten die kassenärztlich tätigen Belegärzte fürchten, daß ihre Daten in irgendeiner Weise mit dem kassenärztlichen Bereich verknüpft würden.

Gerade die Finanzierungsfrage wird bei Ausdehnung der Perinatalerhebung auch auf andere Bundesländer immer wieder neu aufgeworfen werden. Unbestritten muß bei der Diskussion darüber allerdings sein, daß das Mitspracherecht potentieller Geldgeber sich nur auf Finanzierungsprobleme beschränken darf, nicht aber auf Inhalt und Auswertung der Erhebungen. Hier müssen Ärzte und die zugezogenen und mit ihnen kooperierenden Fachleute der Informatik das bestimmende Element bleiben. Die von uns praktizierte konzertierte Aktion zwischen den Geburtshelfern als Datenlieferanten, Landesärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung und der Kommission für Perinatalogie scheint mir ein brauchbares Modell für weitere Aktivitäten auf dem Qualitätssicherungssektor zu sein.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. E. Koschade, Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte e.V., Konrad-Adenauer-Straße 15, 8060 Dachau

Statistische Aspekte einer Perinatalologischen Erhebung

von H. K. Selbmann

Die Selbstbeobachtung, das Vergewärtigen und Beurteilen eigener Ergebnisse ist eine wesentliche Voraussetzung für die Qualitätssicherung und -verbesserung ärztlichen Handelns. Hierzu stellt die Bayerische Perinatalerhebung (BPE) ihren Kliniken umfangreiches, aber abgestuftes Informationsmaterial zur Verfügung. So erhält jede Klinik eine dreiseitige Kurzstatistik mit den wichtigsten Informationen und eine 13seitige Langstatistik, jeweils erstellt aus den eigenen Daten und aus den Daten aller Kliniken. Dies erlaubt der Klinik einen ersten Vergleich mit dem Durchschnitt. Einen präziseren Vergleich ermöglichen die fünf Klinikprofile (Schwangerschaft, Geburt, risikofreie Schwangerschaft, Frühgeburten, spezielle

Verhaltensmuster), mit denen die Kliniken zum einen ihre Position im Vergleich zu den anderen Kliniken bestimmen und denen sie zum anderen Signale für „auffällige“ Abweichungen vom Durchschnitt oder von definierten „Standards“ entnehmen können, ohne daß damit Aussagen über gute oder schlechte Qualität verbunden sind. Diese zu beurteilen, ist Sache jeder einzelnen Klinik, die den Signalen mit Hilfe von klinikinternem Wissen, klinikeigenen Datensammlungen, Einzelfallanalysen oder interkollegialen Gesprächen nachgehen sollte. Die BPE versorgt sie dazu noch mit Einzelfalllisten und epidemiologischen Informationen.

Ein gewisses Problem stellt die unterschiedliche Datenqualität der einzelnen Kliniken dar, obwohl hier die zentrale Organisationsstelle der BPE mit ihren sechs nebenberuflich tätigen Ärzten und ihren Computerprogrammen einen erheblichen Aufwand betreibt. Manche Kliniken glauben, daß sie die Verantwortung für die Datenqualität delegieren können oder daß sie nur der BPE zuliebe dokumentieren. Sie verkennen dabei, daß sie selbst ihren schlecht dokumentierten Daten nur wenige qualitätsrelevante Informationen entnehmen können. Das Anliegen der BPE nach epidemiologischen Daten ist dabei nur zweitrangig. Die Datenqualität wird dann besser, wenn die Kliniken ihre Datenqualität – auch im Vergleich zu anderen Kliniken – anhand eines Datenqualitätsindex zurückgemeldet erhalten und die Dokumentation, Statistiken, Profile und Einzelfalllisten stärker in den klinischen Alltag integrieren.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. rer. biol. hum. H. K. Selbmann, Institut für Statistik und Biometrie der Universität München, Mercklinistraße 15, 8000 München 70

Organisation, Finanzierung und Datenschutz der Bayerischen Perinatalerhebung

von B. Müller

Mit dem Beschluß, ab 1979 die aus der Münchener Perinatalstudie hervorgegangenen Entwicklungen als Bayerische Perinatalerhebung auf ganz

Bayern auszudehnen, war es notwendig, einen festen organisatorischen Rahmen zu finden. Die beiden ärztlichen Körperschaften, Bayerische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, übernahmen die Trägerschaft. Zur Beratung der beiden Körperschaften bei der Perinatalologischen Erhebung wurde die gemeinsame Kommission für Perinatalogie errichtet. Ihr gehören Vertreter der Geburtshilfe, Pädiater, medizinische Statistiker, des ärztlichen Dokumentationsstabes sowie der Geschäftsführungen der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an. Als Organisationsstelle wurde die Zentrale EDV der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns bestimmt. Ihr obliegt die Durchführung der gesamten Organisation und Verwaltung. Sie dient insbesondere als Anlaufstelle für die Anfragen, zum Versand von Rundschreiben und Erhebungsbogen sowie als Sammelstelle für die Auswertungsbögen.

Alle bei der zentralen Organisationsstelle eingehenden Auswertungsbögen werden auf Vollständigkeit geprüft, nach Klinik- und Geburtsnummer sortiert und manuell registriert. Ein aus mehreren Ärzten bestehender Dokumentationsstab überprüft den Inhalt dieser Auswertungsbögen auf medizinische Plausibilität und Vollständigkeit. Anschließend werden die soweit vorbereiteten Bögen auf Magnetband erfaßt und sodann einer automatischen Plausibilitätsprüfung durch den Computer unterzogen. Noch verbleibende Unstimmigkeiten werden mit den betroffenen Kliniken geklärt.

Nach Eingang aller Auswertungsbögen eines Jahres werden die vorgesehenen Statistiken erstellt und dem jeweiligen Chefarzt bzw. den beteiligten Belegärzten persönlich zugesandt.

Aufgrund der Erfahrungen in der Pilotstudie und den nunmehr vier Jahre durchgeführten Routineerhebungen hat sich ein Kostensatz von DM 6,50 je dokumentierter Geburt als notwendig erwiesen. Dieser Betrag setzt sich wie folgt zusammen:

Materialkosten DM 0,50

Detenerfassung DM 1,50

Bearbeitung DM 2,00

Sonstige Kosten wie Personalkosten, Kosten der Kommission, Datenverarbeitung, Versandkosten DM 2,50

In Bayern konnte erreicht werden, daß nach Verhandlungen im Landespflegesatz-Ausschuß und nach Gesprächen mit den Krankenkassen jede Klinik die entstandenen Kosten in das Selbstkostenblatt übernehmen kann, womit die Aufwendungen in den Pflegesatz eingehen. Auf Beschluß der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns werden die Kosten für Geburten, die den belegärztlich geleiteten Abteilungen entstehen, nicht den einzelnen Krankenhäusern belastet, sondern im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen getragen. Die gesamten Entwicklungskosten und Programmierungskosten konnten im Rahmen der Förderung durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland abgedeckt werden. Somit stehen bei der Zentralen EDV der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sämtliche für die Auswertung notwendigen Programme für alle interessierten Körperschaften kostenlos zur Verfügung.

Um die bereits bestehenden Absprachen und Verfahren zur Durchführung der Erhebung zu fixieren, insbesondere aber um den Grundsätzen des Datenschutzes gerecht zu werden, hat es sich nach Absprache mit dem Bayerischen Datenschutzbeauftragten als notwendig erwiesen, einen förmlichen Vertrag zur Durchführung der Perinatalerhebung zwischen der jeweiligen Klinik und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns abzuschließen. Dabei war vom Grundsatz der Auftragsdatenverarbeitung auszugehen, d. h., die jeweilige Klinik als Auftraggeber und Datenherr läßt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns als Auftragnehmer ihre Statistiken erstellen. Ein entsprechender Vertrag, der mit den teilnehmenden Belegärzten abzuschließen sein wird, ist in Vorbereitung.

Durch die Übersendung lediglich anonymisierter Erhebungsbögen und eine weitergehende Löschung auch der Geburtsnummer nach Einspeicherung der Daten ist ein voller Datenschutz gegenüber den einzelnen Patienten gewährleistet.

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Kaufmann B. Müller, Geschäftsführer der Zentralen EDV der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Arebellestraße 30, 8000 München 81

Ergänzung der perinatalen Qualitätssicherung durch Anschluß einer Neonatalerhebung

von O. Rienhoff

Die Ergänzung der Perinatalen Erhebung durch Anschluß einer Neonatalerhebung wird in Niedersachsen praktiziert. In Zusammenarbeit zwischen Münchener und Hannoveraner Pädiatern, Soziologen und medizinischen Informatikern wurde ein Konzept entwickelt, das nach einem Vorlauf 1978 seit 1980 in der Klinikroutine eingeführt ist. Zur Zeit beteiligen sich zehn Kinderkliniken in Niedersachsen. Die Erfahrungen werden der gemeinsamen neu zu konzipierenden Neonataldokumentation der Kommission für Perinatalogie in Bayern und der Perinatalogischen Arbeitsgemeinschaft Hannover zugute kommen.

In der Hannoverschen Perinatalstudie wird die geburtshilfliche Qualitätssicherung wie in der Bayerischen Perinatalerhebung durchgeführt.

In Erweiterung dazu wurde die Verlaufsdokumentation aller der Neugeborenen, die in eine pädiatrische Abteilung verlegt werden, aufgebaut. Erreicht wird dies durch einen zusätzlichen Beleg, der in den Routineablauf der Kinderkliniken als Entlassungsbericht eingebunden ist. Mit der Zusammenfassung der Daten von Mutter und Kind aus beiden Erhebungen am Jahresende ergibt sich eine wissenschaftlich auswertbare durchgehende Dokumentation von der Schwangerschaftsanamnese bis zur Entlassung aus der Kinderklinik, d. h. über den gesamten Perinatalzeitraum.

Die anonyme Zusammenführung der geburtshilflichen und pädiatrischen Belege mittels eines Computerprogrammes kann in etwa 80 Prozent der Fälle über eine Paginier-Nummer einfach erreicht werden. Zur Zusammenführung der restlichen Fälle wird ein statistisches Verfahren angewandt.

Bei der Zusammenführung der perinatalen und neonatologischen Datensätze bleibt die Anonymität der Kliniken und der Patientinnen voll gewahrt.

Für den Klinikalltag wird die Neonataldokumentation benutzt:

1. zum Erstellen von Klinik- und Gesamtstatistiken (quartalsweise) zur Qualitätssicherung und
2. als Entlassungsbericht von den Kinderkliniken zu den Hausärzten bzw. bei Rückverlegung zu den Geburtskliniken zur Kommunikationsverbesserung.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. O. Rienhoff, Medizinische Hochschule Hannover, Wiechertallee 9, 3000 Hannover 61

Entwicklungstendenzen in der Qualitätssicherung

von H. K. Selbmann

Anstrengungen zur Dokumentations- und Informationsverbesserung betreffen nur einen Bruchteil dessen, was zu einem Qualitätssicherungsprogramm gehört. Die Techniken der Informationsverarbeitung werden zur Erkennung von Problemen in der ärztlichen Versorgung und zur Messung der Effektivität qualitätsbeeinflussender Maßnahmen benötigt. Dazwischen aber sind die Kliniken und jeder einzelne Arzt besonders gefordert, wenn es gilt, die Qualität in den speziellen Problembereichen (z. B. hohe Sectiofrequenz) zu definieren und nach Maßnahmen für eine Problemlösung Ausschau zu halten.

Die Erfahrungen — u. a. auch aus den USA und den Niederlanden — haben gezeigt, daß eine interne Qualitätssicherung (Selbstkontrolle) mit externer Hilfestellung der einzige Weg ist, die Qualität ärztlichen Handelns effektiv zu sichern. Qualitätssicherungsaktivitäten, wie die Bayerische Perinatalerhebung, können ihren Kliniken externe Hilfe bei der Selbstbeobachtung (z. B. Krankenblattgestaltung, Klinikstatistiken und -profile, Listen typischer Qualitätsprobleme), bei der Definition von Standards — hier sind besonders auch die medizinischen Fachgesellschaften angesprochen — und bei der Auswahl des geeigneten Modells für die interne Qualitätssicherung (z. B. klinikeigene Qualitätssicherungskommission, Durchführung von Einzelfallkonferenzen und klinikinterne Qualitätssicherungsstudien) anbieten. Dar-

über hinaus können sie die Kliniken auf Wunsch in Qualitätsfragen beraten und Kristallisationspunkte für interkollegiale und interdisziplinäre Gespräche setzen. Die genannten Hilfen sind jedoch nur dann von Nutzen, wenn Kliniken und Ärzte über ein ausreichendes Qualitätsbewußtsein verfügen.

Dieses zu stärken, gelten Anstrengungen der Bundesärztekammer (Einrichtung einer Ständigen Konferenz für Qualitätssicherung), der Fachgesellschaften und Berufsverbände (Benennung von Qualitätssicherungsbeauftragten) und anderer Organisationen und Arbeitsgemeinschaften. So existieren z.B. in der Chirurgie, Neurochirurgie, Urologie, Gynäkologie, Neonatologie, Radiologie, Ophthalmologie und Pathologie Studien bzw. Arbeitskreise.

Eine zukünftige breite Qualitätssicherung sollte regional gegliedert, interdisziplinär angelegt und ihre Durchführung festverankert in der Ärzteschaft sein, wobei die Träger der Krankenversorgung den Ärzten die Teilnahme an organisierten Qualitätssicherungsprogrammen und die Durchführung eigener Aktivitäten ermöglichen sollten. Die Bayerische Perinatalerhebung ist hierfür ein ausgezeichnetes Beispiel.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. rer. biol. hum. H. K. Selbmann, Institut für Statistik und Biomathematik der Universität München, Merchlo-nistraße 15, 8000 München 70

Aktivitäten in den einzelnen Bundesländern

Eine Umfrage unter den Tagungsteilnehmern ergab folgenden Stand:

Baden-Württemberg

Aus Baden-Württemberg beteiligen sich fünf Kliniken gastweise an der Bayerischen Perinatalerhebung.

Vorbereitende Gespräche für eine Perinatalerhebung haben zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen, der Ärztekammer und interessierten Geburtshelfern stattgefunden.

Konkrete Terminangaben über den Start einer Baden-Württembergischen Erhebung können noch nicht gemacht werden.

Bayern

Vom Geburtsjahrgang 1982 werden in Bayern voraussichtlich mehr als 80 Prozent aller Kinder erfaßt. 1982 beteiligten sich in Bayern 84 Prozent aller Kliniken, so daß von einer flächendeckenden Erfassung gesprochen werden kann.

Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse aus der Südbayerischen Neonatalstudie und der Perinatalogischen Arbeitsgemeinschaft Hannover läuft im Jahr 1983 mit Förderung des Zentralinstituts eine Bayerische Neonatalerhebung an.

Berlin

Hier sind bisher noch keine Aktivitäten bekannt.

Bremen

In Bremen wird seit April 1981 erfaßt, der Jahrgang 1982 soll von der Zentralen EDV der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ausgewertet werden. Es beteiligen sich bis auf ein Haus alle geburts-hilflichen Abteilungen in Bremen. Die Finanzierung erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung Bremen.

Hamburg

Hier beteiligen sich seit 1. Januar 1982 alle Kliniken. Es müssen jedoch noch Anstrengungen unternommen werden, um die angestrebte Vollständigkeit der Daten zu erreichen.

Hessen

Erste Probeläufe im Jahr 1980, im Jahr 1981 wurden 10 000 Geburten von 18 Kliniken erfaßt. Die Auswertung des Geburtsjahrganges 1981 erfolgt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Die Geburtenzahl pro Jahr liegt in Hessen bei 50 000.

Niedersachsen

Im Großraum Hannover wird seit 1980 in der Hannoverschen Perinatalstudie geburts-hilfliche Qualitätssicherung wie in der Bayerischen Perinatalerhebung durchgeführt und zusätzlich der Anschluß einer Neonatalerhebung prektiziert. — Zur Ausdehnung der Erhebung auf ganz Niedersachsen finden zur Zeit Verhandlungen statt.

Nordrhein-Westfalen

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer Nordrhein beteiligen sich 74 von 160 Kliniken mit ca. 55 000 Geburten, das entspricht mehr als der Hälfte der tatsächlichen Geburten in diesem Bereich. Mit der EDV-Erfassung der Daten des Geburtsjahrganges 1982 wurde im Dezember 1982 begonnen. Kas-

senärztliche Vereinigung und Ärztekammer Westfalen-Lippe führen seit 1. Oktober 1982 einen Probelauf durch und werden für den Geburtsjahrgang 1983 die Perinatalerhebung anlaufen lassen.

Rheinland-Pfalz

Bisher keine Aktivitäten bekannt.

Saarland

Die Rastpfuhl-Frauenklinik Saarbrücken beteiligt sich im Jahr 1983 gastweise an der Bayerischen Perinatalerhebung.

Schleswig-Holstein

Soweit bekannt, gibt es Bestrebungen einzelner Häuser, eine Perinatalerhebung ins Leben zu rufen.

Ergebnis und Zusammenfassung

Mit dem von Bayern und Niedersachsen zusammen erarbeiteten Programm, sowohl einer Perinatal- als auch einer Neonatalerhebung, lassen sich brauchbare Qualitätssicherungs-initiativen durchführen. Die strikte Einhaltung der Freiwilligkeit und der Anonymität ist ein wesentliches Merkmal einer solchen Arbeit. Eine zentrale Durchführung ist nicht zweckmäßig, da in den einzelnen Regionen unterschiedliche Verhältnisse herrschen. Durch eine Zentralisierung würden Eigeninitiativen und die durch regionale Besonderheiten nötige Flexibilität über Gebühr eingeschränkt. Es sollte jedoch ein einheitliches Dokumentationsprogramm bestehen bleiben, um die Ergebnisse zu vergleichen und zu einer gemeinsamen Übersicht bzw. zu einer gemeinsamen abschließenden Statistik summieren zu können. Ein schwieriges Unterfangen ist offenbar die Motivierung der einzelnen Institutionen. Geduld dürfte hier das wichtigste Agens für eine langsam um sich greifende Einsicht sein.

Auf Einladung von Professor Dr. Sewering namens der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns findet im nächsten Jahr — voraussichtlich wieder im März — das Zweite Münchener Perinatalgespräch statt. Dabei soll insbesondere ein Erfahrungsaustausch über die Perinatalerhebungen, die neu in verschiedenen Bundesländern anlaufen, stattfinden.

Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Patienten und Ärzten — oft leicht zu vermeiden

von W. Lossos

Schadensersatzklagen gegen Ärzte wegen vermuteter Behandlungsfehler scheinen auch in der Bundesrepublik immer häufiger zu werden. Strefanzeigen werden oft zur Vorbereitung solcher Zivilprozesse erstattet. Derartige Vorgänge stören das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und der Ärzteschaft; sie schaden damit den beiderseitigen Interessen. Auch ein im Ergebnis erfolgloses gerichtliches Vorgehen kostet alle Beteiligten viel Zeit und kann das Ansehen eines Arztes beeinträchtigen. Die Ärztekammern haben deshalb in Zusammenarbeit mit den Haftpflichtversicherern Schlichtungs- bzw. Gutachterstellen eingerichtet, die sich bemühen, Haftpflichtstreitigkeiten außergerichtlich beizulegen. Die Bayerische Landesärztekammer ist im Jahre 1975 bei der Schaffung dieser Einrichtungen vorausgegangen.

Manche Haftpflichtstreitigkeiten ließen sich nach den Beobachtungen der Schlichtungsstelle durch ein zweckmäßiges Verhalten der beteiligten Ärzte vermeiden.

1.

Die weitverbreitete Vorstellung, man sei heutzutage gegen Schicksalsschläge aller Art gesichert, schließt auch die Tätigkeit der Ärzte nicht aus. Viele Patienten glauben, die Erregenschaften der Medizin seien eine Garantie für das Wohlbefinden. Sie meinen deshalb, man könne schon aus dem Ausbleiben des erhofften Heilerfolges auf einen Fehler des Arztes schließen.

Dieser Vorstellung kann der behandelnde Arzt durch eine Aufklärung nach der Behandlung begegnen, in der er den Patienten die Gründe eines Mißerfolges verständlich zu machen versucht. Natürlich kann das schwer werden, weil der Arzt vorher die Erfolgsaussichten betonen mußte, schon um die Mitwirkungsbereitschaft des Patienten zu wecken. Der Arzt darf aber den über das Ausbleiben des Heilerfolges enttäuschten Patienten nicht mit seinem Kummer allein lassen; er muß mit ihm im Gespräch bleiben.

Manchmal gelingt es den Ärzten bei der Schlichtungsstelle, einen solchen Patienten durch ein verständnisvolles Eingehen auf seine Lage davon zu überzeugen, daß schon seine eigene Schilderung des Herganges keinen Anhaltspunkt für einen Behandlungsfehler erkennen läßt und er die Entwicklung seines Leidens als unvermeidliche Schicksalsfügung tragen muß. Allerdings kann man sich dann fragen, ob nicht schon der behandelnde Arzt dem Patienten hätte verständlich machen können, daß er sich damit abfinden muß. Wir stehen hier alle vor der allgemeinen Erfahrung, daß jeder Mensch ein ihn belastendes Geschick leichter hinnehmen kann, wenn er einsieht, daß es ihn als unvermeidlich und nicht als Folge eines Fehlers oder gar der Willkür eines Dritten trifft. Alle, die in verantwortlicher Stellung tätig sind, können zum Rechtsfrieden beitragen, wenn sie diese Erfahrung beherzigen: Der Arzt, der Richter, der Verwaltungsbeamte oder der Unternehmer, der etwa einem Arbeitnehmer kündigen muß.

2.

Der vielzitierte Krähensatz läßt sich mit den Erfahrungen der Schlichtungsstelle leicht widerlegen. Viele Schadensersatzforderungen werden nämlich gerade durch die Kritik eines nachbehandelnden Arztes am vorbehandelnden Kollegen ausgelöst. Dazu kommt noch, daß Patienten, die dem Vorbehandler ohnedies wegen des Ausbleibens eines erhofften Heilerfolges nicht wohlgesinnt sind, aus einer unvorsichtigen Bemerkung des Nachbehandlers oft mehr heraushören, als dieser sagen wollte.

Wenn dann auf die Anfrage der Schlichtungsstelle eine von dem Patienten wiedergegebene kritische Äußerung schriftlich nicht bestätigt werden kann, argwöhnt der Patient gern, der Nachbehandler habe sich zugunsten seines Kollegen umstimmen lassen. Vor jeder kritischen Äußerung über einen anderen sollte im übrigen der Grundsatz des „*eudiatur et altera pars*“ beherzigt

und der Kritisierte gehört werden. Dieser Grundsatz ist nicht nur eine der wichtigsten Regeln jeder Rechtsanwendung; vielmehr gilt er ganz allgemein, z. B. auch für jeden Journalisten bei seinen Recherchen für eine Veröffentlichung. Auf mißbilligende Äußerungen über einen anderen, der sich zu erhobenen Vorwürfen nicht äußern konnte, muß verzichtet werden, weil sie gegen diese Grundregel verstoßen.

Natürlich kann der Patient zuweilen aus dem Heilerfolg schließen, daß die Methode des Nachbehandlers die bessere war. Dieser mag aber vielleicht erst durch die Wirkungslosigkeit einer früheren Behandlung oder durch später hinzugekommene Symptome auf den richtigen Weg gewiesen worden sein. Es würde dem Rechtsfrieden dienen, wenn das in entsprechenden Fällen dem Patienten verständlich gemacht werden könnte.

3.

Meldet sich ein Patient mit Schadensersatzansprüchen, weil er einen Behandlungsfehler vermutet, hat der Arzt unverzüglich seine Haftpflichtversicherung zu verständigen. Das gilt gerade auch dann, wenn er sich keines Fehlers bewußt ist und die Forderung sogar als eine Zumutung empfindet. Es kann später zu vermeidbaren Weiterungen führen, wenn eine Schadensersatzforderung nicht ernst genommen wird oder der Arzt selbst sich auf eine Auseinandersetzung mit dem Anspruchsteller einläßt. Mit der Benachrichtigung der Versicherung vergibt sich der Arzt nichts; daraus kann nicht etwa auf ein Schuldbewußtsein geschlossen werden. Vielmehr ist jeder gegen Haftpflichtschäden Versicherte durch § 5 Nr. 2 Abs. 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Haftpflichtversicherung verpflichtet, der Versicherung anzuzeigen, wenn Ansprüche erhoben werden.

Versäumt er diese Anzeige, kann das als eine Verletzung einer Obliegenheitspflicht angesehen werden und unter Umständen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Umgekehrt ist nach § 3, Nr. II, Abs. 1 dieser Bedingungen die Versicherung verpflichtet, unbegründete Ansprüche vom Versicherungsnehmer abzuwehren. Zu den Kosten dieser Abwehr kann auch das Honorar für

einen Rechtsanwalt gehören. Der Arzt muß deshalb seine Versicherung informieren und es ihr dann überlassen, den zeitraubenden Schriftverkehr mit dem Anspruchsteller zu führen. Die Versicherung hat dafür ihre auf diesem Spezialgebiet besonders erfahrenen Juristen, die von beratenden Ärzten unterstützt werden. Dem Anspruchsteller sollte aber zunächst mitgeteilt werden, daß sein Schreiben an die Versicherung weitergeleitet und diese die Berechtigung der Schadensersatzansprüche überprüfen werde. Dem Patienten sollte auch die Anschrift der Versicherung und die Versicherungsnummer genannt und ihm empfohlen werden, weiteren Schriftwechsel mit dieser zu führen. Der Anspruchsteller kann auch auf die Möglichkeit hingewiesen werden, falls es mit der Versicherung zu keiner Einigung kommen sollte, zur Vermeidung von gerichtlichen Auseinandersetzungen die Schlichtungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer einzuschalten.

Von Rechtsanwälten beratene Patienten fordern manchmal zunächst Einsichtnahme in die Praxisunterla-

gen des Arztes, um ein Gutachten zu erhalten und sich erst dann zu entschließen, ob sie Schadensersatzansprüche geltend machen wollen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes kann der Patient in der Regel Einsicht in die ihn betreffenden objektiven Befunde – Medikation, Fieberkurve, EKG usw. – verlangen (Urteil vom 23. November 1982 – VI ZR 222/79, „Neue Juristische Wochenschrift“ 1983, 328). Wird diese Information ohne ausreichenden Grund verweigert, so glaubt der Patient erst recht, daß ein Fehler unterlaufen sein müsse und etwas verheimlicht werden soll. Der Arzt sollte daher schon in diesem Stadium einer sich möglicherweise entwickelnden Auseinandersetzung um einen Schadensersatzanspruch seine Haftpflichtversicherung einschalten und sein Verhalten mit ihr abstimmen.

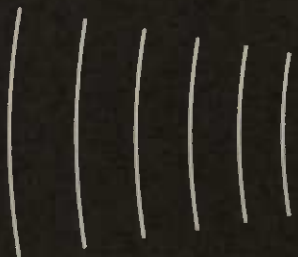
4.

Schon durch Einschaltung der Haftpflichtversicherung eines Arztes kann in vielen Fällen eine Haftpflichtstreitigkeit vermieden werden, sei es, daß dem Patienten eine Entschädigung gewährt wird, sei es, daß er davon

überzeugt wird, daß er keine Schadensersatzleistung fordern kann. Kommt es auf diesem Wege zu keiner Einigung, kann sich der Anspruchsteller an die Schlichtungsstelle wenden, die sich nun ihrerseits um die Beilegung des Streitfalles bemüht. Ein Schlichtungsverfahren kann allerdings nur mit der Zustimmung aller Beteiligten durchgeführt werden. Ein Arzt sollte aber seine Zustimmung zur Einschaltung der von seiner eigenen Ständesvertretung geschaffenen Einrichtung nur aus ganz triftigen Gründen verweigern, zumal sonst auch der Eindruck entstehen könnte, er habe die Aufklärung der Sache zu fürchten. Ist die Zustimmung erteilt, so sind nach der Geschäfts- und Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle („Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 6/1975, Seite 440/442) die Beteiligten zur Mitwirkung an der Aufklärung des Falles verpflichtet. Die Versicherung wie der von ihr betreute Arzt stellen demgemäß ihre Unterlagen der Schlichtungsstelle zur Verfügung; die vollständigen Krankenunterlagen des Arztes sollten dabei zu einer kurzfristigen Einsichtnahme im Original überlassen werden. Die gut-

mastodynon®

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

achtlichen Äußerungen der Schlichtungsstelle haben erfahrungsgemäß bei weitem mehr Überzeugungskraft, wenn sie sich darauf berufen kann, die Originalunterlagen eingesehen zu haben. Fehlen die Unterlagen und verzögert sich zunächst schon die abschließende Stellungnahme einer Haftpflichtversicherung oder später das Gutachten der Schlichtungsstelle, so vermutet der Anspruchsteller leicht eine Verschleppungsabsicht und sieht sich zu scharfen Reaktionen verleitet, die den Rechtsfrieden stören, aber auch dem Ansehen der Ärzteschaft schaden können.

Deshalb sollten auch alle Ärzte und Kliniken, die als Vor- oder Nachbehandler von einer Versicherung oder der Schlichtungsstelle um Hilfe bei der Aufklärung eines Schadensfalles gebeten werden, die angeforderten Befund- und Behandlungsberichte schnell zur Verfügung stellen. Diese Berichte können sich meist darauf beschränken, das wiederzugeben, was der Arzt selbst beobachtet oder von dem Patienten in der Anamnese erfahren hat. Beurteilungen und Wertungen des Verhaltens eines Kollegen, die naturgemäß schwerer fallen, werden in der Regel nur von einem Gutachter verlangt, dem dann auch ein Gesamtüberblick über alle erreichbaren Unterlagen zur Verfügung stehen muß.

Die Schlichtungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer bemüht sich mit größter Sorgfalt und absoluter Objektivität, die an sie herangetragenen Streitfälle aufzuklären und zu einer einvernehmlichen Lösung zu bringen. Sie erarbeitet ihre abschließenden gutachtlichen Äußerungen in der Regel in einem schriftlichen Verfahren, das für den Patienten und dem beteiligten Arzt selbst kostenfrei ist. Es liegt im Interesse der Patienten wie der Ärzteschaft, wenn sich beide Seiten dessen bewußt sind, daß durch diese Einrichtung — soweit irgend möglich — eine rückhaltlose Aufklärung erreicht werden kann. Es dient dem Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzteschaft, wenn einerseits die Patienten wissen, daß auf selten der Ärzte kein Fehler vertuscht werden soll, und andererseits allerdings auch die Ärzte damit rechnen können, daß ein bei ihrer schwierigen, gefahrgeneigten Tätigkeit unterlaufener Fehler ohne unnötiges Aufsehen behandelt wird und nicht zu einer Berufsschädigung führt.

Zusammenfassung

1. Führt eine Heilbehandlung nicht zu dem erhofften Erfolg, soll der Arzt mit dem Patienten im Gespräch bleiben und ihn über die Gründe dieser Entwicklung aufklären.
2. Nachbehandelnde Ärzte sollen mit Äußerungen, die als Kritik an vorbehandelnden Kollegen verstanden werden können, vorsichtig sein, zumal wenn sie die Beurteilungsgrundlagen des Vorbehandlers nicht übersehen können.
3. Wendet sich ein Patient mit Schadensersatzforderungen wegen eines Behandlungsfehlers an einen Arzt, muß die Haftpflichtversicherung eingeschaltet werden; das gilt auch, wenn der Arzt sich nicht denken kann, daß ihm ein Fehler unterlaufen sein könnte. Schon wenn zur Prüfung von Schadensersatzansprüchen Einsicht in die Krankenpapiere verlangt wird, empfiehlt es sich, die Versicherung beizuziehen.
4. Die zur Aufklärung eines Schadensfalles benötigten Unterlagen und Befundberichte sollen von allen mittelbar und unmittelbar beteiligten Ärzten der einen Schadensfall prüfenden Versicherung und der Schlichtungsstelle schnell zur Verfügung gestellt werden, weil sonst eine außergerichtliche Beilegung erschwert wird.

Anschrift des Verfassers:

W. Lossos, Präsident des Oberlandesgerichtes e. D., Juristischer Geschäftsführer der Schlichtungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80

8. Oberstauferer Symposion für praktische Onkologie

am 25. Juni 1983

— s. auch Seite 366 —

Wahlen im GPA

Anläßlich der Landesversammlung des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU (GPA) wurde Dr. med. Hartwig Holzgartner, München, mit überwältigender Stimmenmehrheit wiedergewählt. Seine Stellvertreter sind Alfred Topf, Wassertrüdingen, Privatdozent Dr. med. Wolfgang Pförringer, München, Dr. med. dent. Helmut Zedelmaier, MdS, Schongau, und Staatssekretär Dr. jur. Heinz Rosenbauer.

Landesgesundheitsrat neu konstituiert

Am 21. März 1983 fand im Ärztehaus Bayern die konstituierende Sitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrates für die 10. Wahlperiode des Bayerischen Landtags statt.

Zum 1. Vorsitzenden wurde gewählt:

Leitender Medizinaidirektor a. D.
Dr. Alfred Böhm
Allgemeinarzt, Olching-N

Zum Stellvertretenden Vorsitzenden wurde gewählt:

Karl Heinz Müller, MdL
Aystetten

Zum Schriftführer wurde gewählt:

Frau Irmgard Edle von Traitteur, MdL
Forchheim

Folgende Ärzte gehören dem Bayerischen Landesgesundheitsrat an:

Dr. Erwin Hirschmann
Kinderarzt, München

Dr. Hartwig Holzgartner
Internist, München

Professor Dr. Ernst Kolb
Direktor des Instituts für Anästhesiologie der TU München

Professor Dr. Jan-Diether Murken
Leiter der Abteilung für pädiatrische Genetik der Universität München

Professor Dr. Hans Joachim Sewering, MdS
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, München

Die Reform des Medizinstudiums in Frankreich

Die Bestrebungen, das Medizinstudium zu reorganisieren, sind nicht erst von heute. Bereits 1957 wurden die ersten Pläne diskutiert. Damals war unter dem Vorsitz von Professor Debré eine Kommission eingesetzt worden, um entsprechende Vorschläge auszuarbeiten. Viele Jahre später kam es zu den ersten praktischen Realisationen, wie z.B. die Beseitigung des Dualismus von Krankenhaus und Fakultät. Alle Krankenhäuser am Sitz einer medizinischen Fakultät wurden klinische Hochschulschulen, sogenannte „Centres régionaux hospitaliers universitaires“, so daß jede Fakultät die nötigen Krankenhausabteilungen zur ärztlichen Ausbildung bekam. Dann wurde der medizinische Unterricht reorganisiert, um dem ärztlichen Nachwuchs an den Universitäten die Ausbildung zu erleichtern und die Fakultäten gleichzeitig vor einem Mittelmaß zu bewahren. Diese Bestrebungen waren um so notwendiger, als 40 bis 50 Prozent der Medizinstudenten je nach Fakultät im Laufe der ersten drei Jahre ihr Studium aufgaben, und von jenen, die blieben, nur 15 Prozent ein Spezialgebiet adoptierten.

Das Studium begann mit dem „Certificat préparatoire aux études médicales“. Die ersten beiden Studienjahre, die nach dem Examen für das „Certificat préparatoire“ als zweite Hürde auf dem Weg zum Dokortitel galten, wurden in ihren Studienplänen verbessert und erleichtert. Das erste Jahr wies 510 statt 595 Stunden auf, im zweiten Studienjahr wurden 160 Stunden vom Stundenplan gestrichen, es blieben nur noch 415 Stunden. Die Medizinstudenten konnten sich indessen nur in jenen Städten zum Externat melden, in deren Fakultät sie inskribiert waren. Auch heute noch ist es für einen Studenten einer Fakultät in der Provinz unmöglich, ein Externat in Paris anzustreben. Natürlich riefen diese Projekte den Protest der Studenten hervor. Jede Reform ruft in Frankreich eine Opposition auf den Plan. Diese Opposition zu definieren, ist nicht ganz einfach. Die Struktur der Medizin in Frankreich ist für Außenstehende überhaupt schwer zu erfassen. Wenn in europäischen Kolloquien französische Ärzte ihre ausländischen Kollegen über das obskure Labyrinth

Ihrer beruflichen Schulung aufklären wollen, ernten sie Staunen und nicht immer Verständnis.

Aber mit der Zeit tauchten neue Probleme auf, die einerseits mit der steigenden Zahl der Medizinstudenten in Zusammenhang standen, andererseits aber mit dem verstärkten Trend zur Spezialisierung. So wurde beschlossen, eine stärkere Selektion durchzuführen, und zwar durch die Organisation eines cycle terminal für die Allgemeinmediziner, und die Ausschaltung des Internats. Es handelte sich um eine Reform von wesentlicher Bedeutung, die zwei Ziele hatte:

- die Hebung des Niveaus der Allgemeinmedizin und
- die Ausbildung von Spezialisten mit besonderen Fähigkeiten.

1979 beschloß dann die Regierung Giscard d'Estaing neue Ausbildungsbestimmungen. Aufgrund dieser Reform sollten sich die Medizinstudenten nach dem vierten Studienjahr des zweiten Studienabschnittes durch einen Concours als Interne für das von ihnen gewählte Fachgebiet spezialisieren können. Bestand ein Student diesen Concours zweimal nicht, dann sollte er trotzdem nach dem fünften Studienjahr des zweiten Studienabschnittes ein zweijähriges Praktikum in einem Krankenhaus absolvieren, die er dann mit der Qualifikation als Allgemeinarzt quittierte.

Auch jetzt steht das Medizinstudium vor Neuerungen. Und auch jetzt gibt es natürlich eine Opposition, die um so heftiger einsetzt, als neben der sachlichen auch politische Motivationen eine Rolle spielen. Die neue Reform sieht eine Reorganisation der letzten Periode des Studiums vor, hier „Troisième cycle“ genannt. Sie erfolgt im Rahmen eines Internats und erfaßt vier Bereiche: Allgemeinmedizin, Spezialisten, öffentliches Gesundheitswesen und medizinische Forschung. Alle vier Weiterbildungsgänge sind gleichwertig. Die Studenten müssen sich allerdings nach dem vierten Studienjahr durch eine Wettbewerbsprüfung (Concours genannt) für das von ihnen gewählte Fachgebiet qualifizieren. Neben dem praktischen erfolgt auch ein theoretischer Unterricht. Das Internat kann in Spitälern, aber auch in der Praxis

einer Gruppenmedizin oder in medizinischen Forschungszentren absolviert werden. Die Internen der Allgemeinmedizin müssen mindestens ein Semester an einer Universitätsklinik tätig sein.

Es bleibt eine bedeutende Differenz zwischen der Weiterbildung zum Allgemeinarzt und jener für die anderen Bereiche. Die Formation zum praktischen Arzt, hier „Generaliste“ genannt, ist für die Dauer von zwei Jahren festgesetzt worden und soll in absehbarer Zeit auf drei Jahre verlängert werden, während die Weiterbildung in den anderen Fachgebieten vier Jahre währt. Der Zugang zum Internat soll also in Zukunft von zwei Examen ebhängen. Zunächst müssen sich alle Studenten nach dem Ende des zweiten Studienabschnittes – und dagegen protestieren die französischen Medizinstudenten energisch – obligatorisch einer Prüfung unterziehen, die als ein Qualitätsnachweis für die Internen der Allgemeinmedizin gilt. Darüber hinaus aber müssen sich jene Studenten, die sich in den drei anderen Bereichen ausbilden wollen, einem Concours unterziehen.

Die für jede der vier genannten Bereiche vorgesehene Zulassungszahl von Internen soll jedes Jahr neu festgesetzt werden, wobei der Bedarf auf regionaler und internationaler Ebene erforscht werden wird. Nun muß man wissen, daß es auch in Frankreich eine Ärzteschwemme gibt. Um sie zu lindern, hatte die Regierung Giscard d'Estaing beschlossen, die Plätze an den medizinischen Fakultäten jedes Jahr um 700 zu reduzieren. Der neue Gesundheitsminister der Regierung Mitterand hat diese Verordnung aufgehoben und die Zahl der Plätze an den medizinischen Fakultäten um 5000 erhöht. Offenbar, um die Ärzteschwemme zu verstärken, ebenso wie die Konkurrenz innerhalb der liberalen Medizin, und um genügend Ärzte für die Gesundheitszentren zu bekommen, die er in Zusammenarbeit mit der Sécurité sociale einrichtet, wo jeder Versicherte gratis behandelt wird.

Nun aber erfolgt ein diskriminierendes Auswahlverfahren für die Weiterbildung. Die Studenten wenden sich gegen das obligatorische Examen am Ende des zweiten Cycle, das die bisherigen Studien validieren soll, und sie befürchten, daß die vorhandenen Plätze für das Internat unzureichend sein werden, um allen eine praktische Weiterbildung zu ermöglichen.

J. H., Paris

Personalia

Professor Dr. R. Fikentscher 80 Jahre

Am 2. April 1983 feierte Professor Dr. med. Richard Fikentscher, em. Ordinarius für Geburtshilfe und Gynäkologie, von 1950 bis 1973 Direktor der II. Frauenklinik der Universität München, Georg-Kalb-Straße 11, 8021 Großhesselohe, seinen 80. Geburtstag. Als Schüler von Ludwig Nürnberger erwarb sich der geborene Augsburger bereits bei seiner Habilitation in Halle 1935 mit der Antrittsvorlesung „Die Ursachen der Unfruchtbarkeit der Frau“ erste Lorbeeren auf einem der wichtigsten Arbeitsgebiete seines späteren Lebens. Mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität 1958 verhalf er – jetzt Ehrenmitglied dieser Gesellschaft (sowie zahlreicher anderer deutscher und ausländischer Gesellschaften) – diesem wichtigen Anliegen seines Faches zum internationalen Durchbruch. Neben dem Aufbau einer „echten“ Universitätsfrauenklinik aus der ursprünglichen gynäkologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Münchens links der Isar war er maßgebend an der Entwicklung der modernen Perinatologie – der engen Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfern und Pädiatern – beteiligt. – Neben zahlreichen Chefärzten gingen aus seiner Schule sieben Habilitierte hervor, von denen drei auf ordentliche Lehrstühle berufen wurden.

*Professor Dr. W. Penning,
Dr. R. Heyn, München*

Dr. Brückl 65 Jahre

Es gibt viele Gründe, Dr. med. Bernhard Brückl, Ludwigstraße 11, 8700 Würzburg, am 7. Mai zu seinem 65. Geburtstag sehr herzlich zu gratulieren und ihm noch schöne, und frohe Jahre zu wünschen, vor allem aber, ihm zu danken.

Seit vielen Jahren ist er standespolitisch engagiert als Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Würzburg und Umgebung und des Ärztlichen Bezirksverbandes Unterfranken, im Kammervorstand sowie in der Kassenärztlichen Vereinigung als Vertrauensmann.

Bereits 1962 war Dr. Brückl mitverantwortlicher Gründer einer Fach-

klasse für ArzthelferInnen an der Berufsschule Würzburg und ist dort bis heute Fachlehrer und Prüfungsvorsitzender.

Besonders am Herzen liegt ihm jedoch die Erhaltung des Hausarztes und eine unbedingt notwendige intensive Weiterbildung in der Allgemeinmedizin. Nur deshalb hat er sich auch als Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät Würzburg zur Verfügung gestellt.

Seine vieljährigen Verdienste um die ärztliche Fortbildung im Bereich des Kreisverbandes Würzburg und Umgebung fanden Ausdruck in der Verleihung der Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Trotz der vielseitigen Verpflichtungen ist Dr. Brückl unermüdlich tätig. Über allem Ernst und Pflichtbewußtsein als Arzt und im standespolitischen Wirken kann man seinen nie versiegenden Humor nur bewundern. Vielleicht ist dies die Medizin, die ihn jung erhält.

W. R.

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Walter Brendel, Direktor des Instituts für Chirurgische Forschung der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Arno Bulitta, Internist, Martin-Luther-Straße 32, 8530 Neustadt a. d. Aisch;

Dr. med. Otto Bussl, Obermedizinaldirektor i. R., Stegwiesenstraße 1, 8595 Waldsassen;

Professor Dr. med. Heinz Gumrich, Chefarzt i. R., Gunterstraße 9 1/2, 8900 Augsburg.

Verdienstmedaille

Dr. med. Hermann Brehm, Oberarzt, Faberstraße 21, 8620 Lichtenfels, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Bergmann-Plakette für Dr. Böhm

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans Joachim Sewering, überreichte im Ärztehaus Bayern die Ernst-von-Bergmann-Plakette an den Leitenden Medizinaldirektor a. D. Dr. med. Alfred Böhm, Vorsitzender des Bayerischen Landesgesundheitsrates, Edisonweg 4, 8037 Olching-Neuesting.

Der gebürtige Tirschenreuther hat sich als langjähriger 1. Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst e. V. und jetziger Ehrenvorsitzender während seiner Tätigkeit um die ärztliche Fortbildung über viele Jahrzehnte in besonderer Weise verdient gemacht. Von 1961 bis 1970 hat Dr. Böhm als Vorsitzender des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins alljährlich Fortbildungsveranstaltungen für seinen Landesverband geplant und organisiert. Anschließend bis 1979 Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, oblag ihm die Durchführung des jährlichen wissenschaftlichen Kongresses. Weiterhin hat Dr. Böhm im Jahre 1975 den ersten Internationalen Kongreß der World Federation of Public Health Associations (WFPHA) in Bonn-Bad Godesberg gestaltet und aufgrund seiner Initiative als deren damaliger Präsident werden diese internationalen Kongresse nunmehr alle drei Jahre an verschiedenen Orten der Mitgliedsländer durchgeführt. Im Februar 1981 wurde Kollege Böhm auf dem WFPHA-Kongreß in Kalkutta hierfür öffentlich geehrt, da er zahlreiche Anregungen für diese Kongresse gab und ihr Erfolg in erster Linie sein Verdienst ist.

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

Professor Dr. med. Klaus Betke, em. Direktor der Kinderklinik der Universität München im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde zum Ehrenmitglied gewählt. – Ferner wurde ihm die Würde eines Ehrenmitgliedes der Universität Regensburg verliehen.

Professor Dr. med. Theodor Hellbrügge, Vorstand des Instituts für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Universität München, Leiter des Kinderzentrums und der Aktion Sonnenschein, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2, wurde durch die Association Montessori Internationale in Amsterdam zum Mitglied des „Advisory Committee“ gewählt.

Professor Dr. med. Fritz Holle, em. Ordinarius für Spezielle Chirurgie, Lindenstraße 7, 8000 München 90, wurde die Medaille „München leuchtet, den Freunden Münchens“ in Silber verliehen.

Privatdozent Dr. med. Christian Lunderschmidt, wissenschaftlicher Assistent an der Dermatologischen Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde für seine Arbeit „Die Talgdrüse als Zielorgan hormoneller Einflüsse“ der Kurt-Wolff-Preis verliehen.

Professor Dr. med. Hans-Werner Pabst, Direktor der Nuklearmedizinischen Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde mit der Umweltmedaille des Bayerischen Staatsministeriums für Landesentwicklung und Umweltschutz ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Gerhard Weber, Vorstand der Hautklinik des Klinikums der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, wurde von der American Academy of Dermatology auf ihrer Jahresversammlung zum Nonresident Fellow gewählt.

Professor Dr. med. Johann Matthias Wenderlein, Klinik für Frauenheilkunde der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 21/23, 8520 Erlangen, wurde in die Fachbereichskommissionen „Versorgung von Krebspatienten“ und „Prävention“ des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit berufen.

Bayerisches Ärzteorchester

15 Jahre Bayerisches Ärzteorchester

Im Wintersemester 1967/68 gründete Reinhard Steinberg, medizinisches Erstsemester und Dirigierschüler bei Bruno Maderna, mit 22 Kommilitonen das „Orchester Münchner Medizinstudenten“. Binnen Jahresfrist war das Ensemble zu einem ausgewachsenen Symphonieorchester herangereift, das in München rasch Anklang fand. Nachdem die Gründergeneration das medizinische Staatsexamen abgelegt hatte und somit auch die Ortsgebundenheit aufhörte, gab man sich 1975 den Namen Bayerisches Ärzteorchester. Es umfaßt heute 120 aktive Instrumentalisten, die sich einmal im Jahr zu einer intensiven Probenwoche auf Schloß Craheim in Unterfranken in großer symphonischer Besetzung zusammenfinden, anschließend drei Konzerte geben. Durch studentischen Nachwuchs ist das Orchester mit einem Durchschnittsalter von 30 Jahren jung geblieben, was die Attraktion dieses Leihenensembles unterstreicht. Die Chronik der erarbeiteten Werke umfaßt alle Stilepochen der konzertanten und symphonischen Musik von Bach bis Strawinsky. Ein künstlerischer Durchbruch gelang dem Orchester 1976 mit der Aufführung von Mozarts Oper „Zaide“ KV 344 im Münchner Cuvillies-Theater. Seither findet es auch in der Presse eine für ein Laienorchester bemerkenswert positive Resonanz, die bis zum Vergleich mit professionellen Einrichtungen reicht.

Zum Jubiläumskonzert hat sich das Orchester eine besondere Attraktion gewählt. Neben der Overtüre zu Ruy Blas von Mendelssohn und Beethovens 7. Symphonie kommt das Concerto für Schlagzeug und Orchester von André Jolivet zur Aufführung, das 1958 mit dem Concours du Conservatoire Supérieur National in Paris ausgezeichnet wurde. Solistin ist die junge, freischaffende Musikerin Edith Salmen-Weber, die als Schlagzeugin auf dem Konzertpodium und im Tonstudio eine große Karriere macht. Sie wird in dem Konzert fast 40 verschiedene Schlaginstrumente spielen, von den Pauken über Xylo- und Rimbaphon bis hin zu Karfreitagsratsche und Kuhglocken. In dem spritzigen Stück werden durch freie Rhythmen und Jazzelemente die musikalischen Strukturen aufgelockert, durch die ungewöhnliche Schlagwerkbesetzung die Klangphantasie angeregt.

15 Jahre Bayerisches Ärzteorchester

Bed Neustedt/Saele: 3. Juni 1983, 20 Uhr, Kermelltenkirche
Darmstadt: 4. Juni 1983, 20 Uhr, Auditorium maximum der TH
München: 5. Juni 1983, 20 Uhr, Herkulessaal der Residenz

Programm:

Mendelssohn: Overtüre zu Ruy Blas
Jolivet: Concerto für Schlagzeug und Orchester
Beethoven: 7. Symphonie A-Dur

*Edith Salmen-Weber, Schlagzeug
Reinhard Steinberg, Leitung*

Das „Bayerische Ärzteblatt“ empfiehlt den Besuch der Konzerte.

— Karten an allen öffentlichen Vorverkaufsstellen und an den Abendkassen —

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

Döhlau, Lkr. Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mitwitz, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Hof/Seele:

1 Augenarzt

Kulmbach:

1 Augenarzt

Kulmbach:

1 Chirurg

Coburg:

1 HNO-Arzt

Beyreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Wunsledel:

1 Hautarzt

Münchberg, Lkr. Hof/Seele:

1 Internist

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Seele:

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

Nürnberg-Altenturt/Moorenbrunn:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg-Reichelsdorf/Mühlhof/

Krottenbech:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershot:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-St. Johannis:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Stein b. Nürnberg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Planungsbereich Dinkelsbühl,

Lkr. Ansbach/Feuchtwangen:

1 Augenarzt

Planungsbereich Weißenburg-Gunzen-

hausen, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Hautarzt

Planungsbereich Ansbach,

Lkr. Ansbach:

1 Nervenerzt

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

Mensch u



Der Mensch als Macher von Architektur.
Der Mensch als Betrachter von Architektur.
Der Mensch als Bewohner von Architektur.
Der Mensch als ein eigenes Stück Architektur.

Jeanloup Sieff, weltbekannter französischer Fotograf, hat zwölf seiner »hintergründigsten« Fotos zu diesem Thema ausgewählt. Daraus haben wir die Fotomappe »Mensch und Architektur« gestaltet. Exklusiv für Sie. In einer limitierten Auflage von nur 100 Exemplaren. Eine dieser Mappen können Sie gewinnen, wenn Sie uns den Coupon einsenden.

Architektur. JEANLOUP SIEFF.

Erleben Sie die Ansichten
des berühmten französischen
Meisterfotografen in
einer Edition der Vereinigten
Versicherungsgruppe.



Wie sehen Sie als Arzt dieses Thema?

Wir laden Sie ein zum Foto-Wettbewerb »Mensch und Architektur«. Für Sie als Arzt ist dies doch ein interessantes Beobachtungsfeld. Schließlich kann Architektur krank machen. Aber auch gesund. Kann traurig stimmen. Aber auch fröhlich. Senden Sie uns also das Ihrer Meinung nach treffendste Fotomotiv, das Sie selbst aufgenommen haben.

Aus allen Einsendungen, die bis 31.12.1983 bei uns eingehen, wird eine Jury die 10 ausdrucksstärksten Motive wählen. Daraus wird dann eine Fotomappe »Mediziner sehen Mensch und Architektur« entstehen, die 1984 herausgegeben wird. Jeweils mit Kurzbiografien der beteiligten Mediziner. Diese Mappe wird die Reihe »Editionen der Vereinigten Versicherungsgruppe« in individuellem Rahmen fortführen.

**DIE DINGE SEHEN
WIE SIE SIND.
GERADE ALS ARZT.**

Service-Paket »GOÄ 82«

Privat liquidierende Mediziner brauchen »Formularhilfe«, um die neue GOÄ in die Praxis umzusetzen. Selbstredend ist auch die »Vereinigte« bereit, mit einem speziellen Service-Paket dem Arzt die notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Das Service-Paket enthält eine GOÄ-Kurzfassung, eine Multiplikatortabelle und eine Musterrechnung.

Bitte kreuzen Sie im Coupon an, wenn wir Ihnen dieses Service-Paket zustellen sollen. Wir reagieren sofort.

**WIR BRINGEN IHNEN
SICHERHEIT NÄHER**

Speziell für Sie und Ihren Berufsstand haben wir seit Jahren einen Sonder-Service: über 130 Direktionsbeauftragte der Vereinigten Versicherungsgruppe sorgen überall im Bundesgebiet und West-Berlin für umfassende Ärzte-Betreuung.

 **Vereinigte
Versicherungsgruppe**

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

- Als meinen Beitrag zum Ärzte-Fotowettbewerb lege ich ein Foto bei. Format 13x18 cm, schwarz/weiß. Auf der Rückseite des Abzugs steht mein Name und meine Anschrift. Mit einer Veröffentlichung bin ich einverstanden.
- Ich möchte nur an der Verlosung der Fotomappe »Mensch und Architektur« teilnehmen. Einsendeschluß 31.6.1983. Rechtsweg ausgeschlossen.
- Schicken Sie mir bitte das Service-Paket »GOÄ 82«.

Name: _____

Alter: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. m. Vorwahl: _____

Coupon bitte einsenden an:
Vereinigte Versicherungsgruppe
Informationszentrale A 2
Postfach 2013 20
8000 München 2

Unterfranken

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Welbersbrunn, Lkr. Aschaffenburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Laudenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Gochsheim, Lkr. Schweinfurt:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

**Erlenbach oder Klingenberg,
Lkr. Miltenberg:**
1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

**Karlstedt oder Merktsheldenfeld,
Lkr. Main-Spessert:**
1 HNO-Arzt

Elsenfeld, Lkr. Miltenberg:
1 Hautarzt

Heßfurt, Lkr. Heßberge:
1 Hautarzt

Elsenfeld, Lkr. Miltenberg:
1 Internist

**Erlenbach oder Klingenberg,
Lkr. Miltenberg:**
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Bad Kissingen, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

Ebern, Lkr. Heßberge:
1 Kinderarzt

Heßfurt, Lkr. Heßberge:
1 Nervenarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Unterfranken der KVB, Hofstraße 5,
8700 Würzburg, Telefon (0931) 307-1.

Oberpfalz

Furth i. Wald/Waldmünchen, Lkr. Chem:
1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Chem:
1 Augenarzt

Nebburg, Lkr. Schwandorf:
1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Chem:
1 HND-Arzt

Lkr. Tirschenreuth:
1 HND-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Chem:
1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Stadt Weiden:
1 Hautarzt

Furth i. Wald, Lkr. Chem:
1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Cham:
1 Kinderarzt

Nebburg, Lkr. Schwandorf:
1 Kinderarzt

Lkr. Tirschenreuth:
1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17,
8400 Regensburg, Telefon (0941) 2002-0.

Niederbayern

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Heutarzt

Lkr. Rottal-Inn:
1 Heutarzt

Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9,
8440 Straubing, Telefon (09421) 23061.

Schwaben

Thierhaupten-Unferbeer, Lkr. Augsburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weißhorn, Lkr. Neu-Ulm:
1 Augenarzt

Gersthofen, Lkr. Augsburg:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2,
8900 Augsburg, Telefon (0821) 313031.

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

25. Juni 1983

24. September 1983

26. November 1983

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

Beginn: jeweils 9.00 Uhr — Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühibaurstraße 16,
8000 München 80, Telefon (089) 4147-788, Frau Klockow, zu richten bis
17. Juni, 16. September und 18. November 1983.

Die Teilnahmegebühr von DM 20,— ist am Tage des Einführungslehrganges
zu bezahlen.

Finanzpolitische Entscheidungen

Der Bundeskanzler ist gewählt; die Minister sind ernannt; die Koalition aus CDU/CSU und F.D.P. hat sich über die Grundzüge der künftigen Regierungspolitik geeinigt; der Kanzler will Anfang Mai in seiner Regierungserklärung die politischen Akzente setzen. Die neue Regierung geht mit Zuversicht und Optimismus an die Arbeit. Das mag noch eine Zeitlang die Tatsache verdecken, daß zahlreiche Probleme der deutschen Innen- und Außenpolitik nicht einmal in Ansätzen gelöst sind. Die „Wende“ muß durch eine Neuorientierung der Politik auf vielen Feldern und durch Leistung legitimiert werden. Daß die Gesundung der Staats- und Sozialfinanzen weder in Monaten noch in ein, zwei Jahren zu erreichen ist, liegt auf der Hand.

Das Protokoll über die Koalitionsverhandlungen vermittelt noch kein deutliches Bild über die künftige Politik. Manches ist bis in Einzelheiten hinein geregelt worden, andere Themen werden recht pauschal angesprochen, einige Bereiche fehlen ganz. Die weißen Flecken auf dem Koalitionspapier müssen bis zur Regierungserklärung ausgefüllt werden; anderes bedarf der Ergänzung. Die für die Konsolidierungspolitik entscheidenden Einzelheiten sollen gar erst bis Ende Juni im Entwurf des Haushalts 1984 und in der mittelfristigen Finanzplanung festgeschrieben werden. Erst dann wissen die Bürger wirklich, was auf sie zukommen wird.

Gewiß wäre es besser gewesen, alle wesentlichen Entscheidungen schon jetzt zu treffen und damit politische Fekten zu scheitern. Die Verschlebung der finanzpolitischen Entscheidungen bis zum Sommer birgt die Gefahr in sich, daß sich der politische Widerstand in und außerhalb des Parlaments formiert und der Prozeß der politischen Willensbildung zusätzlich belastet wird. Andererseits sprach viel dafür, Kanzler und Kabinett rasch in den Sattel zu heben und das politische Provisorium zu beenden.

Für die Gesundheitspolitik werden Blüm und Geißler zuständig bleiben. An den Kompetenzen dürfte sich wohl nichts ändern. Blüm möchte die Sozialversicherung zusammenhalten. Das läßt darauf schließen, daß auch künftig die finanziellen Fragen Vorrang vor gesundheitspoli-

tischen Erwägungen haben. In einer Zeit, da es um Konsolidierung geht, wird man diese Priorität wohl akzeptieren müssen. Das braucht aber nicht die gesamte Legislaturperiode so zu bleiben. Blüm ist aus der Wahl außerordentlich gestärkt hervorgegangen, aber in den Koalitionsverhandlungen hat er Federn lassen müssen. Stoltenberg und Lambsdorff haben zusammen und wohl auch gegen ihn gespielt. Es mag sein, daß Blüm seine Position überschätzt hat. Das zeigt sich vor allem an dem Kompromiß über die Rentenpolitik, der gegen Blüms Votum zustande kam. Dieses Thema bleibt in der Schwebe.

In den Koalitionsverhandlungen ist das Thema Gesundheitspolitik nur am Rande behandelt worden. Das Koalitionspapier enthält daher wenige Sätze, die kein Bild von der künftigen Gesundheitspolitik zu vermitteln vermögen. Einige „Kostproben“ aus dem Koalitionspapier mögen das belegen. So heißt es beispielsweise, daß die ambulante Versorgung Vorrang vor der stationären Versorgung und personale Dienste Vorrang vor kollektiver Leistung haben sollten. Was das konkret bedeutet, wird nicht gesagt.

Aus den bisherigen Erklärungen der verantwortlichen Politiker und aus dem Koalitionspapier geht aber hervor, daß nun vordringlich im Krankenhausbereich gespart werden soll. So heißt es, daß ein Bettenabbau „bei Wahrung gleichwertiger Chancen der freien und gemeinnützigen Träger“ angestrebt wird. Seit einigen Jahren wird das System der staatlichen Mischfinanzierung kritisiert. Dem soll nun Rechnung getragen werden. So heißt es in der Koalitionsvereinbarung: „Beim Abbau der Mischfinanzierung muß mit der Krankenhausfinanzierung begonnen werden.“ Dies kann konkret nur heißen, daß der Bund sich nicht mehr an der Finanzierung der Krankenhausinvestitionen beteiligen will. Er muß dann treulich damit rechnen, daß sich die Länder auch nicht mehr in die Krankenhausgesetzgebung hineinreden lassen wollen.

Festgehalten wird auch die Absicht der Koalition, die Finanzierung der Pflegefälle neu zu ordnen. Ein Hinweis auf eine Lösung für dieses Problem wird nicht gegeben; sie dürfte noch schwieriger zu erreichen sein als eine Neuregelung der

Krankenhausfinanzierung. Am Ende steht dann immer die Frage: Wer soll zahlen, der Bund, die Länder, die Gemeinden oder die Krankenkassen und deren Beitragszahler? Da jeder den anderen ins Obligo bringen möchte, wird voraussichtlich alles so bleiben wie bisher.

Es fällt schwer, sich eine ironische Bemerkung zu verkneifen, wenn man in dem Koalitionspapier den bedeutungsschweren Satz liest, daß die Selbstverwaltung der Krankenkassen zu stärken sei. Der Grundsatz ist gut. Aber wie soll er verwirklicht werden? Das vor allem würde interessieren. Auch Ehrenberg verkündete stets, daß er die Selbstverwaltung stärken wolle, wenn er in die Gegenrichtung marschierte. Von den neuen Koalitionspartnern darf man immerhin annehmen, daß sie den Grundsatz auch beachten werden, wenn sie Entscheidungen in der Gesundheitspolitik zu treffen haben.

Was haben nun die Ärzte von Blüm zu erwarten? Das Koalitionspapier gibt darüber keine Auskünfte. Dem politischen Stil des Ministers entspricht es, den offenen, auch harten Dialog zu suchen. Als „Heckenschütze“, da kann man sicher sein, wird sich der Minister nicht betätigen. Aber ein bequemer Partner wird und kann Blüm nicht sein. Das hängt weniger mit seiner politischen Einbindung in die Sozialschüsse und deren Bindung an die Gewerkschaften zusammen; dies ergibt sich vor allem aus der desolaten Lage der Staats- und Sozialfinanzen; und die Wirtschaftslage verbietet Abgabenerhöhungen. In der Rentenversicherung werden sie unvermeidbar und auch in der Arbeitslosenversicherung kaum zu umgehen sein. Die Krankenversicherung steht derzeit besser da. Also wird Blüm, wenn er die Belastungen nicht mehr von einem Versicherungszweig zum anderen schieben will, bestrebt sein, die Mehrbelastungen in dem einen System durch Beitragssenkungen in der Krankenversicherung zu kompensieren.

Vor der „Konzertierten Aktion“ hat Blüm diese Linie vorgezeichnet. Da er sich neben allen anderen Problemen nicht auch noch mit Reformüberlegungen in der Krankenversicherung belasten will, muß er das vorhandene Instrumentarium der Kostendämpfungspolitik nutzen. Nur in der Krankenhausgesetzgebung will er tätig werden, weil er weiß, daß er Ärzte und Zahnärzte nicht bei der Stange halten kann, wenn den Krankenkassen die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung devonlaufen. Blüm weiß, daß er mehr Symmetrie in der Ausgabenentwicklung der einzelnen Leistungsbereiche erreichen muß, wenn er mit der Kostendämpfungspolitik Erfolg haben will. Erfolg – das bedeutet für ihn und die Bundesregierung Beitragssenkung.

bonn-mot

Wieder Untersuchungsausschüsse

Wie schon in der vergangenen Legislaturperiode, wird auch der zehnte Bayerische Landtag versuchen, mit Hilfe von Untersuchungsausschüssen Licht in bestimmte landespolitisch bedeutsame Affären bzw. Mißstände zu bringen. Gewissermaßen als Erbe seines Vorgängers hat der neu gewählte Landtag bereits einen Untersuchungsausschuß eingesetzt, der weiter die Vorgänge um den früheren Staatsschutzchef Langemann erhellen soll. Eng damit zusammen hängt die Arbeit eines anderen Untersuchungsausschusses, der prüfen soll, ob die Vorwürfe gegen den stellvertretenden SPD-Fraktionsvorsitzenden Karlheinz Hiersemann und seines Assistenten Plaß über die Weitergabe von geheimen Unterlagen aus dem Langemann-Ausschuß an die Presse stimmen oder nicht. Schließlich prüft ein dritter Untersuchungsausschuß das Gebahren der Terrarfinanz im Zusammenhang mit dem Bau der Münchener Trabantenstadt Neu-Perlach durch die Neue Heimat.

Untersuchungsausschüsse sind eine Art Parlamentsgericht, das Fehlleistungen der Regierung, der Minister oder der ihnen unterstellten Beamten, Fehlkonstruktionen von Gesetzen und Einrichtungen sowie Vergehen von Abgeordneten gegen die Würde des Parlaments klären soll. Nach der Bayerischen Verfassung muß der Landtag einen Untersuchungsausschuß einsetzen, wenn ein Fünftel seiner Mitglieder dies verlangt. Der Ausschuß selbst ist entsprechend der Fraktionsstärke besetzt. Bei seiner Arbeit kann der Untersuchungsausschuß entsprechend der Strafprozeßordnung verfahren, um alle erforderlichen Beweise zu erheben. Er kann Zeugen und Sachverständige vorladen, vernehmen, beedigen und auch mittels Haft ihr Erscheinen bzw. ihre Aussage erzwingen. Gerichts- und Verwaltungsbehörden müssen ihm dabei Rechts- und Amtshilfe leisten und auf Verlangen Akten vorlegen. Grundsätzlich verhandeln die Untersuchungsausschüsse öffentlich, jedoch kann die Öffentlichkeit auf Verlangen einer Zweidrittelmehrheit ausgeschlossen werden. Das Ergebnis seiner Feststellung legt der Untersuchungsausschuß in einem Bericht an das Parlamentsplenum nieder, wobei

die Minderheit berechtigt ist, ein eigenes Votum abzugeben. Strafen freilich kann ein Untersuchungsausschuß nicht verhängen.

Seit mehr als 35 Jahren wird die Parlamentsarbeit in Bayern von Untersuchungsausschüssen begleitet, wobei der Landtag sie 30mal seit 1946 eingesetzt hatte. Den Rekord an Untersuchungsausschüssen stellte bereits der erste Bayerische Landtag auf, der insgesamt zehn solcher Gremien gebildet hatte. Bereits zwei Monate nach seiner Wahl ging ein Untersuchungsausschuß den Mißständen im Wirtschaftsministerium nach, dessen Chef damals der spätere Bundeskanzler Professor Ludwig Erhard war. Ihm selbst wurden zwar keine Vorwürfe bezüglich der Lauterkeit seiner Person gemacht, doch in den 2100 Protokollseiten, die mit der Einvernahme von 50 Zeugen gefüllt wurden, finden sich Klagen von Erhard wieder, daß es im Wirtschaftsministerium teilweise weder Telefone, Schreibtische und Schreibmaschinen gegeben habe. Selbst eine Kasse fehlte und Sekretärinnen trugen über 800 000 Reichsmark in der Tasche mit sich herum. Gegenstand eines anderen Untersuchungsausschusses war die Bildung der ersten bayerischen Nachkriegsregierung 1946 zur Klärung eines Vorwurfs, daß Beamte des für die Entnazifizierung zuständigen Sonderministeriums unzulässigen Einfluß auf das Zustandekommen der Regierung Hans Ehard genommen hätten. Andere Untersuchungsausschüsse gingen der Frage nach, ob die Bauabteilung des damaligen Staatssekretariats über das Flüchtlingswesen Staatsgelder vergeudet habe, ob ein Landespharmazierat sich persönlich bereichert habe, ob ein Würzburger Regierungsschulrat auf Untergebene unzulässigen Gewissenszwang ausgeübt habe, und ob ein Referent des Finanzministeriums erhebliche Staatsgelder verschob, um ein eigenes Hotel aufzubauen. Das Landwirtschaftsministerium stand im Mittelpunkt einer Untersuchung, ob es einen Vertrag schlampig formuliert hatte und deshalb einer Konkursfirma einen erheblichen Geldbetrag zahlen mußte, die Staatsforstverwaltung mußte sich eine Prüfung der Vorgänge beim Bau ihrer Häuser in

Geiseltasteig gefallen lassen, und das Präsidium der Landpolizei wurde schließlich vom Vorwurf freigesprochen, bei Personalangelegenheiten nicht immer die Betriebsräte verständigt zu haben. Auch der Vorwurf gegen den Abgeordneten Höllerer, seine Amtsstellung im Sonderministerium mißbraucht zu haben, um sich von Belastungszeugen zu entledigen, wurde entkräftigt.

Der zweite Bayerische Landtag setzte u. a. einen Ausschuß ein, um zu klären, warum der Neubau des Residenztheaters doppelt so viel gekostet habe, wie ursprünglich veranschlagt, ein anderes Gremium prüfte, warum dem Staat Millionenbeträge für Filmkredite verloren gingen, und der sogenannte Auerbach-Ausschuß untersuchte das selbstherrliche Gebahren des Präsidenten des Landesentschädigungsamtes Philipp Auerbach.

Der wohl spektakulärste Untersuchungsausschuß behandelte den sogenannten Spielbankenskandal, wobei geprüft wurde, ob Politiker für die Erteilung von Privatkonzessionen in Bad Reichenhall und Bad Kissingen bestochen worden seien. Der zu niedrige Verkaufspreis des einstigen Ingolstädter Forts Haslang war ebenso Gegenstand von Untersuchungsausschüssen wie die Landabgaben des Staates an die Grundeigentümer Finck und Winterstein sowie die Kostenüberschreitungen beim Bau des Stachusuntergeschosses.

In der achten Wahlperiode gingen Ausschüsse der Nebentätigkeit von Hochschullehrern, der Praxis bei der Studienplatzvergabe in Numerus clausus-Fächern, den Vorwürfen gegen den damaligen Staatsminister für Bundesangelegenheiten Dr. Franz Heubl und der Rolle des früheren Staatssekretärs Franz Sackmann in der sogenannten Glöggler-Affäre nach. In der achten und neunten Wahlperiode schließlich untersuchten Ausschüsse umstrittene Asylfälle, den Vorwurf der Bevorzugung von bestimmten Steuerfällen, sowie die Rolle von Ministerpräsident Dr. Franz Josef Strauß während einer Wahlkundgebung auf dem Marienplatz. Kurz vor Ende des neunten Landtags wurde schließlich der Langemann-Ausschuß eingesetzt, dessen Arbeit nun ein neuer Ausschuß fortführen soll. Ein vierter Untersuchungsausschuß ist bereits in Aussicht. Sein Gegenstand werden unzulässige Preisabsprachen von Baufirmen im Allgäu sein.

Michael Gscheidle

„Dickes Bein“ • Postthrombophlebitisches Syndrom • Ulcus cruris

Venalot®

trifft Stauung • Entzündung • Ödem • Schmerz



beseitigt
Schwere-
gefühl und
Schmerzen

bessert venöse
Zirkulationsstörungen

befreit das Interstitium von
angehäuftem Plasma-Proteinen

mobilisiert den Lymphstrom

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

Dosierung: Venalot®-Depot: 3 × täglich 1–2 Dragées. Venalot®-Kapseln: 3 × täglich 1–2 Kapseln. **Parenteral:** 2–5 ml i.v. oder i.m. Venalot®-Liniment: mehrmals täglich über den erkrankten Stellen einreiben. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Depot-Dragées: 20 St. (N 1) DM 15,75, 50 St. (N 2) DM 34,-, 100 St. (N 3) DM 60,20, AP 500 St. Kapseln: 50 St. (N 2) DM 17,40, 100 St. (N 3) DM 31,50, AP 500 St. Ampullen: 5 × 2 ml DM 9,36, AP 100 × 2 ml; 5 × 5 ml DM 18,84, 10 × 5 ml DM 29,45, AP 100 × 5 ml. Liniment: 40 ml DM 8,95, 70 ml DM 13,90, AP 400 ml.

(Stand: Dezember 1982)



Schaper & Brümmer
3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Der UMEM-Kongreß 1982 in Ungarn

von Alfred Rottler

(Schluß)

Vor 17 Jahren war Geburtstag der UMEM in Debrecen. Heute feiern wir ein bedeutungsvolles Wiedersehen in Ungarn, eine neue Gemeinsamkeit, eine Auferstehung der schwächer gewordenen Kontakte untereinander.

Hankiss erkannte die Schwere und Wichtigkeit seines Ausrichterauftrages und entsprach dem in ihn gesetztes Vertrauen, die Mitglieder der einzelnen Nationen wieder zusammenzuschmieden. Er dankte besonders uns Deutschen, die schon so viel fürs aktive Leben dieser Weltorganisation getan und „uns schon öfter in ihrem schönen Land bewirtet haben und daß sie diesen Gedanken vertreten und für ihn wirken“.

So konnte in Plattenseebad eine Réunion der ehrlichen Einigkeit durchgeführt werden und „zur gegenseitigen unterstützenden Koexistenz aller Menschen“ beigetragen werden. Sie wird so dringend gebraucht in unserer gefahrvollen, verquickten und komplizierten Gegenwart. Wir wollen zusammenhalten, damit wir weiterleben. Diese Welt kann nur durch gegenseitige Verständigung und Achtung vor dem Nächsten weiterbestehen.

Der Ausrichter dieses UMEM-Kongresses, mein Freund János, stellte in einer wohlangelegten Rede zunächst einen der berühmtesten Dichter seines Vaterlandes, Laszlo Németh, vor. Ursprünglich Arzt, zeichnete er sich vermutlich wegen einer disziplinierten Sehweise infolge des geschulten Medizinerauges aus.

Nachdem Professor Hankiss geschickt die Aufmerksamkeit der Hörer auf die Geschichte Ungarns gelenkt hatte und uns Ausländer mit der Mission seines Vaterlandes als Bollwerk gegen die Hunnen, Tataren, und Türken, sozusagen als Retter Europas, vertraut gemacht hatte, schloß er mit der Mahnung: „Wir müssen uns entscheiden, ob das

Leben, in dem wir jetzt stehen, positiv oder negativ verlaufen soll. Wir müssen die Angst austreiben und Hoffnung säen, Verständnis wecken und Mißtrauen jäten! Die Aussage der Dichterärzte möge die Kraft besitzen, alle Völker aufzurütteln und alle Gutwilligen aufzurufen, Ideale auf den Sockel zu stellen für eine Höherentwicklung zu echten Zielen, nicht nur der Zivilisation, sondern der Ethik der Menschheit!

Heile Seele – heile Welt.“

Zwei Vorträge aus etwa 30 möchte ich als Besonderheiten hervorheben, zwei Schweizer in deutscher Sprache: „Die Aussteiger“ von Gschwend, hochaktuell und höchst künstlerisch durchgeführt.

„Dienst und Pflicht, eine kleine Sprachschau“ von Frau Shmerling, eine vergleichende Studie über Wörter, Wortstämme, Laute – Umlaute, völkerweite Zusammenhänge von Silben, Ausdrücken von Finnland über indogermanische, hebräische, Entwicklungen von der Ursprache bis heute: Gewiß für Menschen, die sich mit Literatur, mit der Letter beschäftigen, eine wesentliche Bereicherung.

Unvergeßlich wird uns eine Führung „ohne Kutsche“ durch die Umgebung unseres Aufenthaltes in künstlerischen Bildern mit dem Foto sein,

von Kollegen Timar aus Veszprem. In einem späteren Beitrag hat er sein kunstgeübtes Auge durchs Mikroskop blicken lassen; phantasievoll, phantastisch, die Schnitte, Nährböden, Mikroben. Nicht nur der menschliche Körper ist schön, sondern auch seine kleinsten Teile, seine Zellen und deren Kolonien.

Viele Arztschriftsteller befaßten sich mit Lebensläufen, historischen Schilderungen, Personenbeschreibungen, philosophierenden Betrachtungen. – Erwähnenswert wäre noch Dimopoulos „L'artiste médecin dans la littérature“ und Bernard Schmitts „Eugène Sue“, der hochgestellte Vagabund vom 19. Jahrhundert und die individuell bearbeitete Geschichte der Präsidentin Madame de Miomandre „Judicieux exercice de l'indulgence“, eine nicht gerade für „Höhere Töchter“ geeignete Lesung.

Aus einer der Communications ein bemerkenswerter Satz: „Der Arzt mit allen Kenntnissen der Medizin gerüstet, auch in Psychologie, der zudem noch die Kunst auf sein Pannier geschrieben hat, wird von seinen Kranken geachtet und geehrt werden.“

1983 findet der UMEM-Kongreß in Ascona (Schweiz) statt, Ende September, anfangs Oktober, und steht unter den Themen:

1. Monde deshumanisée, vie sans amour
2. Créativité, paradis artificiel – Alcohol drogue
3. Quatre cultures – une nation (Schweiz)
4. Communications libres

Erneut wurde ein Antrag des Generalsekretärs angenommen, nämlich die Vorträge nicht zu sehr wissenschaftlich, philosophisch, historisch auszuarbeiten, sondern mehr zu versuchen, sie literarisch und künstlerisch zu gestalten, denn wir sind von Beruf weder Philosophen noch Historiker, noch Pseudowissenschaftler, sondern der Literatur verbunden und den schönen Künsten verhaftet.

Zweimal lasen wir in der Runde (table ronde), um unsere eigenen Gedanken, Ergüsse und Werke den anderen darzubieten. Von dem Polyglott-Schmitt, seit einer Woche

Brot für die Welt



Kongresse – Allgemeine Fortbildung

70. Fortbildungsveranstaltung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung

vom 12. bis 15. Mai 1983

Jahresvorsitzender: Professor Dr. H. Schadewaldt, Düsseldorf

Donnerstag, 12. Mai 1983

Im historischen Reichssaal des Alten Rathauses

20.00 Uhr:

Festvortrag: „Gesetz und Zufall bei der Entstehung des Lebens“

Professor Dr. Dr. h. c. M. Eigen, Göttingen

Freitag, 13. Mai 1983

Hypertonie – Hypotonie, neue Erkenntnisse und heutiger Stand der Therapie

Tagesvorsitz: Professor Dr. E. Weber Heidelberg

Vortragssaal: Stadttheater, Bismarckplatz

9.00–18.00 Uhr:

Begrüßung durch den Jahresvorsitzenden und Eröffnung der Ausstellung

Einführung

Professor Dr. E. Weber, Heidelberg

Der Nutzen der Hochdruckbehandlung –

Aktuelle epidemiologische Ergebnisse

Professor Dr. B. Krönig, Trier

Neue Erkenntnisse der Blutdruckregulation als Grundlage der Hypertoniebehandlung

Professor Dr. M. Anlauf, Essen

Die Langzeittherapie der Hypertonie

Erweiterte Möglichkeiten durch neue Antihypertensiva

Dr. J. Mann, Heidelberg

Ein neues Prinzip in der Behandlung von Hypertonie – Hemmung des Angiotensin-Konvertierungs-Enzyms

Professor Dr. K. O. Stumpa, Bonn

Aktualisiertes Stufenschema

Professor Dr. H. Holzgreve, München

Rundtischgespräch: „Vorstellung von Problemfällen aus der Praxis durch die Referenten“

Hypotonie – eine deutsche Krankheit?

Die Grundlagen – Definition, Physiologie und Diagnostik in der Praxis

Professor Dr. T. Bracht, Bonn

Sinnvolle Therapie durch Berücksichtigung pathophysiologischer Überlagerungen

Professor Dr. H. Hangstmann, Bonn

Gefahren durch hypotonen Regulationsstörungen beim Kind

Privatdozent Dr. D. Lang, Ulm

Risiken durch Hypotonie im Alter

Privatdozent Dr. B. Garnier, Fribourg

Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis“ – Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. E. Weber, Heidelberg, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00–17.00 Uhr:

Laborseminar

Neues im rationalen Labor in Praxis und Klinik

Ort: Regensburg, Haldplatz 8/1, Thon-Dittmer-Haus/Rückgebäude

Gerätabarung am Informationsstand parallel zu den Vorträgen

Wissenschaftliche Leitung: Dr. F. Kanter, Mannheim

(ausführliches Programm bitte anfordern!)

Träger des Verdienstkreuzes Erster Klasse der Bundesrepublik Deutschland, fein geleitet und prächtig übersetzt, lasen von den 16 Deutschen: Bednara, Bünge, Engelke, Geue, Ladisch, Schnellen, Wilberg, Rottler Gedichte, Kurzprosa unterschiedlicher Prägung und Wirkung.

Abschied bedeutet immer ein bißchen Leiden und Melancholie. Nach dem Festabend stehe ich sinnend auf dem Balkon vor meinem Zimmer und schaue hinaus auf die riesige Wasserfläche des Plattensees. An einen Ausspruch denke ich, unserer ältesten Consoeur aus Budapest: „Anfangs weiß man nicht, wohin mit all der Kraft. Später kann man kaum etwas rechtes mit der teuer erkauften Erfahrung anfangen.“

Draußen steht einer am Ufer, verschwommen, ganz still. Ein Beter? Ein Grübler, wie ich? Einer der Fischer von Tihany?

Falls sie den riesigsten Fogasch an Land ziehen, empfinden sie das als Glück. Sie sind aber weise genug, nicht zu weinen, wenn es nur ein kleiner sein sollte. Sie nutzen ihre Stärke in den Riemen und beim Auswerfen der Netze. Oder wenn diese schwer geworden sind von einem reichen Fang. Heil Petri!

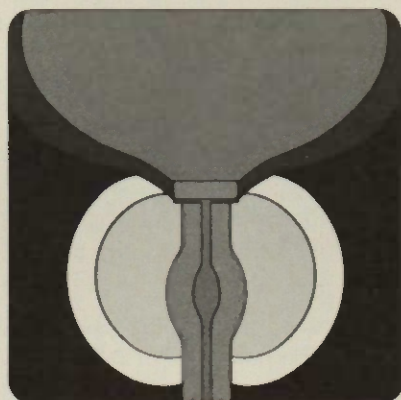
Jener Einsame wartet immer noch geduldig, gelassen auf die Gunst eines Gottes!

Eine Sternschnuppe fällt in den Balaton. Was glaubst du, was ich mir gewünscht habe?

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Alfrad Rottler, Virchowstraße 7/II, 8500 Nürnberg 10

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



PROSTAMED®

Nebenwirkungsfreie Langzeittherapie prostaticher 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

Samstag, 14. Mai 1983

Der suizidale Patient – Vorsorge, Differenzialdiagnose, Nachsorge

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. Hipplius, München

Vortragssaal: Stadttheater, Bismarckplatz

9.00–13.00 Uhr:

Einführung

Professor Dr. H. Hipplius, München

Rechtsmedizinische und juristische Gesichtspunkte

Professor Dr. W. Spann, München

Suizidalität aus psychiatrischer Sicht

Professor Dr. H. J. Bochnik, Frankfurt

Epidemiologie der Suizidalität

Privatdozent Dr. R. Welz, Heidelberg

Suizidhandlungen bei alten Menschen

Professor Dr. H. Lauter, München

Suizidhandlungen bei Kindern und Jugendlichen

Professor Dr. G. Nissen, Würzburg

Toxikologie gebräuchlicher Suizidmittel

Professor Dr. W. Forth, München

Möglichkeiten und Grenzen der Suizidverhütung

Professor Dr. W. Pöldinger, Wil

14.30–16.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film: „Die vasospastische Angina“

Firma Bayer AG, Leverkusen

Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis“ – Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. Hipplius, München, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Referenten des Tages

16.30–18.00 Uhr:

Pharmako-Therapie-Konferenz: „Kalziumantagonisten, ein neues Prinzip zur Behandlung der Angina pectoris, Hypertonie und Arrhythmie“

Gesprächsleitung: Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf

15.00–18.00 Uhr:

Pädletrischer Nachmittag

Leitung: Professor Dr. A. Windorfer, Erlangen, Dr. W. Schmidt, Regensburg

Durchfallerkrenkungen beim Kind mit besonderer Berücksichtigung der diätetischen Therapie

Professor Dr. O. Braun, Pforzheim

Zur Problematik der leichten Hirnschädigung und des hyperkinetischen Syndroms

Professor Dr. G. Neuhäuser, Gießen

Ort: Haidplatz 8/II, DAf-Auditorium, Regensburg

9.00–17.00 Uhr:

Laborseminar

– siehe Freitag, 13. Mai 1983 –

Sonntag, 15. Mai 1983

Aktuelle Hämatologie

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. D. Waller, Tübingen

Vortragssaal: Stadttheater, Bismarckplatz

9.00–13.30 Uhr:

Die Bedeutung monoklonaler Antikörper für Diagnostik und Therapie in der Hämatologie

Dr. C. Müffer, Tübingen

Akute Leukämien – moderne Therapiekonzepte einschließlich der Knochenmarkstransplantation

Privatdozent Dr. P. Ostendorf, Tübingen

Myeloproliferative Syndrome – Pathophysiologie und Therapie

Professor Dr. K. Wilms, Würzburg

Neue Vorstellungen zur Virusgenese maligner Erkrankungen

Professor Dr. H. Zurhausen, Freiburg

Maligne Non-Hodgkin-Lymphome – moderne Therapiekonzepte

Professor Dr. G. Brittinger, Essen

Lymphogrenulomatose – moderne Therapiekonzepte

Professor Dr. D. Huhn, München

Rundtischgespräch: „Fragen aus der Praxis“ – Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. D. Waller, Tübingen, unter Mitwirkung der Referenten des Tages

Referenten des Tages

Auskunft und Anmeldung:

Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 507-2183

Tagung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e.V.

am 11. Mai 1983 in München

Leitung: Professor Dr. F. Deinhardt, Professor Dr. H. Spiess, beide München

Thema: Impfung gegen Hepatitis B: Erfahrungen zehn Monate nach der Zulassung und Voraussage für die Zukunft

Auskunft:

Dr. J. Abb, Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität München, Pettenkoferstraße 9 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 53 34 01 oder 53 93 21

III. Internationales Chemotherapie-Symposium

vom 6. bis 10. Juni 1983 in Nürnberg

Einwöchiger intensiver Seminarekurs, auf dem alle wesentlichen Gebiete der internistischen Onkologie vorgetragen und diskutiert werden.

Auskunft:

Professor Dr. W. M. Gallmeier, Klinikum Nürnberg, 5. Medizinische Klinik, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, Telefon (09 11) 398-28 05 oder 398-28 03

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

1. Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“

B-Kurs für Arbeitsmedizin: 20. Juni bis 15. Juli 1983

C-Kurs für Arbeitsmedizin 3. bis 28. Oktober 1983

A-Kurs für Arbeitsmedizin vom 6. Februar bis 2. März 1984

B-Kurs für Arbeitsmedizin vom 25. Juni bis 20. Juli 1984

C-Kurs für Arbeitsmedizin vom 1. bis 26. Oktober 1984

2. Einführungslehrgänge in die betriebsärztliche Tätigkeit zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde nach § 4 Arbeitssicherheitsgesetz in Verbindung mit § 3 Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte“. Zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde müssen beide Teile absolviert werden.

E-Kurs I: vom 21. November bis 2. Dezember 1983

E-Kurs II: vom 16. bis 27. Januar 1984

Die Lehrgänge sind gebührenpflichtig. – Für die Teilnahme wird um rechtzeitige schriftliche Anmeldung gebeten.

Tagungsort: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, München 22

Zimmerbestellungen: Verkehrsbüro der Stadt München, Rindermarkt 5, 8000 München 2, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84-259 und 21 84-260

Grado 1983 – Kongreß-Kurort und kunsthistorische Perle an der Adria

XXXI. Internationaler Fortbildungskongreß der deutschen Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer – Lehrgang für praktische Medizin

vom 29. Mai bis 10. Juni 1983 in Grado

Leitung: Professor Dr. R. Höfer, Wien, zusammen mit Dr. P. E. Odenbach, KÖfn

Grado, in der Buchf von Triesf auf einer Sandinsel zwischen einer unvergleichlichen Legunenlandschaft und dem offenen Meer gelegen, besticht durch seine herrliche Lage und landschaftlichen Reize. Die Insel hef im Laufe der Jahre im Volksmund die Bezeichnung „Isola del Sole“ (Sonneninsel) erhalten und wird dem auch voll gerecht. Die bis auf den heutigen Tag hervorragend erhaltene malerisch-romantische Altstadt weist alle typischen Merkmale einer charakteristischen antiken venezianischen Kleinstadt auf. Ein Spaziergang durch das alte Grado ist für jeden ein unvergeßliches Erlebnis.

Kostbare Basiliken und frühchristliche Denkmäler – welche übrigens auch im direkten Umland noch zahlreich vorzufinden sind – sind Zeugen einer majestätischen Vergangenheit, in welcher Grado auch für eine gewisse Zeit Sitz des Patriarchen war. Noch heute erinnert das Tragen von Mitra und Bischofsstab des Geistlichen der Basilika von Grado an diese kirchliche Vormachtstellung der Insel.

Bereits im Jahre 1892 erhielt die Insel die offizielle Anerkennung als Kurort und Seebad. Seither entwickelte sich Grado dank der Heilkräfte des Sandes und Meeres sowie der hervorragenden klimatischen Verhältnisse zu einem der meist besuchtesten Kur- und Badeorte an der adriatischen Küste. Das milde Meeresklima, beeinflusst durch die dalmatisch-istriatische Strömung, welche an der Küste Grados vorbeifließt, ist milder als das der anderen westlich gelegenen Strände. Die frische Luft im Sommer, wenig Regen und der hohe Salzgehalt des Meerwassers (über 3,9 Prozent) sowie die intensive Sonnensstrahlung machen die Insel zum idealen Aufenthaltsort für den Ruhe und Erholung suchenden Kurgast. Die vom Aufverkehr vollkommen freigehaltene Kurzone gewährleistet Spaziergängen reine, ozonvolle und staubfreie Luft. Die erst vor kurzem neu eingerichteten Kuranlagen mit Sandbädern, Seethermen und Meerwasser-Schwimmbad entsprechen den neuesten medizinischen Erkenntnissen und stehen dem Kurgast unter ständiger ärztlicher Kontrolle zur optimalen Durchführung der Kur zur Verfügung.

A. Kongreßeröffnung und Referat zur Einleitung

B. Hauptreferate, Podiumsgespräche und Kolloquien

1. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik (Professor Dr. Sewering)
2. Anerkannte Methoden der Krebstherapie
3. Therapie der Hodgkin-Lymphome
4. Therapie der Non-Hodgkin-Lymphome
5. Allgemeine Grundsätze der Metastasentherapie – Krebsnachsorge als allgemeine ärztliche Aufgabe
6. Die integrierte Behandlung des Mammakarzinoms I
7. Die integrierte Behandlung des Mammakarzinoms II
8. Schnell- bzw. Frühdiagnostik von Virusinfektionen
9. Das erworbene Immundefizienz-Syndrom – Operative Möglichkeiten bei primären und sekundären Lebertumoren: Resektion und Transplantation
10. Das maligne Melanom – Präventivdiagnose, Frühdiagnose, Prognose

C. Seminare

EKG – Urologie – Abbildende Diagnostik bei Erkrankungen des Abdomens (Sono-

graphie, Radiologie-Endoskopie, Nuklearmedizin mit praktischen Übungen zur Sonographie) – Neurologie und Neurochirurgie – Nuklearmedizin – Moderne Aspekte von Schilddrüsenerkrankungen – Sportmedizin mit praktischen Übungen – Leborseminar mit Praktikum – Onkologische Therapie – Ausgewählte Kapitel aus der internen Medizin – Psychiatrie – Biologische und klinische Bedeutung der Tumormarker – Pneumologie – Dermatologie – Ophthalmologie – Moderne Therapie von Lebererkrankungen: Interistische und chirurgische Aspekte – HNO – Rechtsmedizin – Pädiatrische Fragestunde – Virusimmunologie – Gynäkologie und Geburtshilfe – Infektionskrankheiten

D. Verschiedene Veranstaltungen

Vortrag „Schulmedizin und alternative Heilverfahren in der ärztlichen Praxis“ – Podiumsgespräch „Wo steht die Krebstherapie heute?“ – Berufspolitik in Österreich – Wissenschaftliche Filme gemäß Sonderprogramm – Besichtigung der Kuranlagen von Grado

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 410220, 5000 Köln 41, Telefon (0221) 380396

Nottall- und Katastrophenmedizin 1983

Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

25. Mai 1983

Erste ärztliche Hilfe beim Verkehrsunfall – Katastropheneinsatzpläne für Zivilkrankenhäuser – Unfallchirurgische Probleme beim Verkehrsunfall

29. Juni 1983

Für und Wider zur Antibiotikaphylaxe In der Katastrophenmedizin – Der urologische Notfall – Der nephrologische Notfall

Zeit: 15 Uhr s. t. bis 18.00 Uhr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuherbergstraße 11, München 45

Auskunft und Anmeldung:

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

XIII. European Federation Congress – International College of Surgeons vom 30. Mai bis 2. Juni 1983 in Berlin

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. F. P. Gall, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-1

Sporttraumatologischer Kongreß am 11./12. Juni 1983 in München

Veranstalter: Orthopädische Klinik der Universität München mit Unterstützung des Bayerischen Sportärzterverbandes sowie der Arbeitsgemeinschaft der Verbandsärzte im DSB

Thema: Das Sportlerbein

Beginn: Samstag, 9.00 Uhr – Ende: Sonntag, 13.00 Uhr

Ort: Klinikum Großhadern der Universität München, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. W. Pförringer, Orthopädische Klinik, Harlachinger Straße 51, 8000 München 90, Telefon (089) 62111

Fortbildungsveranstaltung der Abteilung für Nuklearmedizin der Universität Würzburg am 22. Juni 1983 in Würzburg

Thema: Neues und Bewährtes in der Diagnostik von Schilddrüsenerkrankungen

Ort: Wolfskeelstube der Festung Marienberg, Würzburg

Auskunft:

Abteilung für Nuklearmedizin der Universität Würzburg, Luitpoldkrankenhaus, Josef-Schneider-Straße 2, Bau 9, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 201-3868 oder 201-3869

8. Oberstaufer Symposium für praktische Onkologie

am 25. Juni 1983 in Obereulefen

Veranstalter: Regionales Fortbildungszentrum Oberellgäu (Ärztlicher Kreisverband Oberellgäu), Schloßbergklinik Oberstaulen in Verbindung mit dem Tumorzentrum München und der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V.

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart, München

Themen: Vorträge zur Diagnostik – Therapie und Nachsorge maligner Erkrankungen – Onkologisches Seminar mit praktischen Übungen

Ort: Kurhaus, Oberstaulen/Allgäu

9.00–13.00 Uhr:

Perspektiven der internistischen Tumorbehandlung

Professor Dr. U. Fink, München

Wertigkeit von Tumormarkern HCG und AFP bei Tumorerkrankungen

Privatdozent Dr. K. Mann, München

Schmerzbehandlung bei Tumorerkrankungen

Professor Dr. A. Struppler, München

Programmierte Nachsorge bei gastrointestinalen Tumoren

Dr. K. Zellmann, Oberstaulen

Erkennung, Verlaufsbeobachtung und Therapiekontrolle von Knochenmetastasen durch das Skelettszintigramm bei Mammakarzinom

Dr. G. Sondershaus, Obereudorf

Erkennung, Verlaufsbeobachtung und Therapiekontrolle von Knochenmetastasen durch das Skelettszintigramm bei Prostatakarzinom

Dr. L. Schmid, Oberstaulen

Knochenmarkstransplantation: Möglichkeiten und Risiken in der Behandlung der Leukämien

Privatdozent Dr. H. J. Kolb, München

14.30–16.00 Uhr:

Methoden und Techniken in der hämatologischen Diagnostik (Mikroskop-Punktion-Färbung-Befundung)

Dr. W. Klaubert, München

Alternativ (14.30–16.00 Uhr)

Klinische Visite mit den Chefärzten der Schloßbergklinik Oberstaulen

Dr. M. Locher, Dr. V. Bryxl, Dr. L. Schmid, Dr. K. Zellmann und den Konsiliarärzten des Tumorzentrums München, Professor Dr. H. R. Langhammer, Professor Dr. W. J. Stelter, Dr. K. Possinger

Auskunft:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., Mühlbauerstraße 18, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-268

vom 18. bis 22. Juli 1983 in München

Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes

Leitung: Dr. H. Pabst, München

Thema: Sportmedizin in Theorie und Praxis

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Gröndfeld, Telefon (089) 64 96 26

vom 24. bis 30. Juli 1983 in Canazell

Hochalpiner Kurs

Leitung: Professor Dr. P. Bernett, München

Thema: Medizin und Bergsteigen, Praktikum des Bergsteigens

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. P. Bernett, Institut für Sporttraumatologie der Technischen Universität München, Conollystraße 32, 8000 München 40, Telefon (089) 3 51 87 57

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 16. Juni 1983 in München

Thema: Gefährdung durch Tropenkrankheiten bei der Entsendung in das Ausland (Professor Dr. W. Leng, Leiter der Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München)

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

X. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie

vom 25. bis 29. Juli 1983 in München

Leitung: Professor Dr. O. Breun-Falco unter Mitarbeit von Professor Dr. G. Burg, beide München

Themen: Klinische Dermatologie – Psoriasis-Therapie – Kurs: Angewandte Allergologie „Kontaktexzem“ – Die Klinik „Atopie“ – Therapeutische Neugierkeiten – Kurs: Andrologie – Dia-Klinik: „Erkrankungen des Bindegewebes“ sowie „Naevi und maligne Melanome“ – Vesikulitis – Kurs: Physikalische Therapie – Dia-Klinik: „Pädiatrische Dermatologie“ – Neuere Dermatosen – Kurs: STD-Sprechstunde

Ort: Sheraton Hotel, Arebellastreße 6, München 81

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der X. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie, Professor Dr. G. Burg, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, Telefon (089) 5 39 76 22

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV)

Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in zwei Teilen (3.1.2 der Richtlinien) am 21./22. Oktober und 28./29. Oktober 1983 in Nürnberg

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

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Teilnehmergebühr: DM 200,-

Auskunft und Anmeldung:

Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-26 69

23. Bayerische Internisten Tagung

vom 18. bis 20. November 1983 in München

Themen: Aktuelle Probleme der Diagnostik und Therapie innerer Erkrankungen – Therapeutische Fortschritte bei inneren Erkrankungen – Praktische Onkologie

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, 2. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Medizinische Abteilung I, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim, Telefon (08031) 39 52 96

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes

am 25. Juni 1983 in Regensburg

Oberpfälzer Tagung für Sportmedizin

Thema: Sportfliegen und Flugmedizin

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Peter, Kornmerkl 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 21 06, und Dr. D. Breitfelder, Regensburger Straße 12, 8412 Burglengenfeld, Telefon (09 471) 51 01

vom 1. bis 3. Juli 1983 in Erlangen

EKG-Kurs für Fortgeschrittene

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Ort: Sportmedizinische Abteilung der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz 1, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Freu E. Bergmann, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (09 1 31) 85-37 02 oder 85-37 03

Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

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

Mal/Juni 1983

13. bis 15. Mai
Psychotherapie, Raum Nürnberg

28. Mai
Psychotherapie, München

28./29. Mai
Ergometrie, Bernried

18. Juni
Psychotherapie, München

25. Juni
Orthopädie, Würzburg

Ergometrie

Ergometrie-Wochenende am 28./29. Mai
1983 in Bernried

Klinische Abteilung III der Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten der LVA Oberbayern, Bernried
Direktor: Dr. H. Hofmann

Beginn: Samstag: jeweils 9.30 Uhr —
Ende: 20.00 Uhr; Sonntag: jeweils 9.00
Uhr — Ende: 12.30 Uhr

Das Programm umfaßt praktische Übungen in der Fahrradergometrie, Vorführung eines Filmes über die Ergometrie mit Diskussion, Praktikum im Kreislauflebor sowie folgende Referate: Einführung in die Methodik der Ergometrie — Welche pathologischen Veränderungen können EKG, Blutdruck und Herzfrequenz bei ergometrischer Belastung aufweisen? — Die Einschwemm-kathederuntersuchung zur Erkennung einer gestörten Hämodynamik des Herzens in Ruhe und unter Belastung

Unkostenbeitrag: DM 100,— (einschließlich Kosten für die Mahlzeiten)

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Dr. H. Hofmann, 8139 Bernried, Telefon (081 58) 24-210

Orthopädie

Symposion „Der retropetellare Knorpel-schaden“ am 25. Juni 1983 in Würzburg

Orthopädische Universitätsklinik, König-Ludwig-Haus, Würzburg

Direktor: Professor Dr. A. Rütt

8.30–12.20 Uhr:

Alter und Beruf — Biomechanik — Ätiologie

14.00–18.00 Uhr:

Diagnostik — Therapie

Veranstaltungsort: Kongreßzentrum auf der Festung Marienberg, Würzburg

Teilnehmergebühr: DM 30,— (für Assistenten DM 20,—)

Anmeldung und Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. W. Küswetter, Orthopädische Universitätsklinik, Brett-reichstraße 11, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 8 03-2 15

Psychotherapie

Analytische Selbsterfahrungsgruppe an zehn Semstagen (40 Sitzungen) in München

Termine: 28. Mai, 18. Juni, 17. September, 22. Oktober, 12. und 26. November 1983

Leitung: Dr. W. Reiß, München

Ort: Praxis Dr. W. Reiß, Bauerstraße 15, München 40

Auskunft:

Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse M.A.P., Bauerstraße 15, 8000 München 40, Telefon (089) 2 71 59 66

Ballint-Gruppe (patientenzentrierte Selbsterfahrung) vom 24. bis 26. Juni 1983 im Raum Nürnberg

Leitung: Dipl.-Psych. Dr. S. Gröninger

Beginn: Freitag 20.30 — Ende: Sonntag 13.00 Uhr

Ort: Lerchenstraße 6, Thelmässing

Auskunft:

Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse M.A.P., Bauerstraße 15, 8000 München 40, Telefon (089) 2 71 59 66

Cholezystitis • Hepatopathien • Gastritis

Galloselect

- entzündungshemmend
- spasmolytisch
- sedativ
- mild-abführend

Indikationen: Entzündliche Erkrankungen der Gallenblase, der Leber (Hepatitis aller Art) und deren degenerative Erkrankungen, Blaugallen, Dyskinesien, Stauungen in der Gallen- und im Pfortadergebiet mit Folgeerscheinungen.
Kontraindikationen: Bei Gravidität (ist Vorsicht geboten)!
Zusammensetzung: 1 Droge enthält: Extr. Chamaemilla 5 mg, Extr. Cardui marianus 5 mg, Extr. Chelidonium 5 mg, Extr. Tilia-saci 25 mg, Extr. Cyrenaica 30 mg, Extr. Rhei 50 mg, Fet. Tauri 50 mg, Öl. Menthae pipperitae 0,5 mg, Öl. Cervi 0,5 mg, Vitamin-B-Komplex 1 mg.
Dosierung: 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel voll in einer Tasse heißer Flüssigkeit vor den Mahlzeiten. Die Mischung kann auch unverdünnt eingenommen werden. **Droge:** 3 mal täglich 1 Droge. **Handelsformen:** Droge: Packung mit 50 Stück DM 11,25, Packung mit 100 Stück DM 18,75. Auch als Liquidum im Handel.

Hepaselect

- regenerierend
- entspannend
- abschwellend

Indikationen: Lebererkrankungen und Erkrankungen des Gallensystems. Kontraindikationen: Schwere Leberfunktionsstörungen, Gallenstein-Verschluß, Gallenblasenamplyosen, Cirrhosis hepatica.
Zusammensetzung: in 100 ml sind enthalten: Lycopersicon D. 20 ml, Chelidonium D. 20 ml, Carduus marianus D. 20 ml, Colocynthis D. 20 ml, Taraxacum D. 20 ml.
Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, 3–4 mal täglich 5–10 Tropfen in warmem Wasser oder Tee einnehmen. **Handelsformen:** Tropflösche mit 30 ml DM 7,15, Tropflösche mit 100 ml DM 18,95.

Gastriselect®

- reitzhemmend
- krampflösend
- beruhigend
- antigastrisch

Indikationen: Reizzustände der Magenschleimhaut, Gastritis, Duodenitis, Ulcus ventriculi und duodeni, Krampfzustände im Bauchraum, Tenosmen, verstopfte Stühle, spastische Obstipation. **Kontraindikationen:** Nicht bei akuter Zusammenziehung in 100 ml sind enthalten: Nux vomica D., Alumina D., Aescul. D., Plumbum acet. D., Colocynthis D. à 20 ml. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3–4 mal täglich 10–20 Tropfen in etwas Wasser zwischen den Mahlzeiten einnehmen. **Handelsformen:** Tropflösche mit 30 ml DM 7,15, Tropflösche mit 100 ml DM 18,95.

DRELUSO-PHARMAZEUTIKA • 3253 Heeslich-Oldendorf 1

Vorzeitig in den Ruhestand — privat eine teure Absicht

Eine Verkürzung der Lebensarbeitszeit als Mittel gegen die hohe Arbeitslosenrate scheint eine Milchmädchenrechnung zu sein. Wenn aus Stauarzählern vorzeitig Rentner werden, finanziert sie einerseits den Staat nicht mehr durch ihre Abgaben mit, zahlen sie auch keine Sozialversicherungsbeiträge mehr, nehmen aber die Leistung der Rentenversicherung früher als kalkulatorisch geplant in Anspruch.

Zudem sind rüstige Rentner zu hoch leistenden Schwarzarbeitern prädestiniert. So würden sie weitere Steuer- und Sozialabgabenausfälle verursachen. Schließlich dürfte so mancher früher verlassene Arbeitsplatz nicht mehr besetzt werden — ganz abgesehen von der wertvollen Berufserfahrung des älteren Mitarbeiters, die den Unternehmen eher verloren geht.

Wie teuer der frühe Ruhestand tatsächlich ist, können Sie am Beispiel eines Mannes ablesen, der sich ihn selbst finanzieren muß, eines Selbständigen oder Freiberuflers. Wer beispielsweise mit 65 an ein berufständisches Versorgungswerk einen Anspruch auf 3000 DM Monatsrente hat, müßte sich mit 2000 DM zufriedengeben, wollte er seine Ruhestandsbezüge schon ab 60 in Anspruch nehmen.

Das ist ein korrekter Abzug. Seine Höhe ist nicht allein durch fünf fehlende Jahresbeiträge bedingt. Ein außerordentlich hoher Ausfall entsteht durch den Zinsverlust des bis dahin angesammelten Kapitals im nunmehr fehlenden halben Jahrzehnt.

Dazu eine Beispielrechnung: Eine monatliche Rücklage von 100 DM bringt bei 7,5prozentiger Durchschnittsverzinsung nach 30 Jahren ein Kapital von 134 744,53 DM; sofern die Zinsen jeweils sofort wieder angelegt werden. Wenn Sie die Sparperiode um 16,67 Prozent, nämlich von 30 auf 35 Jahre verlängern, steigt das Ergebnis um 68 331,66 DM oder um 50,71 Prozent auf 203 076,15 DM.

Von diesen 68 331,66 DM sind 61 078,95 DM oder 89,39 Prozent durch Zins und Zinseszins zugewachsen. Die relativ geringe Differenz von 7252,71 DM setzt sich aus 60 mal 100 DM Einzahlungen, insge-

samt also 6000 DM, und 1252,71 DM Zins und Zinseszins zusammen.

Wenn Ihnen zur Verrentung anstelle von 203 076,15 DM nur 134 744,53 DM zur Verfügung stehen, wärf Sie fünf Jahre früher in den Ruhestand gehen wollen, bedauert das eine Minderung um 33,65 Prozent. Demnach ist also der Abschlag von der Rente eines berufsständischen Versorgungswerkes, den ich anfangs nannte, durchaus berechtigt. Die Versteuerung der Erträge und des Vermögens habe ich bei diesen Rechnungen nicht berücksichtigt. Sie ändern wohl etwas an den absoluten Beträgen, nicht aber an den Relationen, auf die es hier ja im wesentlichen ankommt.

Wenn Sie mit 60 Jahren fehlende 1000 DM-Rente durch den Kauf einer Leibrente bei einer Lebensversicherungsgesellschaft ersetzen wollen, müssen Sie rund 205 000 DM dafür als Einmalbetrag einzahlen. Dieser Betrag gilt unter der Voraussetzung, daß Ihre Frau fünf Jahre jünger als Sie ist, und sie Anspruch auf 60 Prozent Witwenrente von dieser Leibrente haben soll.

Mit 65 kostet Sie eine Zusatzrente von 1000 DM monatlich bei gleichem Altersunterschied nur noch knapp 170 000 DM. Bei 30jähriger Vertragslaufzeit bis zu Ihrem 60. Lebensjahr hätten Sie rund 85 000 DM insgesamt als Prämia aufgewendet. Bei Fälligkeit des Lebensversicherungsvertrages mit 65 und somit fünf Jahre längerer Laufzeit hätten sich die Beiträge lediglich zu knapp 61 000 DM summiert. Ihr Gesamtbeitrag hätte für die Fälligkeit mit 60 also 38,31 Prozent mehr ausgemacht als für die Fälligkeit mit 65.

Schließlich werden Ihnen von einer Leibrente 29 Prozent als steuerpflichtiges Einkommen angerechnet, wenn Sie sie ab 60 beziehen, aber nur 24 Prozent, wenn Sie sie von 65 an bekommen. Dieser Unterschied von 20,8 Prozent zu Ungunsten der frühzeitigen Rente müssen Sie für einen Vergleich ebenfalls berücksichtigen. An diesem Beispiel erkennen Sie den hohen Zuschußbedarf für eine Lebensarbeitszeitverkürzung ohne Abstriche an der Rentenhöhe.

Horst Beloch

Eigentor

Mehr Selbstverantwortung im Krankheitsfall will die private Krankenversicherung durch Selbstbeteiligung an den Kosten der ambulanten Behandlung bis zu einer bestimmten Höhe oder zu einem bestimmten Prozentsatz und durch Rückstattung von Beiträgen anregen, wenn die Versicherung ein Jahr lang nicht in Anspruch genommen worden war.

Diese beiden erfolgreichen Verfahren eignen sich auch für die gesetzliche Krankenversicherung. Ansätze für eine Selbstbeteiligung sind durch die Rezeptgebühr, den Kostenanteil am Krankenhaus- und am Kuraufenthalt, die Ragnung beim Zahnarzt und bei Brillen und letztlich auch die Einschränkung von Arzneimittelschreibungen durch die sogenannte Negativliste schon gemacht.

Wer für pauschale Beitragsleistungen den Anspruch auf pauschale Leistungen im Gesundheitswesen erwirbt, vermag natürlich keinen Sinn für die Kosten der vielfältigen Behandlung zu entwickeln. Und wer die Folge einer Selbstbehandlung eines kleinen Wehwehchens nicht als finanzielle Erleichterung verspürt, wird den Krankenschein als Passepartout durch die Praxis-, Apotheken- und Krankenhausüren weiterhin vorziehen.

Ausgerechnet eine private Krankenversicherung bietet die Übernahme dieses Selbstbeitrags zum gleichbleibenden Beitrag an. Sie durchkreuzt damit die Bestrebungen für die gesetzliche Krankenversicherung, die die private als zuträglich zur Anregung der eigenen Verantwortung des Einzelnen erkannt hat.

Wenn diese Gesellschaft — hoffentlich — ein Außenseiter bleibt, kann sie die moralisch schlechten Risiken sammeln — und niemand wird sie deshalb badauern.

Prosper

Kurz über Geld

KREDITE JETZT aufnehmen, denn mit nennenswerter Zinsermäßigung ist nicht mehr zu rechnen.

DIAMANTEN TEURER um 3,5 Prozent für ungeschliffene Schmucksteine. Viele Juweliere verkaufen noch zum alten Preis.

Bei BAUHERRENMODELLEN auf arzielbare Miethöhe achten. Sonst kompensiert fehlender Ertrag später die vorangegangene Steuerermäßigung.

VERSICHERT IM AUTOREISEZUG und auf der Fähre durch einen neuen Tarif für Autos, Gepäckanhänger, Wohnwagen und Boote.

Deutsche Wellcome GmbH



Postfach 13 52
3006 Burgwedel 1

Telefon (05139) 3001*
Telegramm Tabloid Burgwedel
Telex 09 22 799 Welco d

Im April 1983

Zovirax (R) gegen Herpes
(zur intravenösen Infusion)

Sehr verehrte Frau Doktor,
sehr geehrter Herr Doktor,

seit April 1983 steht für Ihre Patienten mit schweren Herpes-
Infektionen das von Wellcome entwickelte selektive Virustatikum
Zovirax (R) zur Verfügung.

Zovirax (R) (INN: Aciclovir) gibt es vorerst nur zur intravenösen
Infusion; andere für die Anwendung in der Praxis geeignete
Darreichungsformen sind in Vorbereitung.

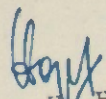
Zovirax (R) ist die Vorstufe eines potenten Inhibitors der DNS-
Polymerase von Herpes-Viren. Es wirkt selektiv in Herpes-Virus-
befallenen Zellen, weil es nur dort durch ein Virus-eigenes
Enzym aktiviert wird. Dadurch besitzt es eine hohe Wirksamkeit
in infizierten Zellen, schonst dagegen die gesunden Zellen.

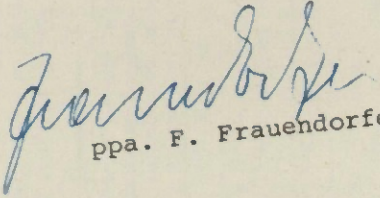
Zovirax (R) zur intravenösen Infusion ist indiziert bei primärem
Herpes genitalis und bei durch Herpes simplex-Viren verursach-
ten Infektionen der Haut und der Schleimhäute bei Patienten mit
angeborener Immunschwäche oder sekundären Immundefekten.

In kontrollierten klinischen Studien erwies sich Zovirax (R)
auch bei Varicella/Zoster-Infektionen als wirksam.

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an unsere
Med.-Wiss.-Abteilung.

Mit freundlichen Grüßen
DEUTSCHE WELLCOME GMBH


ppa. Dr. U. Hopf


ppa. F. Frauendorfer

Geschäftsführer Dr. Hans-Günther Boeck
Handelsregister Amtsgericht Burgwedel 2 HRB BB
Tochtergesellschaften Impfstoffwerk Friesoythe GmbH Impfstoffwerk Wellcome GmbH
First National City Bank Frankfurt (BLZ 502 109 00) Kto.-Nr. 150.363 Deutsche Bank AG Hannover (BLZ 250 700 70) Kto.-Nr. 0150425
Postscheckamt Hannover (BLZ 250 100 30) Kto.-Nr. 533 83-302

Deutsche Wellcome GmbH, 3006 Burgwedel 1, Zovirax®. Zusammensetzung: 1 Durchstechflasche Zovirax® zur intravenösen Infusion enthält: 274,4 mg gefriergetrocknetes Aciclovir-Natrium entsprechend 250 mg Aciclovir. Anwendungsgebiete: Primärer Herpes genitalis, durch Herpes simplex-Viren verursachte Infektionen der Haut und der Schleimhäute bei Patienten mit angeborener Immunschwäche oder sekundären Immundefekten, wie sie z. B. im Verlauf immunsuppressiver oder zytostatischer Behandlungen auftreten. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Aciclovir. Obwohl bei Tierversuchen keine keim-schädigende Wirkung beobachtet wurde, sollte die intravenöse Gabe von Zovirax® während der Schwangerschaft nur unter sorgfältiger Abwägung des Nutzens und möglicher Risiken in Betracht gezogen werden. Nebenwirkungen: Hautaus- schläge wurden selten gesehen. Sehr selten wurden kurzfristige reversible Anstiege des Harnstoffs und des Kreatinins im Serum beobachtet. Eine Kontrolle dieser Werte vor und während der Therapie wird deshalb empfohlen. Lokale Reizungen und Entzündungen an der Injektionsstelle sind möglich, wenn Zovirax® in die die Vene umgebende Gewebe gelangt. In einigen Tierversuchen und Zellkulturen rief Zovirax® Chromosomenveränderungen hervor. Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Probenecid verringert die renale Ausscheidung von Aciclovir. Dosierung: Soweit nicht anders verordnet, erhalten Kinder und Erwach- sene mit normaler Nierenfunktion eine Einzeldosis von 5 mg/kg Körpergewicht Zovirax® alle 8 Stunden. Dosierung bei eingeschränkter Nierenfunktion siehe wissenschaftlicher Prospekt oder Gebrauchsinformation. Handelsform und Preis: Zovirax® zur i. v. Infusion: 10 Durchstechflaschen DM 568,66 inkl. MwSt.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Februar 1983 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen nahm im Februar erneut ab, nämlich von 29 im Januar auf 23 je 100 000 Einwohner, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Geringfügig häufiger traten im Berichtsmonat Erkrankungen an

Virushepatitis auf; die Erkrankungsziffer stieg von 20 auf 21 je 100 000 Einwohner. An Hepatitis B und übrigen Hepatitisformen erkrankten etwas mehr, an Hepatitis A etwas weniger Menschen als im Vormonat.

Die Erkrankungshäufigkeit an Meningitis/Enzephalitis ging im Februar leicht zurück. Auf 100 000 Einwohner entfielen 4, im Vormonat 5 Erkrankungen.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. Januar bis 27. Februar 1983 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		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	3	—	2	—	3	—	—	—	59	—	26	—	24	—	35	—	10	—
Niederbayern	3	—	—	—	—	—	—	—	24	—	10	—	8	—	4	—	—	—
Oberpfalz	—	—	2	—	—	—	1	—	19	—	9	—	5	—	3	—	3	—
Oberfranken	—	—	2	—	1	—	3	1	7	—	5	—	4	—	5	—	6	—
Mittelfranken	2	—	3	1	—	—	1	—	27	—	23	—	9	—	14	1	4	—
Unterfranken	2	—	1	—	—	—	—	—	20	—	5	—	2	—	3	—	2	—
Schwaben	1	—	—	—	—	—	1	—	36	—	1	—	20	—	11	—	5	—
Bayern	11	—	10	1	4	—	6	1	192	—	79	—	72	—	75	1	30	—
Vormonat	8	—	11	—	6	—	13	1	240	1	93	—	82	—	66	—	23	—
München	—	—	1	—	—	—	—	—	20	—	11	—	16	—	18	—	5	—
Nürnberg	—	—	2	1	—	—	1	—	11	—	2	—	2	—	7	—	1	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	9	—	4	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	2	1	1	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	2	—	2	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis	Paratyphus A, B und C	Shigallen-Ruhr	Malaria	Leprosy	Angeb. Toxoplasmosose	Brucellose	O-Fieber	Trichinose	Gasbrand	Tollwutverdacht 2)						
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St					
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20						
Oberbayern	2	—	—	—	12	—	3	—	—	—	—	—	1	—	1	1	33
Niederbayern	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Oberfranken	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16
Mittelfranken	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Unterfranken	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Schwaben	—	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20
Bayern	2	—	2	—	27	—	8	—	1	—	5	—	2	—	1	—	77
Vormonat	1	—	2	—	42	—	5	—	—	—	7	—	—	—	—	—	73
München	2	—	—	—	7	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Augsburg	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1

Hinzu kommt noch ein Sterbefall an Influenza in Oberbayern.

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

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

St = Sterbefälle.

Über Erkrankungen an Tuberkulose — ebenfalls nach dem Bundes-Seuchengesetz meldspflichtig — 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 -verdächtigtes Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 4. Vierteljahr 1982

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1981		1982
		Vierteljahres- durchschnitt	4. Vierteljahr	
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	205	213	234
	darunter			
011-018, 137	Tuberkulose insgesamt	101	89	100
140-199	Bösartige Neubildungen	6329	6508	6646
	darunter			
151	des Magens	977	975	994
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	938	960	983
160-163	der Atmungsorgane	964	1032	1020
174	der weiblichen Brustdrüse	526	559	542
179-182	der Gebärmutter	225	221	248
185	der Prostata	332	333	325
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	427	434	464
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Naubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntes Charakters	467	487	508
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	802	737	715
	darunter			
250	Diabetes mellitus	679	611	618
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	82	96	93
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	543	576	550
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	15144	16016	15135
	darunter			
410	akuter Myokardinfarkt	3125	3358	3369
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	1773	1958	1721
426, 427	Herz-Reizleitungs- und Rhythmusstörungen	342	394	332
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	3359	3375	3117
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4568	4803	4567
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	1891	1960	1762
	darunter			
480-486	Pneumonie	623	621	600
487	Grippe	27	8	11
466, 490, 491	Bronchitis	591	634	496
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	1633	1712	1720
	darunter			
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	155	156	156
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	65	75	78
571, 2, 5, 6	Leberzirrhose	644	658	691
570, R. v. 571 u. 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	309	311	317
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	579	585	527
	darunter			
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfnieren	50	44	45
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	5	1	6
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	136	128	137
740-759	Kongenitale Anomalien	124	137	109
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	159	133	110
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	296	292	363
E800-E949	Unfälle	1456	1467	1556
	darunter			
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	660	651	732
E850-E869	Vergiftungen	12	11	15
E880-E888	Unfälle durch Sturz	554	568	603
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	610	554	571
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalttätigkeiten	49	59	57
	Sterbefälle insgesamt	30934	32095	31263

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 Leichenschauarzt in der Todesbescheinigung macht. Aus ihnen wird nach von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Regeln das sogenannte Grundleiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern 1982

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle			
		männlich	weiblich	zusammen	
		Zahl			auf 100000 d. Bevölk.
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten darunter	497	387	884	8,1
011-018,137	Tuberkulose insgesamt	257	109	366	3,3
140-199	Bösartige Neubildungen darunter	12 813	13 082	25 895	236,2
151	des Magens	1 942	1 923	3 865	35,3
153, 154	des Dickdarms und des Mastdarms	1 837	2 008	3 845	35,1
160-163	der Atmungsorgane	3 315	657	3 972	36,2
174	der weiblichen Brustdrüse	—	2 133	2 133	37,3 ²⁾
179-182	der Gebärmutter	—	961	961	16,8 ²⁾
185	der Prostata	1 331	—	1 331	25,4 ³⁾
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoeti- schen Gewebes	908	858	1 766	16,1
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntem Charakters	819	1 083	1 902	17,4
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems darunter	1 078	1 810	2 888	26,3
250	Diabetes mellitus	891	1 549	2 440	22,3
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	130	178	308	2,8
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	1 145	1 088	2 233	20,4
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems darunter	26 704	32 959	59 663	544,3
410	akuter Myokardinfarkt	7 994	4 865	12 859	117,3
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	3 182	3 708	6 890	62,9
426, 427	Herz-Reizleitungs- und Rhythmusstörungen	753	620	1 373	12,5
428, 429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	4 477	7 980	12 457	113,6
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	6 887	11 197	18 084	165,0
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane darunter	4 191	3 071	7 262	66,3
480-486	Pneumonie	1 114	1 489	2 603	23,7
487	Grippe	14	25	39	0,4
466, 490, 491	Bronchitis	1 472	590	2 062	18,8
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane darunter	3 800	2 913	6 713	61,2
531, 532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	364	280	644	5,9
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	114	214	328	3,0
571.2, .5, .6	Leberzirrhose	1 839	757	2 596	23,7
570, R.v. 571 u. 572-576	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	603	608	1 211	11,0
580-629	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane darunter	1 093	1 021	2 114	19,3
580-583, 587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	79	93	172	1,6
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	—	21	21	18,0 ⁴⁾
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	145	396	541	4,9
740-759	Kongenitale Anomalien	225	219	444	4,1
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatal- zeit haben	278	215	493	4,5
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	456	834	1 290	11,8
E800-E949	Unfälle darunter	3 493	2 398	5 891	53,7
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	2 030	722	2 752	25,1
E850-E869	Vergiftungen	29	19	48	0,4
E880-E888	Unfälle durch Sturz	808	1 405	2 213	20,2
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	1 626	841	2 467	22,5
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	147	111	258	2,4
	Sterbefälle insgesamt	59 548	63 485	123 033	1 122,4

1) ICD Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. — 2) Auf 100 000 der weiblichen Bevölkerung. — 3) Auf 100 000 der männlichen Bevölkerung. — 4) Auf 100 000 Lebendgeborene.

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



An alle Ärzte, die röntgen!

Ärgert Sie die neue G O Ä?

Dann wählen Sie die richtige Verbindung: wenn Sie sparen wollen, ohne auf Qualität zu verzichten **0 88 56 / 40 50**

Anzeige

Netto-Preisliste Röntgenfilme

Stand April 1983

Meine Garantie für Sie:

keine Re-Importware keine Lockvogelpreise
keine Kurzläuferfilme keine Nebenkosten

Achtung!

Kassellen-Austausch-Aktion!

„All gegen Neu“

Aktionspreise auf Anfrage (alle Fabrikate)

Film-Format	AGFA Curix RP1 DU PONT Cronex 2 + 4 KODAK X-Omat S		3 M Typ R Typ XD		FUJI Typ RX SAKURA Typ A		MEDIX- RAY 90	
	Abnahme		Abnahme		Abnahme		Abnahme	
	500 Blatt	100 Blatt	500 Blatt	100 Blatt	500 Blatt	100 Blatt	500 Blatt	100 Blatt
13 x 18	68,-	70,-	63,-	65,-	59,-	61,-	48,-	49,-
18 x 24	118,-	122,-	109,-	112,-	109,-	112,-	89,-	91,-
24 x 30	197,-	203,-	181,-	187,-	181,-	186,-	153,-	157,-
15 x 40	178,-	178,-	164,-	164,-	159,-	164,-	133,-	136,-
20 x 40	236,-	236,-	217,-	217,-	212,-	218,-	182,-	187,-
30 x 40	328,-	338,-	299,-	309,-	299,-	308,-	255,-	261,-
40 x 40	485,-	499,-	449,-	463,-	405,-	417,-	360,-	368,-
35 x 35	346,-	357,-	319,-	328,-	319,-	329,-	271,-	277,-
35 x 43	419,-	432,-	385,-	398,-	385,-	397,-	322,-	330,-

Alle Preise netto per 100 Blatt. Preise für andere Filme und Formate auf Anfrage.

Röntgen-Chemikalien

Entwickler				
ADEFO	Adeforoll	2 x 20 l	DM	129,-
	Adefoflex	2 x 20 l	DM	132,-
	Adevovit 90	2 x 20 l	DM	122,-
	Mediroll	1 x 20 l	DM	36,-
	T-matic	10 x 2,5 l	DM	89,-
AGFA	G 137 (2 x 5 l) für	2 x 20 l	DM	88,-
	G 138 (2 x 5 l) für	2 x 20 l	DM	88,-
	G 153	12 x 2,5 l	DM	85,-
	G 150 (1 x 5 l) für	25 l	DM	43,-
DU PONT	MD + Mix MD	2 x 20 l	DM	94,-
KODAK	RP X-Omat	2 x 19 l	DM	78,-
TETENAL	Roentoroll HC	2 x 20 l	DM	94,-
	Roentoroll HC	6 l	DM	22,-
	Roentoroll 25	12 x 2,5 l	DM	73,-
	Roentoroll MIX	2 x 20 l	DM	81,-
	Roentoroll CR	1 x 20 l	DM	42,-

Fixier				
ADEFO	Adefofix	2 x 20 l	DM	53,-
	T-matic	10 x 2,5 l	DM	43,-
AGFA	G 334 (1 x 5 l) für	25 l	DM	24,-
	G 353	24 x 2,5 l	DM	99,-
	Aditan	1000 ccm	DM	13,-
DU PONT	MF + Mix MF	2 x 20 l	DM	53,-
KODAK	RP X-Omat	2 x 19 l	DM	47,-
TETENAL	Superfix MRP	2 x 20 l	DM	53,-
	Superfix MRP	6 l	DM	9,-
	Superfix 25	12 x 2,5 l	DM	44,-
	Superfix MIX	2 x 20 l	DM	48,-

Filmtaschen

für Film-Format	Natron 90 + Pergamin DM per 1000 Stück	Natron 120 DM per 1000 Stück
13 x 18	66,-	76,-
18 x 24	89,-	110,-
20 x 25	106,-	125,-
24 x 30	131,-	179,-
20 x 40	155,-	205,-
30 x 40	197,-	255,-
35 x 35	209,-	269,-
35 x 40	220,-	299,-
35 x 43	259,-	330,-
40 x 40	259,-	330,-

DRUCKPREISE für schwarzen Absenderdruck
Mindestmenge: 1000 Stück pro Größe
bei 1000 Stück DM 70,-
bei 5000 Stück DM 45,-
Tabellendruck und umfangreicher Satz bedingen einen Aufschlag

Ausführung:
Lieferbar mit / ohne Klappe (ungummiert), an Breit- oder Schmalseite.
Preise für andere Formate und Qualitäten auf Anfrage.

Monitor-Filme

Polaroid
nach der Preiserhöhung vom 21. 2. 1983
Typ 667 DM 11,65
Typ 611 DM 11,65
Typ SX 70 DM 17,50
Preise per Kassette (Originalkarton = 25 bzw. 30 Doppelpack. a 2 Kess.)

Agfa
Scopix CR 3 18 x 24 173,-
Scopix CR 3 20 x 25 205,-
Du Pont
MRF 31+32 18 x 24 173,-
MRF 31+32 20 x 25 205,-
Kodak
NM8 18 x 24 173,-
NM8 20 x 25 205,-
3 M
CRT 7 18 x 24 159,-
CRT 7 20 x 25 189,-
Sakura
Typ C 18 x 24 139,-
Typ C 20 x 25 165,-

Sonogel
f. Ultraschall-Oleognostik, Therapie, EEG, ECG, EMG, + Oefibrillation (Sonogel-Werksvertr. für Bayern + Ba.-WÜ.)
10 Ltr. Cubitainer 69,-
0,85-Ltr.-Fl. 12 x p. K. 9,60
0,25-Ltr.-Fl. 12 x p. K. 4,90
Flaschenwärmer für 0,85 98,-
Flaschenwärmer für 0,25 93,-

Wir liefern außerdem zu erstaunlich günstigen Preisen:
Ultraschall-Diagnostik-Anlagen, Multiformat-Kameras, Dunkelkammer-Einrichtungen, Entwicklungsmaschinen, Entsilberungsanlagen, Chemiemixer, Strahlenschutzartikel, Praxiseinrichtungsgegenstände, Berufskleidung u. v. a. m.

Lieferungs- und Zahlungs-Konditionen:
Preise: **netto + MwSt. — 2 % Skonto** bei Zahlung in 8 Tagen oder 30 Tage netto
Mindestauftragswert DM 300,-
Lieferzeit: **Innerhalb 24 Stunden** eintreffend bei Versand ab Lager
Lieferung: generell frei Haus ab DM 300,- Auftragswert
Ausnahme: Tetenal ab DM 500,- frei Praxis
Adefo ab DM 200,- frei Station
Du pont-Chemie unfrei

ADOLF HAVERKAMP NACHF.

SUSI SCHMITT-HAVERKAMP

Ärzte- und Krankenhausbedarf - Röntgen-Bedarfsservice
8122 Penzberg - Postfach 1148 - ☎ (08856) 4050



24-Std.-Telefon-Service O (08856) 4050



24-Std.-Telefon-Service O (08856) 4050



Vernichtung von Behandlungsunterlagen

In Heft 10/1979 des „Bayerischen Ärzteblattes“ wurde die Ärzteschaft darüber informiert, daß das Bayerische Rote Kreuz Ärzten im Rahmen seiner Altpapierverwertung die zuverlässige Vernichtung der Unterlagen über die Untersuchung und Behandlung von Patienten nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist (zehn Jahre nach Abschluß der Behandlung) anbietet. Die absolute Vertraulichkeit der übernommenen Unterlagen wird voll gewährt. Die sichere Vernichtung erfolgt durch Shreddern. Auf Wunsch wird eine Vernichtungserklärung ausgestellt. Auskünfte über Anlieferungs- bzw. Abholstellen erteilt das Bayerische Rote Kreuz, Teleton (089) 2 37 32 17.

Darüber hinaus bestünde auch noch die Möglichkeit, Firmen, die Altpapierverwertungen vornehmen, die nicht mehr aufzubewahrenden Unterlagen zur Vernichtung zu übergeben. Dabei muß aber immer der Datenschutz berücksichtigt werden, d. h., daß die Firmen die absolute Berücksichtigung des Datenschutzes sicherzustellen haben und dies dem Arzt gegenüber dokumentiert wird.

Bezüglich der Verwertung von Röntgenfilmen dürften wir die Information in Heft 10/1982 des „Bayerischen Ärzteblattes“ wiederholen. Die Röntgenfilme einen hohen Silbergehalt enthalten, sollten die Filme bzw. Bilder der Silberrückgewinnung und gleichzeitigen Vernichtung durch Verwertungsbetriebe zugeführt werden. Im Verzeichnis des Bayerischen Landesamtes für Umweltschutz ist dabei genau aufgeführt, welche Firmen gebrauchte Röntgenfilme abnehmen.

In diesem Zusammenhang ist darauf zu achten, daß auch Röntgenaufnahmen einer zehnjährigen Aufbewahrungsfrist unterliegen (§ 11 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns) und erst danach zur Vernichtung freigegeben werden dürfen. Selbstverständlich muß die Schweigepflicht des Arztes auch dabei durch eine schriftliche Erklärung der Verwertungsfirma sichergestellt werden.

BLAK

Ratgeber für Patienten

Zur Erleichterung der täglichen Arbeit des Arztes stellt die Firma Merz + Co. kostenlos Aufsteller mit Patienten-Ratgebern zur Verfügung. Die „sieben goldenen Diätregeln mal vier“ (Blutfett, Leber, Harnsäure und Galle) geben den Patienten Anleitung zu besserem Ernährungsverhalten.

Kur und Erholung

Der Deutsche Caritasverband hat ein „Verzeichnis der katholischen Kur- und Erholungseinrichtungen für Erwachsene“ veröffentlicht, mit ausführlichen Beschreibungen der katholischen Erholungshelme, Kurheime und Kurkliniken. Außerdem sind die Anschriften aller Altenerholungsheime, Behindertenerholungsheime, Familienterienstätten und Müttergenesungsheime im Bereich der Caritas sowie des Anhangs Erholungseinrichtungen in Österreich und in der Schweiz benannt.

Das Verzeichnis ist zum Preis von DM 5,40 beim Deutschen Caritasverband, Referat Statistik, Postfach 4 20, 7800 Freiburg, zu beziehen.

Endoskopie des oberen Verdauungstraktes

Atlas und Lehrbuch

Herausgeber: K. Krentz/F.-F. Fralling/H. Jablonowski/U. Schwarz, 2., neubearb. Auflage, 164 S., 348 meist farb. Abb., geb., DM 148,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Da die endoskopischen Untersuchungsmöglichkeiten des oberen Verdauungstraktes von praktischer Bedeutung sind, wird mit diesem Buch ein großer Interessentenkreis angesprochen. Ausführlich werden hier Indikationen, Methoden und Grenzen der Endoskopie dargestellt, wobei auch die möglichen Komplikationen eingehend Berücksichtigung finden. Der spezielle Teil schildert die organbezogenen Einzelprobleme der Ösophago-, Gastro- und Duodenoskopie jeweils unter Einbeziehung der therapeutischen Endoskopie. Ein großzügig ausgestatteter Atlasanteil sorgt für Anschaulichkeit, erleichtert die Orientierung und leistet damit Hilfestellung für die Arbeit am Patienten in Klinik und Praxis.


Gastro-Duodenoskope

Grundlagen und Hinweise für die Praxis

Herausgeber: M. Poll, 165 S., 67 Farb- und 68 S/W-Abb., 19 Tab., Kunststoffeinband, DM 138,-. edition medizin im Verlag Chemie/Physik, Weinheim.

Dieses Buch behandelt die Grundlagen der endoskopischen Diagnostik ebenso wie Fragen der Medikation vor endoskopischen Eingriffen, der Gerätewahl oder die Problematik der Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten. Besonderen Wert gewinnt das Werk durch die große Zahl seiner farbigen Abbildungen, die die wichtigsten pathologischen Schleimhautveränderungen im Magen und Duodenum zeigen und anhand deren der diagnostische Nutzen endoskopisch gewonnener Befunde demonstriert wird.

MGW 
**Die Hoffnung
vieler Mütter**

 **Wir sammeln im Mai
Müttergenesungswerk**

8504 Steinb. Nürnberg - Spendenkonten: Postscheck Nürnberg 8000
Dresdner Bank Nürnberg 1236000

Lehrbuch der klinischen Akupunktur

Herausgeber: G. Stux/N. Stiller/R. Pothmann/A. Jayasuriya, 167 S., 58 Abb., 1 Akupunkturselector, geb., DM 64,-. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Die Autoren sehen die Akupunktur als Ergänzung der Schulmedizin; im besonderen zur Einsparung von Medikamenten und zum Einsatz in der dritten Welt unter dem Motto „Gesundheit mit einfachen Mitteln“. Die Einführung in die traditionelle chinesische Medizin und Philosophie wird durch neuere wissenschaftliche Forschungsergebnisse ergänzt. Nach kurzer Beschreibung der Technik werden die Meridiane mit den Punkten, illustriert durch Übersichtszeichnungen, besprochen. Die wichtigsten Punkte sind deutlich hervorgehoben. Es folgt eine Zusammenstellung der für bestimmte Erkrankungen sinnvoll zu stimulierenden Punkte. Das Buch spricht besonders den Kollegen über die Akupunktur kritisch eingestellten Arzt an und gibt ihm eine gute Anleitung, um selbst Erfahrungen auf dem Gebiet der Akupunktur zu sammeln.

Dr. med. H. H. Israng, Bad Reichenhall

Sprechstunde: Depressionen

Verfasser: Dr. A. und W. Huth, 128 S., Paperback, DM 19,80. Gräfe und Unzer Verlag, München.

Die Autoren dieses Sprechstunden-Ratgebers sind Nervenärzte sowie Psychoanalytiker mit langjähriger Erfahrung in der Behandlung depressionskranker Menschen. Sie versuchen, diesen Menschen ein wenig von ihrer Angst zu nehmen, aber auch ihren Angehörigen zu helfen, die sich ohne das Wissen um depressive Erlebnis- und Reaktionsweisen oft hilflos und überfordert fühlen.

Sport, Spiel, Gymnastik in der zweiten Lebenshälfte

Herausgeber: H. Mausel, 400 S. mit zahlr. Zeichn., geb., DM 35,-. Limpert Verlag GmbH, Bad Homburg v. d. H.

30 Jahre Forschung im Alterssport hat der Verfasser hier zusammengefaßt und dafür 5000 sportmedizinische und sportwissenschaftliche Arbeiten und praktische Erfahrungsberichte aus allen Ländern, die im Alterssport forschen, gesichtet und ausgewertet. Sie belegen, daß kaum ein Medikament auf einem derart breiten Wirkungsspektrum so positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden des älteren Menschen hat wie individuell dosierte Bewegung.

Das Buch vom Schmerz

Herausgeber: Prof. Dr. R. F. Schmidt/Prof. Dr. A. Struppler, 240 S., kart., DM 14,80. Piper Verlag, München.

Wie Schmerzen entstehen, welche Ursachen die verschiedenen Schmerzformen haben und wie man sie behandeln kann, erklären hier zwei Experten. Anhand von 16 Krankengeschichten stellen sie anschaulich die am häufigsten auftretenden Schmerzen und die ihnen zugrunde liegenden Krankheiten vor.

Selbstvertrauen wirkt Wunder

Verfasser: D. C. Briggs, aus dem Amerikanischen v. M. Carroux, 200 S., Paperback, DM 19,80. Ehrenwirth Verlag, München.

Unsere Handlungen, unsere Beziehungen zu den Mitmenschen und die Fähigkeit, selbstgesteckte Ziele zu erreichen, werden von unserer Selbstachtung bestimmt. In diesem Buch werden praktische Anleitungen zur Entwicklung eines Selbstwertgefühls vorgestellt.

Die Kirchen von Rom

Herausgeber: R. Beny/P. Gunn, aus dem Englischen von Th. Münster, 288 S., 32 S. Farbtafeln, 170 einfarb. Abb., Lainan, DM 98,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieser Band, Monographia und Kunstführer in einem, zeigt in über 200 Farb- und Schwarzweißaufnahmen, in zeitgenössischen Illustrationen und in einem anschaulich geschriebenen Text alle kunsthistorisch bedeutenden Kirchen mit ihren herrlichen Kunstschätzen. Sie alle lagen Zeugnis ab von der eindrucksvollen Architektur, die die besten Baumeister Italiens schufen und die schulbildend für die Kirchenbaukunst der westlichen Welt wurde, vom Ruhm und der Prachtliebe von Päpsten und Kaisern und schließlich von der Bedeutung eines historisch wohl unübertroffenen Schauplatzes der Geschichte. — Dieser Band wird dem Rom-Pilger wie dem Bildungsreisenden, dem Theologen, Kunsthistoriker wie Architekten wertvolle Dienste leisten.

Guides Deutschland 1983

Herausgeber: H. Gault/Chr. Millau/M. Reinartz, 1. Auflage mit Anhang Elsaß, 448 S., 14 S. Karten v. Kümmerly + Frey, Straßenkarten sowie 12 Stadtpläne und Umgebungskarten, DM 38,-. Verlag Ringier & Co. AG, Hamburg-München.

Wie die Herausgeber dieses Gastronomieführers im Vorwort betonen, bestand ihre Absicht nicht darin, einen elitären Restaurant-Führer herauszubringen, sondern sie hatten vielmehr den Wunsch, die rund 500 besten Restaurants aufzufinden, zu tasten, zu bewerten und zu beschreiben. Wie jede andere Kritik ist ihre Beurteilung natürlich subjektiv. Nach einem 20-Punkte-System werden u. a. Frische, Qualität und Beschaffenheit der Speisen bewertet.

Praxisfinanzierung und Versicherung nach Maß

Wir stellen Ihnen unsere langjährige Erfahrung zur Verfügung. Wir ermitteln und besorgen die für Sie günstigsten Finanzierungsmöglichkeiten und helfen Ihnen bei der Abwicklung.

Wir konzipieren Ihren optimalen Versicherungsschutz (Ärzte-Haftpflicht-, -Unfall- und Praxis-Versicherung).

Rufen Sie uns bitte an. Es beraten Sie:

Herr Georg C. Klughardt, Tel. (0911) 83 42 89,

Herr Dipl.-Kfm. Karl-Heinz Melzer, Tel. (08721) 27 02,

Frau Ingrid Schulte-Rahde, Tel. (089) 70 40 44.

Anschrift: Stiftsbogen 132, 8000 München 70.

Wir führen regelmäßig Niederlassungsseminare durch. Fordern Sie unsere Unterlagen an.

Meine
Anschrift

BA

Ich erwarte Ihren Anruf
unter Telefon

Ein Beratungsbesuch
ist erwünscht

X

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



BAYERISCHE Bayerischer
Versicherungsverband
VERSICHERUNGSKAMMER

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 Auskunftsetele in Verbindung zu setzen.

Juni 1983

- 1.-4. **Bad Reichenhall:** Symposion des Kraftfahrverbandes Deutscher Ärzte e.V. — Auskunft: KVDA, Johanna-Melber-Weg 8, 6000 Frankfurt 70.
- 1.-4. **Welden:** Gemeinsame Tagung der Österreichischen und Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. — Auskunft: Universitätsdozent Dr. A. Schaller, Spitalgasse 23, A-1090 Wien.
- 2.-4. **Innsbruck:** Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie. — Auskunft: Universitätsdozent Dr. F. Kerschbaumer, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck.
- 2.-4. **Salzburg:** Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie. — Auskunft: Sekretariat der II. Chirurgischen Abteilung der Landeskrankenhäuser, A-5020 Salzburg.
- 3.-4. **Hamburg:** XXVI. Hamburger Symposion über Blutgerinnung. — Auskunft: Professor Dr. V. Tilsner, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 20.
- 4.-5. **Düsseldorf:** IV. Internationales Symposion „Neue Aspekte in der Regionalanästhesie“. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. J. Wüst, Moorenstraße 5, 4000 Düsseldorf.
- 6.-10. **Nürnberg:** III. Internationales Chemotherapie-Symposion. — Auskunft: Professor Dr. W. M. Gallmeier, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90.
- 7.-10. **Düsseldorf:** 12. Deutscher Krankenhaustag. — Auskunft: Düsseldorfer Messegesellschaft mbH, Postfach 32 02 03, 4000 Düsseldorf 30.
- 8.-11. **Lausanne:** 4. Deutsch-Österreichisch-Schweizerische Unfehltagung. — Auskunft: Professor C. Burri, Steinhöfelstraße, 7900 Ulm.
- 8.-12. **Bremen:** 3. Weltkongreß für Logotherapie. — Auskunft: Klinik Dr. Heines, Rockwinkeler Landstraße 110, 2800 Bremen-Oberneuland.
- 10.-11. **Leverkusen:** Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e.V. — Auskunft: Dr. G. Eberlein, Driescher Hecke 19, 5090 Leverkusen 1.
- 10.-12. **Bad Nauheim:** 32. Fortbildungskongreß. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelmann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim.
- 11.-12. **Hennef:** Sportärztlicher Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 11.-12. **München:** Sporttraumatologischer Kongreß. — Auskunft: Privatdozent Dr. W. Pförringer, Harlechinger Straße 51, 8000 München 90.

- 12.-26. **Ischfe:** 7. Seminerkongreß für die tägliche Praxis. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 13.-24. **Montecatini Terme: XVII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer.** — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
20. 6.— 1. 7. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs (C 2). — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e.V., Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
20. 6.— 15. 7. **München:** Weiterbildungslehrgang für Arbeitsmedizin (B-Kurs). — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
22. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinischer Direktor Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
22. **Würzburg:** Fortbildungsveranstaltung „Diagnostik von Schilddrüsenkrankheiten“. Auskunft: Abteilung für Nuklearmedizin der Universität, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
25. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. — Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80.
25. **Regensburg:** Oberpfälzer Tagung für Sportmedizin. — Auskunft: Dr. H. Peter, Kornmarkt 5, 8400 Regensburg.
25. **Würzburg:** Orthopädie-Symposion „Der retropatellare Knorpelschaden“. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. W. Küsswetter, Brettreichstraße 11, 8700 Würzburg.
- 25.-26. **Bayreuth:** 32. Tagung der Süddeutschen Kinderärzte. — Auskunft: Privatdozent Dr. G. F. Wündisch, Kulmbacher Straße 23, 8580 Bayreuth.
29. **München:** Fortbildungsseminar „Notfall- und Katastrophenmedizin“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheitzenhammer, Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rite Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 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: Druckerel und Verlag Hans Zauner jr., Augsburg Straße 9, 8060 Dacheu.

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

IA-MED



Die Stadt Nürnberg sucht

für die Kinderklinik des städtischen Klinikums (rund 2 700 Betten) wegen des Ende Februar 1984 be-
vorstehenden Eintritts des bisherigen Stelleninhabers
in den Ruhestand einen

Leitenden Arzt

(Chefarzt)

Mit der Position ist die Leitung der Kinderkranken-
pllegeschule verbunden.

Die Kinderklinik verfügt derzeit über 152 Planbetten.
Mit einem Rückgang der Bettenzahl im Laufe der Zeit
muß allerdings gerechnet werden. Im Rahmen eines
geplanten Neubauprojektes mit insgesamt 1000 Betten
ist ein Pädiatrisches Zentrum mit 120 Betten vorgese-
hen, wovon 30 Betten auf das Teilgebiet Kinderchirur-
gie entfallen sollen.

Das Aufgabengebiet verlangt umfassende praktische
und wissenschaftliche Kenntnisse auf dem Gebiet der
Pädiatrie und Neuropädiatrie. Erfahrungen in leitender
Funktion an einer Klinik dieses Fachgebietes werden
vorausgesetzt.

Die Einstufung erfolgt im Angestelltenverhältnis mit
Bezahlung nach Vereinbarung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und einem
Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten werden
erbeten.

Stadt Nürnberg – Personalamt
Postfach, 8500 Nürnberg 1
Ruf-Nr. (09 11) 16-2806

Für diese Tätigkeit sind
Damen und Herren
als Bewerber erwünscht



Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken

Wir stellen für den ärztlichen Dienst –
Oberbegutachtung – in unserer Hauptver-
waltung, Bayreuth, ab sofort oder nach
Vereinbarung eine(n)

Ärztin/Arzt

ein.

Das Aufgabengebiet der Oberbegutachtung erstreckt sich haupt-
sächlich auf die präärztliche Stellungnahme zu Gutachten im
Renten- und Rehabilitationsbereich. Eine längere Praxistätigkeit
oder klinische Erfahrung als Arzt, auch auf dem Gutechtersektor
sowie umfassende allgemeinmedizinische Kenntnisse und Interesse
an sozialmedizinischen Aufgaben werden vorausgesetzt. Nach Mög-
lichkeit sollte die Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin oder
für Innere Medizin vorliegen.

Halbtagsbeschäftigung kann vereinbart werden.

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

Die Vergütung und alle sonstigen Leistungen richten sich nach
den Gegebenheiten des öffentlichen Dienstes. Es werden Gelegen-
heiten zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongre-
ßbesuchen eingeräumt. Die Dienstzeit gewährleistet eine Fünf-
Tage-Woche ohne Wochenend- und Bereitschaftsdienst.

Ihre Bewerbung mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf,
Zeugnisse, Nachweise über ärztliche Tätigkeiten usw.) richten Sie
bitte an die

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken
– Personalreferat –, Wittelsbacher Ring 11, 8580 Bayreuth,
Telefon-Nr. (09 21) 60 72 26.

Für weitere Auskünfte an interessierte Bewerber stehen der **Leiter**
des **Ärztlichen Dienstes**, **Abteilungsleiter Dr. Pöhlmann**,
Telefon-Nr. (09 21) 607-640 bzw. der **Leiter der Verwaltung**, **Leitender**
Raglerungsleiter Büttner, Telefon-Nr. (09 21) 607-222 gerne zur
Verfügung.



Land- Kreis Freyung-Grafenau

Beim Kreis Krankenhaus Grafenau

ist die Stelle des

Chefarztes

der Hauptfachabteilung für Innere Medizin

voraussichtlich zum 1. Juli 1983 neu zu besetzen.

Wir suchen einen qualifizierten Bewerber mit einer umfang-
reichen mehrjährigen klinischen Erfahrung.

Das Kreis Krankenhaus Grafenau, Versorgungsstufe I, hat 140
Planbetten und die Hauptfachabteilungen Chirurgie und Innere
Medizin mit einer interdisziplinären Intensivstation sowie
eine belegärztlich geführte Fachabteilung für Urologie. Der
Inneren Medizin stehen gut ausgestattete Funktionsräume für
endoskopische Untersuchungen zur Verfügung.

Die Stelle wird auf der Grundlage eines besonderen privat-
rechtlichen Dienstvertrages (Chefarztdienstvertrag) mit Liquidation-
srechten besetzt. Die Grundvergütung und der Ortszuschlag
richten sich nach Vergütungs-Gruppe I BAT.

Grafenau ist staatlich anerkannter Luftkurort mit hohem Frei-
zeitwert, nahe dem Nationalpark Bayerischer Wald. Alle Schulen
sind am Ort. Entfernung zur Universitätsstadt Passau rund
40 Kilometer.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an
das

Landratsamt Freyung-Grafenau, 8393 Freyung, Tel. (0 85 51) 10 55

Das Tumorzentrum München (TZM) an den Medizinischen
Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Techni-
schen Universität sucht zur Unterstützung des Sekretärs und
zur Mitarbeit im Bereich des externen onkologischen Konsiliar-
dienstes für die Laufzeit des Projekts zunächst bis 1985 einen

Internistisch-onkologisch vorgebildeten

Arzt

zum baldmöglichsten Eintritt.

Bedingungen: mehrjährige allgemeine Internistische Ausbil-
dung. Erfahrung auf dem Gebiet der Internistischen Onkologie.
Persönliches Engagement in der interdisziplinären Zusammen-
arbeit mit klinischen Einrichtungen außerhalb des TZM und nie-
dergelassenen Ärzten.

Geboten wird: Vergütung nach BAT Ib. Eingliederung in eine
medizinische medizinische Klinik der Universität München.
Weiterbildung im Fachgebiet internistische Onkologie.

Schriftliche Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnissen, Nach-
weisen über ärztliche Tätigkeiten an:

Prof. Dr. H. Ehrhart, Tumorzentrum München, Malstraße 11,
8000 München 2 Telefon (0 89) 51 60 22 38.

Die Stadt Geisenfeld, Kreis Pfaffenhofen a.d. Ilm, sucht für das Städtische Krankenhaus Geisenfeld (60 Betten) zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Arzt für Chirurgie

Eine Übernahme in das neue Kreiskrankenhaus Pfaffenhofen kann in Aussicht gestellt werden, da das Geisenfelder Krankenhaus den Krankenhausbetrieb zum 31. Dezember 1983 einstellt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen wollen bitte an die **Stadt Geisenfeld, 8069 Geisenfeld, Telefon (0 84 52) 333**, gerichtet werden.

Praxisräume

sehr gut geeignet für einen Arzt jeder Fachrichtung in einer mittleren Stadt in der Oberpfalz (10 500 Einwohner) zu vermieten. Die Räumlichkeiten werden nach Wunsch umgebaut. Das Haus befindet sich in der besten Geschäftslage der Stadt (Apotheke gegenüber). Parkplätze sind vorhanden. Die Bewohner des sehr großen Umlandes nehmen überwiegend Ihre Arztbesuche in der Stadt vor.

Anfragen unter Chiffre 2064/145.

Vermietung

Arztpraxisräume ca. 200 qm in einem Ärztehaus in Ebermannstadt (Fremdenverkehrsort in der Fränkischen Schweiz) ab Spätherbst 1983 zu vermieten. Späterer Kauf möglich. Geeignet für Internisten, Augenarzt, Zahnarzt (Gynäkologie bereits im Haus).

Mietpreis 2000,- DM plus Nebenkosten und eventuelle Kosten für weitere Nebenräume.

Sparkasse Forchheim

Geschäftsstelle der Landesimmobilien-Gesellschaft

Repräsentative Praxis – Büroräume

Agnes-Berneuerstraße, München-Laim, ca. 240 qm, EG + 1. OG, 10 Räume und Nebenräume, Parkmöglichkeit, eigene Heizung, in Altbauvilla langfristiger Vertrag, Miete einschließlich Nebenkosten DM 3360,-, Provision 2 Monatsmieten + Mehrwertsteuer, Bezug nach Vereinbarung.



Barer Str. 38/40, 8 München 2, Telefon 2 80 07 64

Hautpraxis in Amberg

Stadtzentrum zum 1. Juli, eventuell später aus gesundheitlichen Gründen abzugeben. 195 qm, bestrenoviert für 945,- DM, langfristiger Mietvertrag.

Telefon (0 96 21) 130 56

Ab 1. Juli oder später wird einem Internisten, geb. Kollegen Tätigkeit in

Gemeinschaftspraxis

Im niederbayerischen Bäderdreieck unter optimalen Bedingungen geboten.

Voraussetzung: Kenntnisse in Naturheilverfahren und Neuraltherapie. Wegen Kassenzulassung Badeerzkurs erwünscht. Spätere Übernahme möglich. Auf Wunsch notarielle Abmachung. Anfragen unter Chiffre 2064/163.

Privatnervenklinik Gauting bei München

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

Leitender Arzt Dr. med. Ph. Schmidt
Bergstraße 50, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 850 60 51
wochentags auch Telefon (0 89) 53 20 02

Zentral gelegene Praxisräume

In einer Gemeinde Mittelfrankens (8000 Einwohner + Einzugsgebiet) in Neubau günstig zu vermieten.

Anfragen unter Chiffre 2064/148.

Im Haus der Löwen-Apotheke in Regensburg

Praxisräume zu vermieten

geeignet für Allgemeinarzt oder Internist. Vorher als Allgemeinpraxis geführt. Nähere Informationen von **Frau Stumpf-Schubert, Weltisstraße 66, 8000 München 71, Telefon (0 89) 79 80 10**.

Nürnberg, freiwerdende

Praxisräume

150 qm, beste Zentrumslage.

Anfragen unter Chiffre 2064/157.

Praxisräume für Arzt

Größe bis 135 qm, in Sulzbach-Rosenberg-Hütte, Ortsmitte, ab Mitte 1984 zu vermieten. Sonderwünsche können noch berücksichtigt werden, da Objekt in Planung.

Anfragen unter Chiffre 2064/136.



KLEINTRESOR

80 od. 120 x 48 x 55
feuerfester Einbaufresor
ab DM 313,-
Katalog „BY“ frei!

W. Dreisörner
6000 Frankfurt/M. 50
Postfach 50 10 49
Tel. (06 11) 52 48 44

8430 Neumarkt bei Nürnberg/Erlangen

Praxisräume für Arzt

ca. 140 qm eventl. beliebig größer in zentraler Lage, DM 10,00 qm, mod. Neubau, Lift, Parkplätze usw. großes Hinterland, große Kreisstadt.

Anfragen unter Chiffre 2064/80.

Allgemeinarzt, 35 Jahre, mit Praxiserfahrung sucht Übernahme einjar

Kleinstadt- oder Landpraxis

In Ober- oder Unterfranken.

Anfragen unter Chiffre 2064/153.

Noch Arztpraxen im neuen Einkaufszentrum

München-Martinsried

mit ca. 120 qm provisorisch direkt durch den Bauherrn zu vermieten. Fertigstellung Sommer 1983. Sonderwünsche können noch berücksichtigt werden. Bereits mehrere Arztpraxen, Apotheke, Modegeschäft, Post, 800 qm Supermarkt vermietet.

Boos & Kramer, Tel. (0 89) 71 12 12

Praxisräume in Augsburg

180 qm, sehr gute Lage ab Herbst 1983 frei.

Anfragen unter Chiffre 2064/158.

internisten-Praxis in Augsburg

ab Herbst 1983 zur Übernahme frei.

Anfragen unter Chiffre 2064/159.