



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

Juli 1983

Zur Kenntnis genommen:

Es geht lebhaft zu im Bereich der Gesundheits-, Sozial- und Standespolitik. Der Streit um die Anwendung der neuen GOÄ erforderte Anfang Juni eine aktuelle Stellungnahme, die hoffentlich in der Öffentlichkeit, bei Politikern, aber auch in unseren eigenen Reihen einiges klären und zur Beruhigung beitragen konnte. Man sollte jetzt erst einmal einige Zeit vergehen lassen und abwarten, wie sich die Dinge einspielen. Wir werden jedenfalls — soweit es in unseren Kräften steht — unseren Beitrag dazu leisten.

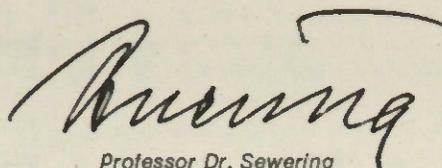
Das standespolitisch herausragende Ereignis war der Deutsche Ärztetag in Kassel. Er fand in der Tagespresse, vor allem aber in den medizinischen Zeitschriften, ein vorwiegend kritisches bis negatives Echo. Das war zu erwarten, wenn man berücksichtigt, daß die Nachwuchsproblematik das zentrale Thema war, ganz gleich, ob über Ausbildung, Weiterbildung, Krankenhausstätigkeit oder Kassenzulassung gesprochen wurde. Daß hier die Meinungen kontrovers sein mußten, liegt auf der Hand. Ein brauchbares Rezept, wie man 12 000 neue Ärzte pro Jahr unterbringen könnte, hette und hat niemand. Aber fast alle Diskussionsredner fühlten sich dennoch verpflichtet, zu erklären, daß man sie integrieren müsse. Der Forderung, die Kapazitätsverordnung solort zu ändern und die Zahl der Studienanfänger erheblich zu reduzieren, wurde von niemand widersprochen. Es wagte allerdings auch niemand, darauf hinzuweisen, daß die verantwortlichen Politiker zu solchen Maßnahmen erst zu bewegen sein dürften, wenn — wie bei den Lehrern bereits heute — Tausende von arbeitslosen Ärzten beweisen, welche Folgen die gegenwärtige Studentenlawine haben muß. Statt dessen wurde schon unmittelbar vor dem Deutschen Ärztetag der Vorschlag präsentiert, jede Assistentenstelle in den Krankenhäusern doppelt zu besetzen, natürlich mit der Folge, daß auch das Gehalt geteilt wird. Dieser Gedanke fand zu Recht kein positives Echo. Es kann wohl auch nicht erwartet werden, daß sich die Krankenhäuser auf ein solches Abenteuer einlassen. Selbst wenn man unterstellt, daß noch eine begrenzte Zahl weiterer Assistenzärzte an den Krankenhäusern erwünscht sein mag, würde die Doppelbesetzung bei voller Arbeitszeit zu einer ungunstigen Überbesetzung in den Krankenhäusern führen, die Krankenversorgung aber keineswegs verbessern. Eine sinnvolle Weiterbildung in einer vernünftigen Zeit wäre auf alle Fälle ausgeschlossen, weil die Zahl der Patienten und der zu erbringenden ärztlichen Leistungen gleichbleibt, ja eher eine rückläufige Tendenz hat.

Ein heftiger Streit entbrannte erneut um die in den letzten Jahren immer wieder erhobene Forderung, eine Pflichtweiterbildung nach der Approbation einzuführen mit dem Nahziel, daß die Kassenzulassung nur noch für das Gebiet erteilt werden darf, in dem der Arzt eine abgeschlossene Weiterbildung nachweist. Die konkrete Folge wäre, daß z. B. ein Internist, der nach Abschluß seiner Weiterbildung das Krankenhaus ver-

läßt, eine Kassenzulassung für eine allgemeinärztliche Tätigkeit unter der Bezeichnung „praktischer Arzt“ nicht mehr erhalten könnte. Dem steht aber entgegen, daß dieser Arzt nach Abschluß seiner Ausbildung die Approbation und damit vom Staat das Recht zur vollen ärztlichen Tätigkeit erhalten hat. Nur wer freiwillig eine Gebietsbezeichnung führt, ist verpflichtet, sich auf das Gebiet zu beschränken, dessen Bezeichnung er führt. Eine „Praxiszeit“, wie sie der Entwurf einer EG-Richtlinie mit zwei Jahren vorsieht, ließe sich von unserer Rechtsordnung her ohne Schwierigkeiten an das Universitätsstudium anschließen. Auch ihrer Ausgestaltung nach den Bedürfnissen einer allgemeinärztlichen Tätigkeit stünde nichts im Wege. Sie müßte aber in der Bundesärzteordnung und Approbationsordnung geregelt werden und wäre dann für alle Absolventen des humanmedizinischen Universitätsstudiums verbindlich. Kann man denn über diese Rechtsfrage nicht einmal ohne Statusgelühle und Emotionen reden? Aber egal, welche Überlegungen man anstellt, unser Hauptproblem bleibt immer das gleiche: Es stehen jetzt Jahr für Jahr 12 000 Studienabgänger vor der Tür und hoffen, einen Platz zu finden, der ihnen das praktische Arbeiten ermöglicht, ganz gleich, ob das dann Ausbildung oder Pflichtweiterbildung heißt. Das ist das eigentliche Problem. Dafür weiß niemand eine praktikable und vertretbare Lösung. Auf diese Entwicklung habe ich schon vor Jahren in der Öffentlichkeit hingewiesen.

Die Regierungserklärung des Bundeskanzlers Anfang Mai und die anschließende Debatte brachten keine neuen Erkenntnisse. Es zeigte sich erneut, daß im Mittelpunkt der sozialpolitischen Sorgen die Rentenversicherung steht. Sie ist als Folge einer Übermaß- und Geschenkpolitik, verbunden mit einem unglaublichen Zweckoptimismus hinsichtlich der wirtschaftlichen Wachstumsdaten, finanziell am Ende. Der Krankenversicherung werden erneut Belastungen zugeschoben. Sie kann allerdings auch mit wesentlich höheren Beitragseinnahmen rechnen, weil Zahlungen an die Arbeitnehmer beitragspflichtig werden, die bisher nur teilweise erfaßt wurden.

Während ich dies schreibe, kommt im Radio die Nachricht, daß die ÖTV den Vorschlag der Schlichter angenommen hat. Die Brötchen sind für uns alle kleiner geworden. Aber es gab schon viel schlechtere Zeiten, die wir überstanden haben, weil wir die Zukunft gewinnen wollten. Sollte es diesmal anders sein?


Professor Dr. Sewering

Gedanken bei der Übernahme einer schwierigen ärztlichen Aufgabe in der Krankenhauspsychiatrie *

von R. Schüttler

Wir leben in einer Zeit, welche die Verantwortung des einzelnen immer mehr schwinden läßt. Ein demokratisches Staatswesen ist ohne Mehrheitsentscheidungen nicht denkbar, wie sie folgerichtig in vielen Teilen des öffentlichen Lebens sinnvoll praktiziert werden. Beim ärztlichen Beruf liegen die Verhältnisse anders. Arzt und Patient sind Vertragspartner, die bei den zu treffenden Entscheidungen keineswegs gleichgewichtig sind. Der Kranke überträgt die Verantwortung weitgehend oder ganz auf seinen Arzt, und je größer das Vertrauen ist, das er diesem entgegenbringt, desto schwerer lastet auf dem behandelnden Arzt die Verantwortung, die er mit niemanden teilen kann. So ist der Arzt für sein Tun und Lassen meist ausschließlich auf sich selbst angewiesen, denn „wir sind nicht nur verantwortlich für das, was wir tun, sondern auch für das, was wir nicht tun“ (Molière). Natürlich ist es notwendig, die Meinungen und Befunde von Spezialisten einzuholen, aber es sind doch nur die Bausteine, aus denen das Haus entsteht, für das als Ganzes der Architekt die Verantwortung trägt. Das Kollektiv hat im gesamten ärztlichen Bereich, insbesondere aber in der Partnerschaft gegenüber dem kranken Menschen, keine Berechtigung. Die duale zwischenmenschliche Beziehung ist hier entscheidend.

Wir Ärzte sind verantwortlich zunächst dem Kranken, dann dem Gesetz, der Gesellschaft und uns selbst.

1.

Ich halte das ärztliche Gespräch mit dem Kranken für das Kernstück im Arzt-Patienten-Verhältnis. Es ist nicht nur die wichtigste, sondern auch gerade in der Psychiatrie die schwierigste ärztliche Aufgabe. Es ist der Prüfstein für ärztliche Befähigung und ärztliche Kunst.

So richtig es ist, daß von Ärzten wie von Juristen immer wieder Versuche unternommen werden, gemeinsam die ärztlichen Rechte und Pflichten bei der *Aufklärung* von Kranken zu erfassen und damit größtmögliche Sicherheit gegen spätere Regreßansprüche geboten wird, so ist ebenso richtig, daß damit eine absolute Sicherheit nicht zu erreichen ist. Gerade aus ärztlicher Verantwortung kann es keine allgemeine Pflicht zur restlosen Aufklärung des Kranken geben. Auf dem so wichtigen Gebiet der ärztlichen Aufklärung führt der Versuch der Perfektionierung tatsächlich zur Unsicherheit und verführt den Kranken möglicherweise zur Entschlußunfähigkeit und den Arzt zum Verzicht auf notwendige, aber risikoreiche Maßnahmen.

Nach der geltenden Rechtsprechung sind die schriftlichen Krankenunterlagen nicht mehr ausschließlich als persönliche Gedächtnisstütze des Arztes anzusehen, sondern sie sind auch im Interesse des Patienten angelegt, um die vertraglichen Pflichten diesem gegenüber zu erfüllen. Dem ist insoweit zuzustimmen, als im Ermittlungsverfahren bei der Strafanzeige wegen einer Körperverletzung, die auf einem Behandlungsfehler beruht, die Krankenunterlagen für den Staatsanwalt eine unverzichtbare Erkenntnisquelle darstellen. Die Akten dienen auch als entscheidende Grundlage für den Sachverständigen, der mit seinem Gutachten dem Gericht das ausschlaggebende Beweismaterial liefert. Wenn aber in der „Zeit“ vom 7. August 1981 das am 1. Juni 1981 vom Kammergericht Berlin ergangene Urteil zur *Frage des Einsichtsrechts des Patienten in psychiatrische Krankenunterlagen* als Ende eines „auch auf mythologischen Wurzeln beruhenden Unterwerfungsverhältnisses“ auf seiten des Patienten gefeiert wird, so ist festzustellen, daß, wenn dieses Ur-

teil beim Bundesgerichtshof rechtskräftig werden sollte, eine patientenfeindliche defensive „Alibi-Medizin“ begünstigt wird, weil sie dem Arzt nahelegt, den Patienten primär als potentiellen Kläger oder Prozeßgegner zu sehen. Diese inhumane Tendenz gefährdet das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, das als Grundlage unentbehrlich ist, weil der Patient ärztliche Hilfe nur durch Anvertrauen an den Arzt oder sogar Auslieferung an den Arzt erlangen kann. Wenn jedes, auch durch Dritte gesagte Wort der Diskretion entzogen wird, werden zerstörtes Vertrauen und Rechtsstreitigkeiten die Folge sein. Diese Tendenz ist insbesondere für die Psychiatrie verhängnisvoll, insofern es zum Wesen ihres Gegenstandes, nämlich des psychisch kranken und geistig behinderten Menschen, gehört, in seinen Beziehungen zum anderen Menschen und damit auch zu seinem Arzt gestört zu sein.

Die *Ehrfurcht vor dem Leben* und die Einschätzung seines Wertes verlieren heute immer mehr an Bedeutung. Der Arzt darf nicht töten. Dies würde seinem Heilauftrag widersprechen und wäre mit seiner sittlichen Verpflichtung nicht zu vereinbaren. Er darf auch nicht, und sei es nur durch Unterlassung, dem Leben schaden. Der ständige Umgang mit psychisch kranken oder gestörten Menschen verändert leicht die Maßstäbe und Wertungen. Eine permissive Haltung des Alles-verstehens-Könnens wird eingenommen und normative Prinzipien werden mißachtet. Die Einschätzung der Suizidalität und der Selbstgefährdung mit den sich daraus ergebenden unvermeidlichen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen werden aufgrund eines einseitigen individuellen Freiheitsbegriffes nicht verstanden und geteilt. Bezüglich auch dieser Probleme gilt, was Kurt Schneider einmal formulierte: „Es ist nicht Sache des Arztes, Schicksal zu spielen. Es ist seine große, aber zugleich auch sich bescheidende Aufgabe, Leben zu schützen, auch da, wo ihm der Sinn seines Tuns nicht einleuchtet.“ Für den Arzt ergibt sich aus der genannten Tendenz des „Zeitgeistes“ die besondere Pflicht der gewissenhaften Beschränkung auf die sittlichen Grenzen seines ärztlichen Auftrags.

*) Vortrag anlässlich der Amtseinführung des Verfassers zum Leitenden Direktor des Bezirkskrankenhauses Günzburg

2.

Der Arzt trägt die Verantwortung nicht nur gegenüber dem Kranken, sondern auch gegenüber der Gesellschaft. Auch die Medizin ist zum Politikum geworden, und der Arzt sieht sich zunehmend der öffentlichen Diskussion ausgesetzt. Man kann bedauern, daß diese Entwicklung das Ansehen des Arztes schmälert, unvermeidlich zum Vertrauensschwund der Kranken führt und damit ein wesentlicher Helfaktor beseitigt wird, zu ändern ist das nicht.

Der moderne Staat stellt den Arzt mitten hinein in das soziale Gefüge. So wird er mit vielen Problemen konfrontiert, die seine Freiheit im Interesse des Ganzen einengen und ihm Pflichten auferlegen, denen er sich einsichtsvoll unterziehen muß. Auch dies gehört zur ärztlichen Verantwortung. Hier gilt es, zwischen den Interessen seiner Patienten und denen der Gesellschaft zu entscheiden. Konfliktsituationen gibt es zahlreiche. Ich nenne nur zwei: Die *Schweigepflicht* bildet seit eh und je die Grundlage des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten. Die zunehmende Durchlöcherung dieser elementaren Verpflichtung erfüllt uns Ärzte mit großer Sorge. Mit besonderer Sorgfalt müssen wir die möglichen Auswirkungen eines allzu unbekümmerten Zugangs zu medizinischen Daten beachten, der eine Gefährdung der Intimsphäre des Kranken und Dritter bedeutet und unvorhergesehene sozial negative Folgen zeitigen kann.

Selbst in einem modernen Sozialstaat gilt die Forderung, daß sich Geben und Nehmen die Waage halten müssen. Für die sozialen Leistungen hat auch der einzelne auf Teile seiner persönlichen Freiheit zu verzichten. Er bleibt eingeordnet in das große Gefüge sozialer Institutionen. Gesetzliche Krankenversicherung, Unfallversicherung, Sozialhilfe und Krankenhausträger stellen ihre Ansprüche. Der Arzt ist Mittler, der den sozialen Einrichtungen ebenso wie seinen Kranken verantwortlich ist. Es sei hier nur auf die *Wirtschaftlichkeit* hingewiesen, die außer acht zu lassen den Zusammenbruch des ganzen ökonomischen Aufbaus bewirken könnte, und dies ist in der Tat ja nicht nur eine Zukunftsvision, wobei es allerdings der Einsicht und

des Verantwortungsgefühls auch der Partner bedarf.

Die Berücksichtigung der Kostenfaktoren im Gesundheitswesen zwingt die Krankenhauspsychiatrie dazu, nach kostendeckenden Gesichtspunkten zu arbeiten oder eine solche Arbeitsweise zumindest anzustreben, d. h., sich so zu verhalten, als ob die Kliniken Firmen seien, die durch Bewahrung und Ausweitung ihres Marktanteils ausgeglichene Bilanzen oder möglicherweise sogar Überschüsse erzielen müssen. Selbstverständlich läßt sich kostenbewußtem Denken auch in der Psychiatrie nicht Vernunft ersprechen. Führt ein solches Denken jedoch dazu, daß z. B. die noch immer zu großen Aufnahmebezirke nicht mehr weiter verkleinert werden, weil die „Umsatzbasis“ der einzelnen Kliniken dadurch geschmälert würde, so ist ein wichtiges Stück Psychiatriereform steckengeblieben. Es besteht die Gefahr, daß wesentliche Teile der funktionalen Dynamik der psychiatrischen Landeskrankenhäuser auf marktgerechtes Wirtschaften ausgerichtet werden und daß die weitere Verbesserung der psychiatrischen Versorgung Schaden leidet. Die Widersprüchlichkeit der Situation wird noch dadurch vermehrt, daß unter Rentabilitätsgesichtspunkten Bettenüberhänge in allgemeinen Krankenhäusern aus der Zeit der enthusiastisch überzogenen Planung und Erbauung neuer Allgemeinkrankenhäuser eilig zu psychiatrischen Abteilungen gemacht werden. Diese Art Psychiatrie wird die Situation in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern und die Qualität der psychiatrischen Versorgung nicht verbessern helfen.

Sicher ist für die Krankenhausträger die Umstellung von der kameralistischen Haushaltsführung auf betriebswirtschaftliche Verhaltensweisen eine höchst ungewöhnliche Situation. Das professionelle Feld des Psychiaters ist Schauplatz und Objekt legislativ-administrativer Planspiele geworden, wobei bisher immer noch nicht augenscheinlich gemacht werden konnte, wie durch *neue Leitungsstrukturen* in den Kliniken und *wirtschaftliche Verselbständigung* das wichtigste Anliegen der Psychiatriereform, eine weitere Verbesserung der Situation des Patienten, konkret gefördert werden können. Die Schaffung von neu

Amoxi-Tablinen[®]
1000 mg Amoxicillin

neu
von Sanorania

Infektionen
1. 10. 82:
weitere drastische
Senkung der
Therapiekosten

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

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

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

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

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

10 Tabl. 20 Tabl.

34.95 68.-

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

strukturierten Verwaltungsblöcken wird begleitet von Formeln wie Abbau von Hierarchie und Privilegien, Demokratisierung und Emanzipation der Mitarbeiter. Unvermeidlich ist dann auch die Verheißung, daß das resultierende Mehr an Verwaltung, Reglementierung, Gremien und Sitzungen — Irgendwie — auch dem Patienten zugute kommen werde. Gerade dies erscheint jedoch nicht so sicher. In Nordrhein-Westfalen z. B. hat es an Warnungen seitens der Krankenhauspsychiater (u. a. Heinrich, Huber) vor der mechanischen Anwendung des Krankenhausgesetzes von Nordrhein-Westfalen auf die psychiatrischen Landeskrankenhäuser nicht gefehlt. Dieses Gesetz bezieht sich eigentlich auf Allgemeinkrankenhäuser mit ihren verschiedenen Abteilungen, die je eine medizinische Disziplin vertreten. Die Vorschriften dieses Gesetzes sind nur gewaltsam auf die funktionalen Gegebenheiten des nur eine Disziplin vertretenden psychiatrischen Fachkrankenhauses anwendbar, dessen Abteilungen nicht den gleichen Selbständigkeitsgrad beanspruchen können wie die Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses. Es wird wahrscheinlich schon in wenigen Jahren große Verwunderung auslösen, mit welcher grandiosen Unbekümmertheit sich manche legislativen Körperschaften über begründete Einwände der Fachleute hinweggesetzt haben. Die Folge im Rheinland ist auch prompt eingetreten: Personelle Ausblutung bis hinauf zu den Leitungsstellen, schwere Einbußen an der Qualität der Patientenversorgung. Das durch psychiatrische, para- und antipsychiatrische Verlautbarungen geweckte öffentliche Interesse ist zu wesentlichen Teilen der bürokratischen Machterweiterung zugute gekommen.

Heinrich hat wohl recht, wenn er meint, daß der Psychiater, der die zahlreichen Erkenntnisdefizite seiner Wissenschaft und Praxis zu vertreten hat, der sich nicht vom Glorienschein eines ganzheitlichen Befreiungsentwurfs für die Gesellschaft umstrahlt weiß und der sozusagen altmodisch mehr therapeutische Hilfe für die noch immer in schlimmer Weise unterversorgten geistig Behinderten, die chronisch Kranken und die psychisch Alterskranken und damit mehr Geld fordern muß, von vornherein erheblich im Nachteil ist. Die auch heute

noch oft genug erschütternde Notlage dieser Patientengruppe macht unorthodoxe Finanzierungsmaßnahmen notwendig, bei denen sich der Bund über die dürre Feststellung der Zuständigkeit der Länder, Gemeinden, Träger und Verbände hinaus selbst zu beteiligen hätte. Der deprimierende Begleitbrief der damaligen Bundesministerin für Jugend-, Familie und Gesundheit (Dr. Focke), mit dem die Psychiatrie-Enquête im November 1975 an den Deutschen Bundestag weitergegeben wurde, bedeutete, daß wir uns noch auf lange Zeit mit Mißständen abfinden sollen, die nicht von der Psychiatrie, sondern von den verfaßten Organen der Gesellschaft zu verantworten sind. Daran hat sich bis heute nichts geändert.

Wir Ärzte fürchten nichts mehr als den materiellen Druck auf die ärztliche Indikation. *Die Entscheidung zwischen Kranken mit guten und solchen mit geringen Chancen widerspricht dem Grundsatz ärztlicher Ethik.*

Schon zu Beginn des vorigen Jahrhunderts bestand eine lebhaft diskutierte Einbeziehung bzw. Ausgliederung der „unheilbaren Irren“, wie man damals sagte, bzw. der langfristig Hospitalisierten, wie man heute sagt. Die zunächst leidenschaftlich erkämpfte Trennung von Heil- und Pflegeanstalten befriedigte auf die Dauer nicht alle Wünsche. Schließlich wurde ein Kompromiß gefunden, nämlich die „relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalten“ (u. a. Erlangen 1846). Bei der relativen Verbindung sei es leichter, die Patienten hin und her zu verlegen, es fände sich leichter Personal, wenn die Trennung der Unheilbaren nicht vollständig sei usw., Argumente, die uns allen bis auf den heutigen Tag geläufig sind.

Die durch die Nazizeit und den Krieg verkommenen psychiatrischen Anstalten waren in den Jahren des Aufbaues der Bundesrepublik den vermehrten Versorgungsaufgaben nicht gewachsen und erhielten auch nicht die erforderliche Hilfe. Die Versorgung der langfristig hospitalisierten psychisch Kranken verschlechterte sich zusehends.

Mit dem im Enquête-Bericht enthaltenen Satz, daß ein großer Anteil dieser langfristig untergebrachten Personengruppe nicht krankenhausbefürdigt sei, wurde der seit 150 Jahren mühsam hin- und hergewälzte Sachverhalt erneut aktuell. Also sollten akut und chronisch Kranke wieder getrennt werden. Die chronisch Kranken wurden aus den Landeskrankenhäusern zum Teil in weit entfernte Heime verlegt mit der durch nichts begründeten Hoffnung, daß es ihnen dort besser ergehen solle.

Durch die Einführung der wirtschaftlichen Betriebsführung gibt es weitere Schwierigkeiten für die therapeutisch-rehabilitative Versorgung der *chronisch psychisch Kranken*. Einrichtungen für „Pflegefälle“ sind nach § 4 KHG von der Investitionsförderung ausgeschlossen. Die unvermeidliche Folge ist ein Tauziehen zwischen Verwaltung und Ärzten bei der Bestimmung von Behandlungs- und Pflegefällen. Mit bösem Willen auf beiden Seiten hat das nichts zu tun, sondern ist Ausfluß des unbestimmten Rechtsbegriffes Behandlungs-/Pflegefälle. Dieses Problem muß für die psychiatrischen Krankenhäuser gelöst werden, weil, wie ich glaube, diese Krankenhäuser weiterhin mit der Hälfte der Langzeitpatienten leben müssen, die nicht in Heime oder „komplementäre Dienste“, wo es sie denn gibt, verlegt werden können, einfach weil sie auch aus Grün-

Bayerisches Ärztetheater

Tittmoning: 23. Juli 1983, 20.15 Uhr, Burghof

Programm:

Mozart: Symphonie g-Moll — Serenata notturna D-Dur — Konzert für Oboe und Orchester D-Dur — Symphonie A-Dur

Wolfgang Röckel, Oboe — Leitung: Reinhard Steinberg

— Karten bei den öffentlichen Vorverkaufsstellen —

den einer bestehenden Mehrfachbehinderung zur Gruppe der Schwerkranken gehören. Was aber keinesfalls passieren darf, ist, daß automatisch die schwierigen und scheinbar therapieresistenten Patienten aus kleineren Standardversorgungseinheiten in die psychiatrischen Großkrankenhäuser abgeschoben werden. Die Anhäufung sozialer Problemfälle würde damit nicht behoben, sondern legalisiert.

Es ist zu hoffen, daß Degkwitz nicht recht behält, wenn er resümiert: „denn gleichgültig, ob man fordert, daß alle Arten psychiatrischer Institutionen auch chronisch Kranke zu versorgen haben, oder ob man diese aus den eigenen Institutionen in Heime verlegt, oder ob man behauptet, es gebe sie eigentlich gar nicht, oder, etwas milder formuliert sagt, es bräuchte sie gar nicht zu geben, wenn man nur richtig in jeder Weise therapiere, es ergibt sich die traurige Bilanz, daß niemand für diese Gruppe recht zuständig sein will.“ Oder, um es mit den Worten des berühmten, wenn auch nicht allseits beliebten Sohnes der Stadt Augsburg, Bert Brecht zu sagen:

*„Denn die einen sind im Dunkeln
Und die anderen sind im Licht
Und man siehet die im Lichte
Die im Dunkeln sieht man nicht.“*

3.

Die vielleicht schwerste Verantwortung trägt der Arzt sich selbst gegenüber. Verantwortung verlangt Selbstkontrolle und Selbstkritik. Routine und Selbstzufriedenheit sind mit dem ärztlichen Ethos nicht zu vereinbaren.

Man muß sich vor Augen führen, wie *moralisierend* manche der Alltagssprache entnommenen, beschreibenden psychopathologischen Begriffe sind. Binswanger hat einmal geschrieben: „Die klinische Psychiatrie hat noch gar nicht angefangen, einzusehen, wie moralisch durchsetzt, nein moralbedingt ein großer Teil ihrer diagnostischen Urteile ist.“ Ich zitiere aus einem weitverbreiteten, modernen Lehrbuch: „zornmütige Erregbarkeit“ – „weinerliche Rührseligkeit“ – „kindliche Heiterkeit“ – „unbeherrscht – enthemmt“ – „distanzlos – geschwätzig“ – „mangelnde Ernstwertung“ – „kritiklose Selbstüberschätzung“ – „Abnahme feinerer Regungen“ –

„Abneigung gegen geordnete Tätigkeit“ – „treuherzig – hypersozial“ – „Fehlen jeder Lebensangst“ – „Neigung zu Verschwendungssucht“ – „Selbstüberschätzung“ – „geringe Anpassungsfähigkeit“ – „skrupulöse Innerlichkeit“ – „Prophetenbart“ und „wallendes Haupthaar“ bei Kranken mit Berufungs- und Erlösungswahn – „ungeniert – leger“ – „Verlust an Zielstrebigkeit, Lebensplanung, Lebensentwurf“ – „faule Genießer“ – „verstockte Duckmäuser“ – „selbstsichere Beserwisser“ – „positives, naives Selbstwertgefühl“ – „Querulant“ – „willenlos – haltlos“.

Eine moralisierende Haltung ist jedoch, wie Roland Kuhn schreibt, typisch für das Denken des „gesunden Menschenverstandes“, der stets für alles, was geschieht, und so auch für die psychischen Krankheiten eine „Schuld“ findet.

Von „Menschlichkeit der Seelenheilkunde“ ist in neuer Zeit immer wieder gesprochen worden. Man hat darunter sehr Verschiedenes verstanden. Griesinger nannte die „humane“ auch die „freie“ Behandlung der Kranken, die jedoch nicht diejenige ist, „welche dem subjektiven Gefühl des Kranken oder des Arztes wohl tut, sondern diejenige, welche ihn heilt“. Wer sich an Griesingers Wort hält und danach fragt, was den psychisch Kranken heilt, der wird nicht auf den „gesunden Menschenverstand“ verwiesen, sondern als Fachmann auf die *biologisch begründete Psychiatrie*, ihre wissenschaftliche Forschung und ihre praktische, psychopathologische und therapeutische Arbeit. Auch in der sogenannten Antipsychiatrie tauchen moralisierende Gedanken wieder auf. In modernen sozialpsychologischen Schriften verkläusultiert sich der uralte Begriff der Sünde: „Für den Patienten, der im Verlauf der Therapie lernt, sich selbst im System der medizinischen Metapher zu sehen, hat dies gravierende Folgen. Er verlernt zunehmend, sich selbst als einen Teil eines sozialen Systems oder Subsystems zu begreifen, in dem seine Verhaltensschwierigkeiten entstanden sind. Die Verantwortung für deren Entstehen und Überwindung hat der Patient selbst zu übernehmen“ (Keupp).

Eine andere Gefahr für die Psychiatrie als wissenschaftlicher medizini-

neu
von
Sanorania

Indorektal®
100 mg Indometacin

Indo-Tablinen®
50 mg Indometacin

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

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

Indikationen
Entzündliche und degenerative
(rheumatische) Erkrankungen des
Bewegungsapparates.

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

Nebenwirkungen
Gastrointestinale Störungen und
Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel,
Sommolenz, psychische Störungen,
allergische Hauterscheinungen,
Störungen der Hamatopoese,
Sehstörung, Retina- und Makula-
veränderungen.

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

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

S SANORANIA Dr.G. Strohscheer
1 Berlin 28

scher Disziplin sehe ich darin, dem *Pluralismus der wissenschaftlichen Fragestellungen* zugunsten einer allein gültigen Erkenntnisweise aufzuopfern. Es ist verständlich, daß besonders junge Studenten feste Antworten auf fertige Rezepte lieben. Der Student sollte es jedoch lernen, dem verführerischen Angebot an dogmatischer Therapie zu widerstehen und stattdessen den Weg der produktiven Skepsis zu gehen, die gerade um der Wahrheit willen jede angebliche Wahrheit immer wieder in Frage stellt. Ohne die Bereitschaft, auf Andersdenkende zu hören und auch noch die eigene Position relativieren zu können, ist dieses Fach in der Tat zum Absterben verurteilt. Den Traditionszusammenhang unseres Faches sollte man nicht aufgeben. Denn ohne die Einbeziehung ihrer eigenen Tradition kann keine Wissenschaft sich fortentwickeln. Dazu gehört freilich auch, daß man nicht davor zurückschreckt, die bedenklichen Seiten einer solchen Tradition aufzudecken. Nichts finde ich abgeschmackter als das Gerede, dieses oder jenes sei nicht „zeitgemäß“. Wer bestimmt eigentlich, was zeitgemäß ist? Die Wahrheit läßt sich für den wissenschaftlichen Psychiater nur in den Phänomenen selbst finden, und auch wo er über sie hinausgehen darf, ja hinausgehen muß, wird er am Ende wieder zu ihnen zurückkehren müssen. Nicht bei einer Theorie, sondern nur hier, bei seinem eigenen Gegenstand, kann er die Antwort auf seine Fragen finden.

So verstanden ist *Wissenschaftlichkeit* ein Grundzug ärztlicher Selbstkritik. „Ein Mensch ohne Wissenschaft ist wie ein Soldat ohne Degen, wie ein Acker ohne Regen; er ist wie ein Wagen ohne Räder, wie ein Schreiber ohne Feder; Gott selbst mag die Eselköpfe nicht leiden“ (Abraham à Santa Clara).

In dieser Grundposition bietet sich ein Ansatzpunkt für die dringend erforderliche *Integration von Krankenhaus- und Universitätspsychiatrie*. Es ist sicher zum Schaden unseres Faches zu beklagen, daß sich die Forschung im wesentlichen auf die herkömmlichen Universitätsklinken konzentriert.

Häfners Sondervotum im Rahmen der Enquête zielt meines Erachtens

gerade auf die psychiatrischen Krankenhäuser: „Forschung auf dem Gesamtgebiet der Psychiatrie ist eine unerläßliche Voraussetzung für eine zuverlässige Ermittlung des Behandlungsbedarfes, für die Entwicklung oder Verbesserung von Vorbeugungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten und für die Erfolgssprüfung und Weiterentwicklung von Versorgungseinrichtungen. Forschungsförderung ist deshalb eine Aufgabe von höchster Priorität.“ Oder Hippus in seinem Sondervotum ebenfalls zur Enquête: „Für die Bundesrepublik ist es beschämend, wenn man Stand und Förderung der Forschung auf diesem Gebiet mit der Situation der Forschung in anderen, auch kleinen Ländern vergleicht. Um in unserem Lande die ungelösten Probleme des volksgesundheitlich wichtigen Gebietes der psychischen Krankheiten, Störungen und Behinderungen in Zukunft zunehmend besser lösen zu können, ist langfristig angelegte Grundlagenforschung und klinische Forschung auf verschiedenen Komplexitätsebenen unabdingbar. Forschung muß in Zukunft nicht nur an Instituten und Kliniken der Universitäten, an Max-Planck-Instituten und anderen Forschungsinstituten, sondern in allen Bereichen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter mit Priorität gefördert werden.“ Oder G. Huber: „Die allmähliche Ausdehnung des psychiatrischen Fortschritts auch auf die schweren, chronischen Erkrankungen ist ein Ziel, das sich nur durch Forschung an den psychiatrischen Krankenhäusern erreichen läßt. . . . Forschung ist sehr gut mit der Hauptaufgabe der Betreuung der Patienten vereinbar, sie kommt direkt und indirekt dem Patienten zugute und trägt zur Erhöhung des klinischen Niveaus bei.“ Oder Strömgen anläßlich unseres 1. Weißenauer Schizophrenie-Symposions 1971: „Ich finde es besonders anregend, daß das Symposion an einer Universitätsklinik stattfindet, die in einem psychiatrischen Krankenhaus gegründet wurde. Ich gehöre zu denjenigen Psychiatern, die die komplette psychiatrische Krankenhauseinheit befürworten. Die beste Grundlage für eine optimale Behandlung der Kranken sowie für den Unterricht und für die Forschung ist meines Erachtens das psychiatrische Krankenhaus, das zugleich als Aufnahmeklinik funktioniert und außerdem einen ausgedehnten ambu-

latorischen Betrieb hat. . . . Eine bessere Stätte für Forschung kann es nicht geben.“

Hier stoßen wir wieder auf die Geldfrage. Bei der Ausdehnung des akademischen Unterrichtes auf die sogenannten Lehrkrankenhäuser rechnete man nicht mit Investitionskosten und ging davon aus, daß die Ermächtigung als Lehrkrankenhaus bereits eine optimale Ausstattung voraussetze. Wenn die Universität und die Krankenhausträger nicht gemeinsam, sehr sorgfältig und geduldig operieren, wird das im wohlverstandenen Interesse aller Beteiligten liegende Ziel, eine leistungsfähige Lehr- und Forschungsstätte einzurichten, nicht erreichbar. Es kommt darauf an, daß die psychiatrischen Krankenhäuser nicht nur ihre Häuser und Patienten zur Verfügung stellen. Sie müssen von sich aus eine von ihren Mitarbeitern aktiv getragene Forschung aufbauen und hierfür die notwendigen Personal- und Sachmittel erhalten. Es ist schädlich, Forschung als störend, überflüssig oder nur persönlichen Ambitionen dienend zu empfinden. Die Träger geeigneter Häuser sollten den Standpunkt relativieren, für die Forschung im Krankenhauswesen überhaupt nicht zuständig zu sein. Ich will da zuversichtlich sein.

Darf ich zum Schluß dem, was wir hier in Günzburg hoffentlich an praxisorientierten Forschungsergebnissen mitzuteilen haben, einen Knittelvers des im 18. Jahrhunderts schreibenden Bochumer Arztes und Poeten Carl Arnold Kortum als Wunsch mit auf den Weg geben:

*„Der Himmel wolle dich fein lange bewahren
Vor Kritiken, Motten und Fidibus Gefahren
Und was, etwa noch sonst für Noth
Denen gedruckten Büchelchens droht!“*

*„Du müssest, in und eusserhalb Schwaben
Deinem Vaterland, viele Leser haben;
Demit Schrift, Papier und Druckerey
Nicht, Gott! behüte mich, verloren sey.“*

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. R. Schüttler, Leitender Direktor des Bezirkskrankenhauses Günzburg und Leiter der Abteilung Psychiatrie II der Universität Ulm, Postfach 1162, 8870 Günzburg

Fortschritte in der Urologie

68. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Einführung

Klärungen und Fortschritte in der Urologie kommen nicht mit Riesenschritten, sondern langsam, aufgrund von Erfahrungen, von Systematik und Internationalität; dies, weil Wissenschaft kein Vaterland hat. Klärungen und Fortschritte in einem Atemzug mit Sparsamkeit zu nennen, kann bezweifelt werden. Die Beweise treten wir an, zum Teil sind sie mit einem Betrieb vergleichbar, der über neue Investitionen rationaler arbeitet als vorher. Das Motiv Sparsamkeit sehen wir im Rahmen einer ständigen Verteuerung der Medizin als berufs- und als volkswirtschaftliche Aufgabe, daneben aber auch als wissenschaftliche, denn es leidet unser Anspruch auf Wissenschaftlichkeit und Aufrichtigkeit, wenn wir drei oder vier Schritte tun, wo schon zwei dasselbe Ziel erreichen. Der offenkundige Zwang, die Kosten einer überhöhten Medizin zu senken, betrifft alle. Die Wege dorthin sind schwierig geworden. Teilantworten wären verkürzte Aufenthaltszeiten in Krankenhäusern und Kliniken, weniger Krankenschreibungen in der Praxis, Minderung der gesetzlichen Verführbarkeit, Minderung der Anspruchsmentalität der Patienten und der Gewährsmentalität der Ärzte. Was wir hier als begrenzte Fortschritte vortragen, betrifft zur Hälfte Diagnostik, zur anderen Hälfte Therapie, zum Teil überschneidet es sich oder hat prophylaktische Bedeutung. Auf die folgenden Vorträge übertragen, zeigt diese Einführung summarisch folgendes:

1. Die Ultraschalluntersuchung erspart viele Primär- und Kontrollausscheidungsurographien und ebenso viele Angiographien und Computertomographien.

2. Die Computer-Tomographie ihrerseits erspart viele Angiographien und Lymphographien. Sie klärt vieles zudem schnell und weniger invasiv als andere bisherige Methoden.

3. Die Zytologie erleichtert die Diagnostik und Frühdiagnostik der Urothelome, erspart mit der Zeit eine Reihe von Endoskopien und vereinfacht die Verlaufskontrolle dieser Tumorgruppe.

4. Die testikuläre Szintigraphie ermöglicht die Differentialdiagnose zwischen Hodentorsion und Orchitis, was anders oft nur operativ möglich war.

5. Die labormäßige Abklärung der Steingenesen, soweit wie möglich, erspart viele Rezidive und damit Zweit- und Dritterkrankungen mit allen ihren Belastungen an Patient und Kostenträger. Translumbale Nephrostomie- und Endoskopiertechnik ersparen eine offene Operation und vermeiden manche Organentfernung.

6. Die verbesserten und oft einaktigen gewonnenen Ergebnisse der Operation der Spaltfehlbildungen ersparen viele Zweit- und Dritteingriffe und haben zudem ein besseres funktionelles und kosmetisches Ergebnis.

7. Die differentialdiagnostische Abklärung der Stress-Inkontinenz der weiblichen Harnblase mittels Urodynamik läßt die Indikation richtig stellen und vermeidet damit erfolglose oder überflüssige Eingriffe.

8. In allen Teilgebieten der urologischen Kanzerologie haben verbesserte Einsichten in Grad, Stadien und Behandlungstaktik Fortschritte und Klärungen gebracht, wenngleich sie nicht spektakulärer Art sind.

9. Mit der Etablierung des Krankheitsbildes der Beckenbodenmyalgie ist einiges an Klärung und Vereinfachung in einem weit verbreiteten Beschwerdekomples hineingebracht.

Professor Dr. G. Rutishauser, Basel:

Fortschritte in Behandlung und Vorbeugung der Harnsteinkrankheit

Nach den Berechnungen in den verschiedensten Ländern erkranken drei bis zwölf Prozent der Bevölkerung einmal im Leben an einem Harnstein. Die Rezidivquote liegt nach zusammenfassenden Statistiken bei rund 40 Prozent. Man kann also durchaus von einer „Volkskrankheit“ sprechen, und in der letzten Zeit mehren sich die Zeichen dafür, daß die Harnsteinerkrankung bis zu

einem gewissen Grade auch das Attribut „Wohlstandskrankheit“ verdient.

Das Harnsteinleiden manifestiert sich in der Regel mit einer Kolik, die – je nach Fall – mit einem spontanen Steinabgang endet oder aber zu einer endoskopischen oder chirurgischen Behandlung führt. Mit der Steinentfernung ist aber nur die momentane Steinepisode, nicht das Harnsteinleiden behandelt. Handelt es sich um einen Harnleiterstein im unteren Abschnitt, wird man in der Regel versuchen, den Krankheitsverlauf durch eine endoskopische Manipulation abzukürzen. Liegt ein Nierenbeckenstein vor, so gilt derzeit als Mittel der Wahl die chirurgische Steinentfernung. Dabei profitiert der Operateur heute von verschiedenen nützlichen Neuerungen. Zur Kontrolle über die vollständige Steinentfernung gibt es heute intraoperative Röntgen- und Endoskopieverfahren. Gelingt die Steinentfernung durch Pyelotomie nicht, wird eine Nephrotomie notwendig, und dort steht zur Lokalisation des Konkrementes das Ultraschallverfahren zur Verfügung. Außerdem kann eine Dopplersonde größere im Parenchym verlaufende Gefäße orten, deren Verletzung dann vermieden werden kann. Nachdem der meist ultraschallgesteuerte transkutane Punktionszugang zum Nierenbecken in diagnostischer und therapeutischer Absicht zunehmend Verbreitung gefunden hat, geht man nun dazu über, nach Erweiterung des Punktionskanals mit Hilfe spezieller Endoskope, sozusagen perkutan, Eingriffe an Steinen im Nierenhohlraum durchzuführen. Die größte Bedeutung für die nahe Zukunft dürfte allerdings die berührungsfreie Nierensteinerzürmung durch extrakorporal erzeugte, fokussierte Stoßwellen haben, ein Verfahren, an dessen Entwicklung die Urologische Klinik München maßgeblich beteiligt ist. Aus Platzgründen sei hier auf die ausführliche Darstellung im „Deutschen Ärzteblatt“ (Nr. 18/1981) hingewiesen. Von etwa 200 bisher behandelten Patienten konnten mit dieser Methode 90 Prozent steinfrei werden. Lediglich bei zwei Uretersteinpatienten gelang die Zertrümmerung nicht und die Steine mußten später operativ entfernt werden.

Grundlage der Harnsteinmetaphylaxe ist die möglichst genaue Kenntnis der Steinzusammensetzung. Heute steht fest, daß die Pulverröntgendiffraktion

die genauesten Steinanalysen liefert, nur noch die Infrarotspektrographie zeigt vergleichbare, wenn auch nicht ebenbürtige Analysen. Die chemischen Methoden sind ungeeignet, da sie rund 30 Prozent falsche Ergebnisse liefern.

Von den wichtigsten Steinarten kenn nur der Harnsäurestein medikamentös aufgelöst werden. Diagnose und Therapie sind heute jedem Praktiker hinreichend bekannt.

Worin besteht nun die sogenannte Vorbeugungsbehandlung nach Entfernung eines Steines? Sofern keine Nieren- oder Harnwegsanomalie vorliegt, sind Harnsteine stets Ausdruck einer Stoffwechselstörung. Deshalb besteht grundsätzlich in jedem Fall die Möglichkeit eines Rezidivs, wobei allerdings das mittlere Intervall zwischen zwei Steinepisoden sechs bis zehn Jahre beträgt. Aus diesem zuletzt genannten Grund wird man den Umfang der Abklärung zur Steinätiologie und die Intensität der Vorbeugebehandlung stets der individuellen Rezidivneigung, natürlich auch der Gefährdung des Patienten durch sein Steinleiden, anpassen.

Bei einem *Kalzium-Oxalat-Stein* sollte anlässlich der ersten Steinattacke lediglich ein Hyperparathyreoidismus ausgeschlossen werden. Dazu ist zwei- bis dreimal die Bestimmung des Serum-Kalziums erforderlich. Ist der Wert erhöht, wird das Parathormon bestimmt. Liegt tatsächlich ein Hyperparathyreoidismus vor, so sollte die Parathyreoidektomie wegen der hohen Steinrezidivgefahr vor der Entfernung des Konkrementes erfolgen. Für alle übrigen Patienten genügt als Vorbeugebehandlung die Steigerung der Flüssigkeitszufuhr und die Vermeidung exzessiver Kalzium- bzw. Oxalatzufuhr, wobei vor allem Milchprodukte, aber auch Rhabarber, Spinat und Schwarzwurde eingeschränkt werden sollten. Kommt es rasch zum Rezidiv, so ist eine eingehendere Abklärung notwendig. Diese erfaßt neben dem Hyperparathyreoidismus auch andere Hyperkalziurieformen, etwa die durch Tubulusdefekt bedingte renale und die durch intestinale Hyperabsorption bedingte intestinale Hyperkalziurie. Weiter lohnt es sich, abzuklären, ob eine Hyperurikosurie vorliegt.

Liegt eine Hyperurikosurie vor (mehr als 3,5 mmol Harnsäure pro 24 Stunden), wird man dem Patienten die

Einschränkung purinhaltiger Nahrung empfehlen und in der Regel Allopurinol verordnen. Läßt sich ein Infekt nachweisen, so wird selbstverständlich seine Behandlung eingeleitet. Liegt das pH im sterilen Morgenurin über einem Wert von 6,5, so könnte eine renal-tubuläre Azidose vorliegen, deren Abklärung erfolgen muß. Beträgt bei normalem Serum-Kalzium der Kalzium-Kreatinin-Quotient im Nüchternurin mehr als 0,25, so liegt eine sogenannte renale Hyperkalziurie vor. Solchen Patienten sind Thiazide zu verordnen, und zwar – je nach Schweregrad des Steinleidens – 50 bis 100 mg täglich. Beträgt die Differenz des Kalzium-Kreatinin-Quotienten zwischen Nüchternurin und Urin nach Kalziumbelastung mehr als 0,3, so liegt eine vermehrte intestinale Absorption von Kalzium vor. Es besteht also eine sogenannte absorptive Hyperkalziurie. Solchen Patienten muß die Einschränkung des mit der Nahrung aufgenommenen Kalziums empfohlen und zugleich Thiazid verabreicht werden.

Der seltene *Apatit-Stein* entsteht nur im alkalischen Urin. Deshalb müssen neben dem Hyperparathyreoidismus auch ein Infekt und eine renal-tubuläre Azidose ausgeschlossen werden. Die Vorbeugungsbehandlung besteht in Diuresesteigerung und Einschränkung der Kalziumzufuhr, beim Rezidivstein zusätzlich in Urinansäuerung.

Der dem *Zystin-Stein* zugrunde liegende genetische Defekt ist bekannt. Da es ohne Zystinurie keine Zystin-Steine gibt und andere Aminosäuren keine pathologische Bedeutung haben, erübrigt sich ihr Nachweis im Urin. Die Vorbeugebehandlung muß wegen der besonders hohen Steinrezidivgefahr bereits beim ersten Ereignis einsetzen und lebenslanglich fortgesetzt werden. Neben Diuresesteigerung und Alkalisierung wird seit Jahren das D-Penicillamin zur Behandlung benutzt. Wegen der zum Teil erheblichen Nebenerscheinungen bietet sich heute als Alternative die Einnahme von fünfmal 1 g Vitamin C pro Tag als Brausetablette an.

Professor Dr. G. Rodeck, Marburg:

Die Bedeutung der Sonographie in der Urologie

Selten hat ein Untersuchungsverfahren für alle Bereiche der Medizin eine so rasche und bedeutungsvolle

Entwicklung genommen wie die Ultraschalldiagnostik. Im urologischen Untersuchungsgang nimmt die Sonographie einen festen, ja vorrangigen Platz ein. In Kombination mit dem Ausscheidungsprogramm ermöglicht es in der Regel schon die endgültige Diagnosestellung.

Schon bei der allgemeinen orientierenden Untersuchung kann man über Lage, Größe und Konturen der Nieren genaue Aussagen machen und dabei bereits Fehlbildungen, wie Malrotation, Hufeisennieren und polyzystische Nierendegeneration, erkennen. In der Differentialdiagnose raumfordernder Nierenprozesse hat neben der Angiographie die Sonographie schon frühzeitig eine besondere Bedeutung erlangt. Die subtile präoperative Diagnostik hat zu einer grundsätzlichen Umstellung der Operationsplanung geführt. Eine sicher als gutartige Zyste erkannte Raumforderung bedingt im allgemeinen keine operativen Maßnahmen. Bei geringstem Zweifel kann sicherheitshalber der Zysteninhalt durch ultraschallgezielte Punktion abgesaugt und zytologisch untersucht werden. Im Falle eines sicheren Tumornachweises, wozu die Sonographie wesentlich beiträgt, erfolgt heute die Tumornephrektomie transperitoneal, thorako-abdominal oder para-peritoneal, wobei immer als erstes der Nierenstiel aufgesucht und ligiert bzw. abgeklemmt wird, wodurch der intraoperative Blutverlust und die Gefahr der Tumorzelleinschwemmung in Blut und Lymphbahnen wesentlich verringert wird.

Die Beurteilung einer Harnstauung und die diagnostische Abklärung einer urographisch stummen Niere, die sich auch auf Spätaufnahmen darstellt, ist durch die Sonographie wesentlich einfacher geworden. Bei einer Hydronephrose mit hochgradig reduziertem Parenchymsaum und guter Funktion des kontralateralen Organs wird man primär die Indikation zur Nephrektomie stellen können. Erscheint das Organ aber bei ausreichendem Parenchymsaum als erhaltungsfähig, so ist ein Erhaltungversuch dringend angezeigt. Es kann zunächst durch eine unter Ultraschalleitung angelegte transkutane Nephrostomie eine Entlastung erfolgen und gegebenenfalls später eine Rekonstruktion der Abfluverhältnisse vorgenommen werden. Die transkutane Nephrostomie ist vor

allen Dingen auch dann von besonderem Wert, wenn es darum geht, im Falle einer postrenalen Niereninsuffizienz und hohem Operationsrisiko eine rasche und gefahrlose Entlastung – zumindest einer Niere – zu erreichen oder einen septischen Zustand zu beherrschen.

Mit der Sonographie ist nach einem Trauma auch die Lokalisation und die Ausdehnung eines Hämatoms, Urinoms oder einer traumatischen Pseudozyste möglich. Und auch nach einer Nierentransplantation trägt die Sonographie bei der Diagnostik einer akuten oder chronischen Abstoßungsreaktion wesentlich bei.

Es ist weiterhin erwähnenswert, daß die Sonographie auch in der Lage ist, Tumoren, Metastasen, Hämatome, Urinome und Abszesse im Retroperitonealraum zu erkennen und zu differenzieren, daß auch Restharn und Tumoren im Blasenbereich erkannt werden, daß Prostatagröße und Ausdehnung eines Prostatakarzinoms feststellbar sind, daß im Skrotumbereich Hydrozelen, Hodentumoren und auch die Differentialdiagnose von Epididymitis, Orchitis und Hodentorsion erleichtert wird.

Zusammenfassend ist also festzustellen, daß die Ultraschalltechnik in der Urologie nicht nur Diagnose und therapeutisches Vorgehen weitgehend vereinfacht hat, sondern auch zu einer Kostenreduktion führen kann, da die anderen Verfahren erheblich teurer sind.

*Privatdozent Dr. P. Schepke,
Erlangen:*

Der Stellenwert der Computertomographie in der urologischen Diagnostik

Seit Einführung der Computertomographie (=CT) haben sich die urologischen Untersuchungsverfahren gewandelt, bzw. hat sich die Reihenfolge der Anwendung radiologischer Methoden geändert. Häufig ist auch eine invasive Diagnostik, wie z. B. Angio-, Phlebo- und Lymphographie, nicht mehr notwendig, da bereits eine ausreichende Information durch die CT, verfeinert durch intravenöse Kontrastmittelinjektion, gegeben ist. Manche aufwendigen diagnostischen Schritte, wie z. B. das Retroperitoneum, sind völlig verlassen.

Die CT bietet uns die Möglichkeit, in Querschnitten den ganzen Körper praktisch dreidimensional zu erfassen. Mit dieser Untersuchungsmethode können wir intra- und retroperitoneale Strukturen exakt abgrenzen. Die Dichtemessung – ausgedrückt in Hounsfield Einheiten – erlaubt, die unterschiedlichsten Strukturen, wie Flüssigkeit, Blut, Luft, Fett, Knochen und parenchymatöse Organe, fest definierten Werten zuzuordnen, wobei als Referenzpunkt Wasser gleich 0 festgelegt wurde.

Durch die Anwendung eines bolusartig injizierten nierengängigen Kontrastmittels, d. h. 30 ml Urografin 76%ig mit einer Flußgeschwindigkeit von 8 ml/sec, erhöht sich die diagnostische Information. Es lassen sich dadurch die arteriellen Gefäße, nicht nur Aorta, sondern auch kleinere Gefäße, und, zeitlich versetzt, auch die Venen darstellen. Weiterhin erhält man eine Kontrastanhebung der parenchymatösen Organe, in der Niere heißt dies z. B., daß eine Trennung von Mark und Rinde möglich ist. Somit können wir meist die verschiedenen soliden und liquiden Raumforderungen vom normalen Gewebe abgrenzen. Weiterhin ist eine Information über die Überschreitung der Organgrenzen bzw. Faszien und Infiltration in benachbarte Organe, wie z. B. die Nebennieren, möglich. Dies gilt selbstverständlich nicht nur für die Niere allein.

Die in der urologischen Praxis so häufigen entzündlichen Erkrankungen mit ihren Folgeerscheinungen und auch die Steinleiden sind nur in Ausnahmefällen eine Indikation zur CT und eine Domäne von Ausscheidungsurographie und Sonographie. Anders verhält sich der Stellenwert beim Trauma. Die Verletzungen der Gefäße, der Kapsel, des Parenchyms und des Nierenbeckenkelchsystems sind gut abzuklären. Hämatome sind von Urinomen mittels Dichtemessung abzugrenzen.

Hinsichtlich vergrößerter Lymphknoten, seien sie entzündlich, reaktiv verändert oder metastatisch befallen – eine Differenzierung ist hier nicht möglich –, ist die CT die Methode der Wahl. Sie hat die Lymphographie bei urologischen Fragestellungen abgelöst und läßt auch bezüglich der lymphographischen nicht faßbaren Areale, wie hochparaaortal, im Leber- und Milzhilus, entlang der Arteria iliaca interna, sowie im hinteren un-

teren Mediastinum, eine exakte Aussage zu.

Die Indikation zur CT der ableitenden Harnwege sind Verlagerung der Ureteren und Tumoren der Harnblase. Die Primärdiagnostik erfolgt mit der Ausscheidungsurographie, der retrograden Pyelographie, Zystoskopie und Sonographie.

Vor einer computertomographischen Exploration des Beckens bei der Fragestellung maligner Tumoren von Blase und Prostata sollte die Diagnose histologisch oder zytologisch gesichert sein, da die CT nur einen Beitrag zur Klärung der extra- oder intramuralen Ausbreitung leisten kann, bzw. kommt ihr ein begrenzter Wert bei histologisch gesichertem Prostatakarzinom bezüglich der Größe und Ausbreitung in die Umgebung zu. Zur Beurteilung der Prostatastruktur ist nach bisherigen Untersuchungen die transrektale Ultraschalluntersuchung der CT überlegen.

*Professor Dr. K. M. Schrott,
Erlangen:*

Verbesserte Ergebnisse der plastischen Korrektur der Hypospadie, Epispadie und Ekstrophie der Harnblase

Die *Hypospadie* ist beim männlichen Geschlecht mit 1 : 500 häufig zu sehen und gekennzeichnet durch die verkürzte Fehlmündung der Harnröhre an der Ventralseite von der Eichel bis zur Dammregion. Man unterscheidet die *Hypospadiä glandis, coronaria, penis, penoscrotalis, scrotalis* und *perinealis*. Die distalen Formen kommen nach Sweet in 87 Prozent vor und bedürfen bei deutlicher ventraler Abknickung der Eichel oder Penisverkrümmung einer Korrektur im Sinne einer Aufrichtung. Dies ist nur bei einem Drittel der Fälle notwendig. Zu achten ist auf die Harnröhrenmündung, die stenotisch sein kann und dann frühzeitig bereits beim Säugling und Kleinkind mit einer einfachen dorsalen Meatotomie erweitert werden soll. In Erlangen empfiehlt man zur Korrektur der häufigeren distalen Hypospadienformen eine einaktige Urethralplastik im vierten bis fünften Lebensjahr. Ausreichende Größe, Kooperation, noch fehlende Erektionen und psychologische Gründe (noch vor Einschulung)

sprechen dafür. Das einaktige Vorgehen erspart den Kindern unnötigen Krankenhausaufenthalt, ganz abgesehen von den in der Regel besseren kosmetischen und funktionellen Ergebnissen. Die operative Behandlung strebt als Ziel an:

1. Eine glatte Passage der Neourethra für Miktion und Ejakulation mit Vorverlegen des Meatus bis zum Sulcus coronarius oder besser bis normotop in die Glans und
2. einen geraden Penis für die Kohabitation durch Aufrichtung. Das einaktige Verfahren wurde in Erlangen modifiziert, wodurch die Fistelrate von ungefähr 30 auf 10 Prozent zu senken war.

Bei peniler-penopubischer *Epispadie* (II. Grades) und *retrosymphyealer* (also III. Grades mit Inkontinenz) wurde das bereits 1918 von Young angegebene Grundkonzept in Erlangen abgewandelt. Nachteilig für diese einaktige Epispadiekorrekturen ist eine zu stark verkürzte dorsale Harnröhrenrinne bei extremer Dorsalflexion und zu kleinem Stummelpenis. Dann wird folgendes zweiaktige Verfahren vorgeschlagen:

1. Zuerst die Penisstreckung mit Schwellkörper-interponiertem penoskrotalen Harnröhrendurchzug und
2. später die verlängernde Urethralplastik aus einem intubierten Skrotallappen nach Rochet bis zur Glans oder aus einem haarlosen Oberarmtransplantat nach Young-Benjamin.

Bei der schwersten urologischen Mißbildung, der *Blasenekstrophie*, die eine Häufigkeit von 1 : 30 000 (männlich zu weiblich 2 : 1) aufweist, ist ein klares therapeutisches Konzept notwendig. Die Blasenspalte kann komplett und unkomplett als obere oder untere Form vorliegen. Die Blase ist ekstroph, mit hernienartig vorgewölbtem Innenrelief, tiefem trigonalen Rezessus und bogenförmig eintretenden Harnleitern. Vesikoureterorenaler Reflux ist häufig; deshalb vor Verschuß sogenannte Kappenzystographie und davon abhängig vor Verschuß Antirefluxplastik nach Cohen. Bei Knaben liegt ein epispadischer dorsal flektierter Stummelpenis vor, bei Mädchen eine kurze epispadische Harnröhrenrinne mit ventralwärts gerichtetem Introitus vaginae und zweigeteilter Klitoris. Gravierend ist die

grobe Rektusdiastase bei verkürzter Unterbauchregion und tiefer Nabelinsertion bei Spaltbecken mit allen Folgen dieser großen Bruchpforte, falls kein ausreichender Bauchdeckenverschluß und Beckenringadaptation erzielt wird. Sonst kommt es beispielsweise bei Frauen später zum Prolaps von Vagina und Uterus. Zahlreiche Argumente sprechen für eine frühzeitige Aufbauplastik. So wird in Erlangen frühzeitig in der vierten bis fünften Woche nach der Geburt operiert, sobald die ligierte Nabelschnur abgefallen ist. Der Säugling ist dann kardio-pulmonal und intestinal ausreichend operationsstabil für eine weitgehende totale Rekonstruktion (Dauer 3¹/₂ bis 4 Stunden). Mit der in Erlangen angewandten Operationsmethode gelingt weitgehend eine komplette Rekonstruktion und erspart den Kindern vielfache Nachoperationen. Frühzeitige, auch nur partielle Kontinenz fördert die Blasenkapazität und damit letztlich die Voraussetzung für eine spätere ausreichende sozial tragbare Kontinenz wenigstens über zwei bis drei Stunden. In mehr als der Hälfte der Fälle gelingt es, eine hinreichende Harnkontinenz zu erzielen. Die restlichen Fälle können später immer noch einer suprapubeskalen Harnableitung, z. B. in Form eines Sigma-Conduits, zugeführt werden. Die vorausgegangene Aufbauplastik ist dann in jedem Falle hilfreich und notwendig, nicht nur in bezug auf die Genitalrekonstruktion und Beseitigung der Rektusdiastase bzw. Herniation, sondern auch wegen des Zeitgewinns bis zum Schulalter, da Harnableitungen im Wachstumsschub eines Kindes leider häufig Nachkorrekturen bedürfen. Umgekehrt ist bei Unterlassen der Aufbauplastik zugunsten einer primären suprapubeskalen Harnableitung deren weiteres Schicksal als „Urinkrüppel“ besiegelt und die Chance zu einer weitgehend normalen Rekonstruktion verpaßt.

Professor Dr. F. Wolf, Erlangen:

Vereinfachte und gesicherte Diagnostik der Hodentorsion mittels Szintigraphie

Die schnelle Objektivierung der Hodentorsion oder ihrer differentialdiagnostisch bestmöglicher Ausschuß stellt die noch immer bestehende Herausforderung bei dem häufig

dramatischen Krankheitsbild des „akuten Skrotums“ dar. Die Ausgangssituation ist gekennzeichnet durch die entwicklungsgeschichtlich bedingte, anatomische Zuordnung einerseits und die hierdurch gegebene vaskuläre Versorgung andererseits. In Stichworten: Hoden – Nebenhoden und Anhangsgebilde – viszerales und parietales Blatt der *Tonica vaginalis* – Samenstrang; doppelte Blutversorgung durch:

1. die mit dem Samenstrang in unterschiedlicher Höhe eintretenden Gefäße der *Arteria spermatica interna*, *Arteria ductus deferentis*, *Arteria spermatica externa*;
2. die nicht im Samenstrang verlaufende *Arteria pudenda interna*, sowie oberflächliche und tiefe *Arteriae pudendae externae*.

Zielvorgabe einer erst seit wenigen Jahren angewandten nuklearmedizinischen Methode war die nicht-invasive Untersuchung der Durchblutungsverhältnisse, also eine Diagnostik ohne arterielle Kathetertechnik, oder andere eingreifende – besonders bei sehr jungen pädiatrisch urologischen Patienten – unmöglichen oder gefährdenden Maßnahmen durchführbare Diagnostik.

Erforderliche technische Voraussetzung war der Ausbau der schnellen Angioszintigraphie eines interessierenden Gefäßabschnittes, hier die Skrotal-/Inguinalregion mittels Szintillationskamera – möglichst in Verbindung mit elektronischem Speicher- und Auswertsystem. Diese Möglichkeit steht heute einer größeren Zahl von Untersuchungsstellen zur Verfügung, so daß eine breitere Anwendung des Verfahrens im Sinne der Notfallindikation möglich und sinnvoll erscheint.

Ausgangspunkt und Indikation der Untersuchung sind die klinischen Alarmsymptome, bei denen an eine intravaginale – meist jenseits des zehnten Lebensjahres – oder an eine supravaginale Hodentorsion – im Säuglings- und Kleinkindesalter – gedacht werden muß: Spontanschmerz in einer Skrotumhälfte, in den Leistenkanal ausstrahlender Druckschmerz; Übelkeit, Erbrechen, Schweißausbruch und andere Schocksymptome infolge der Peritonealreizung. Im allgemeinen folgen bald Hodenhochstand mit meist starker Schwellung, mäßiger Rötung der betroffenen Skrotumhälfte mit Ver-

streichen der Skrotalfältelung. Neben dieser blitzartig einsetzenden Symptomatik ist durchaus ein mehrschleichender Beginn über wenige Stunden möglich. Bei der unmittelbaren Untersuchung können das Prehn-Zeichen mit vermehrtem Schmerz bei Hochlagerung des torquierten Hodens auftreten, bei fortgeschrittener, mehrstündiger Torsion das Tenkoff-Zeichen als pergamentartiges Knistern bei vorsichtiger Palpation.

Möglichst ohne jeden Zeitverlust erfolgt die Perfusionsszintigraphie: Der Patient wird in Rückenlage, möglichst entspannt, auf der Kamerauntersuchungsliege gelagert. Die großen Oberschenkelgefäße durch zwei Bleigummistreifen V-förmig parallel dem Leistenband abgedeckt und das – meist stark schmerzhaft – Skrotum bei geschlossenen Oberschenkeln angehoben, streng symmetrisch positioniert, der Penis dabei erforderlichenfalls kranialwärts fixiert. Diese subtil streng symmetrische Einstellung hat sich für Qualität und Auswertbarkeit der Untersuchung als entscheidende Voraussetzung erwiesen.

Es folgt die Injektion der radioaktiven Testsubstanz in kleinem Volumen von ca. 1 ml unter Bolustechnik – im allgemeinen in eine Kubitalvene. Als Testsubstanz stehen Tc99m-markierte Verbindungen im Vordergrund: Tc-Kalziumgluconat mit EDTA – als später renal ausgeschiedene Verbindungen, Tc-Pertheneat oder Tc-Humanserumalbumin. Die Aktivitätsdosierung beträgt 10 bis 12 mCi beim Erwachsenen, beim Neugeborenen und Kind nach Körpergewicht bis hinab zu etwa 100 uCi. Die Strahlenbelastung liegt dabei in oder unter der unvermeidbaren üblicher radiologisch-diagnostischer Maßnahmen.

Die schnelle Sequenz von Szintiphotos während der ersten 30 bis 40 sec nach Injektion zeigt im Normalfall zunächst den Aktivitätseintritt in die großen Beckengefäße im oberen Bildabschnitt, den symmetrischen Perfusionseinstrom in beide Hoden. Eine Differenzierung des Einstromes via Samenstrang und äußerer Versorgung ist meist nicht möglich. Die folgenden ca. zwei bis drei Minuten informieren über den im Normalfall wiederum symmetrischen venösen

Abfluß bzw. erhöht statische Blutvolumen, es folgt die Registrierung über einige weitere Minuten, um den eventuellen Austritt des Tracers in den Extravasalraum zu erfassen.

Die Trennung von arteriell fehlendem oder aktiv vermehrtem Stromvolumen, von venös verzögertem Abstrom, erhöht hyperämisch statischem Blutvolumen steht im Vordergrund der Auswertung.

Wegen der rasch ablaufenden Vorgänge und der aus strahlenhygienischen Gründen geringen Impulszahlen ist die zusätzliche Speicherung der Information und weitere Aufbereitung sinnvoll: hierzu wird im Summationsbild nach Beendigung der Untersuchung – eventuell anhand einer Markierung – die Region beider Testes festgelegt, zusätzlich gleich große Regionen über den beiden Hauptbeckengefäßen definiert, um eventuell asymmetrische Anflutung bei der Auswertung berücksichtigen zu können. Es werden Zeitaktivitätskurven ermittelt, welche eine näherungsweise quantitative Auswertung erlauben.

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, Liliun 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.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Die Sequenz- und Funktionsszintigraphie der Skrotalperfusion gestattet mit hinreichender Empfindlichkeit die Sicherung oder den weitgehenden Ausschluß einer Hodentorsion bzw. den Nachweis der differentialdiagnostisch im Vordergrund stehenden Orchitis, Epididymitis und anderer entzündlicher Veränderungen. Sie unterstützt den Urologen in der zeitkritischen Entscheidung zur operativen Revision der Torsion mit der Chance der Erhaltung eines Hodens, vermindert andererseits unnütze Eingriffe in florid entzündliches Geschehen.

Professor Dr. F. Truss, Göttingen:

Der Wert der Harnzytologie in der Primär- und Rezidivdiagnostik der Urotheliome

Obwohl es bereits 1856 Lambel gelang, einen Blasenkrebs aus den im Urin vorgefundenen Tumorzellen zu diagnostizieren, ist die sogenannte „Harnzytologie“ immer wieder in Vergessenheit geraten, weil vor allem methodische Fehler zu negativen Ergebnissen führten.

Zur Renaissance dieses Untersuchungsverfahrens haben mehrere Faktoren beigetragen. Einerseits ist die Methodik so vereinfacht worden, daß sie ohne großen technischen Aufwand von jedem niedergelassenen Urologen in die Wege geleitet werden könnte. Zum anderen besteht der Umstand, daß mit dieser Technik sowohl eine flächendeckende als auch eine punktförmige Tumordiagnostik am Epithel des Harntraktes möglich ist. Da Tumorzellen durch das unterschiedliche Harnmilieu verändert werden können, ist man dazu übergegangen, anstelle von Urin die Spülflüssigkeit von Harnblase, Nierenbecken und Harnleitern zu untersuchen. Diese sogenannte „Lavage-Zytologie“ hat den Vorteil, ebenfalls flächendeckend zu sein. So können mit ihr z. B. bei multifokalen Blasenkarzinomen unterschiedliche Malignitätsgrade aller Erkrankungsherde, d. h. auch die Bezirke mit höherem Malignitätsgrad, erfaßt werden. Ähnlich wie bei der Aufbereitung des frisch gelassenen Urins werden bei der Lavage-Zytologie zunächst die Zellen durch Zentrifugieren oder Filtrieren angereichert, auf einen Objektträger gebracht, meist fixiert und anschließend nach den verschieden-

sten Verfahren gefärbt. Die Färbemethoden sind unterschiedlich arbeits- und zeitaufwendig. Eine wesentliche Vereinfachung brachten die speziell für zytologische Untersuchungen vorbereiteten Objektträger, die seit einiger Zeit im Handel erhältlich sind. Neben der Lavage-Zytologie hat der Urologe dann, wenn nicht genügend Zellmaterial gewonnen werden konnte, die Möglichkeit zur punktförmigen Zytodiagnostik. Das Vorgehen besteht darin, daß gezielt eine künstliche Zellabschilferung durchgeführt wird und so lebensfrische Zellen, aber auch Gewebsbröckel gewonnen werden. Eine der in Frage kommenden Methoden ist die sogenannte „Ösen-saugbiopsie“. Bei diesem Verfahren wird mit einem endständig offenen Ureterenkatheter, der an der Spitze mit einer kleinen Metallöse versehen ist, der tumorverdächtige Bezirk unter mikroskopischer Kontrolle abgeschabt. Gleichzeitig saugt man die sich lösenden Zellen über dem Katheter ab.

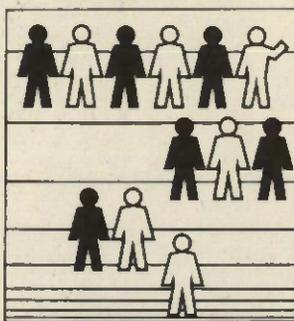
Während die Treffsicherheit der „Harnzytologie“ in der Weltliteratur

mit 55 bis 100 Prozent angegeben wird, zeigte eine prospektive randomisierte Studie, in der auch die schwer zu beurteilenden hochdifferenzierten sogenannten Grad I-Karzinome mitbeurteilt wurden, daß die zytologische Treffsicherheit bei 67 Prozent liegt. Es war sogar möglich, die Hälfte aller histologisch als Grad I eingestuften Karzinome richtig zu befunden. Auch alle nicht-papillären und nicht-infiltrierend wachsenden Karzinome, also das sogenannte „Carcinoma in situ“, sind richtig erkannt worden. Als weiterer Vorteil ergab sich, daß mit Hilfe der Lavage-Zytologie in 16 Prozent der Fälle ein höherer Malignitätsgrad nachgewiesen werden konnte, als der histologische Befund auswies. Generell gilt, daß die zytologische Treffsicherheit um so größer ist, je unreifer die Blasenkarzinome sind.

Bemühungen um eine weitere Aussagefähigkeit der sogenannten „Harnzytologie“ haben an den verschiedenen Punkten angesetzt. So befaßt sich ein Forschungsprojekt damit, das Erkennen hochdifferenzierter, sich nur wenig von normalen Zellen unterscheidender Karzinome zu erleichtern. Methodisch wird so vorgegangen, daß man Zellen sogenannter Grad I-Karzinome und ihre intrazellulären Strukturen unter dem Mikroskop planimetriert und regionale Lichtabsorptionsmessungen durchführt. Mit Hilfe eines an das Spezialmikroskop angeschlossenen Computers werden unter Einschalten eines Rechenzentrums die verschiedensten Berechnungen angestellt. Die so erhaltenen Resultate gestatten es, hochdifferenzierte Karzinomzellen besser, als es im normalen histologischen Schnitt bzw. im zytologischen Bild möglich ist, zu erkennen. Nachteile dieses Verfahrens sind die hohen Kosten und der sehr zeitaufwendige Untersuchungsgang.

Mit einer anderen Variante der technisierten Zytologie wird eine teilweise Automatisierung der Lavage-Zytologie angestrebt. Das Verfahren basiert auf dem Tatbestand, daß Krebszellen meist eine deutlich erhöhte Proliferationsrate aufweisen und ihre Zellen Chromosomensätze entwickeln, die von denen gesunder Zellen abweichen. Diese beiden wichtigen Parameter können durch Messung des DNS-Gehaltes erfaßt werden.

Wir brauchen viel mehr Menschlichkeit



Geld ist wichtig. Wichtiger sind Zuwendung und persönliches Engagement.

Menschlichkeit ist gefragt – Mitmenschlichkeit!

Sie möchten helfen?

Senden Sie uns bitte diese Anzeige.

Sie erhalten Informationen und die Adresse der nächsten örtlichen Vereinigung.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.
Raiffeisenstraße 18, 3550 Marburg
Spendenkonto 20800,
BLZ 533 501 10
Kreissparkasse Marburg



25 Jahre
Lebenshilfe
für geistig Behinderte

Zusammengefaßt läßt sich sagen, daß die Ergebnisse der sogenannten Harnzytologie bei dem heutigen Stand der Entwicklung so günstig liegen, daß es das Verfahren nicht verdient, erneut in einen Dornröschenschlaf zu versinken. Negative Beurteilungen sind dann berechtigt, wenn die zytologischen Untersuchungen am Urin durchgeführt werden. Sie treffen jedoch nicht für die Lavage-Zytologie zu. Beim Einsatz aller methodischen Verbesserungen ist diese in der Lage, wertvolle Dienste sowohl bei der Erkennung als auch bei der Verlaufskontrolle an Urotheltumoren zu leisten. Wichtig bleibt die Feststellung, daß die Befundung der Präparate einem Zytologen überlassen werden muß. Wie am Beispiel der Grad I-Karzinome gezeigt werden kann, ergeben sich besonders beim Aussortieren von sogenannten „unverdächtigen Präparaten“ die größten Schwierigkeiten. Daher sollte auch bedacht werden, daß nicht jeder qualifizierte Pathologe den Anspruch erheben kann, ein guter Zytologe zu sein.

Professor Dr. F. Eisenberger,
Stuttgart:

Indikation und Erfolgschance der operativen Behandlung der Harninkontinenz der Frau

Die Harninkontinenz ist keine definierte Erkrankung, sondern ein klinisches Symptom für eine anatomische oder funktionelle Störung im Bereich der unteren Harnwege. Im Rahmen der internationalen Continenz-Society hat man sich darauf geeinigt, die urethrale von der extra-urethralen Inkontinenz zu trennen. Die Ursachen für die extra-urethrale Inkontinenz, wie ektopie Harn-

leitermündungen, Harnblasenscheidenfisteln, Harnröhrenscheidenfisteln und Ureterscheidenfisteln sind einfach zu diagnostizieren und der einzig kurative Weg, nämlich die Operation, ist klar vorgezeichnet.

Im folgenden beschränken wir uns auf die weibliche Stress-Inkontinenz, die klinisch durch unwillkürlichen Urinabgang aus der Urethra bei Betätigung der Bauchpresse zu verifizieren ist und bei der als pathophysiologische Ursache ein Anstieg des intravesikalen Druckes über den Harnröhrenverschlußdruck ohne Detrusoraktivität nachzuweisen ist, und zwar in Form einer urodynamischen Untersuchung.

Das weitere Referat konzentriert sich auf folgende Punkte:

1. Die Indikationsstellung vor der Operation.
2. Ist eine urodynamische Untersuchung vor der Operation einer Stress-Inkontinenz notwendig?
3. Das minimale diagnostische Programm.
4. Wer operiert die Stress-Inkontinenz?
5. Die Erfolgschancen dieser operativen Eingriffe.

Die leichteste Form der Stress-Inkontinenz, also Grad I, ist weit verbreitet, denn über 50 Prozent von mehr als 4000 Schwesternschülerinnen geben gelegentlich unwillkürlichen Urinabgang an. Grad II und vor allem Grad III der Stress-Inkontinenz stellen für die Frau ein medizinisches und durch die erhebliche psychische Belastung und die Beeinträchtigung des Selbstvertrauens

bis zur Gesellschaftsunfähigkeit ein erhebliches soziales Problem dar und erfordern eine operative Korrektur. Die eindeutig definierte Stress-Inkontinenz scheint durch die gezielt erhobene Anamnese, die Untersuchung des Urins mit Urinkultur, das Infusionsurogramm, sowie das Miktionszystourethrogramm, die Urethrozystoskopie und schließlich den Auffülltest, auch unter dem Namen Bonny-Test bekannt, suffizient abgeklärt. Heute muß jedoch ergänzend zu diesen Basisuntersuchungen vor jeder Korrektur einer Inkontinenz eine urodynamische Untersuchung gefordert werden, da andere Inkontinenzformen, wie z. B. bei einer beginnenden Enzephalomyelitis, ausgeschlossen werden müssen. Folgende urodynamische Untersuchungsverfahren sind wohl zur Abklärung von Inkontinenzerscheinungen als auch bei unklaren Blasenentleerungsstörungen erforderlich:

1. Die fortlaufende Messung des intravesikalen Druckes, die Zystometrie,
2. das Harnröhrendruckprofil, welches den intraluminalen Widerstand in den einzelnen Abschnitten der Urethra erfaßt,
3. die Elektromyographie der quergestreiften Muskulatur des Beckenbodens,
4. die Uroflowmetrie, d. h. die Harnflußmessung,
und
5. der rektale Druck als Ausdruck der intraabdominellen Druckverhältnisse.

Der Wert der urodynamischen Untersuchung wird dadurch unterstrichen,

Monosubstanz zur gezielten Magnesiumtherapie von Risikofaktoren bei coronaren Gefäßerkrankungen und Infarktgefährdung

Zusammensetzung

1 Kapsel/1 leckierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspertet-hydrochlorid-trihydrat	814,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (80,78 mg)	
1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:	
mono-Magnesium-L-aspertet-hydrochlorid-trihydrat	737,8 mg
Magnesium-Gehalt: 8 mval (72,94 mg)	
5 g Granulet zum Trinken (1 Beutel) enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspertet-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 Fastenkuren, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

Kontraindikationen

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

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

Kaps.: 25 DM 10,34, 50 DM 19,72, 100 DM 35,51
 Tebl.: 25 DM 10,09, 50 DM 19,37, 100 DM 34,70
 Granulet zum Trinken
 Btl.: 20 DM 13,46, 50 DM 30,02, 100 DM 50,39
 Amp. i. m.: 2 OM 3,89, 5 OM 8,68
 Amp. i. v.: 3 OM 6,91, 10 OM 20,63

VERLA-PHARM · TUTZING/OBB.

daß über sechs Prozent der unter Einweisungsdiagnose Stress-Inkontinenz untersuchten Frauen im Stuttgarter Krankengut eine Detrusorinstabilität aufwiesen. Frewen hatte bei 412 nachuntersuchten Frauen eine nicht-operationsbedingte Versagerquote von 19 Prozent durch Urge-Inkontinenz.

Wer operiert die weibliche Stress-Inkontinenz? Obwohl keine Korrelation zwischen dem Grad eines Deszensus und dem Grad einer Harninkontinenz besteht, ist der pathogenetische Zusammenhang zwischen Inkontinenz und Beckenbodeninsuffizienz gegeben. Therapeutische Konsequenz muß es deshalb sein, den Beckenboden durch Raffung des Diaphragma urogenitale zu festigen und in gleicher Sitzung zur Korrektur der topographisch-anatomischen Verhältnisse die vaginale Uterusexstirpation vorzunehmen. Dementsprechend ist der Ersteingriff bei der weiblichen Stress-Inkontinenz Domäne des Gynäkologen. Rezidiv-Stress-Inkontinenz jeglicher Operationsmethode sind von demjenigen Urologen oder Gynäkologen zu korrigieren, der jeweils mit seiner Methode die besten Ergebnisse hat.

Eine krankengymnastische Festigung des Beckenbodens ist indiziert als alleinige Behandlungsmethode bei geringer Beckenbodeninsuffizienz bzw. Stress-Inkontinenz, vor und nach operativer Behandlung zur Sicherung des Therapieerfolges und als Behandlungsversuch bei Kontraindikation zu anderen konservativen und operativen Maßnahmen. Ziel dieser täglichen Kräftigungsarbeit des Beckenbodens durch Gymnastik ist die Entwicklung eines sicheren Körpergefühls mit Entspannungszustand des Beckenbodens und die bewußte, später die unbewußte Steuerung der Beckenbodenmuskulatur bei verschiedenen Belastungen. Bei gegebener Indikation und vor allem täglicher konsequenter Langzeitgymnastik über Monate sind die Erfolgsergebnisse zwar nicht in Prozenten auszudrücken, aber als durchwegs gut zu bezeichnen.

Die Erfolgchancen bei der Diaphragmaplastik werden bei gezieltem Einsatz mit 90 Prozent als sehr befriedigend angegeben. Ob sich die Ergebnisse dieser Operation im Laufe der Jahre verschlechtern, ist umstritten.

Professor Dr. A. Sigel, Erlangen:

Die Beckenbodenmyalgie, ein weithin verkannter Schmerzkomplex

Bei der Beckenbodenmyalgie handelt es sich um einen nicht scharf umrissenen Schmerzkomplex, der erstmals 1977 beschrieben wurde und der nach wie vor häufig fehlinterpretiert wird als vertebraebedingt oder unter Diagnosen wie Proktitis, Urethritis, Prostatitis und Adnexitis subsummiert wird. Die Patienten klagen vorwiegend über Schmerzen im Bereich des kleinen Beckens mit Ausstrahlung in die Beine, in die Leistenbeugen und beim Mann ins Skrotum. Ein wichtiger Hinweis ergibt sich dadurch, daß fast 90 Prozent dieser Patienten angeben, daß sich diese Schmerzen bei längerem Sitzen verstärken, bei einem geringeren Prozent von nicht ganz 20 Prozent auch bei längerem Stehen.

Setzt man voraus, daß eine echte bakterielle Prostatitis oder Adnexitis ausgeschlossen ist, dann ist die Diagnosestellung bei den zahllosen Patienten, die weiter mit Schmerzen im Beckenbereich leben, fast simpel. Bei der vorsichtigen rektalen Untersuchung gibt es bei Austastung des Anlringes und des Beckenbodens zahlreiche Stellen, die stark schmerzhaft sind, so daß der Patient nicht selten aufschreit, wobei die Prostata palpatorisch unauffällig ist. Und auch bei der Frau gibt es bei der rektalen, aber auch vaginalen Untersuchung zahlreiche, selten umschriebene schmerzhaft Stellen. Ob es sich bei diesem Krankheitsbild um eine Tendinose, eine Myogelose oder um einen Weichteilrheumatismus handelt, weiß man bis heute nicht.

Als Therapie verwendet man Diathermie und — man kann es fast schlagwortartig sagen — Wärme in jeder Form. In Erlangen empfiehlt man zweimal täglich ein warmes Sitzbad. Damit ist eine Heilung bzw. Besserung in mehr als 40 Prozent zu erreichen. Eine wirksame medikamentöse Behandlung ist bisher nicht bekannt.

Referent:

Dr. med. E. Weber, Behnhofstraße 21, 8581 Creußen

Fakultät

München — Universität

Professor Dr. med. Jürgen Schrader, Physiologisches Institut, hat einen Ruf auf den Lehrstuhl Physiologie I der Universität Düsseldorf angenommen.

München — Technische Universität

Professor Dr. med. Peter Emmrich, bisher Leiter des Schwerpunktes pädiatrische Intensivmedizin und Neonatologie der Universität Mainz, wurde zum Ordinarius für Kinderheilkunde ernannt.

Professor Dr. med. Peter Bottermann, Extraordinarius an der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik, wurde bis auf weiteres mit der kommissarischen Wahrnehmung der Stelle eines Professors für Innere Medizin II (Lehrstuhl) beauftragt.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeichnung Privatdozent verbunden): Dr. med. habil. Hubert Hofmann für Präventivmedizin und Epidemiologie; Dr. med. habil. Helmut Lindner für Radiologie; Dr. med. habil. Werner L. Mang für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde; Dr. med. habil. Jost Heinsius von Mayenburg für Dermatologie und Allergologie; Dr. med. habil. Margit Siegle für Zahnheilkunde und Oralchirurgie.

Der akademische Grad eines Dr. med. habil. wurde verliehen, nachdem in einem ordnungsgemäßen Habilitationsverfahren die Lehrbefähigung festgestellt wurde: Dr. med. Michael Korth für Pharmakologie und Toxikologie; Dr. rer. nat., Dr. med. Otmar Lauer für Nuklearmedizin; Dr. med. Ludwig Schmid für Nuklearmedizin.

Dr. med. habil. Michael Korth, Institut für Pharmakologie und Toxikologie, wurde zum Akademischen Rat z.A. ernannt.



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Blutungen

Der Notfall: Akute Hautblutungen beim Kind

bearbeitet von Professor Dr. F. C. Sitzmann, Homburg/Saar

Symptomatik:

Je nach Ursache (siehe Differentialdiagnose) kleine, stecknadelkopfgroße (Petechien) bis ausgedehnte unregelmäßig begrenzte flächenförmige Blutungen (Suffusionen), die bis in das tiefer liegende Gewebe reichen können, dann aber weniger ausgedehnt sind (Sugillationen). Sie können sogar die Morphe von „Leichenflecken“ in den abhängigen Partien annehmen.

Frische Blutungen sind im Zentrum blaurot, ältere Blutungen am Rande schon gelbgrün. Bei Austritt größerer Blutmengen (Hämatome) kann Haut über dem Herd spannen und schmerzhaft sein.

Je nach Ursache (ob lokale oder generalisierte Blutungsneigung) ist das Kind entweder kaum beeinträchtigt oder macht einen schwerkranken Eindruck mit Bewußtseinstörung (bei Meningokokken-Sepsis) und septisch-toxischen Schockzeichen. Die Blutungen sind meist unregelmäßig und über den ganzen Körper verstreut oder auf eine Stelle lokalisiert (lokale Gewalteinwirkung, Brillenhämatom, Hämatom über Frakturstellen, aber auch auf die Streckseiten der Beine bei Purpura Schönlein-Henoch beschränkt).

Anamnese:

Einwirkung eines Traumas (Unfall, Sturz, Schlägerei: wird von Kindern aus Angst nicht immer angegeben). Blutungsneigung bekannt? (bei Knaben Hämophilie?)

Vorerkrankungen: Infektiös-toxische Purpura bei Masern, Scharlach, Diphtherie, schweren Varizellen, Meningokokkenmeningitis, -Sepsis. Medikamentenanamnese: z. B. Pyrazolon, Nitrofurantoin, Sulfonamide.

Blutungen bei bekannten malignen Systemerkrankungen. Intoxikationen (anamnestisch schwierig zu eruieren!). Hg-Präparate, Schlangengift, Benzol, Terpentin, Tetrachlorkohlenstoff, Hexachlorbenzol, Tranquilizer, Antikonvulsiva.

Sofortdiagnostik:

Rumpel-Leede-Versuch bei Koagulopathie negativ, bei Vasopathie und Thrombozytenstörung positiv. Blutungszeit: bei Koagulopathie und Vasopathie normal, bei Thrombozytenstörung verlängert. Leukozyten zählen, Hb- und Hk-Bestimmung, Blutdruckmessung, Fieber messen, meningitische Zeichen prüfen, Bewußtseinslage sowie Verteilungsmuster der Hautblutungen beurteilen.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Auffüllen des Kreislaufs bei Schocksymptomatik mit *Haemaccel*® oder *Rheomacrodex*®, *Prednisolon* 3 mg/kg KG i. v. Bei Verdacht auf Meningokokkensepsis: *Penicillin G* 1 Mill. E. i. m.

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

Ausgedehnte Hautblutungen, unabhängig von der Lokalisation, Hautblutungen, Schocksymptomatik und Bewußtseinstrübung, Meningismus und bläulichrote, livide, unterschiedlich große Hautblutungen, die schnell zunehmen, Verdacht auf maligne Systemerkrankung (z. B. Leukose), Verdacht auf Koagulopathie. Jede Hautblutung muß ursächlich geklärt werden!

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Zur Unterscheidung von Koagulopathien, Vasopathien und Thrombozytenstörungen sind neben den obengenannten Suchmethoden ein Gerinnungsstatus, die Thrombozytenzählung sowie ein Thrombozytenfunktionstest erforderlich. Bei geringstem Verdacht auf eine septische Erkrankung sofort Lumbalpunktion. Auch wenn Liquor klar erscheint, sofort zur bakteriologischen Untersuchung geben. Differentialdiagnostisch auch an Purpura fulminans denken, eine akut lebensbedrohliche Erkrankung, die schwerste Verlaufsformen der anaphylactoiden Purpura mit rasch fortschreitenden, großflächigen Hautblutungen, gelegentlich Blasenbildung und Nekrosen, Fieber, Erbrechen, Bewußtseinsstörungen und Schock.

Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig

Künftig auch Gegenstand der Patientenaufklärung

Im Februar dieses Jahres hat der Bundesgerichtshof ein Urteil zur Patientenaufklärung gefällt, dessen schriftliche Begründung nunmehr vorliegt (Bundesgerichtshof vom 1. 2. 1983, Az.: VI ZR 104/81). Die Mehrzahl der Gerichtsentscheidungen zur Aufklärungsproblematik betrifft die Risikoaufklärung des Patienten. In dieser Entscheidung geht es jedoch um einen anderen, nicht minder bedeutsamen Aspekt: Die Aufklärung durch den eine stationäre Behandlung empfehlenden (einweisenden) Arzt über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bzw. über die alternative Möglichkeit einer ambulanten Behandlung.

Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Der Kläger, ein Privatpatient, suchte den Beklagten, Chefarzt der Inneren Abteilung eines Krankenhauses, zunächst zum Zwecke der ambulanten Behandlung seiner Beschwerden auf. Der Arzt diagnostizierte eine Hüftgelenksarthrose und wies den Patienten zur stationären Behandlung in das Krankenhaus ein. Dort wurde der Patient sieben Wochen medikamentös und mit Paraphin-Fango-Packungen behandelt, darüber hinaus (trotz normaler Leberwerte) mit Infusionen im Rahmen einer Leberschutztherapie und mit Medikamenten wegen einer vorübergehenden Hypotonie. Die Krankenkasse des Patienten lehnte die Übernahme der stationären Behandlungskosten mit der Begründung ab, die Krankenhausbehandlung sei medizinisch nicht notwendig gewesen. Damit behielt die Krankenkasse auch in einer gerichtlichen Auseinandersetzung mit dem Patienten Recht. Die Klage des Patienten auf Versicherungsleistung wurde rechtskräftig abgewiesen. Daraufhin erhob der Patient Klage gegen den Chefarzt auf Schadenersatz (Ersatz der vom Patienten bezahlten und von der Krankenkasse

nicht erstatteten stationären Pflegekosten und Ersatz der Prozeßkosten aus dem erfolglosen Verfahren des Patienten gegen seine Krankenversicherung). Landgericht und Oberlandesgericht sprachen dem Patienten diesen Schadenersatz zu. Nach den Feststellungen des Oberlandesgerichts hätte der Patient ohne weiteres ambulant behandelt werden können, da das bloße Verabreichen von Medikamenten und Fango-Packungen keinen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht und die Leberschutztherapie weder indiziert noch überhaupt Anlaß für die Einweisung war. Dies hätte der einweisende Chefarzt erkennen und den Patienten entsprechend aufklären müssen. Nachdem er diese Aufklärung unterließ, hat er sich dem Patienten schadenersatzpflichtig gemacht.

Der Bundesgerichtshof bestätigte die Entscheidungen der Vorinstanzen.

Die Gerichte gingen sämtlich davon aus, daß die aus dem Behandlungsvertrag folgende Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten das Für und Wider einer Einweisung in stationäre Behandlung erfassen muß, wenn eine Therapie auch in ambulanter Behandlung sinnvoll und praktikabel erscheint. Nur wenn eine ambulante Behandlung als ernsthafte Alternative nach dem gegenwärtigen Stand der medizinischen Wissenschaft überhaupt nicht in Betracht kommt, darf sich der Arzt ohne weitere Aufklärung des Patienten über die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung auf die Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus beschränken. Denkt der Arzt an eine stationäre Behandlung, genügt es somit nicht, daß er diese für sinnvoll hält. Er hat darüber hinaus zu prüfen, ob sie aus ärztlicher Sicht nicht nur wünschenswert, sondern objektiv notwendig ist. Die Einweisung zur stationären Behandlung mag zwar im Einzelfall nicht unbedingt falsch

sein. Darauf kommt es aber nicht an. Entscheidend ist, ob die stationäre Behandlung unter medizinischen Gesichtspunkten „geboten“ ist.

Diese Überlegungen hat der Arzt nach Auffassung des BGH und der Vorinstanzen gerade im Hinblick darauf anzustellen, daß die Krankenversicherung dem Patienten nur die Kosten einer medizinisch notwendigen Behandlung erstattet. Ist die stationäre Behandlung nicht unbedingt notwendig, insbesondere weil die weniger aufwendige ambulante Behandlung ebenso zum Ziel führen würde, muß der Arzt den Patienten nach Treu und Glauben darauf hinweisen, daß ein von ihm vorgeschlagener Krankenhausaufenthalt möglicherweise von der Krankenversicherung nicht als notwendig anerkannt und die Kosten hierfür nicht übernommen werden.

Eine solche Aufklärung hat der Arzt auch dann vorzunehmen, wenn der Patient von sich aus die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit und der Kostentragung durch die Versicherung nicht anschnidet. Die Aufklärung darf nicht einmal dann unterbleiben, wenn der Patient seine Bereitschaft äußert, sich stationär behandeln zu lassen oder das sogar wünscht. Denn letzteres berührt die medizinische Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts nicht, die der Patient in der Regel nicht zu beurteilen vermag.

Der Arzt kann also sowohl im Bereich der kassen-/vertragsärztlichen Behandlung als auch bei der Privatbehandlung einer Haftung ausgesetzt sein, wenn die von ihm verordnete bzw. empfohlene stationäre Behandlung nicht medizinisch geboten ist. Es sind lediglich die Schadenersatzberechtigten und die Haftungsgrundlagen jeweils andere. Als Kassen- bzw. Vertragsarzt ergibt sich die Haftung nicht aus dem Behandlungsvertrag mit dem Versicherten im Zu-

sammenhang mit einer unterlassenen Aufklärung, sondern unmittelbar gegenüber den Krankenkassen aus der Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 368 e RVO, § 2 Ziffer 2 Arzt-/Ersatzkassenvertrag). Danach darf der Kassen-/Vertragsarzt eine Einweisung zur stationären Behandlung unabhängig davon, ob er dies dem Patienten dargelegt hat oder nicht, schon nicht vornehmen, wenn diese Einweisung nicht notwendig ist. Bei der Privatbehandlung ist hingegen der Patient schadenersatzberechtigt, aber nur dann, wenn der Arzt den Patienten insoweit nicht aufgeklärt hat.

Obwohl sich für den Kassen- bzw. Vertragsarzt die Verantwortlichkeit für die Notwendigkeit einer Einweisung in stationäre Behandlung nicht aus dem Behandlungsvertrag mit dem Versicherten, sondern schon unmittelbar aus der RVO bzw. dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag gegenüber der Krankenkasse ergibt, hat die Entscheidung des Bundesgerichtshofs auch Auswirkungen auf den Kassen-/Vertragsarzt. Denn das Urteil stellt nicht nur auf den Wirtschaftlichkeitsaspekt allein, sondern auch auf die höchstpersönliche Entscheidungsfreiheit des Patienten ab, die im Rahmen der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung in gleicher Weise zum Tragen kommt. Der Bundesgerichtshof weist unter anderem darauf hin, daß die Aufklärung des Patienten über alle ernsthaft in Betracht kommenden Behandlungsalternativen dem Patienten (unabhängig von der Frage der Wirtschaftlichkeit und der Frage der Leistungspflicht der Krankenversicherung) auch ermöglichen soll, eine eigene Entscheidung darüber zu treffen, ob er sich einem in seine körperlichen und seelischen Belange in der Regel viel tiefer einschneidenden Krankenhausaufenthalt unterziehen oder eine ambulante Behandlung vorziehen will.

So sehr man die Überfrachtung der ärztlichen Aufklärung in bezug auf die medizinische Risikoaufklärung durch die Rechtsprechung in den letzten Jahren bedauern muß, diese in eine andere Richtung zielende Entscheidung zur Patientenaufklärung ist jedenfalls sinnvoll mit der sich zunehmend durchsetzenden Erkenntnis „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ zu vereinbaren.

Dr. Gerhard Till, Rechtsanwalt, München

Personalia

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Dr. med. Kalman Szeöke, Hochkalterstraße 4, 8000 München 90, 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. Johanna Kreamsreiter, praktische Ärztin i. R., Auf der Mösle 58 1/3, 8973 Hindelang;

Obermedizinalklinikdirektor Dr. med. Hubert Kroiß, Direktor des Bezirkskrankenhauses Gabersee, 8094 Gabersee;

Dr. med. Reiner Penners, Chefarzt der Kinderheilstätte Aschau, 8213 Aschau;

Professor Dr. med. Julius Ries, ehem. Leiter der Strahlenabteilung der I. Frauenklinik der Universität München, Penzberger Straße 21, 8000 München 70.

Die Bundesregierung hat der Errichtung einer honorarkonsularischen Vertretung der Republik Togo in München zugestimmt und Dr. med. dent., Dr. med. Franz Hochreiter, Mund-Kiefer-Gesichtschirurg, Landwehrstraße 9, 8000 München 2, das Exequatur als Leiter dieser Vertretung im Range eines Honorarkonsuls erteilt.

Privatdozent Dr. med. habil. Bernd H. Belohradsky, wissenschaftlicher Assistent an der Kinderklinik der Universität München im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie für seine Arbeiten über Immunität und Infektion des Neugeborenen der Hugo-Schottmüller-Preis 1982 verliehen.

Privatdozentin Dr. med. habil. Helge Hauck, Oberärztin an der Dermatologischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, wurde in das international besetzte Redaktionskollegium der Zeitschrift „Mykosen“ gewählt.

Professor Dr. med. Paul Hermanek, Vorstand der Abteilung für Klinische Pathologie an der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde zum ordentlichen Mitglied des deutschsprachigen TNM-Komitees gewählt.

Privatdozent Dr. med. habil. Richard Meister, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde für seine Habilitationsarbeit „Die Transplantation des Pankreas – Tierexperimentelle Untersuchungen bei der Ratte unter verschiedenen Belastungsprüfungen des Inselorgans und erste klinische Erfahrungen beim Menschen“ der Dr.-Ludwig-Gebhard-Preis 1982 verliehen.

Dr. med., Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz, Assistenzarzt an der Medizinischen Abteilung des Krankenhauses München-Oberföhring, Oberföhringer Straße 156, 8000 München 81, wurde für seine Dissertation „Entwicklung eines einfachen, rückgekoppelten Insulin-Infusions-Systems und dessen klinische Erprobung“ der Förderpreis der Deutschen Diabetes-Gesellschaft 1983 (zur Hälfte) verliehen.

Privatdozent Dr. med. habil. Gerhard Rettinger, Oberarzt an der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, wurde für die wissenschaftliche Ausstellung „Darstellung von Nerven und Gefäßen des Kleinhirnbrückenwinkels: Ein Vergleich zwischen CT und intraoperativen Befunden“ von der Radiologischen Gesellschaft von Nordamerika mit einem Certificate of Merit ausgezeichnet.

Professor Dr. med. dent., Dr. med. Emil Steinhäuser, Direktor der Klinik für Kieferchirurgie der Universität Erlangen-Nürnberg, Glückstraße 11, 8520 Erlangen, wurde zum korrespondierenden Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Kieferchirurgie und Mundkrankheiten ernannt.

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

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Döhleu, Lkr. Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronech:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mitwitz, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Teuschnitz, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Michelau, Lkr. Lichtenfels:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Rehau, Lkr. Hof/Saale:

1 Augenarzt

Rehau, Lkr. Hof/Seele:

1 Frauenarzt

Coburg:

1 HNO-Arzt

Beyreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Wunsiedel:

1 Hautarzt

Mönchberg, Lkr. Hof/Seele:

1 Internist

Naunertel bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Saale:

1 Lungenarzt oder Internist mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 2921.

Mittelfranken

Fürth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Stein b. Nürnberg, Lkr. Fürth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg-Reichelehdorf/Mühlhof/ Krottenbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Südfriedhof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-St. Johannis:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Planungsbereich Ansbach, Lkr. Ansbach/Ansbach:

1 Augenarzt

Planungsbereich Gunzenhausen, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen/ Gunzenhausen:

1 Augenarzt

Planungsbereich Neustadt e. d. Aisch, Lkr. Naustadt a. d. Aisch — Bed Windshelm:

1 Frauenarzt

Planungsbereich Weißenburg, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen/ Treuchtlingen:

1 Frauenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Planungsbereich Ansbach, Lkr. Ansbach/Dinkelsbühl:

1 Heutarzt

Planungsbereich Weißenburg-Gunzen- hausen, Lkr. Weißenburg-Gunzen- hausen/Gunzenhausen:

1 Hautarzt

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

24. September 1983

26. November 1983

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

Beginn: jeweils 9.00 Uhr — Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-788, Frau Klockow, zu richten bis 16. September und 18. November 1983.

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

**Planungsbereich Ansbach,
Lkr. Ansbach:**
1 Nervenarzt

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

Unterfranken

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

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

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

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

Gemünden, Lkr. Main-Spessart:
1 Augenarzt

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

Stadt Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

**Karlstadt oder Markthaidenfeld,
Lkr. Main-Spessart:**
1 HNO-Arzt

Eisenfeld, Lkr. Miltenberg:
1 Hautarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Eisenfeld, Lkr. Miltenberg:
1 Internist

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

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Bad Kissingen, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

Ebern, Lkr. Haßbarga:
1 Kinderarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Narvarnarzt

Haßfurt, Lkr. Haßbarga:
1 Narvarnarzt

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

Oberpfalz

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

Kötzting, Lkr. Cham:
1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:
1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Lkr. Tirschenreuth:
1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Cham:
1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Stadt Weiden:
1 Hautarzt

Furth i. Wald, Lkr. Cham:
1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Cham:
1 Kinderarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Kinderarzt

Vohanstrauß, Lkr. Naustadt/WN:
1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Narvarnarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstella Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 20 02-0.

Niederbayern

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenarzt

Regan oder Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Lkr. Rottal-Inn:
1 Hautarzt

Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Narvarnarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstella Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 421) 2 30 61.

Schwaben

Gersthofen, Lkr. Augsburg:
1 Kinderarzt

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

Hautschäden · Hämorrhoiden · Entzündungen

Gelum-L Salbe

Dermatologikum

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

Zusammensetzung: Kalium-Dianthol (III)-triphosphat-Dikalium-Eisen (III)-citrat-Komplex-poly-Citronensäureglycerinester 78,8 g, Urea pura 5,0 g, Eucerinum anhydricum 15,0 g, Lanolin 5,2 g, **Indikationen:** Mastiden, Pyodermiten, Milchschorf, Dermatitis seborrhoica, Sonnenbrand, Verbrennungen, Infektion der Haut, Berufsexzeme. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Wirkweise:** Nicht in offene Wunden bringen! **Handelsformate:** Tube mit 50 g DM 6,57, Tube mit 100 g DM 15,79, Kittpackungen mit 250 g und 1000 g.

Gelum-Supp

Antivarikosum

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

Zusammensetzung: Kalium-Dianthol (III)-triphosphat-Dikalium-Eisen (III)-citrat-Komplex 0,14 g, p-Hydroxybenzoesäuremethylster 0,004 g, p-Amino-benzoesäureethylester 0,04 g, Suppos. Masse ad 2,0 g. **Indikationen:** Innere und äußere Hämorrhoiden, bei sitzenden Entzündungen des Analbereichs und des Unterbaues, Prostatitis. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Handelsformate:** OP mit 10 Suppositorien DM 8,07, OP mit 40 Suppositorien DM 27,39, Kittpackung.

Gelum-S Gal

Antiphlogistikum

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

Zusammensetzung: Kalium-Dianthol (III)-triphosphat-Dikalium-Eisen (III)-citrat-Komplex-poly-Citronensäureglycerinester o. Aque 94,8 g, fettfreie Emulsion ad 100,0 g. **Indikationen:** Arterioskler., entzündliche Gelenk-Verletzungen, Verstauchungen, Blutergüsse, Verbrennungen. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Wirkweise:** Nicht in offene Wunden bringen! **Handelsformate:** 50 g DM 8,55, 100 g DM 15,79, Kittpackungen mit 250 und 1000 g.

DRELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hesselch-Oldendorf 1

Depositor für Deutschland: Magister DOSKAR Bee, m. b. H., Weihenstephan 54, A-1100 WIEN

Sparpolitik

Die Hauptlast der Konsolidierungspolitik hat die Sozialpolitik zu tragen. Das wer zu erwarten. Die Einschnitte in des soziale Netz sind aber wohl noch tiefer ausgefallen, als viele zuvor angenommen hatten. Dennoch hat es keinen allgemeinen Sturm der Entrüstung gegeben. Die Bürger fügen sich ins Unvermeidliche. Hinzu kommt, daß Blüm die Sparpolitik offensiv vertritt und den Eindruck zu vermitteln vermag, daß er getroffen werden, und daß es beim Sparen keine Privilegien gibt. Die Opposition spricht zwar vom „Koputtsparen“. Aber diese Kritik scheint bislang nicht anzukommen, weil die Bürger noch nicht vergessen haben, wer für die Schuldenpolitik der Vergangenheit verantwortlich ist. Auch wird nicht sichtbar, welche Alternative die SPD zu bieten hat. Es überzeugt nicht, die Krise mit höheren Abgaben und noch höheren Schulden meistern zu wollen.

Blüm kommt zugute, daß er sich in der Rentenpolitik offensichtlich gegen den Kurs von Lambsdorff und Stoltenberg durchzusetzen vermag. Wenn die Zeichen nicht täuschen, so wird es keine weitere Verschiebung der Rentenerhöhung im nächsten Jahr geben. Die endgültige Entscheidung wird treilich erst fallen. Aber die Zeit erbeitet für Blüm, auch wenn jeder zusätzliche Sparvorschlag den Eindruck verstärkt, daß das Sparziel nur mit List und Tücke zu erreichen ist und am Ende aus dem Konsolidierungsgesetz ein Flickenteppich wird. Da hätte man sich mehr Konsequenz gewünscht. Dennoch ist der politische Mut des Ministers bewundernswert. Er steuert zur Sanierung des Bundeshaushalts 4,2 Milliarden DM bei und verbessert die Rentenbilanz für 1984 um annähernd 5,5 Milliarden DM. Bei aller Kritik an einzelnen Maßnahmen wird man Blüm den Respekt für seine Bereitschaft, diese Konsolidierungspolitik politisch mitzutragen und zu vertreten, nicht versagen können.

Bei dieser Dimension der Sparpolitik kann es nicht überreschen, daß auch die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen wird. Mit Recht wird dies als eine Fortsetzung der Verschiebepolitik empfunden, auch wenn Blüm glaubt, jede einzelne Maßnahme systemgerecht begründen zu können. So ist vorgesehen,

die Krankenversicherung mit den Tbc-Maßnahmen zu belasten; bislang kam dafür die Rentenversicherung auf. Niemand wird bestreiten können, daß Tbc-Heilmaßnahmen in den Leistungskatalog der Krankenkassen passen. Aber gespart wird durch die Verlagerung der Ausgaben von 270 Millionen DM zur Krankenversicherung nichts.

Auch stellt die Einbeziehung der Knappschafts-Rentner in den Belastungsausgleich der Rentner-Krankenversicherung keine Konsolidierungsmaßnahme dar. Gespart wird nämlich nichts. Die Krankenkassen haben Ausgaben des Bundes zu übernehmen, insgesamt fast 900 Millionen DM. Sicherlich war es systemgerecht, daß der Bund die „alte Last“ der Knappschaft finanzierte. Da es jedoch seit einigen Jahren den Finanzausgleich in der Rentner-Krankenversicherung gibt, ist es auch nicht systemwidrig, die Knappschafts-Rentner dort einzubeziehen. Wie immer man diese Verschlebung aus der Sicht des Krankenversicherungssystems auch bewerten mag: es bleibt die unerfreuliche Tatsache, daß sich die Erfolge der Sparpolitik der Ärzte im letzten Jahr nicht in deutlichen Beitragssenkungen niederschlugen. Die Krankenversicherung wird auch von der vorgesehenen Aktualisierung der Renteneinpassung belastet. Was verbirgt sich hinter diesem Begriff? Die Renten folgen heute den Löhnen und Gehältern der Versicherten im Abstand von mehr als drei Jahren. Durch die Aktualisierung soll dieser Abstand verringert werden. So soll sich die Rentenerhöhung zum 1. Juli 1984 nach der Einkommensentwicklung in 1983 richten. Der Anpassungssatz verringert sich dadurch von 5 auf etwa 3,4 Prozent. Das schlägt auch auf die Krankenversicherung durch, weil sich die Beiträge zur Rentner-Krankenversicherung nach der Höhe der Rente bzw. nach den Renteneinpassungen richten. Das dürfte mit etwa 140 Millionen DM zu Buch schlagen. Auch wenn hier eine Belastung der Krankenversicherung entsteht, so stellt die Aktualisierung doch einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung des Rentensystems und damit der gesamten Sozialversicherung dar.

Kritischer ist die Beitragsbelastung des Krankengeldes zu bewerten. Für das

Krankengeld sollen von 1984 an Beiträge an die Renten- und an die Arbeitslosenversicherung abgeführt werden. Wenn tatsächlich auf Dauer alle Sozialleistungen, die an die Stelle von Löhnen und Gehältern treten, der Beitragspflicht unterworfen würden, so ließe sich die angestrebte Beitragspflicht wohl begründen. Allerdings wird man tragen müssen, ob es wirklich sinnvoll ist, Milliarden-Beträge in der Form von Beiträgen zwischen den Sozialsystemen hin- und herzuschieben. Die Belastung des Krankengeldes hat ohne Zweifel einen Konsolidierungseffekt, da das Krankengeld indirekt um 11,55 Prozent gekürzt wird. Es beträgt derzeit in der Regel 100 Prozent des letzten Nettoentgelts, was eindeutig zu viel ist. Der Satz von 11,55 setzt sich aus dem Arbeitnehmerbeitrag zur Arbeitslosenversicherung in Höhe von 2,3 Prozent und aus dem Arbeitnehmeranteil zur Rentenversicherung von 9,25 Prozent zusammen. Die Krankenkasse hat die andere Beitragshälfte zu tragen, was mit 550 Millionen DM zu Buche schlägt.

Die Belastungen für die Krankenkassen summieren sich auf annähernd 1,9 Milliarden DM. Dem stehen allerdings auch tühlbare Entlastungen gegenüber. So hat die Bundesregierung beschlossen, Sonderzahlungen, wie 13. Gehälter, Urlaubsgelder und Rentzeiten, voll in die Beitragspflicht einzubeziehen. Die Beitragsleistung wird bislang noch durch die monetäre Beitragsbemessungsgrenze beschnitten. Das Arbeitsministerium schätzt, daß sich durch die gleichmäßige rechnerische Verteilung der Sonderzahlungen auf das ganze Jahr bei den Krankenkassen Mehreinnahmen von 1,3 Milliarden DM ergeben. Damit schließt die Gesamtbilanz für die Krankenversicherung mit einem Minus von 600 Millionen DM. Die Hoffnung auf kräftige Beitragssenkungen wird man wohl beerdigen können.

Für die Ärzte dürfte auch von Interesse sein, daß die gesamtwirtschaftlichen Daten korrigiert worden sind. Für 1983 wird nun mit einem Anstieg der Bruttolohn- und -gehaltssumme von 3,4 (bisher 3,5) Prozent, für 1984 von 3,8 (bisher 4) Prozent und für die Jahre danach von 4,6 (bisher 5,2) Prozent gerechnet. Die Arbeitslosenzahl wird auch 1984 noch einmal steigen, und zwar auf etwa 2,5 Millionen. Bis 1987 wird dann ein Rückgang der Arbeitslosenzahl auf 2,3 Millionen erwartet. Diese Daten dürften wohl auch die ärztliche Einkommenspolitik berühren. Mit einer Entspannung des sozialen Klimas ist jedenfalls mittelfristig kaum zu rechnen.

bonn-mot

Protestwelle gegen „Maulkorberlaß“

Völlig undremetisch hatte sich zunächst der erste Ekiel in der neuen Legislaturperiode des Landtags vorbereitet: In der letzten Märzwoche erschien im „Bayerischen Staatsanzeiger“ eine gemeinsame Bekanntmachung der Staatskanzlei und sämtlicher Ministerien über die Grenzen für die politische Tätigkeit von Beamten und Richtern, die am 1. Mai in Kraft trat. Keum veröffentlicht, hette sie euch schon eis „Maulkorberlaß“ ihren Namen weg und führte eis vorläufigem Höhepunkt zum ersten handfesten Krach zwischen Regierung und Opposition im Maximilianeum. Dort ließ die CSU eis Reaktion euf beißende Kritik der SPD-Opposition eine Sitzung des Verfassungsausschusses pletzen. Schon gleich nach ihrer Veröffentlichung hatte die Bekanntmachung über die politische Betätigung von Beamten und Richtern eine breite Protestwelle euseigöst, der sich auch der sonst der CSU nehestehende Verbandsvertreter nicht verschlossen.

Die neue Vorschrift legte nämlich fest, daß Beamte und Richter „bei einer Betätigung im öffentlichen Leben bzw. bei politischer Betätigung Mäßigung und Zurückhaltung zu wahren haben“. Nach Artikel 64 des Bayerischen Beamtengesetzes ergebe sich, daß Staatsdiener bei der Ausübung ihrer dienstlichen Tätigkeit den eilgemeinen Richtlinien ihrer Vorgesetzten zu folgen haben. Sie seien verpflichtet, die Entscheidungen der Regierung im Rahmen ihrer dienstlichen Tätigkeit zu unterstützen und zu fördern, sowie eies zu unterlassen, was die Durchführung dieser Entscheidungen behindert. Außerhalb des Dienstes haben die Beamten nach Artikel 63 des Gesetzes bei politischer Betätigung diejenige Mäßigung und Zurückhaltung zu wahren, die sich aus ihrer Stellung gegenüber der Allgemeinheit und aus der Rücksicht euf die Pflichten ihres Amtes ergibt. Eine Tätigkeit im öffentlichen und politischen Leben dürfe das Vertrauen des Bürgers in die objektive und neutrale Amtsführung eines Beamten oder Richters nicht gefährden. Der Grad dieser Anforderungen sei weiterhin von örtlichen und persönlichen Verhältnissen, etwe des Beliebtheitsgrades, eabhängig. Unvereinbar sei eber eine Kritik an Verfassungsorganen „in gehässiger, eigitatorischer und aufhetzender Weise“.

Kontroversen um das Ausmaß der politischen Betätigung von Beamten sind in

Beyern nichts Neues. Ende 1981 war es darüber bereits zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen Kultusminister Hans Maier und dem Präsidenten des Bayerischen Lehrer- und Lehrerinnenverbandes (BLLV), Wilhelm Ebert, gekommen. Die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) setzte bei einem eanderen Aniaß vor dem Verwaltungsgericht München das Recht eines Lehrers durch, in gewerkschaftlicher Funktion seinen Dienstherrn hart, nachdrücklich und sogar ironisch, spöttisch und polemisch kritisieren zu können.

Vor dem Landtagsausschuß für den öffentlichen Dienst erläuterte dann der für des Beamtenrecht zuständige Finanzminister Max Streibl den Hintergrund der Bekanntmachung, die auch das Beamtenverhalten bei der Mitarbeit in Bürgerinitiativen regeln soll. Dabei gelte die Pflicht, „sich im Rahmen einer derartigen Betätigung von Kräften zu distanzieren, die Ziele verfolgen, die mit der freiheitlichen demokratischen Grundordnung nicht vereinbar sind“. So verstießen Zweckbündnisse mit verfassungsfeindlichen Kräften gegen die beamtenrechtliche Treuepflicht. Als Beispiel verwies Streibl auf die Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit der Startbahn West des Frankfurter Flughafens und auf Vorkommnisse beim Protest gegen die geplante Wiederaufbereitungsanlage bei Schwandorf in der Oberpfalz. Wegen der Nehrüstungsdebatte schloß Streibl euch für den Herbst weitere Demonstrationen nicht aus. All dies sei Aniaß genug, die Beamtenschaft en ihre Pflichten zu erinnern, meinte der Minister, der in der Bekanntmachung nur eine infomation über die Rechtslage sah: Niemand wolle die Beamten einschüchtern, in ihren Rechten beschränken oder in die Koeitionsfreiheit eingreifen. Mäßigung und Zurückhaltung zählten jedoch zum „althergebrechten Strukturprinzip des Berufsbeamten“. Die Beamten dienten nicht einer Partei, sondern dem ganzen Volke.

Demgegenüber befürchtete gleich nach der Veröffentlichung die SPD, daß die Bekanntmachung „nichts anderes eis eine Ausweitung des Redikeleneriesses“ sei, de „damit bayerische Beamte wegen bloßer Kritik en der Obrigkeit mit disziplinerischen Maßnahmen rechnen müssen“. Die F.D.P. ließ erklären, die neuen Vorschriften seien ein „Versuch, mißliebigen Beamten einen noch schärferen Maulkorb umzuhängen und sie

noch weiter im Sinne der CSU-Regierung zu disziplinieren“. Auch der DGB-Landesbezirk meinte, daß die Bekanntmachung weit über eine zuiässige interpretation beamtenrechtlicher Vorschriften hinausginge und sah die Gefahr einer Verunsicherung, weil die Vorgesetzten zu Bewertungen gezwungen seien, für die ein objektiver Maßstab fehle. Nach Ansicht der Gewerkschaft DAG würden die Richtlinien „im Ergebnis jedes kritisch wache Verhalten bereits im Keime ersticken und die Beamten und Richter auf eine der Staatsregierung und der sie tragenden politischen Parteien genehme Haltung verpflichten“. Der BLLV sah einen krassen Gegensatz zwischen neuer Vorschrift und dem Anspruch auf einen „mündigen Beamten“. Nichts habe der Demokratie bisher mehr geschadet eis eine „ängstliche, unkritische, obrigkeitshörige und entmündigte Beamtenschaft“. Der Bayerische Richterverein schrieb Minister Streibl, die Richtlinien seien für die Richter „unbeachtlich“, soweit sie in ihre sachliche und persönliche Unabhängigkeit, wie sie das Grundgesetz umschreibt, eingreifen. Werner Gebhard schließlich, Vorsitzender des Bayerischen Beamtenbundes, seh gegenüber Streibl keinen Aniaß für die Bekanntmachung, sondern verstend sie eis „Einschüchterungsversuch“, weil bei den Beamten der Eindruck entstehe, es werde damit ein neues Recht geschaffen.

Alle Versuche, daß die Staatsregierung die umstrittene Bekanntmachung zurücknimmt, sind jedoch gescheitert. Staatsminister Streibl, der zwar nicht eis ihr Urheber gilt — dem Vernehmen nach initilierte sie Justizminister August Lang —, verteidigte sie mit Vehemenz, unterstützt vom Ausschußvorsitzenden des öffentlichen Dienstes Wilhelm Gastinger (CSU), der meinte: „Es käme einer Entmündigung des Staates gleich, wenn er einigen mit lebenslangen Anstellungsgarantien und Pensionsansprüchen eugestetteten Beamten gestatten würde, Kritik an Verfassungsorganen in gehässiger, agitatorischer und aufhetzender Weise zu üben.“ So brachte die Sitzung des anschließend tagenden Verfassungsausschusses euber dem Auszug der CSU-Abgeordneten eis Protest gegen die SPD-Kritik euch kein neues Ergebnis. Wie die Dinge liegen, werden nun die Gerichte entscheiden müssen: Ein Füsener Amtsrichter het inzwischen beim Verwaltungsgericht Augsburg Klage gegen den Freistaat Bayern erhoben. Ähnlich will die GEW vorgehen. Eines ihrer Mitglieder beauftragte einen Rechtsanwalt, mit juristischen Mitteln den Beamtenerlaß zu Fall zu bringen.

Micheel Gscheidle

Jahrestreffen der Landesgruppe in Berching

am 19./20. März 1983

Berching, das „Kleinod des Mittelalters“, ist uns deshalb bedeutsam, weil unser unvergessener Freund *Dr. Heinz Schauwecker* dort gewirkt hat und dort begraben ist. Am Sonntag haben wir vor der Lesung sein Grab besucht.

Bei der Ankunft erklärte uns die Besitzerin des Hotels zur Post, sie habe es wegen der Ausnahme von vier Omnibussen gewagt, uns für das Abendessen und die Übernachtung im Gestüt „Blaue Traube“ unterzubringen, dessen Zimmer erst vor kurzem modernisiert worden seien. Wir würden sicher zufrieden sein, was euch zutref. Für die Lesungen stand uns der schöne Tagungsraum der Post zur Verfügung.

Teilnehmer: LGr-Vorsitzender cfr. Professor Schmid mit Gattin, csr. Bednara, csr. Rauch, die Ehepaare Reger, Rottler, Schuhmann, Simon, Teischinger und Stetter und als Gast Frau Herold. Entschuldigt hatten sich csr. Leyer, cfr. Paschke und cfr. Steinmetz.

Bei der Jahresversammlung wurde zu Beginn mit ehrenden Worten des Todes von csr. *Erika Hammann* gedacht, die im Alter von 83 Jahren am 11. Februar an den Spätfolgen eines Verkehrsunfalles verstorben war.

Cfr. Weiß, Bayreuth, konnte am 28. Januar seinen 60. Geburtstag feiern. Ad multos annos!

Aus dem Bericht des Sekretärs: in diesem Jahr stehen zwei wichtige Lesungen an:

1. Vom 22. bis 25. September führt unser cfr. Max Josef Zilch in Regensburg das VIII. Kumpfmühler Symposium durch. Diese Symposien haben einen ausgezeichneten Ruf wegen bedeutender Referenten aus Medizin, Theologie, Philosophie, anderen Wissenschaften und Kunst. Der Besuch des ganzen Symposiums kann nur wärmstens empfohlen werden. Es wird auch in Ärzteblättern angekündigt. Adresse von cfr. Zilch: Kerthäuser Straße 14, 8400 Regensburg. Thema: „Heilende Dienste und heilsame Kräfte“. Cfr. Zilch hat zum gleichen Thema die Landesgruppe zu einer Lesung eingeladen im Rahmen einer Matinee, die im Dollingersaal des Alten Rathauses am Sonntag, den 25. September, 9.30 Uhr, beginnt.

2. Am 7. Dezember, 16.00 Uhr, findet im Ärztehaus Bayern in München auf Einladung von Herrn Präsident Professor Sewering die 6. Adventslesung statt. Motto: „Heile Welt?“

Einsendungen von Beiträgen erbeten an Dr. Erwin Stetter, Wichern-

straße 7, 8450 Amberg, für Regensburg bis 1. August, für München bis 1. Oktober. Es bestand Einverständnis, daß in Zukunft alles ausgesondert werden soll, was nicht voll zum Thema paßt. Ferner sollen Kurzgeschichten nur enggenommen werden, wenn sie im allgemeinen nicht mehr als eine maschinengeschriebene Seite (in ganz besonderen Ausnahmefällen höchstens zwei) umfassen, d. h., also nicht länger als drei Minuten im Vortrag dauern. Bei längeren Kurzgeschichten, die oftmals literarisch besonders wertvoll sein können, fühlen sich viele Zuhörer überfordert. Wie bisher Vorauswahl durch Sekretär, endgültige Auswahl der Beiträge durch den Vorsitzenden.

Nach eingehendem Bericht über Kassenlage und seit 16. Mai 1978 eingegangene Spenden wurde gewünscht, das Sonderkonto noch einmal bekanntzugeben: Postscheckamt Nürnberg, Sonderkonto Dr. Stetter, 178876/856.

Nach der Jahresversammlung (sowie am Sonntagvormittag) wurde unter der Leitung von cfr. Professor Schmid in lockerer Form gelesen. Öfters entzündete sich eine rege Debatte. Einige Bemerkungen und Beispiele: Professor Schmid las u. a. sozialkritische Gedichte, die oft zum Schmunzeln anregten, so z. B.: „Bundesdeutsches Märchen – die Leiden der jungen Wörter“, „Pawlows späte Hunde“ und „Memoiren eines Säuglings“

Maria Bednara schreibt „in statu nascendi“ einen dritten Lyrikband. Aus den „Gesprächen mit Gott“ eine Probe:

Depressionen,
psychische und nervöse
Störungen, Migräne.

Vegetativ stabilisierend,
frei von Nebenwirkungen.



HYPERFORAT®

Zusammensetzung: Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb. Hyperici perf. 100 g stand. auf 0,2 mg Hypericin pro ml. Dragées: 1 Dragée à 0,5 g enthält: Extr. sicc. Herb. Hyperici perf. 40 mg, stand. auf 0,5 mg Hypericin, Vit. B-Komplex 1 mg. Ampullen: 1 Ampulle à 1 ml enthält: Extr. fl. aquos. Herb. Hyperici perf., stand. auf 0,5 mg Hypericin pro ml.

Kontraindikationen: Photosensibilisierung.

Dosierung: Tropfen: 2–3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen. Dragées: 2–3 x täglich 1–2 Dragées vor dem Essen einnehmen. Ampullen: täglich 1–2 ml i.m. (tief intragluteal) oder langsam i.v. injizieren. Zur Beachtung: Bei Kindern entsprechend geringer dosieren. Die letzte tägliche Einnahme möglichst vor dem Abend. Häufig ist eine einschleichende Dosierung besonders wirksam.

Handelsformen und Preise incl. MWST: Tropfen: 30 ml DM 8,68; 50 ml DM 13,46; 100 ml DM 22,72. Dragées: 30 Stück DM 6,96; 100 Stück DM 17,76. Ampullen: 5 x 1 ml DM 10,48; 10 x 1 ml DM 18,98.



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

Dort wollte ich
ein Lied Dir singen,
verhelten
und unendlich laut –
dort wollte ich
in Deine Ewigkeiten
dringen
bis an die Grenzen,
die Dein Dasein baut –
dort wärst Du mir
begegnet
so abgemessen
wie Du wirklich bist –
ich hätte Dich
in meine Hand genommen
und stumm geküßt.

Ingeborg Rauch las u. a. die Kurzgeschichte eines Traums, in dem sie sich als großartige Pianistin erlebt. Eine Gedichtprobe:

Blaue Blüten über mir,
ich greif und erreich euch nicht
Mein Sehnen steige hoch empor
bring euren Duft zu mir hereb.

Wilhelm Reger brachte u. a. „Das Gewitter“ – Apokalypse en miniature – und Betrachtungen aus aristotelischer Sicht zur Evolution der Seele: Wenn Schönheit das Gefühl ergreift, die Seele hin zur Liebe reift.

Aus *Alfred Rottlers* lyrischen Vorträgen:

Wes mich betrifft,
wes Dich betrifft:
Urkundenschrift!
Noch eine Unterschrift
zur Niederschrift,
bis hin zum Überdruß.
Dann ganz am Schluß
fällt aus der Hand der Stift;
was Dich betrifft –
was mich betrifft?

Dort oben der Stern
wird noch nächstes Jahr dastehn.
Wer wüßte nicht gern,
ob wir ihn dann nochmal sehn.

Für *Andreas Schumann* war von besonderer Bedeutung seine Lesung „Verlorener Mythos“: eine Reflexion über den Verlust des Zauberhaften, des Geheimnisvollen im Leben durch die Entzauberung, wie sie die analytische Vernunft des Cartesianismus im Gefolge hatte. Das Leben ist dadurch ärmer, nüchterner, wenn auch transparenter geworden. Ist im modernen neoromantischen Denken eine Wende zu erwarten? Wäre im Sinne der Teilhabe am Ganzen der Mythos wieder einführbar ins menschliche Denken?

Klaus H. Simon las u. a. eine Moritat „10 Metamorphosen nebst Geboten“ von 1945 über die Wechselfälle,

denen das Individuum in Diktatur, Krieg und „Befreiung“ ausgesetzt ist – und wie sie noch heute von Kampuchea bis Salvador auftreten; außerdem berufspolitische Limericks, Nonsense-Verse und ein Mundertsonett über bayerische Bäume und Bonner Sachzwänge.

Aus *Robert Teischingers* vielen humorvollen Gedichten eine Probe:

Ein Dichter lechzte nach Erfolg
Er wollt' erfolgreich leben
Warf seine Bücher unter's Volk
Doch alles ging daneben.
Er wurd' belächelt und beschimpft
Da – plötzlich kam die Wende:
Er wurde mit Erfolg gelmpft
Und blieb es bis zum Ende.

Erwin Stetter las neben einem satirischen „Super“-Stabreimgedicht u. a. „Die heile Welt“ und „Am Gartentisch“. Daraus eine Probe:

Manchmal denk ich ganz bekloffen:
Wenn Du nicht mehr denken sollst,
Muß man Dich vorher erschlagen –
Oder Du mußt abschalten und schlafen.
Richtig, dazu ist es jetzt höchste Zeit.
Ob sie dann allerdings ruhen,
die unheimlich braven
Gehirnzellen oder zum Träumen nützen
die Gelegenheit?
Mir ist es gleich, ich pfleg jetzt der Ruh.
Auf einmal schmunzelnd ich lache:
Ich schließ jetzt entspannt
meine Augen zu –
Was die Gehirnzellen machen,
ist ihre Seche.

Am Samstagabend blieben wir nach dem Abendessen gleich im Nebenzimmer der Traube. Auf cfr. Rottlers Anregung hin berichtete jedes Mitglied kurz über seine gegenwärtigen Arbeiten. Wer wäre besser geeignet gewesen, die fröhliche Runde mit

einer ganzen Anzahl seiner Gedichte zu unterhalten als cfr. Teischinger? Das Ehepaar Stetter spielte noch eine neue Valentinade.

Bei diesem Treffen wurden auch Proben aus dem Liederschaffen des Würzburger Allgemeinartzes *Dr. Wolfgang Ulrich* mittels eines extra dazu aufgenommenen Tonbandes gebracht, besungen von Frau Erika Schindelin, am Klavier der Komponist. Ulrich hat bei einer Gestaltung von weit über 250 Liedern auch solche von Ärzteschriftstellern vertont (Carossa, Paschke, Roßmüller, Schmid, Stetter).

Aus einem Zeitungsbericht über einen seiner fünf Würzburger Liederabende – „Eichendorff-Liederabend begeisterte das Publikum“: „Der Liebhaberkomponist ist Autodidakt, der seine Liedschöpfungen mit tiefer innerer Empfindung, einem unvergleichlichen musikantischem Kunstsinn und einem idealistischen Fleiß im neoromantischen Stil schreibt.“ Auch der Rundfunk brachte bereits Liedsendungen von ihm.

Das Berchinger Jahrestreffen verlief sehr harmonisch. Man trennte sich am Ende im guten Bewußtsein, schöne und gewinnbringende Stunden im Kreise gleichgesinnter musischer Menschen verbracht zu haben. Dem Landesvorsitzenden cfr. Professor Schmid gebührt für seine einfühlsame und souveräne Leitung der Tagung der Dank aller Teilnehmer.

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

Dichterlesung

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

am 7. Dezember 1983

16.00 Uhr – Ärztehaus Bayern, München

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

„Heile Welt?“

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

Kongresse

12. Onkologisches Seminar für niedergelassene Ärzte

am 27. Juli 1983 in München

Veranstalter: Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns) gemeinsam mit dem Tumorzentrum München

Thema: Besprechung onkologischer Erkrankungen – Patientenvorstellung mit ärztlichem Konsil

Beginn: 19.30 Uhr s. f. – Ende: 21.30 Uhr

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

Auskunft:

Privatdozent Dr. R. Hartenstein, Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 7095-1

11. Internationaler und interdisziplinärer Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie

vom 18. bis 25. August 1983 in Brixen

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie, Internationales Grünes Kreuz in Genf, Stiftung für das behinderte Kind, gemeinsam mit der „Aktion Sonnenschein – Hilfe für das mehrfach behinderte Kind“ e. V.

Leitung: Professor Dr. Th. Hellbrügge, München, Professor Dr. P. Paulig, Eichstätt, Dozent Dr. Dr. R. Sinz, München

Thema: Hilfe für das behinderte Kind

Auskunft:

Aktion Sonnenschein München, Frau Kühn, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2, Telefon (089) 725 5071/78

Notfall- und Katastrophenmedizin

Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

am 28. September 1983 in München

Der öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern – Die stationäre Versorgung in Bayern im Katastrophen- und Verteidigungsfall – Maßnahmen, Methoden, Geräte und Medikamente für die Erstversorgung von Notfällen – Strahlenmedizinische Probleme beim Strahleneinfall

Zeit: 15.00 Uhr s. t. bis 18.00 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheifzenhammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-287

Klinische Fortbildung in Bayern

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

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Fortbildungsveranstaltung am 20. Juli 1983 in München

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. H. H. Naumann

Thema: Die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit in der Praxis

Beginn: 15.00 Uhr c. f. –

Ende: 17.00 Uhr

Ort: Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Wegen der begrenzten Teilnahme wird eine telefonische Veranstaltung erbeten: Privatdozent Dr. F. Martin, Telefon (089) 70 95-3850

Plastische Chirurgie

6. Fortbildungsveranstaltung „Plastische und rekonstruktive Chirurgie der Hand“ (Teil 2) am 27. Juli 1983 in München

Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Vorstand: Professor Dr. U. Schmidt-Tintemann

Thema: Akute Handchirurgie

Beginn: 18.00 Uhr

Ort: Hörsaal B des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, München 80

Anmeldung nicht erforderlich

Auskunft:

Privatdozent Dr. E. Blemer, Telefon (089) 41 40-2174

Alla Teilnehmer an der klinischen Fortbildung in Bayern erhalten auf Wunsch am Ende der Veranstaltung eine Bescheinigung, ausgestellt von der Bayerischen Landesärztekammer und dem Veranstalter.

Grado: XVII. Internationaler Seminarkongreß der Bundesärztekammer

vom 21. August bis 2. September 1983 in Grado

Leitung: Professor Dr. H. Lossa, Münster, zusammen mit Dr. P. E. Odenbach, Köln

A. Kongreßeröffnung und Referat zur Einleitung

B. Seminare

Hypertonie – Chirurgie „Behandlungsmöglichkeiten in der Praxis, richtiger Zeitpunkt der Überweisung“ – Gynäkologie – Nephrologie – Ophthalmologie – Labor (mit Praktikum) – EKG – Sportmedizin – Augenspiegelkursus – Ernährungswissenschaft – Stoffwechsel – Geschichte der Medizin – Psychiatrie in der Praxis – Pädiatrie – Notfall- und Katastrophenmedizin mit praktischen Übungen (am Phantom) – Autogenes Training für Anfänger – Pulmologie – Gastroenterologie – Psychosomatische Medizin – Hämatologischer Mikroskopierkurs mit praktischen Übungen – Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie – Ultraschall (mit Demonstration) – Neurologie – Manuelle Medizin – Endokrinologie – HNO –

Gastroskople-Kurs (am Phantom) – Vergiftungen – Dermatologie – HNO-Spiegelkursus – Autogenes Training für Fortgeschrittene – Klinische Pharmakologie

C. Verschiedene Veranstaltungen

Die emanzipierte Familie und das Müttergenesungswerk – Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik – Interdisziplinäres Seminar „Die arterielle Hypertonie – eine interdisziplinäre Aufgabe“ – Kosmetologisches Seminar mit Demonstration und praktischen Übungen – Theologie und Medizin – Praktische Übungen im Rahmen des Sportmedizinischen Seminars – Vorführung wissenschaftlicher Filme gemäß Sonderprogramm – Besichtigung der Kuranlagen von Grado

D. Sport- und Freizeitaktivitäten im Jugendklub

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (0221) 38 03 96

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im April 1983 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Salmonallose-Erkrankungen wurden im April ebenso häufig wie im März gemeldet, nämlich 28 je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Dagegen stieg im Vergleich zum Vormonat

die Erkrankungsziffer an Virushepatitis von 20 auf 26 Erkrankungen je 100 000 Einwohner. Dabei nahmen Erkrankungen an Hepatitis B deutlicher als solche an Hepatitis A zu.

Geringfügig seltener als im März trat im April Meningitis-Enzephalitis auf. Die Erkrankungsziffer sank von 8 auf 7 Fälle je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. April bis 1. Mai 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 bestimmbare 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	2	—	5	—	4	1	1	—	103	1	17	—	30	—	50	3	30	1
Niederbayern	4	—	3	1	—	—	—	—	33	—	9	—	6	—	7	—	2	—
Oberpfalz	3	—	8	—	1	—	3	—	17	—	9	—	1	—	8	—	2	—
Oberfranken	2	1	2	—	2	—	3	—	16	—	7	—	1	—	6	—	2	—
Mittelfranken	—	—	3	1	2	—	1	—	27	—	14	—	13	—	22	1	6	—
Unterfranken	—	—	—	—	3	—	—	—	22	—	4	—	5	—	3	—	7	—
Schwaben	—	—	4	1	1	—	3	1	17	1	—	—	10	—	5	1	1	—
Bayern	11	1	25	3	13	1	11	1	235	2	60	—	66	—	101	5	50	1
Vormonat	35	4	23	3	15	2	8	—	297	2	94	—	73	—	99	2	41	—
München	1	—	—	—	1	—	—	—	42	1	6	—	15	—	31	1	13	—
Nürnberg	—	—	3	1	—	—	—	—	8	—	4	—	3	—	13	1	4	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	4	—	4	1	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	1	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—

Gebiet	Paratyphus A, B und C		Shigelien-Ruhr		Malaria		Botulismus		Ornithose		Brucellose		O-Fieber		Tetanus		Sterbefälle an Influenza		Tollwutverdacht ²⁾		
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
Oberbayern	2	—	23	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	14	
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	
Oberfranken	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	
Mittelfranken	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	
Unterfranken	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35	
Schwaben	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	16	
Bayern	2	—	28	—	3	—	1	1	2	—	1	—	1	—	2	—	1	—	—	77	
Vormonat	—	—	15	—	3	—	3	—	2	—	—	—	1	—	—	—	9	—	—	123	
München	1	—	17	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Erlangen	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

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

St = Sterbefälle.

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

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

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

Lassen Sie sich nicht verunsichern, Lebensversicherungen solide wie je

Sie als Ärzte haben es erlebt: Viele Einwände gelten und gelten Ihnen, weil Sie in der Gesellschaft die höchste Wertschätzung genießen. Wer Sie angreift, hat daher mit einer großen Resonanz zu rechnen. Dieses Echo wirkt sich natürlich auch auf den Atteckereiter bekanntheitsgradbildend oder -fördernd aus.

Ein uralter Trick. Wer würde wohl David je gekannt haben, wenn er sich nicht mit dem Riesen Goliath angelegt hätte? Welches Schattendasein würde so mancher Politiker von der kommunalen bis zur Bundesebene führen, hätte er nicht einen Skandal gegen einen Prominenten vom Zaun gebrochen, selbst wenn später seine desavouierenden Behauptungen in sich zusammenfielen wie ein Kartenhaus. Und leider kräftigen auch manche Publikationsorgane ihre Auflage durch ihren Grundsatz, sich ihre Vorurteile nicht wegzurecherchieren.

Glauben Sie es oder nicht, diese Unsitte wurde jetzt gerichtlich anerkannt. De behauptete ein „Bund der Versicherten“ in einem Pamphlet, Lebensversicherung zur Alterssicherung sei legaler Betrug. Vor Gericht mußte er den Beweis für diesen Anwurf schuldig bleiben. Dennoch hat das Landgericht Hamburg die Verbreitung dieser „überzogenen Behauptung“ aus Gründen der Presse- und Meinungsfreiheit nicht untersagt. Zur Aussage selbst enthielt es sich einer Stellungnahme, konnte sie also nicht bestätigen.

Also darf mit Genehmigung des Gerichts verbreitet werden, der Gesetzgeber leiste Beihilfe zum Betrug, denn „legal“ heißt nun einmal gesetzlich, dem Gesetz entsprechend, das nach jener Äußerung eine angebliche Absicht der Lebensversicherungen decke, sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen anderer durch Irrtumserregung zu schädigen. Des nämlich ist Betrug nach §§ 263 ff. Strafgesetzbuch (StGB).

Wenn Richter überfordert sind, flüchten sie sich in formal-juristische Unverbindlichkeiten, wie in diesem Falle. Der Inhalt der Aussage der Versicherungsbündler wäre durch eine einfache Anfrage bei der Bundesoberbehörde „Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen“ zu recherchieren gewesen. Ohne Schwierigkeiten hätte das Gericht seine Verpflichtung zur Wehrheitsfindung also erfüllen können. So freilich blieb auch ihm die Kierstellung durch dieses Amt

nicht erspart. Darin heißt es u. e.: „Der Vorwurf, Lebensversicherung sei legaler Betrug, ist daher ungeheuerlich.“

Lassen Sie sich nicht verunsichern. Die Lebensversicherung ist die einzige intakt gebliebene Möglichkeit der Alters- und Hinterbliebenenversorgung — von der staatsfinanzierten Beamtenpension und von mitgliedsbezählten berufsständischen Versorgungswerken abgesehen. Der scharfe Wettbewerb unter den rund 100 Lebensversicherungen allein zwingt ihnen äußerste Leistungen zugunsten ihrer Versicherten ab.

Zudem ist das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen seit jeher eine sehr qualifizierte Behörde. Ausdrücklich zum Schutz der Versicherten hat es auch die Geschäfte der Lebensversicherungsunternehmen zu überwehen. Es genehmigt die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife, also neue Versicherungsformen. Es überprüft die Kosten, überweht die Kapitalenfagen und sorgt dafür, daß die zugesagten Versicherungsleistungen voll erfüllt werden. Seine Aufgabe beruht, wie übrigens auch die Tätigkeit der Lebensversicherungsunternehmen, auf gesetzlichen Grundlagen. Sie schreiben ihnen sogar Arten und Ausmaße der Kapitalanlage vor.

Die Versicherung auf den Erlebens- und Todesfall wirft laufend Gewinnanteile aus den Kapitalanlagen ab, die zu mehr als 95 Prozent den Versicherten steuerfrei gutgeschrieben werden. Wer indes die Rendite prozentual am Beitrag mißt, beweist seine Unkenntnis der Zusammenhänge.

So hat die Lebensversicherung wie jede andere und wie auch die Sozialversicherungen aus den Beiträgen ihre Verweitungskosten zu bestreiten. Außerdem kann der ganze Beitrag nicht angelegt werden, weil ein bestimmter Teil davon für die Risikotenzierung, für die Auszahlung bei Tod vor Vertregsablauf, bereitgehalten werden muß.

Unwiderlegbar ist: Wenn die Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht so maßlos ausgewehelt, sondern für einen viel größeren Kreis die Vorsorge durch Lebensversicherung alternativ zugelassen worden wäre, wäre die gesetzliche Rentenversicherung nicht in diese Mammut-Dimension hineingewachsen, die die Bewältigung ihrer äußerst diffizilen Probleme ungeheuer erschwert. *Horst Beloch*

Bildungsrechnen

Ganz neu: Lautsterk wird die ärztliche und damit natürlich auch zahnärztliche Fortbildung gefordert. Wer solche Postulate erhebt, stellt sich selbst bloß. Man stelle sich vor, die eprobierten Heilberufe kämen ohne solche Aktivitäten aus, die Apotheker eingeschlossen, wenn auch von ihnen öffentlich jene Anstrengungen noch nicht verlangt worden sind.

Dann herrschte hierzulande in etwa ein System von Jährgangs-Ärzten und -Zahnärzten. Jeder behandelt heute noch so und an den Geräten, an denen er es vor dreieinhalb-, vor drei-, vor zweieinhalb- und so weiter Jahrzehnten in der Universität gelernt hatte. Und die Apotheker sind nur über die Arzneimittel informiert, die zur Zeit ihres Studiums im Gespräch waren.

So deklassieren sich die Protagonisten der ärztlichen Fortbildung in des Wortes eigentlicher Bedeutung eben als erste Schau-Spieler. Sie spielen eine vordergründige Schau als reine Effekthascherei ab.

Wer als Zugehöriger zu einem akademischen Heilberuf vermöchte in dieser breitenpublikumsträchtigen Zeit über alle Spielarten der Medizin hinweg eine aktuelle Information in seinem Bereich zu ignorieren, wenn der mediengeschulte Patient dieses Thema aufwirft? Das Schlagwort von den Halbgöttern in Weiß drückt doch längst überholte Vorstellungen aus. Wer mit seinem Arzt oder Zahnarzt nicht zufrieden ist, wechselt ihn, basta! In Gesprächen werden zudem Vergleiche zwischen Medizinern und Zahnmedizinern angestellt.

Fortbildung gehört zu den stillen und in seinem Einkommen nicht gewürdigten Leistungen des Arztes wie Zahnarztes. Daran deutlich zu erinnern, bietet sich in einer Zeit der Forderungen nach bezahltem Bildungsurlaub für Arbeitnehmer an, und er wird je auch schon gewährt. Eine weitere Differenz in den Konditionen Selbständiger und ebhängig Beschäftigter, die in den Aufrechnungen zu berücksichtigen ist. *Prosper*

Kurz über Geld

REISEKOSTEN-MATHEMATIK ERLEICHTERT durch Reisekostentabelle 1983 mit fetzten Neuigkeiten für 15,80 DM vom Stollfuß-Verlag in Bonn.

IN DENKMALGESCHÜTZTEN HÄUSERN werden durchsanierte Eigentumswohnungen mit hohen Steuervorteilen angeboten.

Fachkunde im Strahlenschutz bei Verwendung offener radioaktiver Stoffe in der medizinischen in-vitro-Diagnostik

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz für Laborärzte, Medizinisch-technische-Assistenten, Medizinisch-technische-Radiologieassistenten und Physikalisch-technische-Assistenten, welche die Fachkunde ausschließlich in der in-vitro-Diagnostik erwerben wollen, um die Aufgaben der Strahlenschutzverordnung für Strahlenschutzbeauftragte wahrnehmen zu können, die also als **Verantwortliche im Strahlenschutz** und in Prexen niedergelassener Ärzte eingesetzt oder benannt werden.

Die Bayerische Landesärztekammer führt den 19stündigen Spezialkurs gemäß Röntgenverordnung (RöV) vom 1. März 1973 durch.

Der dreitägige Kurs beginnt am Donnerstag, den 20. Oktober, und endet am Samstag, den 22. Oktober 1983.

Er findet in der Abteilung für Medizinische Physik des Radiologischen Zentrums des Klinikums Nürnberg, Flurstreife 17, statt.

Die Teilnahmegebühr beträgt DM 150,-.

Um den Platzbedarf zu ermitteln, werden alle Interessenten gebeten, sich **umgehend** bei der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288 (Frau Wanger), **telefonisch oder schriftlich anzumelden**.

Der Kurs findet nur bei ausreichender Teilnehmermeldung statt.

8. Ärzte-Tennis-Turnier in Bad Herrenalb

Die Kurverwaltung Bad Herrenalb veranstaltet in der Zeit vom 26. bis 28. August 1983 in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelfirma Dr. W. Schwabe, Karlsruhe-Durlach, ein Ärzte-Tennis-Turnier im „Sporthol“-Tenniszentrum Döbeltal. Das Turnier ist für Ärzte und in bestimmten Disziplinen für deren Angehörige offen. — Anmeldungen: Kurverwaltung, Postfach, 7506 Bad Herrenalb.

Ärzte sammelten für Seenotretter

Seit 1875 gehört ein Boot zur Flotte der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger (DGzRS), das sich zu einem unverzichtbaren Helfer entwickelt hat: das Sammelschiffchen. Auch 1982 haben zahlreiche Ärzte durch Aufstellen dieser Schiffchen mit dazu beigetragen, daß ein Erlös in Höhe von fast zwei Millionen DM den Seenotrettern zugeführt werden konnte. Das deutsche Seenotrettungswerk wird ausschließlich von freiwilligen Zuwendungen — ohne öffentliche Mittel — getragen und ehrenamtliche Mitarbeiter betreuen die Sammelschiffchen.

Für die Unterhaltung der Rettungsflotte, den Betrieb der Stationen sowie für eine ständig verbesserte Ausrüstung der Boote ist die DGzRS auf die Unterstützung seitens der Bevölkerung angewiesen. — Allein 1982 verdankten 690 Menschen ihr Leben dem mutigen und selbstlosen Eingreifen der Rettungsleute.

Hämatologische Erkrankungen

Herausgeber: Prof. Dr. H. H. Hennemann/Prof. Dr. D. Voß, 192 S., DM 48,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Das Buch unterscheidet sich gegenüber bereits eingeführten guten Darstellungen dieses Themenbereiches durch den Versuch einer bewußten Ausrichtung auf die Erfordernisse des niedergelesenen Arztes. Neben systematischer Darstellung der Krankheitsbilder werden deshalb in eigenen Kapiteln Initialsymptome und Erstmaßnahmen, hämatologische Untersuchungsmethoden, sozialmedizinische Aspekte und Kontrollprogramme für die Praxis abgehandelt. Viele übersichtliche Tabellen und ein vollständiges Stichwortverzeichnis runden das positive Bild ab. — Einige kritische Bemerkungen: im sozialmedizinischen Teil sollte das Infektrisiko bei malignen Erkrankungen erwähnt sein, im Kapitel Methodik macht sich die fehlende Bebilderung negativ bemerkbar, die möglichen Fehlerquellen müßten deutlich hervorgehoben werden. Als Ursache von Thrombozytosen wird die Kortikosteroid-Behandlung nicht erwähnt. Diese Bemerkungen sollten den insgesamt positiven Eindruck nicht entscheidend schmälern.

Dr. med. L. Kappos, Würzburg

Vergiftungen — Entgiftung — Giftnotation

Herausgeber: S. Okonek, 127 S., 53 Abb., geh., DM 38,-. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Dieses Buch bietet eine sehr praxisbezogene Darstellung aller irgendwie belangvollen akuten Vergiftungen des Menschen. Es geht ein auf Diagnostik, Symptomatik und Therapie. Darüber hinaus wird auch die telefonische Beratung von Nichtmedizinern und Ärzten bei Vergiftungsfällen besprochen. — Die Darstellung beruht auf Erfahrungen, die Schwestern, Pfleger, MTA und Ärzte in dem Zentrum für Entgiftung und Giftnotation in der 2. Medizinischen Klinik der Universität Mainz über Jahre hinweg gesammelt haben. Daraus ergibt sich auch die ungemein instruktive und eindringliche Darstellung des gesamten Stoffes.

Für Notaufnahmestationen und Intensivstationen ist das Buch geradezu unentbehrlich. Es gehört auch dringend in die Krankenpflegeausbildung. — Es stellt eine wichtige Handreichung für die Notfallmedizin, für die klinische Toxikologie und die Giftnotation dar.

Dr. med. S. Maier, Regensburg

Medizinische Portraits berühmter Komponisten

Herausgeber: Privatdozent Dr. G. Böhme, 199 S., 32 Abb., kart., DM 39,-. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Das Buch umfaßt den Lebens- und Leidensweg von sechs berühmten Komponisten aus zwei Jahrhunderten: Mozart, Beethoven, Weber, Chopin, Tschalkowsky und Bartók. Der Verfasser, HNO-Arzt in St. Gallen, hat mit Briefen, Aufzeichnungen und Berichten von Zeitgenossen ihr „medizinisches Portrait“ aufgezeigt. Klarheit der Darstellung, kritische Betrachtung und Liebe zum Thema zeichnen dieses Werk aus, das für jeden musikliebenden Arzt eine große Bereicherung bedeutet.

Dr. med. G. Baum, Wolfartshausen

Ventrikuläre Herzrhythmusstörungen

Pathophysiologie — Klinik — Therapie

Herausgeber: B. Lüderitz, 459 S., 149 Abb., geb., DM 88,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das vorliegende Buch stellt die Zusammenfassung der anlässlich einer internationalen Arbeitstagung in München vorgebrachten Referate einer pathophysiologisch orientierten Differentialtherapie ventrikulärer Herzrhythmusstörungen dar. Der Besprechung der jeweiligen Hauptthemen wird immer eine einleitende, erläuternde Darstellung vorangeschickt. Danach wird der Versuch unternommen, den gegenwärtigen Kenntnisstand darzustellen. Der Schwerpunkt der praktischen Anwendung liegt auf der pharmakologischen Arrhythmiebehandlung, wobei zu den medikamentösen Innovationen neue Beta-Rezeptorenblocker (Aprindin, Disopyramid, Propafenon und Mexiletin) gehören. Ziel der Darstellungen ist es, die neuen Antiarrhythmika sowie die aktuellen elektrophysiologischen und chirurgischen Verfahren pathophysiologisch begründet in den allgemeinen Behandlungsplan der Herzrhythmusstörungen einzuordnen. Einzelheiten müssen in den entsprechenden Kapiteln der Zusammenfassung nachgelesen werden — sie eignen sich nicht für eine Rezension. — Ärzten, die an Fragen der Arrhythmiebehandlung interessiert sind, kann die Anschaffung des Buches wärmstens empfohlen werden. Sie erhalten eine Fülle von Hinweisen und Anregungen.

Dr. med. C. G. Zöbisch, München

Kontaktlinsen

Ein Ratgeber für den Patienten

Herausgeber: Professor Dr. H.-W. Roth/Dr. M. Roth-Wittig, 124 S., 44 Abb., 4 Tab., 1 Kontaktlinsenpaß, Taschenb., DM 12,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Vier Jahre nach der ersten Auflage erscheint der neubearbeitete Ratgeber für Kontaktlinsenträger. Die weite Verbreitung dieser Sehhilfen und das Interesse der Patienten, besonders aber die klare Darstellung schwieriger Probleme sind wohl der Grund des Erfolges der Autoren. Dieses Buch kann auch nicht ophthalmologischen Kollegen empfohlen werden, da sehr genau die Indikationen zur Kontaktlinsenverordnung besprochen werden und die Beschaffenheit, die Pflege und die Handhabung der Linsen. In einer Zusammenstellung sind alle derzeit auf dem deutschen Markt erhältlichen Linsen aufgelistet.

Professor Dr. W. D. Schäfer, Würzburg

Komplikationen in der Röntgendiagnostik

Herausgeber: G. Ansell, 311 S., 132 Abb., 22 Tab., geb., DM 120,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

In den einzelnen Kapiteln werden sämtliche Teilgebiete der Radiodiagnostik und alle gängigen Untersuchungsverfahren hinsichtlich ihrer potentiellen Gefahren und Komplikationsraten von anerkannten Experten behandelt, die sowohl ihre eigenen Erfahrungen einbringen, als auch die Ergebnisse anderer Untersucher und insbesondere die großen Sammelstatistiken auswerten. Großer Raum wird der Erklärung der Grundlagen gewidmet; Kontrastmitteltoxizität, Risiken der einzelnen Methoden und Maßnahmen zur Verhütung und Behandlung von Komplikationen werden ausführlich besprochen. Die Autoren haben eine Fülle von Material zusammengetragen, die das Werk zu einer Informationsquelle nicht nur für den Radiodiagnostiker, sondern auch für den zuweisenden Kliniker macht.

Diagnostische Leitbilder bei koronarer Herzkrankheit

Herausgeber: J. Schmidt-Voigt, 73 S., 66 farb. Abb., geb., DM 34,—. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Die Zusammenstellung verschiedenster Ausdrucksformen des durch Krankheit gezeichneten Gesichtes von Herzkranke ist dem Autor meisterhaft gelungen. Die Monographie spiegelt die langjährige Erfahrung und die differenzierte ärztliche Kunst eines großen Arztes wider. Gerade in unserer Zeit, wo die technisch-apparative Entwicklung in der modernen Medizin die Diagnostik mit einfachen Hilfsmitteln immer mehr in den Hintergrund treten läßt, kommt das Buch zur richtigen Zeit. An Beispielen der koronaren Herzkrankheit werden die Möglichkeiten und die Grenzen einer visuellen Diagnostik durch Gegenüberstellung von Anamnese, klinischem Befund, Elektrokardiogramm und einem als Farbabbildung beigegebenen Gesichtsfoto veranschaulicht. Das Buch sollte vor allem von unseren heutigen Studenten und jüngeren Kollegen, die nicht selten zu einseitig nach den Gesetzen von multiphase und Gegenstandskatalog ihre Ausbildung erlernen haben, angeschafft und studiert werden. Auch heute noch besteht die Berechtigung, mit anscheinend einfachsten Mitteln die große ärztliche Kunst der Diagnostik zu betreiben.

Dr. med. C. G. Zöbisch, München

Ultraschall-Atlas

Internistische Ultraschalldiagnostik mit schnellen B-Bild-Geräten

Herausgeber: H. u. A. Weiss, 423 S., 652 Abb., geb., DM 112,—. edition medizln, Weinheim.

In 652 Abbildungen, deren Inhalte durch erklärende Skizzen verdeutlicht werden, demonstriert dieser Atlas den Gesamtbereich der heute mit schnellen B-Bild-Geräten untersuchbaren Organe und ihrer Erkrankungen. Das Buch eignet sich als Nachschlagewerk und als Entscheidungshilfe im diagnostischen Zweifelsfall für alle, die bereits in der Sonographie Erfahrung haben. Aufgrund seines ausführlichen Textteils ist der Atlas aber auch als Lehrbuch nutzbar. Sein Schwerpunkt liegt in der Beschreibung von Anatomie und Pathologie. Berücksichtigt werden auch die Organe, die mit Small-part-Scannern untersucht werden.

Warnungstafeln

Herausgeber: Professor Dr. E. Chargaff, 266 S., Leinen, DM 36,—. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart.

Was in diesem Band als „Beschreibung“ deklariert wird, ist eine Reise des Autors durch die Jahrhunderte, sind Besuche bei Irühern und heutigen Warnern vor der Selbstüberschätzung, vor der Verselbständigung des Wissens. Lukian, Kent, Hamann, Nietzsche, Karl Kraus und Kafka sind neben anderen Stationen auf diesem historischen Kursus. Die hier veröffentlichten Essays sollen zeigen, wie alt beides — Hybris und Mahnung vor ihr — schon ist.

Bayerische Geschichtsteler

Von Ludwig I. und Maximilian II.

Herausgeber: W. Grasser, 144 S., 42 Abb., Leinen, DM 39,80. Rosenheimer Verlagsheus Altrad Förg, Rosenheim.

Dieser reich illustrierte Band bietet eine lückenlose Dokumentation aller Stücke zusammen mit einer Würdigung des jeweiligen Anlasses. Der Münzsammler wird sich freuen, hier alle Stücke „kommentiert“ zu finden — dem Geschichtsfreund bietet sich eine höchst ausschlußreiche Chronik richtungweisender Ereignisse Bayerns.

Presse-Taschenbuch für Naturwissenschaft + Medizin 1983/84

Herausgeber: Boehringer Mannheim GmbH, 348 S., Taschenbuchformat, flex. PVC-Einband, DM 29,40. Kroll-Verlag, Seefeld.

Dieses Presse-Taschenbuch vermittelt in der Neuauflage jetzt noch mehr Informationen und genaue Personenkontakte. Auf 348 Seiten bietet das unter der Schirmherrschaft der Boehringer Mannheim GmbH herausgegebene Taschenbuch nahezu alles, was mit der Publizistik des Themenkreises zu tun hat. Darüber hinaus bekommt man Personen-Informationen aus dem Bereich der Forschung und der ärztlichen Standesorganisationen und Kammern. Auch ist die Zusammenstellung von mehr als 800 medizinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften mit ihren Vorsitzenden und Geschäftsführern ein nützlicher Helfer bei der täglichen Arbeit.

Geschichte der Medizin

Band I: Vorgeschichte, Antike und Mittelalter

Band II: Frühneuzeit (1500–1800), eigentliche medizinische Moderne (1800–1939), Zeitgeschichte und Futurologie

Herausgeber: Professor Dr. Ch. Lichtenthaeler, 2 Bände, insgesamt 736 S., zahlr., z. T. farb. Abb., pro Band DM 49,— (das Werk kann nur geschlossen abgegeben werden). Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Der Autor unternimmt es, jede Epoche der Medizingeschichte nach den ihr eigenen Maßstäben zu gestalten; auf Forschungslücken weist er hin. Es werden außerdem die treibenden Kräfte der medizinischen Entwicklung — Instinkt, Magie, griechischer Logos, christliche Barmherzigkeit (die heute verweltlicht im „sozialen Gedanken“ weiter wirkt) — sowie das überzeitlich Gesetzmäßige an den geschichtlichen Prozessen herausgearbeitet. Die vorliegenden medizingeschichtlichen Quellen werden nach Epoche, Autor und Werk historisch-kritisch auf Echtheit und philologisch auf den genauen Sinn geprüft. Mit typischen Vorurteilen der früheren medizinischen Geschichtsschreibung bricht der Verfasser.

Begegnung mit dem Buddhismus

Verfasser: H. Dumoulin, 176 S., kart., DM 16,80. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Der Autor bietet in diesem Buch eine neue Gesamtschau dieser trotz allem noch wenig bekannten und vielen Zeitgenossen fremden Welt. Leicht verständlich ist seine Einführung in die eigene Welt der an vielen Orten lebendig wirkenden buddhistischen Religion zu lesen. Interessant dabei ist, daß er überraschende Gemeinsamkeiten zwischen christlicher und buddhistischer Überlieferung sichtbar macht.

Taschenbücher aus dem Gustav Fischer Verlag

Aus dem umfangreichen Verlagsprogramm können wir einige interessante Titel empfehlen:

Prof. Dr. H. J. Beuer/Prof. Dr. T. Broman: MS-Ratgeber — Praktische Probleme der Multiplen Sklerose. 182 S., DM 9,80;

Prof. Dr. H. Breuninger: Chronischer Schnupfen — Chronische Rhinitis. 68 S., 4 Abb., DM 9,80;

Prof. Dr. H. Gundermann: Heiserkeit und Stimmchwäche — Ein Leitfaden zur Selbsthilfe, wenn die Stimme versagt. 152 S., 20 Abb., DM 16,80;

E. Kohlhaas-von Dorrer/Dr. A. Kayser: Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung. 102 S., 87 Abb., DM 12,—;

N. Waegner/U. Busch: Schwangerschafts-Schwimmen. 64 S., 38 Abb., DM 9,80.

Erste Hilfe für dein Kind

Herausgeber: E. Piper, 177 S., 320 Abb., kart., DM 24,80. Piper Verlag, München.

Dieses Handbuch gibt viele nützliche Hinweise, wie man die Umwelt für Kinder sicherer machen kann und ist darüber hinaus ein praktischer Ratgeber in Notfällen. Ca. 300 präzise und leicht erfaßbare „Schritt-für-Schritt“-Illustrationen ermöglichen ein schnelles und damit richtiges Verhalten. Eine Übersicht der häufigsten Kinderkrankheiten mit ihren Symptomen sowie eine Aufstellung der notwendigen Medikamente ergänzen dieses Werk.

Wenn du zurückschaust, wirst du sterben

Protokoll einer Phase im Kampf gegen das Heroin

Verfasser: A. Feid/Ingo F., 152 S., DM 16,80. Matthias-Grüne-wald-Verlag, Meinz.

Ein sehr schwer zu besprechendes Buch; nein, nicht daß Sie Angst zu haben brauchen, lesen läßt es sich sehr gut! Die beiden betroffenen Autoren beschreiben ihre oft sehr persönlichen Gegebenheiten im Kampf mit der Droge. Viele der dargestellten Ereignisse, die Gespräche, die Gefühle der Betroffenen und ihre Verarbeitung oder auch Verdrängung erscheinen oft schwer verständlich. Trotzdem wollen sie die Wahrheit berichten, in der Hoffnung, anderen zu helfen. — Für alle, die mit Drogenabhängigen zu tun haben, eine sehr interessante Veröffentlichung. — Für alle anderen Leser eine Möglichkeit, die Problematik der Drogenabhängigkeit vielleicht unvoreingenommener zu verstehen.

Dr. med. J. Mertens, Fürth

Hulf Himmel

Nothelfer für Leib und Seele

Herausgeber: P. Schallweg, 144 S., 34 Abb., Leinen, DM 19,80. Rosenheimer Verlagshaus Alfred Förg, Rosenheim.

Dieses Buch soll dazu beitragen, begnadete Männer und Frauen lebendig und zeitnah zu sehen. Es zeigt aufgrund verbürgter Überlieferung oder in Anlehnung an Legenden ihre Bedeutung und ihr Wirken auf. Dargestellt hat sie P. Schallweg in altbayerischer Sprache, weil sie eine sehr persönliche und innige Weise der Aussage zuläßt.

Hilfe in Krisen

Wege und Chancen einer personalen Krisenintervention

Herausgeber: H. Gastager, 136 S., Paperback, DM 22,—. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Der Mensch kann in vielfacher Hinsicht in die Situation der Krise geraten und zusammenbrechen. Sehr oft ist da nicht der „Fachmann“ zur Stelle und der „Nächste“ aufgerufen, Krisenhilfe zu leisten. Für Polizisten, Juristen, Bewährungshelfer und Sozialarbeiter jeder Art, Psychologen, Ärzte, Seelsorger, Betriebsräte, Lehrer und Pfleger(innen) bietet dieses Buch in der Reihe „Sehen — verstehen — helfen“ viele Informationen und Ratschläge, Menschen in Not zu helfen.

Vorbilder aus der deutschen Geschichte

Sondereausgabe Universitas, 224 S., 192 Vierfarbs., Leinen, DM 29,80. Universitas Verlag, München.

Dieser Bildband bietet ein Panorama von mehr als tausend Jahren deutscher Geschichte. Von Karl dem Großen bis Wernher von Braun reicht der Überblick, und es umfaßt alle Wirkungsbereiche, auf denen sich deutsche Männer und Frauen je hervor getan haben.

Therapeutika

Fenistil® Plus

Zusammensetzung: Eine gelb-weiße Kapsel enthält 0,75 mg Betamethason und 1 mg Dimetindenmaleat. Eine weiße Kapsel enthält 1 mg Dimetindenmaleat.

Indikationen: Allergische und juckende Hauterkrankungen, wie z. B. Ekzeme verschiedener Genese, Kontaktekzem bzw. Kontaktdermatitis, Neurodermitis (Dermatitis atopica), Nesselsucht (Urtikaria), Schwellungen im Gesicht und Halsbereich (Quincke-Ödem), Knötchenflechte (Lichen ruber), allergische Exantheme (Arzneimittel, Nahrungsmittel). Juckreiz ohne primäre Hauterkrankung (Pruritus sine materia). Allergische Erkrankungen der oberen Atemwege, wie z. B. allergischer und »nervöser« Schnupfen (Rhinitis allergica und vasomotorica), Heuschnupfen (Pollinosis).

Kontraindikationen: Aufgrund des Kortikoidgehaltes dürfen Fenistil Plus Kapseln nicht angewendet werden bei Magen-Darm-Geschwüren, schwerem Knochengewebemangel (Osteoporose), früheren psychiatrischen Erkrankungen, Reizbläschen (Herpes simplex) und Gürtelrose (Herpes zoster) in der virämischen Phase, Windpocken (Varizellen), Amöben-Infektion, Pilzbefall des Organismus (Systemmykosen), spinaler Kinderlähmung (Poliomyelitis) mit Ausnahme der bulbärenzephalitischen Form, speziellen Lymphknotenschwellungen (Lymphome nach BCG-Impfung), erhöhtem Augeninnendruck (Eng- und Weitwinkelglaukom). Die Anwendung von Fenistil Plus bei schweren, ansteckenden Krankheiten (Intekten) ist nur in Kombination mit einer Behandlung der Grundkrankheit angezeigt. Fenistil Plus muß acht Wochen vor einer Impfung abgesetzt werden und kann frühestens zwei Wochen danach wieder eingenommen werden. Während der Schwangerschaft und in der Stillzeit soll Fenistil Plus nicht eingenommen werden. Kinder unter 6 Jahren sollten nicht behandelt werden.

Eigenschaften und Wirkung, mögliche Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln und Aufbewahrungshinweis: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendungsweise: Soweit nicht anders verordnet, wird entsprechend dem zirkadianen Rhythmus morgens 1 gelb-weiße Kapsel eingenommen. Je nach Bedarf werden mittags und abends je 1 weiße oder nur abends 1-2 weiße Kapseln eingenommen. Eine Tagesdosis Fenistil Plus besteht im allgemeinen aus: 1 gelb-weiße Kapsel morgens und 2 weiße Kapseln. — Nicht auf nüchternen Magen einnehmen! Die Behandlung mit Fenistil Plus soll zwei Wochen nicht überschreiten.

Hersteller: Zyma GmbH, 8000 München 70

Meresa® — Meresa® forte

Zusammensetzung des Fertigarzneimittels: Meresa®: 1 Kapsel enthält 50 mg Sulpirid; Meresa® forte: 1 Tablette enthält 200 mg Sulpirid.

Indikationen: Psychovegetative Syndrome mit depressiver Komponente, psychosomatische Erkrankungen. Zur symptomatischen Behandlung bei Stimmungsinstabilität mit Leistungs- und Antriebsstörungen, endogen-depressiven Verstimmungszuständen, abnormen Reaktionen, Phobien, unterstützende Therapie bei Gastritis und Ulzera des Gastrointestinaltraktes.

Schwindelzustände bei Morbus Menière. Zusätzlich für Meresa forte: Akute und chronische Schizophrenie, Alkoholsychosen.

Gegenanzeigen (Kontraindikationen) und Anwendungsbeschränkungen: Meresa ist nicht anzuwenden bei Epilepsie und während manischer Phasen. Obwohl tierexperimentell bisher keine teratogenen Wirkungen festgestellt wurden, sollte Meresa® während der Schwangerschaft nur bei zwingender Indikation angewendet werden.

Nebenwirkungen, sonstige Hinweise, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Überdosierung und Intoxikationen, Wirkungen, Pharmakokinetik und Bioverfügbarkeit: siehe wissenschaftlichen Prospekt.

Dosierung und Anwendung: Meresa®: Soweit nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene 3 x täglich 1-2 Kapseln ein.

Kinder sollten 5 mg/kg Körpergewicht, verteilt auf 2-4 Einzeldosen, pro Tag erhalten. Die Tagesdosis sollte 300 mg nicht überschreiten.

Meresa® forte: Die Dosierung richtet sich nach der Schwere des Krankheitsbildes.

Erwachsene: Soweit nicht anders verordnet, ist bei psychiatrischen und gastroenterologischen Indikationen einleitend eine Behandlung mit 3-8 Tabletten pro Tag zu empfehlen. Nach der Einstellung sind für die weitere Therapie in den meisten Fällen 3-4 Tabletten pro Tag ausreichend. Bei Schwindel sind Dosierungen von 3 x täglich 1/2-1 Tablette angezeigt.

Kinder: Soweit nicht anders verordnet, sollte zu Beginn der Behandlung eine Mindestdosis von 10 mg/kg Körpergewicht, aufgeteilt auf 3 Einzeldosen, pro Tag gewählt werden. Je nach Therapieerfolg kann die Dosis auf 15-20 mg/kg Körpergewicht erhöht werden. — Die Kapseln bzw. Tabletten sollten zerkaut mit etwas Wasser eingenommen werden.

Handelsformen: Meresa®: OP mit 20 Kapseln (N1); OP mit 50 Kapseln (N2); Anstaltspackung

Meresa® forte: OP mit 20 Tabletten (N1); OP mit 50 Tabletten (N2); Anstaltspackung

Hersteller: Dolorgiet Arzneimittel GmbH & Co. KG, 5300 Bonn 2

Band 57 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

„Notfall-Medizin in Stichwörtern (II)“

kann über die Schriftleitung des BAYERISCHEN ÄRZTEBLATTES, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,— in Briefmarken als Schutzgebühr angefordert werden.

Bei Hyperhidrosis

besonders an den Füßen und damit in Zusammenhang stehende Hauterkrankungen

Antihydral

Antihydral®

trocknet die gequollene Haut ab und kräftigt sie. Dadurch wird die Schweißsekretion normalisiert. Dieser Vorgang ist biologisch gesteuert. Sobald eine Normalisierung erreicht ist, hört dieser Effekt auf.

Antihydral »M«®

In feuchtwarmer Atmosphäre siedeln sich gerne Pilze an. Deshalb sind Körperstellen mit übermäßiger Schweißabsonderung vielfach mykotisch infiziert. In diesem Fall ist Antihydral »M« das Mittel der Wahl. Es entzieht den Pilzen durch Abtrocknen das günstige Milieu und enthält Schwefel als Fungistatikum. Der unangenehme Juckreiz wird rasch beseitigt.

Antihydral und Antihydral »M« trägt man 1-2mal täglich dünn auf und läßt es antrocknen.

Zusammensetzungen:

Antihydral enthält 13% Hexamethylen-tetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.

Antihydral »M« enthält 10% Sulfur praec. und 10% Hexamethylen-tetramin in fettfreier, abtrocknender Salbengrundlage.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Zur Beachtung: Nicht auf offene Wunden auftragen!

Preise: Tuben mit 70 g DM 6,20

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



Kongreßkalender

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

August 1983

- 17.-24. **Perth:** 4. Internationaler Kongreß für Physiologie. — Auskunft: Internationaler ärztlicher Kongreß-Redesendienst — DER —, Postfach 26 71, 6000 Frankfurt 1.
- 18.-25. **Brixen:** 11. Internationaler und interdisziplinärer Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie. — Auskunft: Aktion Sonnenschein München, Frau Kühn, Lindwurmstraße 131, 8000 München 2.
- 20.-24. **Baden-Baden:** 5. Internationaler Kongreß für Bioreologie. — Auskunft: Professor Dr. K. Meßmer, Im Neuenheimer Feld 347, 6900 Heidelberg 1.
- 21.-27. **Kyoto:** 5. Internationaler Kongreß für Immunologie. — Auskunft: Professor Masao Hanaoka, Kyoto Int. Conl. Hall Takara-ike, Sakyo-ku, Kyoto 606, Japan.
21. 8.-2. 9. **Grado:** XVII. Internationaler Semlnarkongreß für praktische Medizin der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundeärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
27. 8.-2. 9. **Karlsruhe:** 35. Deutsche Therapiewoche und 35. Heilmittelausstellung. — Auskunft: Dr. P. Hoffmann, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 21.
27. 8.-10. 9. **Pörschach:** Internationaler Semlnarkongreß für ärztliche Fortbildung. — Auskunft: Berufsverband Deutscher Internisten, Kongreßabteilung, Adolfsallee 25, 6200 Wiesbaden.
28. 8.-3. 9. **Wien:** 13. Weltkongreß für Chemotherapie. — Auskunft: Professor Dr. K. Karrer, Alserstraße 4, A-1090 Wien.
29. 8.-2. 9. **Hannover:** 6. Weltkongreß über Nierenerkrankungen im Kindesalter. — Auskunft: Professor Dr. J. Brodehl, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61.
29. 8.-9. 9. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs A 2. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e.V., Carl-Oelemann-Weg 4, 6350 Bad Nauheim.
29. 8.-9. 9. **Meran:** XXXI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer (Lehrgang für praktische Medizin). — Auskunft: Kongreßbüro der Bundeärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.

- 1.-3. **Budapest:** 10. Europäischer Kongreß für Klinische Gerontologie. — Auskunft: Interpress Export-Department, Tenacs krt. 11, H-1075 Budapest.
- 1.-3. **Lübeck:** Lübecker Notfallsymposion. — Auskunft: Professor Dr. P. C. Scriba, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck 1.
- 4.-10. **Brighton:** Tagung der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie. — Auskunft: Dr. H. E. Kulbertuz, Eur. Soc. of Cardiology, P.O. Box 23102, NL-3001 KC Rotterdam.
- 4.-17. **St. Moritz:** V. Internationaler sportärztlicher Fortbildungskongreß. — Auskunft: Dr. K. Weber, Klosterstraße 23, 4970 Bad Oeynhausen 1.
- 4.-17. **Velden:** Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. — Auskunft: Dr. V. Harth, Hainstraße 9, 8600 Bemberg.
- 5.-10. **Bordeaux:** 5. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Radiologie. — Auskunft: Professor Broussin, Service de Radiologie-Tripode, Plece Amelie Reba Leon, F-33076 Bordeaux Cedex.
- 7.-9. **Hannover:** 13. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Pfestischen Chirurgen. — Auskunft: Professor Dr. A. Berger, Podbielskistraße 380, 3000 Hannover 51.
- 7.-10. **Freudenstadt:** 25. Kongreß der Internationalen medizinischen Gesellschaft für Neureltherapie nach Huneke e.V. — Auskunft: Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e.V., Eichelbachstraße 61, 7290 Freudenstadt-Kniebis.
- 8.-9. **Schloß Nordkirchen/Münsterland:** 4. Fortbildungseminar der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. — Auskunft: Professor Dr. E. Nieschlag, Steinfurter Straße 107, 4400 Münster.
- 10.-16. **Spiekeroog:** 11. Spiekerooger Woche für Homöopathie. — Auskunft: Dr. M. Tiedemann, Osterloher Landstraße 13, 3100 Celle.
- 10.-17. **Saanen-Gsteed:** XX. Europäischer Fortbildungskongreß des Europaeum Medicum Collegium. — Auskunft: Professor Dr. K. D. Bock, Hufelandstraße 55, 4300 Essen.
- 10.-18. **Freudenstadt:** Kurs In Neuraltherapie nach Huneke. — Auskunft: Internationale medizinische Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke e.V., Eichelbachstraße 61, 7290 Freudenstadt-Kniebis.
- 10.-24. **Sant'Angelo/Ischie:** 16. Internationales Rheuma- und Vorsorge-Symposion. — Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenarztverband, Alter Fischmarkt 1, 2000 Hamburg 11.
- 11.-17. **London:** 6. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Nuklearmedizin. — Auskunft: Institut für Nuklearmedizin, 2. Medizinische Universitätsklinik, Garnisonsgasse 13, A-1090 Wien.

Ein Laxans soll nur hier wirken

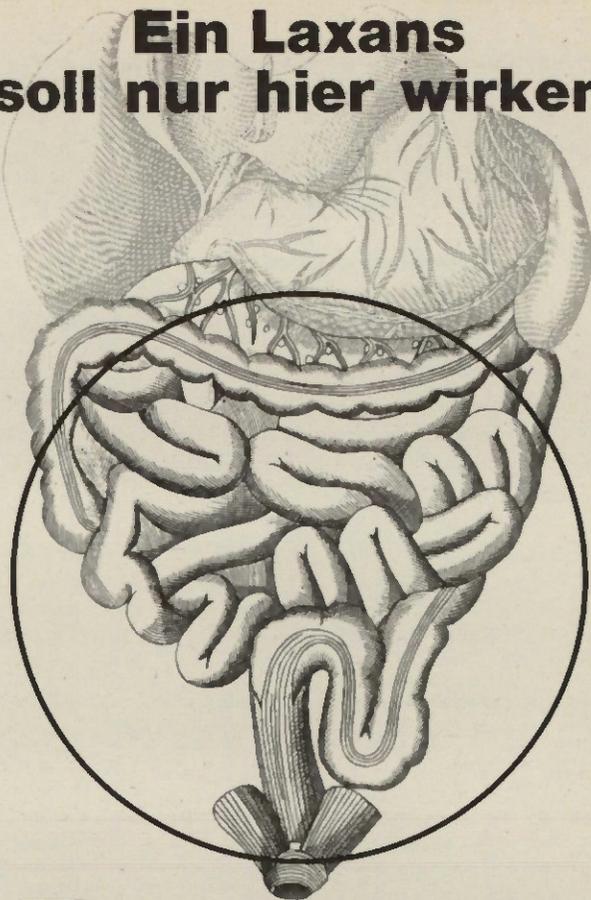


Abb. aus "Tabularum anatomicarum", B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel tut es!

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Oragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.
Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.
Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



Handelsformen und Preise:

OP mit 30 Dragees DM 3,60

OP mit 75 Dragees DM 6,25

AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

- 15.-17. **Graz:** 15. Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeine und Internistische Intensivmedizin. — Auskunft: Univ.-Professor Dr. W. Klein, Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz.
- 16.-17. **Klagenfurt:** Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. — Auskunft: Dr. H. L. Seewann, Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz.
- 16.-17. **München:** Wochenendseminar zur Weiterbildung in der abdominalen Sonographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 16.-18. **Bad Nauheim:** Einführungskurs in die genetische Beratung. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim.
- 17.-18. **Fellbach:** Sporttraumatologisches Gespräch. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 18.-23. **Freudenstedt:** 40. Arbeitstagung der Psychotherapie-Seminare e.V. — Auskunft: Dr. I. Kaeser, Postartstraße 12, 8000 München 80.
19. 9.-24. 10. **Berlin:** Strehlschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 19.-24. **Klagenfurt:** 31. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. — Auskunft: Sekretariat der SIMG, Behnhofstraße 22, A-9020 Klagenfurt.
- 20.-24. **Essen:** 70. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Professor Dr. K. F. Schlegel, Hufelandstraße 55, 4300 Essen.
- 22.-24. **Münster:** Symposium für intraokulare Linsen. — Auskunft: Dr. R. Grewe, Bogenstraße 3, 4400 Münster.
- 22.-24. **Salzburg:** Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin, Rheumatologie und Nuklearmedizin. — Auskunft: Univ.-Professor Dr. S. Sailer, Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz.
- 23.-25. **Augsburg:** XII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Bundesärztekammer, Kongreßbüro, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41.
- 23.-25. **Augsburg:** 72. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Augsburg, Freu Botzenhert, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
24. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. — Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

- 24.-25. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung (Kurs C). — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 25.-28. **Erlangen:** 7. Dreiländertreffen der österreichischen, schweizerischen und deutschen Gesellschaften für Ultraschall in der Medizin. — Auskunft: Professor Dr. H. Lutz, Postfach 35 60, 8520 Erlangen.
28. **München:** Fortbildungsseminar „Notfall- und Katastrophenmedizin“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Freu Scheitzenhemmer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
28. 9.-1. 10. **Heidelberg:** X. Internationaler Kongreß für Präventiv- und Sozialmedizin. — Auskunft: Privatdozent Dr. U. Laaser, Postfach 10 14 09, 6900 Heidelberg 1.
29. 9.-2. 10. **Freudenstedt:** XVIII. Wissenschaftliche Tagung und Mitgliederversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes. — Auskunft: Dr. E. Baumgartner-Feldhaus, Ludwig-Finckh-Weg 25, 7250 Leonberg.
30. 9.-1. 10. **Bad Neuenahr:** 4. Fortbildungskongreß des Hartmannbundes und der Deutschen Krebshilfe. — Auskunft: Hartmannbund, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2.

Oktober 1983

- 1.-2. **Bernried:** 5. Höhenlieder Echokardiographie-Seminar. — Auskunft: Dr. A. Schinz, Klinik Höhenried, 8139 Bernried.
- 1.-2. **Hennet:** Sportärztlicher Fortbildungslehrgang. — Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichterath.
- 1.-8. **Bad Abbach:** Rheumatologisches Fortbildungsseminar. — Auskunft: Sekretariat E. Wolff, Rheumazentrum, I. Medizinische Klinik, 8403 Bad Abbach.
- 3.-4. **Hannover:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. H. C. Kellteiz, Konstanty-Gutschow-Straße 9, 3000 Hannover 61.
- 3.-9. **Bad Nauheim:** 2. Bad Nauheimer Psychotherapiewoche. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 3.-14. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs B 2. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e.V., Carl-Oelemann-Weg 4, 6350 Bad Nauheim.
- 3.-28. **München:** C-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
5. **Burghausen:** Herbstfortbildungstagung des Kreiskrankenhauses Burghausen. — Auskunft: Sekretariat Privatdozent Dr. A. Dietz, Kreiskrankenhauses, 8263 Burghausen.
- 6.-8. **Ulm:** Herbstkongreß der Deutschen Gesellschaft für Herz- und Kreislaufforschung. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. Sigel, Steinhövelstraße 9, 7900 Ulm.

- 6.-9. **Regensburg: 71. Regensburger Fortbildungskongress.** — Auskunft: Ärztliche Fortbildung Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5, 8400 Regensburg.
- 6.-10. **Feldkirch: 15. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie.** — Auskunft: Dr. G. Weimann, Carinegasse 47, A-6807 Feldkirch-Tisis.
- 7.-8. **Berchtesgaden: 1. Fortbildungstagung für Notfallmedizin der Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte.** — Auskunft: Privatdozent Dr. P. Setrin, Joset-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
- 8.-9. **München: Sportärztliche Fortbildungsveranstaltung.** — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 8.-9. **Wildbad: 14. Wildbader Ärztetage.** — Auskunft: Kurverwaltung, 7547 Wildbad.
- 10.-12. **Selzburg: 16. Symposium der Gesellschaft für Nephrologie.** — Auskunft: Sekretariat der Universitätsklinik für Innere Medizin, Frau Pangrazzi, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck.
- 10.-13. **Erlangen: 30. Erlanger Kurs für gastroenterologische Endoskopie und Ultraschalldiagnostik.** — Auskunft: Kongressbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 10.-21. **Isny-Neutrauchburg: Kurs für Manuelle Medizin zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“.** — Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin, Dr. Karl-Sell-Ärztseminar, 7972 Isny-Neutrauchburg.
- 11.-15. **Homburg: 22. Fortbildungsseminar des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen.** — Auskunft: Dr. H. Walther, Westliche 32, 7530 Pforzheim.
- 12.-13. **Salzburg: 16. Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Nephrologie.** — Auskunft: Professor Dr. E. Wetzels, Städtisches Krankenhaus, 8200 Rosenheim.

(Fortsetzung folgt)

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 18, 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 (089) 55 17 71, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atleapress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke. Druck: Druckerei und Verlag Hens Zauner Jr., Augsburgers Straße 9, 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie des 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 Leseranlyse medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED

Schweinfurt

Die moderne Stadt mit alter Tradition



Die Stadt Schweinfurt sucht für das städtische **Leopoldina-Krankenhaus**

— Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg —

einen **Chefarzt für Neurochirurgie**

Das Leopoldine-Krankenhaus ist ein neuerrichtetes Schwerpunktkrankenhaus mit 656 Betten. Es verfügt über modernste diagnostische und operative Einrichtungen. Derzeit werden 12 Fachrichtungen (Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Anästhesie und Intensivmedizin, Nuklearmedizin und Strahlentherapie, Strahlendiagnostik und Computertomographie, Pathologie, Laboratoriumsmedizin) und Belegabteilungen für Hals-Nasen-Ohren und Augen betrieben.

Die Neurochirurgische Klinik soll zum nächstmöglichen Zeitpunkt mit 27 Normpflgebetten neu in Betrieb genommen werden.

Die Stadt Schweinfurt ist das Wirtschafts-, Verwaltungs- und Bildungszentrum der Region Main-Rhön mit bedeutender Industrie. Die Lage am Main zwischen Rhön und Steigerwald und das rege Kultur- und Sportleben bieten einen hohen Freizeit- und Erholungswert. Sämtliche Schularten sind vorhanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden bis Mitte Juni 1983 erbeten an das **Personalamt der Stadt Schweinfurt, Postfach 4440, 8720 Schweinfurt**. Rückfragen sind möglich beim **Krankenhausreferenten, Stadtrat Bonengel, Telefon (097 21) 51 210**.

Stadt Schweinfurt
Postfach 4440
8720 Schweinfurt

Wir suchen zum 1. Oktober 1983 für das Kreiskrankenhaus in Mering eine(n) **Oberärztin/Oberarzt**

für die Innere Abteilung, da sich der jetzige Stelleninhaber in Mering niederlassen wird.

Gesucht wird ein Internist, eventuell auch Assistenzarzt im letzten Weiterbildungsjahr, der in der Lage ist, den Chefarzt zu vertreten.

Die Innere Abteilung umfaßt 80 Betten und ist apparativ gut ausgestattet (umfangreiches Röntgen und Labor, Ultraschalldiagnostik, Ergometrie, Endoskopie, Intensivüberwachung und -therapie). Der Chefarzt ist 3 Jahre zur Weiterbildung für Innere Medizin ermächtigt. Im Hause befindet sich außerdem eine Chirurgische Abteilung. Neben dem Chefarzt finden Sie 3 Assistenten als Mitarbeiter.

Mering liegt außerordentlich verkehrsgünstig zwischen Augsburg (15 km) und München (52 km). Hoher Freizeitwert durch nahegelegene Stauseen und geringe Entfernung zum Ammersee bzw. in das Alpengebiet.

Wir würden uns über einen kooperativen Kollegen freuen, der Wert auf gute Zusammenarbeit in einem freundlichen Arbeitsklima legt.

Geboten werden: Vergütung nach Vergütungsgruppe I b BAT, Rufbereitschaftspauschale, Oberarztzulage, Umzugskostenersatzung.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige erbeten an die **Haupt- und Personalverwaltung des Landratsamtes Aichach-Friedberg, Münchener Straße 8, 8890 Aichach**.

Kreisstadt Karlstadt/Main: Praxisräume

Neubau, Toplage, 1. OG, Litt, ca. 140 qm, beste Ausstattung. Geeignet für Gebietsarzt. Lt. Bedarfsplan für die kassenärztliche Versorgung (Stand 31. 12. 1982) besteht für den Bereich Karlstadt/Marktheidenfeld der Bedarf an 1 HNO-Arzt.

Horst Klemmer RDM, Immobilien GmbH
Ludwigstraße 5, 8770 Lohr a. Main, Tel. (093 52) 90 06

Das Kreiskrankenhaus Wunsiedel

I. Fichtelgebirge (Fechtkrankenhaus für Innere Medizin – 70 Betten) sucht zum 1. Juli 1983 oder später eine(n)

Assistenzarzt oder -ärztin

Bevorzugt werden Bewerber mit 1-2 Jahren interner Berufserfahrung. Die Kreisstadt Wunsiedel im Naturpark Fichtelgebirge (10.500 Einwohner) ist Sitz sämtlicher weiterführender Schulen. Stadt und Umland bieten aufgrund der Mittelgebirgslage hohen Wohn- und Freizeitwert. Hallenbäder, Tennisplätze und -hallen sowie eine Eisbahnhalle sind vorhanden. Die Rosenhei-Feierabende in Selb, die Luisenburg-Festspiele in Wunsiedel und die Wagner-Festspiele in Bayreuth sind kulturelle Angebote in unmittelbarer Nähe.

Das Kreiskrankenhaus ist sehr gut ausgestattet und verfügt über alle modernen Einrichtungen für Olognostik und Patientenüberwachung. Der leitende Arzt ist für fünf Jahre zur Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin ermächtigt.

Wir bieten Vergütung nach BAT zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung nach Stufe C und Chefarztzulage aus dem Mitarbeiterpool.

Anfragen und Bewerbungen richten Sie bitte an
Lendretsam, 8592 Wunsiedel 1, Telefon (0 92 32) 80 118.

Erfahrener Allgemeinarzt, 35 Jahre, verheiratet, sucht für Januar 1984 Übernahme einer guten

Allgemeinpraxis

im Raum München, Oberbayern.

Anfragen unter Chiffre 2064/220 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Examinierte

Krankenschwester

ungekündigt, in leitender Stellung, im Bereich der Endoskopie tätig, sucht neuen Wirkungskreis in Oberbayern.

Anfragen unter Chiffre 2064/222, an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Landpraxis

Obernahme gesucht (nach vorheriger Zusammenarbeit). Landvierteljahr als praktischer Arzt ist abgeleistet. Antritt 1. Oktober 1983.

Anfragen unter Chiffre 2064/221, an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2.

Bayerischer Arzt für Anästhesie

34 Jahre, Weiterbildung zwei Jahre an mittlerem Krankenhaus, drei Jahre an der Uni, erfahren in Allgemein- und Regionalanästhesien, Intensivmedizin, Rettungsdienst (NAW, RTH), sucht Oeuerstellung an Krankenhaus mit (eventuell aufzubauender) Intensivstation.

Anfragen unter Chiffre 2064/223 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Praxiserfahrene Ärztin übernimmt

Vertretungen in Allgemeinpraxen

Anfragen unter Chiffre 2064/216 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

MTA

10 Jahre Berufserfahrung, sucht neuen Wirkungskreis im Raum München und im Umkreis von 60 km.

Anfragen unter Chiffre 2064/219, an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Privatnervenklinik Gauting bei München

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

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

Telefonische Anzeigenannahme unter
Telefon (0 89) 55 17 72 12

Audi wäre nicht Audi, gäbe es nicht die produktive Phantasie, das zielstrebige Engagement unserer Mitarbeiter.

Unsere Arbeitsweise wird Ihnen bestimmt gefallen: Teamwork in überschaubaren Bereichen, offene Atmosphäre, Zusammenspiel von Theorie und Praxis.

Und, was vielerorts leider selten geworden ist: Uns macht es Freude, scheinbar Unlösbares gemeinsam zu meistern.

Unser Standort:

Ingolstadt, eine sympathische Stadt mit gepflegtem historischen Kern, liegt an der Donau, etwa auf halber Strecke zwischen München und Nürnberg.

Für die Pause vom Alltag finden Sie in nächster Nähe eine Fülle attraktiver Freizeitmöglichkeiten.

In Ingolstadt läßt es sich gut leben. Die Lebenshaltungskosten sind hier niedriger und die Wohnraumsituation ist günstiger als in vielen anderen Städten.

Als Betriebsarzt zu Audi. Ihre Initiative in unserem Zentralen Gesundheitswesen ist uns nicht weniger wichtig als die Ideen unserer Ingenieure.

Arbeiten Sie in unserem Zentralen Gesundheitswesen für den betrieblichen Gesundheitsschutz unserer Mitarbeiter:

Kommen Sie als

Betriebsarzt

zu Audi.

Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Betreuung von über 20.000 Belegschaftsmittgliedern suchen wir eine/n junge/n Arzt/Ärztin innerhalb unseres erfahrenen engagierten Teams. Sie arbeiten unter sehr modernen Arbeitsbedingungen.

Überzeugen Sie uns mit Ihrem fundierten Fachwissen und Können. Internistische Vorkenntnisse

sind erforderlich, arbeitsmedizinisches Wissen ist erwünscht.

Ihre berufliche Entwicklung wird durch uns gefördert. Ggf. erhalten Sie Gelegenheit, die Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ zu erwerben.

Zum Stichwort Vergütung: Für ein Großunternehmen wie Audi ist die positions- und leistungsgerechte Bezahlung selbstverständlich.

Zeigen Sie mit Ihrer Bewerbung, daß Ihre Qualifikation und Ihre beruflichen Interessen mit unseren Vorstellungen übereinstimmen. Schreiben Sie uns oder rufen Sie uns an. Der Leiter unseres Zentralen Gesundheitswesens H. Dr. Tiller.

Tel. 0841/89 26 20 oder die Personalabteilung für AT-Angestellte/Führungskräfte, Tel. 0841/89 28 83 geben Ihnen gerne Auskunft.

AUDI NSU AUTO UNION Aktiengesellschaft
Personalabteilung
AT-Angestellte/
Führungskräfte

Postfach 2 20
8070 Ingolstadt



Vorsprung durch Technik