



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

August 1983

Zur Kenntnis genommen:

Wenn die August-Ausgabe unsere Leser erreicht, sind auch in Bayern die großen Ferien ausgebrochen. Ob Schüler, Student oder Parlamentarier, alle machen irgendwo Urlaub. Auch die Zahl der Patienten geht in dieser Zeit zurück und viele Ärzte schließen ihre Praxis, weil sie mit den schulpflichtigen Kindern Ferien machen. Bleibt zu hoffen, daß in der ärztlichen Versorgung keine größeren Lücken entstehen, worüber gelegentlich geklagt wird. Wir wünschen unseren Kolleginnen und Kollegen, aber auch unseren Patienten und Mitbürgern, schöne Tage und gute Erholung. Nachdem unsere Kur- und Badeorte über den drastischen Rückgang der Kurpatienten klagen, wäre es geradezu ideal, wenn unsere Bürger sich entschließen könnten, ihren Urlaub in einem deutschen Kurort zu verbringen und so eine Art „Kururlaub“ auf eigene Kosten zu machen. Der Urlaub – lange genug ist er je inzwischen für alle Arbeitnehmer – soll nämlich nach seiner Zweckbestimmung der Erholung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit dienen. Das wäre in der Bundesrepublik in geradezu idealer Weise möglich. Ich befürchte allerdings, daß dieser Vorschlag, den ich ja schon seit Jahren immer wieder mache, auf geringe Gegenliebe stößt. Man ist eben nur „in“, wenn man an Sonnenstränden war und dunkelbraun wie eine Kaffeebohne wieder am Arbeitsplatz erscheint. Daß damit qualvolle Stunden in der Blechlawine auf Autobahnen und vor Grenzen verbunden waren und die „gesunde“ Bräune nur das Ergebnis sinnlosen Röstens am heißen Strand ist, fällt dem Vergessenen anheim. Des „Wohlbefindens“ und der „gesunden“ Schlaf fallen je schließlich in die Verantwortung des Onkel Doktor und sind durch Psychopharmaka und Schlafmittel leichter zu bekommen als durch eine vernünftige Urlaubsgestaltung. Natürlich würde dazu auch mehr Vernunft in der übrigen Zeit des Jahres gehören.

Man redet so gerne vom „Versegeln“ der Medizin und der Ärzte, weil sie die großen Volkskrankheiten nicht in den Griff bekämen. Statt die Krankheiten zu behandeln, sollten die Ärzte – so sagt man – sich mehr auf Präventivmedizin einstellen. Es gibt kaum dümmere und bössartigeren Anwürfe gegen uns. Die wenigen und völlig ausreichenden Grundsätze vernünftiger Lebensführung und damit der Vorbeugung einer ganzen Reihe von „Killer-Krankheiten“ sind allgemein bekannt. Jedermann kennt ihre Urseuchen: Überernährung und zuviel Alkohol, Übergewicht, Zigarettenrauchen, Fernsehen statt Bewegung. Das war's schon.

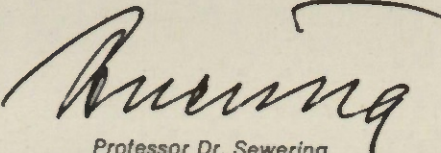
Auch die beste Vorsorgeuntersuchung oder Vorsorgekur hilft nichts, wenn keine Bereitschaft zum Umdenken und zur Veränderung der Lebensgewohnheiten vorhanden ist. Man muß das der Öffentlichkeit immer wieder vor Augen halten, auch wenn es überhaupt nichts Neues ist. Als eine Ausgeburt der Hitzewelle möchte man es werten, wenn das Bundesgesundheitsministerium nun plötzlich die Versicherten ermuntert, wieder mehr Kuren zu beantragen, nachdem es endlich gelungen ist, die Zahl der Kuranträge auf ein einigermaßen vertretbares Maß zu reduzieren.

In einigen Wochen ist die Ferienruhe – natürlich viel zu schnell – zu Ende. Was dann kommt, ist uns je bereits als „heißer Herbst“ angekündigt worden. Damit sind nicht die Temperaturen gemeint, sondern die angekündigten bundesweiten Groß-

demonstrationen gegen die Aufstellung amerikanischer Raketen. Natürlich wird nur „ganz friedlich“ demonstriert. Sollte es zu Gewalttaten kommen, denn sicher nur deshalb, weil die Polizei wieder mal grob und verständnislos war gegenüber den lieben Girls and Boys, die ja nur den Frieden wollen. Dazu ging gerade eine bezeichnende Meldung durch die Presse. „Verhalten der Polizei ermüdet Ärzte. Berliner Mediziner: bei Demonstranten nehmen schwerste Mehrfachverletzungen zu.“ Aus dem Bericht geht hervor, daß diese Patienten mit schweren Mehrfachverletzungen angeblich immer häufiger in den Arztpraxen dieser „Berliner Mediziner“ erscheinen. Schuld daran sei der „unangemessene Schlagstockeinsatz der Polizei“, weshalb die Mediziner, die sich so harmlos „Fraktion Gesundheit der Berliner Ärztekammer“ nennen, „vor einer weiteren Eskalation sinnloser Gewalt seitens der Polizei“ warnen. Denn, so behaupten sie, es handle sich bei diesen Verletzten „mit Sicherheit um keine gewalttätigen Demonstranten“. Dem bundesbürgerlichen Zeitungsleser läuft eine Gänsehaut vor Schauern über den Rücken. Da schlägt also brutale Polizei in Berlin harmlose Demonstranten zusammen. Aber, wie gut, die „Fraktion Gesundheit“ warnt endlich.

Daß der Sprecher dieser Ärztekammer über die Alternative Liste in ein Berliner Kommunalparlament gewählt wurde und die „Fraktion Gesundheit“ der Berliner Ärztekammer in dieselbe Ecke gehört wie die lieben, friedlichen Demonstranten, kann der Zeitungsleser ja nicht wissen. Vielleicht fällt auf, daß diese „Mehrfachverletzten“ in die Arztpraxen dieser Mediziner kommen. Normalerweise bringen die Sanitäter solche Verletzte in Krankenhäuser. Wie viele Polizeibeamte von diesen „friedlichen Demonstranten“ inzwischen verletzt wurden, ist natürlich uninteressant. Wahrscheinlich entstanden ihre Verletzungen ja auch nur durch die gellenden Hüllerufe der friedlichen und dennoch zusammengeknüppelten Demonstranten. Insofern hätte natürlich auch die „Fraktion Gesundheit“ keine Veranlassung, ihre Besorgnis über die zunehmende Zahl verletzter Polizeibeamter zu äußern.

Das Ganze wäre normalerweise kein Thema für unser Ärzteblatt, weil wir keine „allgemeine“ Politik betreiben. Es muß aber angesprochen werden, weil es ein trauriges Beispiel dafür ist, wie mit angeblich besorgten ärztlichen Warnungen überlastete Propaganda gegen staatliche Ordnungsorgane, hier die Polizei, gemacht wird. Ein ungutes Vorzeichen des „heißen Herbstes“ mit seinen angeblich so friedlichen Massendemonstrationen. Da kann man nur hoffen, daß es saukalt wird und regnet, was nur heruntergeht. Des wer schon öfter ein gutes Mittel gegen Demonstrationstreuden. Eine andere Art von Präventivmedizin gewissermaßen, womit sich der Kreis der August-Betrechtung schließt.


Professor Dr. Sewering

36. Bayerischer Ärztetag in Würzburg

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer 30. September bis 2. Oktober 1983

Eröffnung: *Freitag, 30. September, 19 Uhr, im Kaisersaal der Residenz*

Ort und Zeit der Arbeitstagungen: *Samstag, 1. Oktober, 9 Uhr, und Sonntag, 2. Oktober, 9 Uhr, Wolfskeel-Hofstube, Festung Marienberg*

Die Verhandlungen finden in geschlossenen Sitzungen statt, zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer mit Ausweis Zutritt haben.

Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.

Tagesordnung:

1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
2. Berufsordnung
3. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
 - 3.1 Rechnungsebschluß 1982
 - 3.2 Entlastung des Vorstandes 1982
 - 3.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1983
 - 3.4 Haushaltsvoranschlag 1984
 - 3.5 Beitragsordnung
4. Wahlen
 - 4.1 Nachwahl zum Vorstand
 - 4.2 Wahl der Mitglieder folgender Ausschüsse:
 - 4.2.1 Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung
 - 4.2.2 Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“
 - 4.2.3 Ausschuß für Hochschulfragen
 - 4.2.4 Krankenhausausschuß
 - 4.2.5 Ausschuß für Datenschutz und Wahrung des Arztgeheimnisses
5. Termin des 37. Bayerischen Ärztetages 1984 in Regensburg
6. Wahl des Tagungsortes des 38. Bayerischen Ärztetages 1985

Zur psychologischen Betreuung von Krebskranken *)

von K. Köhle

Fragen des Umganges zwischen Arzt und Krebskranken wird häufig eine *Sonderstellung* eingeräumt. Der Verlauf prognostisch ungünstiger Malignomerkrankungen konfrontiert uns Ärzte in besonderem Maße mit den Problemen von Sterben und Tod und – trotz aller Teilerfolge – mit der Begrenzung unserer therapeutischen Möglichkeiten. Die Konfrontation mit dem Tod kann auch in uns Todesängste mobilisieren; therapeutische Mißerfolge können uns verunsichern oder narzißtisch kränken; Nebenwirkungen der Therapie können bei uns Schuldgefühle auslösen. Diese elgenen Reaktionen können uns dabei behindern, offen und sensibel auf den Patienten einzugehen. Entscheidend ist dabei jedoch, daß die Medizin als Wissenschaft uns für diesen Umgang kaum Hilfen zur Verfügung stellt. Der Tod ist in der Heilkunde nur jeweils der Endpunkt von Krankheiten, nicht Bezugspunkt in einem Verständnissystem. In der medizinischen Theorie haben die mit dieser Bedrohung verbundenen Ängste, die Auseinandersetzung mit dem durch Krankheit verursachten Verlust und die Trauer keinen Platz.

Andererseits können wir die psychologische Betreuung von Krebskranken nicht an andere Berufe delegieren, etwa an Seelsorger oder Fachpsychotherapeuten. Dies ist schon deshalb nicht möglich, weil die intensive Kommunikation auch mit diesen Kranken Voraussetzung jeder rationalen Planung von Diagnostik, Therapie und Rehabilitation ist. Noch nicht einmal Analgetika können ohne Kenntnis der emotionalen Reaktion des Patienten angemessen verordnet werden; Fragen der Compliance bei den verschiedenen Therapiemaßnahmen lassen sich nur unter Berücksichtigung der psychischen

Situation und der Beziehung zum Arzt diskutieren. Die Delegation der psychologischen Betreuung würde uns als Ärzte darüber hinaus häufig zum reinen Exekutivorgan von Therapieprotokollen reduzieren.

Die *psychologische Situation* des Krebskranken möchte ich durch vier Gesichtspunkte kennzeichnen:

- Krebskranke haben ein großes Bedürfnis nach Kommunikation und nach Orientierungsmöglichkeiten über ihre Situation;
- Krebskranke befinden sich immer in der Gefahr, sozial isoliert zu werden, ihre Bezugsgruppen zu verlieren, ja, ausgestoßen zu werden;
- Krebskranke sind in ihrem Selbstwertgefühl labilisiert;
- Krebskranke sind in hohem Maße für das Verhalten ihrer Umwelt und damit auch für unser Verhalten als Ärzte sensibilisiert.

Dementsprechend möchte ich zusammenfassend folgende *Zielvorstellungen* für die psychologische Betreuung von Krebskranken formulieren. Wir sollten dem Kranken helfen, seine physiologischen und psychologischen Lebenskräfte maximal zu mobilisieren, um die verbliebene Lebenszeit entsprechend seiner Persönlichkeit optimal nutzen zu können. Wir sollten den Kranken darin unterstützen, die Integrität seiner Person und seine zwischenmenschlichen Beziehungen möglichst weitgehend aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen. Er selbst sollte mit uns als informierter und weitmöglichst selbständiger Partner bei der Behandlung seiner Erkrankung kooperieren können und Hilfe bei der Verarbeitung seiner Krankheit und der aus ihr resultierenden Behinderungen, Hilfe in seiner Trauerarbeit erhalten. Unser Arbeitsbündnis mit dem Patienten sollte zu seiner emotionalen Stabilisierung, zur Erkennung und nach Möglichkeit Verhinderung gravierender emotionaler Komplikationen beitragen.

*) Vortrag anlässlich des 32. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

Die Referate dieser Veranstaltung wurden in Band 60 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe veröffentlicht.

Namenskürzung:
DH-Ergotamin-
Tabliten retard

jetzt
DHE-Tabliten® retard

Hypotonie
Venen
Migräne



Antihypotonikum,
Venenikum

Zusammensetzung
1 Tablette enthält
Dihydroergotaminmesilat
2,5 mg.

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

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

Tablette
zerbeißen – forte
Tablette
schlucken – retard

Namenskürzung:
DH-Ergotoxin
Tabliten
forte

jetzt
DH-Tox-Tabliten® forte

Vergeßlichkeit
Schwindel
Migräne



Cerebral-
Therapeutikum

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

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

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

S SANORANIA Dr.G.Strohscheer
1 Berlin 28

neu
von
Sanorania

Indorektal®
100 mg Indometacin

Indo-Tablinen®
50 mg Indometacin

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

Zusammensetzung
1 Suppositorium enthält
100 mg Indometacin,
1 Tablette enthält 50 mg Indometacin.
Indikationen
Entzündliche und degenerative
(rheumatische) Erkrankungen des
Bewegungsapparates
Kontraindikationen
Ulcus ventriculi et duodeni, auch in der
Anamnese, Allergie gegen Acetylsalicyl-
säure oder Indometacin, Anwendung
bei Kindern unter 14 Jahren.
Nebenwirkungen
Gastrointestinale Störungen und
Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel,
Somnolenz, psychische Störungen,
allergische Hauterscheinungen,
Störungen der Hämatopoese,
Sehstörung: Retina- und Makula-
veränderungen.
Dosierung
Indorektal: 1-2 X 1 Suppositorium.
Indo-Tablinen: 2-3 X 1/2-1 Tablette.

stark
gesenkte
Preise

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

Ich gehe jetzt vor allem auf *Fragen der Kommunikation mit dem Patienten*, insbesondere auf die Frage der sogenannten „Diagnosemitteilung“, ein. Ein Zitat aus Bismarcks „Gedanken und Erinnerungen“ soll auf das Ausmaß der Entwicklung während der letzten 100 Jahre aufmerksam machen.

„Die behandelnden Ärzte waren am 20. Mai 1887 im Begriff, den Kronprinzen bewußtlos zu machen und die Exstirpation des Kehlkopfes auszuführen, ohne ihm ihre Absicht angekündigt zu haben. Ich erhob Einspruch, verlangte, daß nicht ohne die Einwilligung vorgegangen und, da es sich um den Thronfolger handelte, auch die Zustimmung des Familienhauptes eingeholt werde. Der Kaiser, durch mich unterrichtet, verbot, die Operation ohne Einwilligung seines Sohnes vorzunehmen.“

Seitdem haben sich nicht nur die rechtlichen Grundlagen einschneidend geändert; insbesondere während der letzten zehn Jahre hat sich bei uns Ärzten auch die Einstellung gegenüber der Information geändert: die Bereitschaft, auch Krebskranke offen zu informieren, hat erheblich zugenommen. Allerdings lehnen viele ein solches Vorgehen noch weiter ab; sie argumentieren vor allem mit einer möglichen Gefährdung des Patienten, oder, wie es Hufeland apodiktisch formulierte: „Den Tod verkünden, heißt den Tod geben.“ Auffallend ist, daß diese kontroverse Diskussion ihre Voraussetzung in der Annahme hat, der Krebskranke sei unfähig, seine Situation selbst zu interpretieren und folglich ganz auf unsere Information und Interpretation angewiesen.

Alle vorliegenden empirischen Untersuchungen widersprechen der Gültigkeit dieser Annahme. Es zeigt sich, daß die dichotomisierende Fragestellung „Aufklären oder nicht?“ falsch gestellt ist. Praktisch alle Patienten bringen nämlich – zumindest in der Klinik – bereits ein Vorwissen um die mögliche Lebensbedrohlichkeit ihrer Erkrankung mit. Sie sind dabei keineswegs ausschließlich auf explizite, verbale Mitteilungen ihrer Ärzte angewiesen, um sich in ihrer neuen Lebenssituation orientieren zu können. So zeigen verschiedene Untersuchungen, daß mindestens 90 Prozent aller Malignom-Patienten im Verlauf der Erkrankung auch ohne solche

„Aufklärung“ ihre Diagnose in Erfahrung bringen. Ich möchte die Art dieses Vorwissens und mögliche Informationsquellen der Patienten an Beispielen illustrieren.

Eine 53jährige, äußerlich undifferenziert wirkende Geschirrspülerin beklagt sich im Erstgespräch darüber, daß sie vom Hausarzt und von den Ärzten auswärtiger Krankenhäuser mit ihren Fragen nach dem Wesen der vorliegenden Erkrankung nur abgewiesen worden sei. Ich spreche sie darauf an, daß ihr doch sicher selbst viele Gedanken durch den Kopf gegangen seien. Darauf meint die Patientin: „Wissen Sie, ich bin halt immer blutärmer geworden. Da ich nach außen kein Blut verloren habe, habe ich mir gedacht, das kann nur innerlich von einer Art Krebs aufgefressen werden.“ Die Mitteilung der Diagnose einer akuten Leukämie konnte bei dieser Patientin ohne weiteres an ihr eigenes Vorwissen anknüpfen.

Vor der Tür einer 19jährigen, erst seit wenigen Tagen erkrankten Patientin unterhielten sich Ärzte und Angehörige darüber, ob und wie man der Patientin die Diagnose einer akuten Leukämie mitteilen sollte. Als ich die Patientin kurz darauf im ersten Gespräch fragte, was sie sich selbst denn für Gedanken über ihre Erkrankung gemacht habe, meinte sie: „Ich kenne die Diagnosa schon.“ Auf der Toilette sei ein Urinkrug gestanden, an dem ein Zettel mit dem Namen der Patientin und der Diagnose „Verdacht auf akute Leukämie“ angebracht war.

Einer anderen Kranken mit ekuter Leukämie wurde von Ärzten und Schwestern eines auswärtigen Krankenhauses keine Information über ihre Erkrankung gegeben. Vor der Verlegung in die Ulmer Klinik empfahl ihr jedoch die Stationschwester, besser noch zu beichten und vermittelte ihr so die krankheitsbedingte Bedrohung.

Bei diesen Beispielen handelt es sich nicht um isolierte Einzelfälle, sondern um ganz typische Vorkommnisse.

Für die Orientierung der Kranken in ihrer neuen Lebenssituation spielt das gesamte Verhalten ihrer Bezugspersonen, nicht nur deren ausdrückliche verbale Mitteilungen, eine große Rolle. Die Patienten sind für das Verhalten der anderen außerordentlich sensibilisiert und nehmen auch Veränderungen am Ausdruck ihrer Bezugspersonen in erhöhtem Maße wahr. Sie spüren deutlich, wenn Angehörige oder

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Ärzte nicht offen mit ihnen kommunizieren, ihnen im Gespräch ausweichen, bestimmte Themen vermeiden oder ihnen ungerechtfertigte Hoffnungen machen. Diese Sensibilisierung resultiert aus dem Gefühl der Gefährdung. Wird die Kommunikation über diese Gefährdung mit dem Kranken eingeschränkt, so ist er in seiner Verunsicherung noch verstärkt auf indirekte Zeichen angewiesen. So nehmen Patienten selbstverständlich die Betroffenheit ihrer Angehörigen wahr, auch wenn diese zur eigenen Beruhigung ein offenes Gespräch über den Ernst der Situation vermeiden. Nicht selten kommen solche Angehörigen weinend aus dem Krankenzimmer und beteuern dem Arzt gegenüber, der Kranke wisse nichts von der Bedrohlichkeit seiner Erkrankung.

Beim sensibilisierten Patienten können auch kleine Verhaltensänderungen des Arztes Signalcharakter bekommen. So meinte ein Patient: „als der Professor sich bei mir aufs Bett setzte, habe ich gewußt, jetzt muß ich sterben.“

Für den Arzt, der nicht offen mit seinem Patienten kommuniziert, ist ihr Vorwissen meist kaum beurteilbar. Hinzu kommt, daß die Patienten aus ihrer Angewiesenheit auf uns heraus häufig noch auf unsere Schutz- und Abwehrhaltungen Rücksicht nehmen.

So meinte ein Leukämie-Patient, mit dem in Ulm offen über seine unheilbare Erkrankung gesprochen worden war, vor seiner Rückkehr in eine andere Universitätsklinik, von deren Mitarbeiter er auf seine diesbezüglichen Fragen keine Antwort erhalten hatte: der dortige Arzt sei so nett und väterlich zu ihm gewesen, daß er ihm die Konfrontation mit seinem jetzigen Wissen nicht zumuten wolle; deshalb werde er dort offene Gespräche über seine Erkrankung wie früher vermeiden.

Zur Diskussion steht nach allen heute vorliegenden Befunden also nicht mehr die Frage „aufklären oder nicht?“, nicht mehr die Frage nach der „Mitteilung der Diagnose“, sondern die Frage nach der Art des Umganges mit dem Kranken, der bereits über sein eigenes, jeweils individuelles Vorwissen verfügt. Dieses Vorwissen – der amerikanische Ausdruck „middle knowledge“ trifft dies gut – kann als Resultat von Informationsmöglichkeiten einer-

seits und Abwehrvorgängen gegen das Bewußtwerden der Bedrohung andererseits aufgefaßt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß auch das Wechselspiel zwischen innerseelischen Abwehrvorgängen des Patienten und seiner sozialen Situation bei der Kommunikation über die Bedrohung eine Rolle spielt.

Ein 42jähriger Patient mit Kolonkarzinom wußte sehr genau um seinen Zustand; er hatte zwei Jahre vorher seinen Vater an derselben Erkrankung, mit derselben Symptomatik und etwa zu gleicher Zeit seinen Bruder unter denselben Umständen verloren. Ärzten gegenüber äußerte er niemals auch nur die leichtesten Beschwerden, gegenüber den Schwestern klagte er über heftigste Leibschmerzen, das Hausmädchen fragte er: „Gell, ich habe Krebs?“ Es ist klar, daß der Patient die Mitteilung des Hausmädchens wieder leichter aus seinem Bewußtsein entfernen könnte als eine etwaige Bestätigung durch den Arzt.

Angemerkt sei, daß derselbe Patient, der sich den Ärzten gegenüber gesund darstellte, in hochdramatischer Weise vom Weltuntergang träumte und sich zunächst mit seinen angstvollen Phantasien alleine herumschlagen mußte, da die Ärzte dieser Station eine offene Kommunikation ausdrücklich ablehnten.

Meiner Auffassung nach gehört es zu unserer Aufgabe als Ärzte, das Gespräch mit dem Krebskranken als *Dialog* zu führen, in dem wir einen Zugang zum Vorwissen des Kranken, zu seinen Ängsten und Abwehrvorgängen suchen und mit unseren Informationen dann an diese Vorgänge im Patienten anknüpfen. So gelingt es uns allmählich, Zugang zu der jeweils individuellen Wirklichkeit (Th. v. Uexküll) des einzelnen Kranken zu finden. Zunächst sollte also der Patient zu Wort kommen und die ihn beschäftigenden Gedanken und Phantasien äußern können, dann erst blenden wir uns ein. Eine Mitteilung der Diagnose gleichsam „ex cathedra“ ist dann von vornherein ausgeschlossen.

Voraussetzung für eine solche offene Kommunikation ist freilich die Möglichkeit, mit dem Patienten über längere Zeit in Kontakt bleiben zu können. Dann bewährt es sich, bereits bei der Erstuntersuchung dem Patienten zu sagen, daß er über alle etwaigen Befunde informiert

werden wird, bzw. ihn zu fragen, ob er mit einem solchen Vorgehen einverstanden sei. Dieses Vorgehen empfiehlt sich natürlich für alle Kranken; erst im Falle der Diagnose einer malignen Erkrankung die Kommunikation zu beginnen, ist sehr viel schwieriger.

Diesen Patienten wird der Arzt sein Wissen nicht aufdrängen, er sollte sich aber unabhängig davon in besonderem Maße um ihre psychologische Unterstützung bemühen. Meist liegt bei ihnen ein besonders ausgeprägtes Unabhängigkeitsbedürfnis vor; auch sie wissen im Grunde um die Bedrohlichkeit ihrer Erkrankung, sie möchten sich jedoch den Spielraum für die Möglichkeit, die Bedrohung vom Bewußtsein fernzuhalten, nicht durch das Aussprechen der Gefahr einengen lassen.

Hilft der Arzt seinen Kranken nicht bei der Orientierung über ihre Krankheit, so versuchen sie sich verstärkt über andere Quellen zu informieren; die Qualität dieser Information entspricht dann meist nicht dem heutigen Wissensstand; gleichzeitig geht die Chance, den Patienten zusammen mit der Information emotional zu unterstützen, verloren. Dabei ist noch einmal zu betonen, daß die überwiegende Mehrzahl der Patienten ihre Diagnose auch ohne Information durch den Arzt in Erfahrung bringt.

Die zahlreichen mittlerweile vorliegenden empirischen Untersuchungen zu diesen Fragen lassen sich dahingehend zusammenfassen, daß die Patienten in ihrer überwiegenden Mehrzahl eine offene Kommunikation mit ihrem Arzt und seine Hilfe bei der Orientierung über ihre Krankheit wünschen. Die Zahl der Kranken, die ein solches Vorgehen ablehnen, liegt bei etwa fünf Prozent.

Ich komme jetzt zu möglichen *Konsequenzen* der offenen Kommunikation mit Krebskranken.

In der Regel *entlastet* eine solche offene Kommunikation die Patienten, ihre Familienangehörigen, uns Ärzte und – in der Klinik – auch das Pflegepersonal. Die Beziehungen zwischen allen Beteiligten werden entspannter, Information über Diagnose, erforderliche Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, therapeutische Maßnahmen und prognostische Möglichkeiten

vermindert Angst, da die Befürchtungen des Patienten in eine Beziehung zur Realität gebracht werden. Im Dialog lernt der Arzt die emotionalen Reaktionen des Patienten und umgekehrt der Patient die Überlegungen des Arztes kennen. Der Arzt kann so den Patienten gezielter unterstützen, der Patient kann seine Erkrankung vorübergehend aus der Distanz der ärztlichen Überlegungen mitbeurteilen; dies vergrößert die Autonomie des Patienten, verringert seine Abhängigkeit. Ein solch intensiver Umgang mit dem Arzt stärkt den Patienten in seinem Selbstwahrerleben, er fühlt sich trotz seiner Erkrankung ernstgenommen und akzeptiert, als für die eigene Zukunft verantwortlich anerkannt. Schon dies trägt wesentlich zur Prophylaxe von schweren Depressionszuständen und Suizidintendenzen bei.

Für die Patienten *schädliche Auswirkungen* der offenen Kommunikation beobachten wir in unserer eigenen Arbeit nicht. Sie werden auch von anderen Untersuchern nicht beschrieben.

Stärkere *emotionale Reaktionen* der Patienten auf die Information hin sind allerdings zu erwarten und einfühlbar. Insbesondere depressive Reaktionen und auch die anderen, z. B. von Frau Kübler-Ross in ihrem Phasenschema angegebenen Reaktionen gehören zur Verarbeitung von Krankheit und Bedrohung; das Ausbleiben solcher Reaktionen in einer bedrohlichen Lebenssituation wäre auffallend.

Zu zwei *Einwänden* gegen eine solche offene Kommunikation mit Krebskranken möchte ich noch Stellung nehmen. Häufig wird argumentiert, die Information unheilbar Kranker über das Wesen ihres Leidens würde ihnen

1. die Hoffnung nehmen und
2. die Suizidgefahr vergrößern.

Zunächst zur Frage der *Hoffnung*. Hoffnung wird bei dieser Argumentation häufig nur als Hoffnung auf Besserung, auf Lebensverlängerung verstanden. Hoffnung aufrechterhalten bedeutet dann, die auf die therapeutischen Maßnahmen gerichteten Erwartungen bis zuletzt zu unterstützen. Hoffnung bezieht sich dann ausschließlich auf Möglichkeiten, trotz aller Bedrohung zu

Wir laden Sie ein zum Foto »Mensch und Architekt«



Fotowettbewerb Architektur.

Für Sie als Arzt ist dies doch ein interessantes Beobachtungsfeld. Schließlich kann Architektur krank machen. Aber auch gesund. Kann traurig stimmen. Aber auch fröhlich. Senden Sie uns also Ihre Meinung nach treffendste Fotomotiv, das Sie selbst aufgenommen haben.

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

Erleben Sie als Beispiel die Ansichten des berühmten französischen Meisterfotografen Jeanloup Sieff in einer Edition der Vereinigten Versicherungsgruppe.

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

DIE DINGE SEHEN WIE SIE SIND. GERADE ALS ARZT.

Krankenversicherung mit persönlichem Bonus.

Als Versicherter bei der Vereinigten Krankenversicherung AG haben Sie Vorteile, die sich auszahlen. Denn Sie bekommen 1984 bis zu sechs Monatsbeiträge zurück. Das gilt für alle Ärztetarife im Ambulant- und Zahnbehandlungsbereich. Mit dieser frühzeitigen Festlegung der Rückerstattungsquoten können Sie ausrechnen, ob es für Sie günstiger ist, Rechnungen einzureichen oder die Beitragsrückerstattung in Anspruch zu nehmen. In diesem Angebot hoher Rückerstattungsquoten sieht die Vereinigte einerseits eine Maßnahme zur Kostendämpfung. Und andererseits eine Honorierung cleveren Abwägens. Denn wer auf die Erstattung verwaltungsaufwendiger Bagatellbeträge verzichtet, soll getrost seinen ganz persönlichen Gewinn haben.

WIR BRINGEN IHNEN SICHERHEIT NÄHER

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

Überleben. So wichtig dieser Aspekt der Hoffnung ist, die Hoffnung des Kranken bezieht sich nicht ausschließlich darauf; für ihn ist das Erleben des eigenen Wertes, die Aufrechterhaltung der Integrität der Person, das Einbezogenwerden in die Gemeinschaft der anderen entscheidend. Die Antithese zur Hoffnung der Kranken ist die Verzweiflung. Das Erleben von Wertlosigkeit und Alleingelassenwerden führt zu Verzweiflung. Der Kranke fürchtet den sozialen Tod mehr als den physischen Tod. Das ärztliche Angebot zur Kommunikation ist aus dieser Sicht ein dialektisches. Es versucht einerseits, den Kranken in der Gemeinschaft der Lebenden zu halten und ihm andererseits – im Falle eines ungünstigen Verlaufes – beim Verlassen dieser Gemeinschaft zu helfen, ihm diesen Schritt zu erleichtern. Unsere Aufgabe wäre es so, gleichzeitig Bindung und Lösung, Beziehung und Trennung zu unterstützen.

Meines Erachtens ist entscheidend, daß die Hoffnung, die sich allein auf das Überleben, auf die Besserung oder Heilung der Erkrankung bezieht, mit fortschreitendem Krankheitsverlauf notwendigerweise ständig abnimmt. Hoffnung, die im Bezug zum Selbstwerterleben steht, kann im Krankheitsverlauf zunehmen. Hierzu können wir als Ärzte beitragen. Es kann dem Kranken gelingen, seine Situation zu meistern, in der verbliebenen Zeit Wertvolles zu gestalten, unerledigte Angelegenheiten zu regeln, im Vergleich zu seinem bisherigen Leben neue Werte – auch in der Einstellung zu seiner Situation – zu verwirklichen.

Zur Suizidgefahr: Wir selbst beobachten bei den von uns betreuten Patienten häufig Suizidphantasien, vor allem präterminal. Suizidversuche erlebten wir während der stationären Behandlung von aufgeklärten Patienten nicht. Die relativ wenigen systematischen empirischen Studien über Suizidhandlungen bei Krebskranken ergeben zusammengefaßt, daß die Suizidhäufigkeit nicht ungewöhnlich hoch ist. Vergleichende Untersuchungen zwischen informierten und nicht-informierten Patienten liegen unseres Wissens bisher nicht vor. Eine Suizidhandlung als Folge einer Diagnosesmitteilung scheint extrem selten zu sein. Krebskranke, die Suizidver-

Vereinigte Versicherungsgruppe

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

- Als meinen Beitrag zum Ärzte-Fotowettbewerb lege ich ein Foto bei. Format 13x18 cm, schwarz/weiß. Auf der Rückseite des Abzugs steht mein Name und meine Anschrift. Mit einer Veröffentlichung bin ich einverstanden.

- Ich möchte nur an der Verlosung der Fotomappe »Mensch und Architektur« teilnehmen. Einsendeschluß 30.9.1983. Rechtsweg ausgeschlossen.

- Schicken Sie mir bitte die Info-Mappe »Arzt und Versicherung«.

Name: _____ Alter: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. m. Vorwahl: _____

Coupon bitte einsenden an:
Vereinigte Versicherungsgruppe
Informationszentrale A 3
Postfach 201320
8000 München 2

suche unternehmen, handeln zu- meist aufgrund ihrer tiefgehenden Verzweiflung. Bei den Motiven ist vor allem an Einsamkeit und Verlassenheit und an die besondere Verletzlichkeit dieser Patienten als Folge ihrer Erkrankung zu denken. Ohne offene Kommunikation mit den Kranken ist das Suizidrisiko überhaupt nicht rational einschätzbar, bei offener Kommunikation empfiehlt es sich, vor allem auf die Verletzlichkeit zu achten und das Selbstwertgefühl zu unterstützen.

Nicht selten wird auch mit den Wünschen von Angehörigen argumentiert. Der Wunsch von Angehörigen, Kranken die Diagnose zu verschweigen, stellt für uns keine Kontraindikation zu einem solchen Vorgehen dar. Solche Vorschläge entstehen vielfach aus eigener Unsicherheit der Angehörigen, Schuldgefühlen oder aus dem Wunsch, längerschwelende familiäre Konflikte auch weiterhin nicht auszutragen. Wir versuchen vielmehr umgekehrt, mit den Patienten selbst die Einbeziehung der Angehörigen in das Gespräch und die Krankheit zu klären. So bleibt der Patient auch für die Entwicklung seiner künftigen Stellung in der eigenen Familie verantwortlich. Werden – wie es nicht selten geschieht – zunächst die Angehörigen informiert, so nimmt man gewissermaßen eine Entmündigung des Patienten vorweg. Zudem überschätzt man dabei meist die Belastbarkeit der Angehörigen.

Abschließend möchte ich betonen, daß gerade im Umgang mit Krebskranken jeder Arzt seinen eigenen Stil entsprechend seiner Person finden muß. Je größer unsere eigene Belastung ist, desto stärker wird unsere Beziehung zum Patienten von unseren eigenen psychologischen Vorgängen bestimmt. Es kommt nicht darauf an, diese Prozesse auszuschalten, sondern sie auf ihre Wirksamkeit gegenüber Patienten hin zu reflektieren. Eine gute Möglichkeit, die Wechselwirkungen psychologischer Art im Umgang mit unseren Patienten zu klären, stellt die längerfristige Teilnahme an sogenannten „Balint-Gruppen“ dar.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. K. Köhle, Abteilung Psychosomatik der Universität Ulm, Am Hochsträß 8, 7900 Ulm

Neues bei Diabetes mellitus

69. Fortbildungstagung in Regensburg

Dr. M. Wicklmayr, München:

Wege und Irrwege der Diabetesdiät

Das wichtigste Prinzip der Diabetesdiät besteht in der Forderung einer kaloriengerechten Ernährung, d. h., es soll bei den Patienten Ideal- bzw. Normalgewicht erhalten oder erreicht werden. Zahlreiche Untersuchungen haben bewiesen, daß eine Gewichtsreduktion den oralen Glukose-Toleranz-Test bei übergewichtigen Diabetikern erheblich verbessert, ja normalisiert. Durch Gewichtsreduktion läßt sich sogar das Stadium des bestehenden Diabetes verändern, d. h., die vorher notwendige Insulintherapie kann auf Tabletten oder sogar auf Diät allein umgestellt werden. Obwohl rasch resorbierbare Kohlenhydrate vermieden werden müssen, braucht der Diabetiker nicht auf gesüßte Speisen zu verzichten, da dafür einmal kalorienfreie Süßstoffe zur Verfügung stehen; das Zyklam hat in üblicher Dosierung keinerlei kanzerogene Wirkung. Der zweite Weg zur Süßung der Speisen besteht in der Verwendung von Zuckeraustauschstoffen, wie Fruktose, Sorbit und Xylit, die allerdings kalorienreich sind und deshalb als Zuckeraustauschstoffe voll anzurechnen sind; außerdem können Diarrhöen dadurch auftreten. Zu der zweiten Forderung der Diabetesdiät, nämlich der Verteilung der Mahlzeiten über den Tag, wünschenswert auf sieben, gibt es keine Alternative. Fest steht heute, daß 20 Prozent der gesamten Kalorien durch Eiweiß gedeckt werden sollten, während bei dem Anteil von Fett und Kohlenhydraten nach wie vor Unstimmigkeiten bestehen. Jedoch sollte aus zahlreichen Gründen nach heutiger Erkenntnis jedes Extrem auf diesem Gebiet vermieden werden.

Privatdozent Dr. W. Bachmann,
München:

Orale Antidiabetika

An oralen Antidiabetika kommen heute fast ausschließlich Medikamente der Sulfonylharnstoffgruppe zur Anwendung. Von den Biguanid-

derivaten steht uns heute nur noch das Metformin (Glucophage retard®) zur Verfügung, allerdings mit einer erheblich eingeschränkten Indikationsbreite und Beschränkung der Höchstdosis auf drei Tabletten pro Tag. In die Lücke, die die Biguanide hinterlassen haben, könnte in Zukunft eine neue Substanzgruppe, die Glykosidhydrolasenhemmer, treten, deren erster Vertreter, die Acarbose (Glucobay®), sich seit vielen Jahren in klinischer Untersuchung befindet. Aufgrund von Verkaufszahlen steht fest, daß die Sulfonylharnstoffe heute viel zu häufig verordnet werden, d. h., eine alleinige diätetische Therapie wird viel zu selten angewandt. Die für die blutzuckersenkende Wirksamkeit der Sulfonylharnstoffe entscheidenden Mechanismen sind eine vermehrte Synthese und Sekretion von Insulin und eine Verbesserung der peripheren Insulinwirkung, die möglicherweise bedingt ist durch eine positive Beeinflussung der Insulinrezeptoren an den Erfolgsorganen. Ernsthafte Nebenwirkungen sind für die in Deutschland üblichen Sulfonylharnstoffe äußerst selten. Dies gilt insbesondere für die neueren Substanzen, die in mg-Dosierung angewandt werden. Die Summen aller Nebenwirkungen einschließlich der Hypoglykämien liegen unter ein Prozent. Nebenwirkungen sind gastrointestinale Beschwerden, allergische Hautreaktionen, toxische Leberschäden, Alkoholunverträglichkeit, Knochenmarkssuppression und Hyponatriämie. Einzelne dieser Nebenwirkungen betreffen häufig nur ein Präparat. Hypoglykämien können allerdings bei Verordnung aller Sulfonylharnstoffpräparate auftreten. Häufigste Ursachen für Hypoglykämien sind sicherlich falsche Indikationsstellung und unzureichende Diät. Bei einer Sulfonylharnstofftherapie sind Arzneimittelinterferenzen zu beachten, vor allem bei Therapie mit Sulfonamiden, Chloramphenicol, Antikoagulantien, Analgetika, Antirheumatika, Allopurinol und lipidsenkende Medikamenten. Die Indikation der Sulfonylharnstoffe ist beschränkt auf den Typ II-Diabetiker, und zwar auf Patienten, bei denen eine alleinige

diätetische Therapie zur Stoffwechselfkompensation unzureichend ist. Die Medikamente sollten einschleichend dosiert werden, d. h., beginnend mit einer oder einer halben Tablette morgens vor dem Frühstück und langsamer Steigerung je nach Stoffwechselwirkung. Maximale Dosierung ist in der Regel drei Tabletten — zwei Tabletten vor dem Frühstück und eine vor dem Abendessen. Bei richtiger Indikationsstellung ist die Auswahl des Sulfonylharnstoffes sekundär. Lediglich bei nachgewiesener leichter Niereninsuffizienz sollte Substanzen, die überwiegend durch die Leber eliminiert werden, der Vorzug gegeben werden, d. h. also Gliquidon (Glucenorm®), mit Einschränkung auch Glibenclamid (Euglucon-N®). Ein Sulfonylharnstoffpräparat ist natürlich auch mit einem der beiden anderen oralen Antidiabetika — entweder Metformin (Glucophage ret.®) oder Acarbose (Glucobay®) — zu kombinieren. Die Acarbose hemmt kompetitiv die Glykosidhydrolasen im Dünndarm und damit den Abbau der Kohlenhydrate. Dies führt zu einer verminderten Resorption von Glukose aus den Kohlenhydraten und nachfolgend zu einer verzögerten postprandialen Glukosesteigerung. Nebenwirkungen sind Meteorismus, Flatulenz, selten Bauchschmerzen und ganz selten Diarrhöen. Die Therapie sollte einschleichend erfolgen und das Medikament sollte mit Beginn der Mahlzeit eingenommen werden. Die maximale Dosis ist aufgrund der dosisabhängig auftretenden Nebenwirkungen drei Tabletten d. h. 300 mg/Tag.

*Privatdozent Dr. W. Kemmler,
München:*

Neue Entwicklungen der Insulintherapie

Die beiden bedeutendsten Entwicklungen der letzten Jahre bei der Insulintherapie sind die Entwicklung des Humaninsulins und die Therapie mit den Insulin-Dosiergeräten.

Grundsätzlich gibt es drei Wege, Humaninsulin herzustellen: die chemische Synthese, die Biosynthese und eine Semisynthese. Die chemische Synthese ist seit 1963 technisch möglich, aber viel zu teuer. Die Biosynthese des Humaninsulins gelingt mit Hilfe der Gentechnologie, wobei

gereinigte und veränderte Colibakterien die Insulin A- und B-Kette produzieren, die dann synthetisiert werden. Dieses Verfahren stellt eine ungeheure wissenschaftliche Leistung dar, die weit über die Insulinproduktion hinaus von Bedeutung sein wird. Bei der Semisynthese macht man sich die Tatsache zunutze, daß sich das Humaninsulin lediglich in dem C-terminalen Alanin in Position B 30 vom Schweineinsulin unterscheidet. Durch das Enzym Trypsin wird das Alanin abgespalten und durch einen enzymatisch-katalytischen Prozeß durch Threonin ersetzt. Diese Humaninsuline werden bald auf den Markt kommen. Sie sind biologisch genauso wirksam wie das Schweineinsulin. Der wesentliche Grund für die Behandlung mit Humaninsulin besteht darin, daß sie möglicherweise weniger immunogen sind; d. h., daß es unter Humaninsulintherapie seltener zu Antikörperbildung gegen das Insulin kommt.

71. Regensburger Fortbildungskongreß

vom 6. bis 9. Oktober 1983

Die zweite Neuerung in der Insulintherapie sind die Infusionspumpen. Diese sind möglicherweise der entscheidende Fortschritt in der Diabetestherapie seit der Entdeckung des Insulins. Aber auch diese Behandlungsweise ist keineswegs problemlos. Prinzipiell gibt es zwei Systeme der Infusionspumpen, das rückgekoppelte System, und dies ist das eigentliche künstliche Pankreas, oder auch Biostator genannt. Demgegenüber steht das zweite nicht-rückgekoppelte System. Der Biostator besteht aus einem Glukosesensoren, der kontinuierlich wie die B-Zelle den Blutzucker mißt, über einen Computer wird die Insulininfusion nach bestimmten mathematischen Modellen gesteuert. Es handelt sich hier um einen der B-Zelle sehr ähnlichen Regelkreis. Dieses Gerät ist jedoch zu groß, um tragbar zu sein, so daß es zur Zeit dafür keine klinische Indikation gibt. Das nicht-rückgekoppelte System ist einfacher und vor allem tragbar. Die Infusionspumpe besteht aus einem Reservoir, der

eigentlichen Pumpe, und einer programmierbaren Steuereinheit. Diese nicht-rückgekoppelten Systeme haben gemeinsam, daß eine kontinuierliche Basalrate über 24 Stunden infundiert wird, die vom Arzt vorprogrammiert ist. Zum Essen wird Insulin als Zusatzrate vom Patienten abgerufen. Mit dieser Behandlung können die Blutzuckerwerte sehr stabil gehalten werden, z. B. mit einer Basalrate von 1,2 E pro Stunde, wobei jeweils zum Essen zusätzlich 5 bis 6 E abgerufen werden. Viele Diabetologen sind der Meinung, daß die Implantation der Geräte auf die Dauer eine hervorragende Lösung sein könnte, um eine stabile Stoffwechseleinstellung über Jahre zu erreichen, und zwar mit Insulindosiergeräten, die vom Patienten über lange Zeit toleriert werden können. Ein ungelöstes Problem ist noch, welchen Zugangsweg man für die Insulindosiergeräte wählen soll.

Hauptrisiko dieser Methode ist die Hypoglykämie, die hier besonders gefürchtet wird, weil sie sich schleichend einstellt ohne die bekannten Warnsymptome. Die diabetische Neuropathie, die Schwangerschaft und vor allem die geplante Schwangerschaft stellen nach Ansicht mehrerer Diabetologen die Hauptindikation für die Pumpentherapie dar. Die wichtigste Kontraindikation ist das Hypoglykämierisiko, also bei Patienten mit Beta-Blockerbehandlung, Nebenniereninsuffizienz und Neuropathie. Fortgeschrittene Spätkomplikationen sind nicht mehr positiv zu beeinflussen. Mangelnde Motivation, mangelnde Zuverlässigkeit oder Intelligenz stellen Kontraindikationen dar.

Dr. B. Kraus, München:

Probleme der häuslichen Selbstkontrolle bei Diabetikern

Der Diabetiker lebt mit einer Krankheit, die seinen Tagesablauf, seine Gewohnheiten, sein gesamtes Leben entscheidend beeinflußt. Ist er selbst nicht bereit, die Krankheit als Teil seines Lebens zu akzeptieren, aktiv daran zu arbeiten, mit und nicht gegen den Diabetes zu leben, wird auch der beste Therapieansatz zum Scheitern verurteilt sein. Die häusliche Selbstkontrolle durch den Patienten stellt ein wesentliches Werkzeug auf dem Weg zur besseren Stoffwechseleinstellung dar. Unter

diesem Begriff wird die Harnzucker-selbstkontrolle und zunehmend auch die Blutzuckerselbstkontrolle verstanden. Ziel dieser Selbstkontrolle ist der selbstverantwortliche und urteilsfähige Patient. Voraussetzung dafür ist ein theoretisches Grundwissen über medizinische Zusammenhänge sowie praktische Fähigkeiten, die jeder Patient erst lernen muß. Um Selbstkontrolle durchführen zu können, muß der Patient die Beziehung zwischen Harnzucker und Blutzucker kennen. Er muß wissen, wodurch sein Zucker ansteigen und abfallen kann, bei Harnzuckerselbstkontrolle seine eigene Nierenschwelle für Glukose kennen und den Zusammenhang zwischen Diät, Insulin, Übergewicht und Blutzucker verstehen. Hat der Patient die medizinischen Grundvoraussetzungen begriffen, muß er praktisch lernen, wie die Tests durchgeführt werden, damit er auch die möglichen Fehlerquellen erkennen kann. Dazu sollte vorher vom Arzt die Farb-tüchtigkeit des Patienten überprüft werden.

Von den ca. zwei bis drei Millionen Diabetikern in Deutschland haben etwa nur 100 000 eine Schulung in irgendeiner Form mitgemacht, d. h. weniger als ein halbes Prozent. Die Schulung des Patienten durch den Hausarzt ist die Ausnahme, nicht die Regel. Also müssen Schulungszentren für Patienten und die Ärzte geschaffen werden, um den Bedarf der Patienten zu decken. Wie wichtig derartige Schulungen sind, haben Untersuchungen gezeigt, die ergaben, daß die Qualität der Einstellung eindeutig von der Mitarbeit des Patienten abhängt.

Beim Typ II-Diabetiker reicht in der Regel der rein qualitative Glukosenachweis im Urin, da diese Patienten harnzuckerfrei eingestellt werden sollten. Die Patienten testen ein bis zwei Stunden nach dem Frühstück, dem Zeitpunkt des höchsten Blutzuckers, zwei bis dreimal pro Woche, wobei der Test immer negativ sein sollte. Die Diät-disziplin bessert sich manchmal ganz unerwartet, wenn die Patienten ihre eigenen Diätfehler an ihren Tests erkennen.

Auch beim Typ I-Diabetiker reicht im allgemeinen die Harnzuckerselbstkontrolle, sofern die Nierenschwelle nicht erhöht ist. Diese Diabetiker sollen ihre Testergebnisse samt Insulindosis und besondere Vorkommnisse, die die Blutzucker-

schwankungen erklären, in ein Tagebuch eintragen, mit dem sie bei den Hausarztbesuchen ihr Stoffwechselverhalten in der vergangenen Woche zeigen können, so daß der Arzt eine wesentliche genauere und kontinuierlichere Information hat. Bei Patienten mit erhöhter Nierenschwelle für Glukose, mit sehr instabilem Stoffwechselverhalten und beginnenden Spätschäden läßt sich der Stoffwechsel durch Harnzuckerkontrollen nicht mehr einschätzen. Hier ist die Blutzuckerselbstkontrolle eine Möglichkeit, bei der es jedoch einige Probleme gibt.

Wesentlich für eine gute Blutzuckereinstellung ist nicht die Intelligenz, sondern die Motivation des Patienten. Dies kann man allein aus der Gruppe der diabetischen Schwangeren ersehen, die bei weitem am besten eingestellt ist.

Hat der Diabetiker einmal eine Schulung mitgemacht, bei der er die Selbstkontrolle gelernt hat, so wird sein anfänglicher Schwung, die Tests täglich durchzuführen, entscheidend davon beeinflußt, ob sein Arzt sich dafür interessiert, ihn nach den Ergebnissen fragt und sie für die weitere Behandlung braucht. Bei einer Befragung geschulter Patienten war eine häufige Klage: „Mein Doktor interessiert sich nicht für meine Selbstkontrolle, er lehnt sie ab, er verschreibt mir kein Testmaterial mehr.“

*Professor Dr. M. Haslbeck,
München:*

Notfallsituationen bei Diabetes mellitus

Zu den diabetisch bedingten Notfällen zählen das ketoazidotische und das hyperosmolare, nicht-ketotische Koma, die Hypoglykämie sowie die Laktazidose bei Diabetes. Wichtigstes Leitsymptom ist eine mehr oder weniger ausgeprägte Störung des Bewußtseins. Deshalb ist zunächst eine rasche differentialdiagnostische Abgrenzung anderer Ursachen notwendig, d. h. vor allem andere Stoffwechselentgleisungen, z. B. der Leber und der Niere und zerebrovaskuläre Erkrankungen.

Hypoglykämie, hypoglykämischer Schock

Die rasche Diagnose durch Fremdanamnese, körperliche Untersu-

chung und Schnelltests ist deshalb so besonders wichtig, weil die Dauer des hypoglykämischen Schocks für die Prognose von besonderer Wichtigkeit ist. Die Symptome einer Hypoglykämie sind vielfältig und reichen vom leichten Hungergefühl bis zur tiefen Bewußtlosigkeit und können jede akute neurologische oder psychische Symptomatik nachahmen. Deshalb ist die Diagnostik mit Hilfe von Teststreifen auf enzymatischer Grundlage so besonders wichtig. Um exakte Ergebnisse zu erhalten, müssen jedoch die Vorschriften im Hinblick auf Durchführung und Verfallsdatum streng beachtet werden, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Ist die Diagnose gesichert, injiziert man 30 bis 50 ml einer hochprozentigen Glukoselösung i. v., wodurch es in 80 Prozent der Fälle zu einer schlagartigen Besserung der Symptome kommt. Kindern gibt man mindestens 1 ml einer 40- bis 50%igen Glukoselösung/kg KG i. v. Ändert sich die Bewußtseinslage nicht, wird der Patient mit einer 10- bis 20%igen Glukose-Dauerinfusion auf schnellstem Wege in die Klinik gebracht. Hypoglykämien treten nicht nur bei Insulinbehandlung, sondern auch bei oralen Antidiabetika vom Sulfonyl-midtyp auf. Auch Alkoholgenuß und die Therapie mit Salizylaten, Biguaniden und Beta-Blockern kann diese Stoffwechselstörung auslösen. Risikofaktoren für das Auftreten einer Hypoglykämie unter einer Therapie mit Sulfonamidderivaten sind ungenügende, kohlenhydratarme Ernährung, besonders bei Diabetikern jenseits des sechzigsten Lebensjahres; außerdem jedoch fehlerhafte Medikamenteneinnahme und ungenügende Belehrung des Patienten. Auch eine ungenügende Dosisreduktion bei Gewichtsverlust oder Reduktionskost, bei Einschränkung der Nierenfunktion, bei Leberkrankheiten können zu Hypoglykämie führen.

Präkoma und Coma diabeticum

Im Gegensatz zum hypoglykämischen Schock, bei dem die wichtigsten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durch den Hausarzt bzw. durch den Notarzt unmittelbar am Krankenbett durchzuführen sind, stehen beim diabetischen Koma eine rasche Diagnose und ein unverzüglicher Transport in die Klinik im Vordergrund. Auch hier wird die Diagnose durch Fremd-

Die Nummer 1
beim Prostata-Adenom

Harzol®

Der
Therapieerfolg
ist...

- tastbar
- spürbar
- meßbar



Ab 1. Juli 1983
50 Kapseln N2
100 Kapseln N3
neue Packungsgrößen

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

Harzol®, HOYER GmbH & Co., 4040 Neuss 21

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 10 mg β -Sitosterin. **Anwendungsgebiet:** Prostata-Adenom.

Gegenanzeigen: sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Magenunbekömmlichkeit.

Dosierungsanleitung: Initialtherapie: Im allgemeinen 3mal täglich 2 Kapseln. Langzeittherapie: Im allgemeinen 3mal täglich 1 Kapsel. Die Kapseln sollen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten eingenommen werden.

Handelsformen:

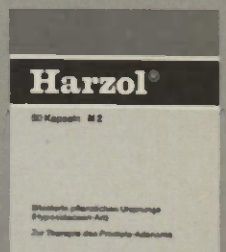
50 Kapseln N2 DM 19,74

100 Kapseln N3 DM 33,85

360 Kapseln DM 104,08

Stand: Juli 1983

HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Neuss 21



anamnese und Blutzuckerschnelltests gestellt; sind Exsikkose, Kussmaul-Atmung und Azetongeruch deutlich, so ist die Diagnose leicht. Die erste Flüssigkeitssubstitution muß bereits während des Transports in die Klinik erfolgen. Nur bei wirklich gesicherter Diagnose und einem Transport über einer halben Stunde soll zusätzlich Insulin verabreicht werden, und zwar 20 E Altinsulin als Bolus intravenös und 20 E in die Infusion. Auch die Unterscheidung der beiden Komaformen und deren Therapie ist Sache der Klinik.

Laktazidose

Laktazidosen mit erhöhter Blutmilchsäure und einer metabolischen Azidose können als zusätzliche Komplikationen nicht nur bei Biguanidtherapie vorkommen, sondern auch bei kardiovaskulären Erkrankungen, akutem oder chronischem Blutverlust, Pankreatitis und Alkoholismus. Die Diagnose kann nur durch Messung der Laktatkonzentration im Blut sowie durch eine Blutgasanalyse gesichert werden.

*Privatdozent Dr. E. Standl,
München:*

Diabetische Mikroangiopathie

Die diabetische Mikroangiopathie ist ein generalisierter Prozeß, der eigentlich kein Kapillargebiet auspart, die klinischen Hauptschauplätze sind jedoch die Retina und die Nierenglomeruli, aber auch Herz und Füße. Renovaskuläre Erkrankungen, allen voran die diabetische Glomerulosklerose, führen bei knapp zehn Prozent aller Patienten zum Tode, bei Patienten mit Diabetesbeginn vor dem 20. Lebensjahr sogar in 40 Prozent. Nicht weniger alarmierend sind die Zahlen hinsichtlich der diabetischen Retinopathie: von 1000 Diabetikern werden 27 blind, 19 davon allein aufgrund einer diabetischen Retinopathie. Der Schweregrad der Mikroangiopathie hängt deutlich von der Dauer des Diabetes ab. Nach mehr als zwanzig Diabetesjahren sind nur noch ca. 10 bis 25 Prozent aller Patienten frei von klinisch relevanten mikroangiopathischen Komplikationen an Auge oder Niere. Daß eine gute Stoffwechseleinstellung die mikroangiopathischen Komplikationen zeitlich hinausschieben kann, wurde in den letzten Jahren bewiesen. Es gibt

auch Hinweise dafür, daß auch bei bereits vorhandener Mikroangiopathie eine optimale Diabeteseinstellung sich noch positiv auswirkt. Die pathobiochemischen Zusammenhänge zwischen diabetischem Stoffwechsel und der Mikroangiopathie sind bisher im Detail nicht geklärt. Das klinische Bild der diabetischen Retinopathie kann mit Hilfe des Ophthalmoskops verhältnismäßig einfach beobachtet werden. Anfänglich imponieren oft eine ausgeprägte venöse Blutfülle, kapilläre Schlingelungen treten auf und es bilden sich vereinzelte Mikroaneurysmen. Solange nur wenige Mikroaneurysmen vorhanden sind, spricht man von einem Retinopathie-Stadium I. Gesellen sich retinale Blutungen sowie Exsudate hinzu, ist Stadium II erreicht. Subjektiv bemerken dann noch viele Patienten keine Sehverschlechterung, obwohl bereits jetzt weitreichende therapeutische Konsequenzen, wie Laser- und Lichtkoagulation, notwendig sind. Das Stadium III ist durch intravitreale Gefäßproliferation charakterisiert sowie durch bindegewebige Sprossungen. Den Endzustand der diabetischen Retinopathie mit Erblindung kennzeichnen massive Glaskörperblutungen oder eine Ablatio retinae, ferner kann sich ein hämorrhagisches Glaukom einstellen, das dem Patienten starke Schmerzen bereitet.

Bei der diabetischen Glomerulosklerose sind eine diffuse, eine noduläre und eine exsudative Form zu unterscheiden. Diffuse und noduläre Formen können gemeinsam vorkommen, praktisch ausschließlich charakteristisch für Diabetes ist nur die noduläre Kimmelstiel-Wilson-Form. Häufig genug bestehen gleichzeitig noch eine pyelonephritische Komponente sowie arteriosklerotische Veränderungen, so daß oft unscharf von diabetischer Nephropathie gesprochen wird. Klinisch wichtig ist, daß die Retinopathie in ihrem Schweregrad der Glomerulosklerose fast immer voraussetzt, und ausgeprägtere Nierenfunktionsstörungen bei Patienten ohne gleichzeitig schwerere Retinopathie wahrscheinlich nicht auf eine Glomerulosklerose, vor allem nicht auf die noduläre Form, zurückzuführen sind, sondern auf andere Ursachen, z. B. eine Pyelonephritis. Unbemerkt ablaufende Pyelonephritiden sind insbesondere bei Diabetikerinnen verbreitet und schei-

nen ihrerseits das raschere Fortschreiten der Glomerulosklerose zu begünstigen.

Die beste Waffe gegen eine diabetische Mikroangiopathie ist die optimale Diabeteseinstellung, Elimination der zusätzlichen Risikofaktoren Rauchen und Hypertonie. Vorsorgliche ophthalmologische und nephrologische Untersuchungen können zumindest bewirken, daß rechtzeitig eine Lichtkoagulation durchgeführt wird und Harnwegsinfekte konsequent behandelt werden.

Dr. H. U. Janka, München:

Makroangiopathie bei Diabetes mellitus

Die häufigste Gefäßkomplikation des Diabetikers ist die Makroangiopathie. Wenn auch die älteren, nicht-insulinpflichtigen Typ II-Diabetiker in erster Linie davon betroffen sind, so liegt der Herzinfarkt auch bei Diabetikern vor dem 50. Lebensjahr an erster Stelle der Todesursachen. Etwa 75 Prozent der Diabetiker sterben an kardiovaskulären Erkrankungen, wobei in allen Erhebungen die koronare Herzkrankheit dominiert. Bis heute gibt es dafür keine zufriedenstellende umfassende Erklärung. Sicher ist nur, daß ein breites Spektrum von mechanischen und biochemischen Faktoren für die vorzeitige Makroangiopathie des Diabetikers verantwortlich sein muß. Die Makroangiopathie des Diabetikers ist nach Ansicht der meisten Autoren identisch mit den Gefäßveränderungen des Nicht-Diabetikers. Jedoch finden sich quantitativ zum Teil erhebliche Unterschiede. Das gilt nicht nur für die Mönckeberg-Mediasklerose, eine röhrenförmige Verkalkung der Tunica media, die vor allem beim Langzeitdiabetiker gefunden wird und offenbar ohne Zusammenhang mit den bekanntesten kardiovaskulären Risikofaktoren steht. Auch Intimafibrose und Atherombildung sind beim Diabetiker mehr diffus über die Gefäßabschnitte verteilt, während das arterielle Gefäßsystem des nicht-diabetischen Arteriosklerotikers zumeist segmental betroffen ist. Die Pathogenese der Atherosklerose ist trotz ungeheurer Forschungsanstrengungen in vielerlei Hinsicht ungeklärt. Die bereits 1852 von Rokitansky geäußerte Vermutung, daß primäre Gerinnungsveränderungen den Ar-

terioskleroseprozeß einleiten, und die 1856 von Virchow aufgestellte Verletzungstheorie haben in den letzten Jahren eine eindrucksvolle Bestätigung erfahren. Für die Entstehung der vorzeitigen Arteriosklerose beim Diabetiker werden heute vor allem Hypertonie, Stoffwechselstörungen, Hyperglykämie, Hormonanomalien, erhöhte Blutkoagulabilität und spezielle Gefäßwandveränderungen verantwortlich gemacht. Dabei ist die Hypertonie der häufigste Risikofaktor. Hochsignifikante Beziehungen bestehen zwischen der systolischen Hypertonie und der arteriellen Verschlusskrankheit der Extremitäten, sowie der koronaren Herzkrankheit und Karotisstenosen. Die systolische Hypertonie scheint demnach nicht eine so harmlose Form des Bluthochdruckes zu sein, wie früher oftmals geäußert wurde. Fettstoffwechselstörungen werden beim Diabetiker oft beobachtet, besonders häufig mit ca. 30 Prozent der Typ IV. Die epidemiologischen Studien, insbesondere von Framingham, konnten die Hyperglykämie als eigenständigen Risikofaktor herausstellen. Es gibt neuere Untersuchungen, wonach bereits die gestörte Glukosetoleranz ein vermehrtes kardiovaskuläres Risiko beinhaltet. Die Tatsache, daß eine Reihe von Diabetikern, insbesondere übergewichtige Typ II-Diabetiker, überhöhte Insulinspiegel aufweisen, führte zu der Theorie, daß inadäquat hohe Insulinkonzentrationen im Blut selbst Ursache der Atherosklerose sein könnten. Diese Annahme ist jedoch bis heute rein hypothetisch.

Referent:

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

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

Steuerrechtliche Folgen der Praxisveräußerung und Praxisaufgabe

von H. Langenmayr

Mit der Veräußerung oder Aufgabe einer ärztlichen Praxis sind neben wirtschaftlichen und zivilrechtlichen Fragen, die zu bedenken sind, auch steuerrechtliche Probleme verbunden. Zu ersteren ist vor kurzem in dieser Zeitschrift ein Artikel erschienen (Kahllich, Praxisabgabe, Heft 6/1983, S. 415-418), mit den steuerlichen Aspekten soll sich dieser Beitrag auseinandersetzen.

Im wesentlichen ergeben sich für den übertragenden Arzt zwei Fragen:

1. Ist der Gewinn aus der Praxisveräußerung einkommensteuerpflichtig und, wenn ja, in welcher Höhe?
2. Ist auf den Veräußerungspreis Umsatzsteuer zu berechnen und abzuführen?

Zur Verdeutlichung ein Beispiel:

Dr. V., 60 Jahre alt, veräußert zum 31. Dezember 1983 seine Facharztpraxis für insgesamt DM 370 000,— an Dr. K. Die Veräußerungskosten (Rechtsberatungskosten usw.) betragen DM 10 000,—. Die Praxiseinrichtung ist mit einem Buchwert von DM 140 000,— anzusetzen. Forderungen und Schulden werden nicht übertragen.

Vor einer Lösung der steuerlichen Fragen ist es erforderlich, sich über die hierbei verwendeten Begriffe klar zu werden.

Was versteht man unter einer Praxisveräußerung bzw. einer Praxisaufgabe?

In der steuerlichen Terminologie liegt eine *Praxisveräußerung* vor, wenn die Praxis

- a) mit den wesentlichen Grundlagen (auch Patientenkartei)
- b) gegen Entgelt auf den Erwerber übergeht und dieser
- c) die Praxis als solche fortführen kann.

Keine Praxisveräußerung ist deshalb die unentgeltliche Übertragung z. B. auf den Sohn, oder die Fortführung einer Praxis durch den Sohn nach dem Tod des bisherigen Inhabers. In diesen Fällen kann, wenn *alle* Praxisgegenstände übertragen werden, im Zusammenhang mit dem Übergang kein steuerpflichtiger Gewinn entstehen.

Steuerlich im wesentlichen gleich wird die *Praxisaufgabe* behandelt. Von einer solchen spricht man, wenn

Monosubstanz zur gezielten Magnesiumtherapie von Risikofaktoren bei coronaren Gefäßerkrankungen und Infarktgefährdung

Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml enthalten:
 mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 814,8 mg
 Magnesium-Gehalt: 5 mval (80,78 mg)
 1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:
 mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 737,8 mg
 Magnesium-Gehalt: 5 mval (72,94 mg)
 5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:
 mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 1229,6 mg
 Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,56 mg)
 Verdauliche Kohlenhydrate 3,1 g

Indikationen

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

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
 Tabl.: 25 DM 10,09, 50 DM 19,37, 100 DM 34,70
 Granulat zum Trinken
 8tl.: 20 DM 13,46, 50 DM 30,02, 100 DM 50,39
 Amp. i. m.: 2 DM 3,89, 5 DM 8,68
 Amp. i. v.: 3 DM 6,91, 10 DM 20,63

VERLA-PHARM · TUTZING/OBB.

- a) alle wesentlichen Praxisgrundlagen
- b) Innerhalb kurzer Zeit in einem einheitlichen Vorgang
- c) In das Privatvermögen übergeführt oder
- d) an verschiedene Erwerber veräußert werden, so daß
- e) die Praxis als solche zu bestehen aufgehört hat.

1. Einkommensteuer

Erzielt ein Arzt bei der Veräußerung oder Aufgabe seiner Praxis einen Gewinn, so ist dieser grundsätzlich einkommensteuerpflichtig. Um steuerliche Härten in diesen Fällen auszugleichen, hat der Gesetzgeber *Freibeträge* und für den diese übersteigenden Gewinn die *Reduzierung des Steuersatzes* auf die Hälfte vorgesehen.

Der Gewinn wird bei einem *Praxisverkauf* in der Weise ermittelt, daß vom Veräußerungspreis die Veräußerungskosten (Zeitungsanzeigen, Noterkosten, Reisekosten, Gutachten usw.) und der sogenannte Buchwert des Praxisvermögens abgezogen werden.

Der Buchwert des Praxisvermögens (Praxiseinrichtung usw.) ergibt sich aus dessen Anschaffungskosten, von denen die in der Zeit bis zur Veräußerung vorgenommenen steuerlichen Abschreibungen abzuziehen sind.

Der Gewinn bei der *Praxisaufgabe* wird entsprechend ermittelt. Da bei der Praxisaufgabe naturgemäß kein Gesamtveräußerungspreis erzielt wird, sind hier die Veräußerungspreise der einzeln verkauften Praxisgegenstände bzw. der Wert der in das Privatvermögen übernommenen Gegenstände anzusetzen.

Freibeträge, halber Steuersatz

Der Gewinn, der bei der Veräußerung oder Aufgabe der Praxis erzielt wird, ist nur steuerpflichtig, soweit er DM 30 000,- übersteigt.

Bei Ärzten, die ihre Praxis veräußern oder aufgeben, nachdem sie das 55. Lebensjahr vollendet haben, oder weil sie dauernd berufsunfähig geworden sind, beträgt der Freibetrag DM 60 000,-. Nach einem Be-

schluß der Bundesregierung, der allerdings noch nicht Gesetz ist, verdoppelt sich bei diesem Personenkreis dieser Freibetrag ab 1. Januar 1984 auf DM 120 000,-. Es kann sich deshalb empfehlen, in diesen Fällen mit dem Zeitpunkt des Praxisübergangs den 1. Januar 1984 abzuwarten.

Liegt der Veräußerungs- oder Aufgabegewinn allerdings über DM 100 000,- (DM 200 000,- bei dem 55 Jahre alten oder dauernd berufsunfähigen Arzt), so vermindern sich die Freibeträge um den DM 100 000,- (DM 200 000,-) übersteigenden Betrag, so daß im Ergebnis bei einem Gewinn von DM 130 000,- (DM 260 000,-) der ganze Gewinn zu versteuern ist. Allerdings wird hierauf nur der halbe Steuersatz angewendet.

Nach dem erwähnten Kabinettsbeschuß würde sich die Grenze von DM 200 000,- auf DM 300 000,- erhöhen.

Nach jetziger Rechtslage ergäbe sich aus dem eingangs gebildeten Beispiel eine Steuerzahlung von

	DM
Veräußerungserlös	370 000,-
Veräußerungskosten	- 10 000,-
Praxiseinrichtung	- 140 000,-
Veräußerungsgewinn	220 000,-
Freibetrag DM 60 000,-	
./. DM 20 000,-	
(DM 220 000,- ./.	
DM 200 000,-)	- 40 000,-
steuerpflichtiger Veräußerungsgewinn	180 000,-
Einkommensteuer zum halben Steuersatz (Durchschnittssteuersatz 46%, davon die Hälfte = 23%)	41 400,-

Soweit der oben erwähnte Kabinettsbeschuß in dieser Form Gesetz wird, gilt folgende Berechnung:

	DM
Veräußerungsgewinn	220 000,-
Freibetrag DM 120 000,-	
./. DM 0,-	- 120 000,-
(Veräußerungsgewinn übersteigt nicht DM 300 000,-)	
steuerpflichtig	100 000,-
Einkommensteuer wie oben 23%	23 000,-

Praxis im eigenen Haus

Zu wenig beachtet wird von vielen Ärzten, daß bei einer Praxis im eigenen Haus in der Regel der beruflich genutzte Teil des Hauses zum Praxisvermögen gezählt wird.

Dies führt zu dem mißlichen Ergebnis, daß im Zeitpunkt der Veräußerung oder Aufgabe die Differenz zwischen dem Zeitwert des beruflich genutzten Hausteils einschließlich des darauf entfallenden Grund und Bodens und dem — gegebenenfalls zu ermittelnden — Buchwert als Gewinn zu versteuern ist. Dies kann vor allem bei während der beruflichen Nutzung eingetretenen Wertsteigerungen von nicht unerheblicher Auswirkung sein.

Abwandlung des Beispiels

Die Praxis von Dr. V. befindet sich in einem einstöckigen Haus, das Dr. V. vor einigen Jahren gekauft hat. Im Erdgeschoß befinden sich die Praxisräume. Das Obergeschoß des Hauses bewohnte Dr. V. mit seiner Familie.

Die damaligen Anschaffungskosten betragen DM 350 000,-, davon DM 50 000,- Grund und Boden. Das Gebäude ist auf DM 180 000,- abgeschrieben worden. Dr. K. bezahlt für das Haus DM 600 000,-.

	DM
Kaufpreisanteil für Gebäude einschließlich Grund und Boden	600 000,-
Restbuchwert (DM 180 000,- + DM 50 000,-)	230 000,-
beruflich genutzt 50%, deshalb Gewinn	370 000,-
Einkommensteuer auf Kaufpreisanteil Haus 23%	185 000,-
	42 550,-

Es liegt auf der Hand, daß diese steuerliche Belastung vermieden werden sollte. Im Zeitpunkt des Verkaufs ist es aber dafür zu spät. Deshalb kommt der vorausschauenden Planung große Bedeutung zu.

Eine *steuerlich* denkbare Möglichkeit wäre, daß das Haus zum damaligen Zeitpunkt *von der Ehefrau* von Dr. V. gekauft und die Praxisräume an Dr. V. gegen Zahlung eines Mietzinses vermietet worden wären.

Das Finanzamt nimmt allerdings derartige Gestaltungen in der Regel recht kritisch unter die Lupe, weshalb die vorherige Konsultation eines steuerlichen Beraters dringend zu empfehlen ist.

Der Effekt wäre, daß der für die Praxis genutzte Teil des Hauses nicht zum Praxisvermögen gezählt werden würde.

Da auch bei der harmonischsten Ehe ein Scheitern nie ganz auszuschließen ist, sind natürlich neben steuerrechtlichen Erwägungen auch die vermögensrechtlichen Risiken dieser Lösung zu bedenken, so daß mancher Arzt eine „kleine Lösung“, nämlich den Erwerb des Hauses zusammen mit der Ehefrau zu Miteigentum, vorziehen wird. Dadurch würde die Steuerpflicht des Gewinns aus der Überführung der Praxisräume in das Privatvermögen immerhin auf die Hälfte reduziert.

Ratenzahlungen

Wird der Veräußerungspreis in Raten bezahlt, sind die einzelnen Raten nicht etwa im Jahr ihrer Zahlung zu versteuern; sie werden vielmehr in einer Summe im Jahr der Veräußerung – soweit sie die Freibeträge übersteigen – mit dem ermäßigten Steuersatz versteuert. Für die Ratenzahlung vereinbarte Zinsen unterliegen im jeweiligen Jahr ihrer Zahlung als Einkünfte aus Kapitalvermögen der Besteuerung zum normalen Steuersatz.

Abwandlung des Beispiels

Anstatt der Zahlung des Kaufpreises von DM 370 000,- in einer

Summe wird folgender Zahlungsmodus vereinbart: DM 170 000,- sind bei Übergabe am 31. Dezember 1983 fällig, jeweils DM 100 000,- am 31. Dezember 1984 und am 31. Dezember 1985. Außerdem sind die zweite und dritte Rate mit acht Prozent zu verzinsen, zahlbar mit den jeweiligen Raten.

In diesem Fall ist der Gewinn ebenfalls im Jahre 1983 zu versteuern, die Zinseinnahmen jedoch erst in den Jahren 1984 und 1985. Obwohl somit Dr. V. am 31. Dezember 1983 nur DM 170 000,- zufließen, ist eine Steuer von DM 41 400,- im Jahre 1983 entstanden. Ein gewisser Ausgleich erfolgt durch die mit der Einkommensteuerveranlagung verbundene Zeitverschiebung.

Eine Besonderheit gilt bei Ratenzahlungen, wenn erkennbar wegen des Versorgungsbedürfnisses des Veräußerers ein mehr als zehnjähriger Zahlungszeitraum vereinbart wird. Hier räumt die Finanzverwaltung dem Arzt ein Wahlrecht ein, die Kaufpreistraten

a) als nachträgliche Einnahmen aus selbständiger Arbeit im Jahr der Vereinnahmung ohne die oben dargestellten Freibeträge mit dem normalen Steuersatz, oder

b) sofort im Jahr der Veräußerung mit den Freibeträgen zum ermäßigten Steuersatz

zu versteuern. Im ersteren Fall entsteht ein Gewinn erst, sobald der Buchwert des Praxisvermögens (im Beispiel DM 140 000,-) zuzüglich Veräußerungskosten (DM 10 000,-) durch die Ratenzahlungen überschritten wird.

Rentenzahlungen

Die rechtliche Ausgestaltung eines Übergabevertrages entscheidet im Falle der Vereinbarung einer Rente über die steuerliche Behandlung beim Veräußerer. Dabei ist Rente nicht gleich Rente. Die steuerrechtliche Rechtsprechung hat vielmehr eine umfangreiche Judikatur zum Problem Rente entwickelt, die nur noch für Fachleute überschaubar ist. Dieses komplexe Thema kann hier nur in einigen Grundzügen dargestellt werden.

Es wird im wesentlichen unterschieden zwischen *betrieblichen Veräußerungsrenten* und *privaten Versorgungsrenten*. Der Unterschied liegt darin, daß *betriebliche Veräußerungsrenten* nur angenommen werden, wenn sich – zumindest nach der Vorstellung von Veräußerer und Erwerber – Rente und Praxiswert gleichwertig gegenüber stehen. Auch hierbei kann der übergebende Arzt – wie oben – zwischen einer sofortigen Besteuerung als steuerbegünstigter Veräußerungsgewinn und einer normalen laufenden Besteuerung als nachträgliche Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit wählen.

Eine *private Versorgungsrente* liegt demgegenüber vor, wenn bei der Höhe der Rente nicht kaufmännische Gesichtspunkte, sondern der Gedanke der Versorgung des Übergebers im Vordergrund steht, wie dies vor allem bei der Übergabe an Kinder der Fall sein kann. In diesen Fällen spricht nach der Rechtsprechung eine nur in Ausnahmefällen widerlegbare Vermutung für eine private Versorgungsrente.

Cholezystitis • Hepatopathien • Gastritis

Galloselect

- entzündungshemmend
- spasmolytisch
- sedativ
- mild-abführend

Indikationen: Entzündliche Erkrankungen der Gallenblase, der Leber (Hepatitis aller Art) und deren degenerative Erkrankungen, Stein- und Dyskinesen, Blausucht, Blausucht im Pfortadergebiet mit Foiegeschwellungen.
Kontraindikationen: Bei Gravidität ist Vorsicht geboten!
Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: Extr. Chamomillae 5 mg, Extr. Cardui marianae 5 mg, Extr. Chelidoni 5 mg, Extr. Taraxaci 25 mg, Extr. Chelidoni 30 mg, Extr. Rhei 50 mg, Feil Teuri 50 mg, Öl. Menthae piperitae 0,5 mg, Öl. Carni 0,5 mg, Vitamin-B-Komplex 1 mg.
Dosierung: 3-4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel voll in einer Tasse heißer Flüssigkeit vor den Mahlzeiten. Die Mischung kann auch unverdünnt eingenommen werden.
Dragées: 3 mal täglich 1 Dragée.
Handelsformen: Dragées: Packung mit 25 Stück DM 8,94, Packung mit 50 Stück DM 11,35, Packung mit 100 Stück DM 18,9. Auch als Liquidum im Handel.

Hepaselect

- regenerierend
- entspannend
- abschwellend

Indikationen: Lebererkrankungen und Erkrankungen des Gallensystems, **Kontraindikationen:** Schweres Leberfunktionsstörungen, Gallenwegsverschluss, Gallenblasenempyem, Cholelithiasis, Cholezystitis, Cholelithiasis, Cholelithiasis.
Zusammensetzung: In 100 ml sind enthalten: Lycopodium D. 20 ml, Chelidonium D. 20 ml, Carduus marianus 20 ml, Colocythis D. 20 ml, Taraxacum D. 30 ml.
Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, 3-4 mal täglich 5-10 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.
Handelsformen: Tropfflasche mit 30 ml DM 7,22; Tropfflasche mit 100 ml DM 19,12.

Gastriselect®

- reizhemmend
- krampflösend
- beruhigend
- antigestatisch

Indikationen: Reizzustände der Magenschleimhaut, Gastritis, Duodenitis, Ulcus ventriculi und duodeni, Krampfzustände im Bauchraum, Tenesmen, verärgerte Blähungen, spastische Obstipation.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: In 100 ml sind enthalten: Nux vomica D., Alumina D., Aescul. D., Plumbum acat. D., Colocythis D., An 20 ml.
Dosierung: Wenn nicht anders verordnet, 3-4 mal täglich 10-20 Tropfen in etwas Wasser zwischen den Mahlzeiten einnehmen.
Handelsformen: Tropfflasche mit 30 ml DM 7,22; Tropfflasche mit 100 ml DM 19,12.

ORELUSO-PHARMAZEUTIKA • 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Die private Versorgungsrente ist dann nur mit dem sogenannten Ertragsanteil zu versteuern, der vom Alter des Übergabenden abhängig ist (z. B. bei vollendetem 60. Lebensjahr = 29 Prozent der Rente). Dieser Anteil ist beim Übernehmer als Sonderausgabe abzugsfähig. Voraussetzung ist jedoch, daß der Wert der Praxis mindestens die Hälfte des Rentenwertes beträgt. Im anderen Fall gilt die Rente *in vollem Umfang* als Unterhaltszahlung und unterliegt nicht der Steuerpflicht. Natürlich sind die entsprechenden Ausgaben dann auch nicht beim Übernehmer als Sonderausgaben abzugsfähig.

Als Besonderheit ist zu erwähnen, daß eine private Versorgungsrente dann *voll* als sogenannter wiederkehrender Bezug zu versteuern ist, wenn im Übergabevertrag ausdrücklich eine laufende Anpassung der Zahlungen an die wirtschaftlichen Verhältnisse gemäß § 323 Zivilprozeßordnung vorgesehen ist. Damit korrespondiert die volle Abzugsfähigkeit als Sonderausgaben beim Übernehmer.

Zusammenfassend ist zu betonen, daß, je nach Interessenlage, gerade bei Praxisübertragungen an Kinder, dem Nachweis der Gleichwertigkeit von Leistung und Gegenleistung besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist. Zweckmäßigerweise sollte dies bereits im Übergabevertrag seinen Ausdruck finden.

2. Umsatzsteuer

Gegenwärtig sehr umstritten ist die Frage, ob im Falle einer Praxisveräußerung der Teil des Kaufpreises, der auf den sogenannten Praxiswert (Patientenkreis, guter Ruf der Praxis usw.) entfällt, der Umsatzsteuer unterliegt. Bis zu einer höchstrichterlichen Klärung dieser Frage sollte der Veräußerer von der Auffassung der Finanzverwaltung ausgehen, die dies bejaht. Dies kann ein Grund sein, die Bewertung der körperlichen Praxisgegenstände so hoch wie vertretbar anzusetzen. Zumin-

dest sollte im Übergabevertrag vereinbart werden, daß der Übernehmer eine eventuell anfallende Umsatzsteuer zu tragen hat.

In vielen Fällen wird die Umsatzsteuer jedoch vermieden werden können, da der übergebende Arzt unter die sogenannte Kleinunternehmerregelung des § 19 Umsatzsteuergesetz fällt. Danach wird Umsatzsteuer nicht erhoben, wenn der *vereinnahmte* Gesamtumsatz des übergebenden Arztes im vorangegangenen Kalenderjahr zuzüglich der darauf entfallenden Umsatzsteuer DM 20 000,— nicht übersteigen hat und im laufenden Kalenderjahr DM 100 000,— voraussichtlich nicht übersteigen wird. Maßgebend für die Schätzung des voraussichtlichen Gesamtumsatzes sind die Verhältnisse zu *Beginn* des Kalenderjahres der Veräußerung. Ist danach ein voraussichtlicher Umsatz zuzüglich Steuer von nicht mehr als DM 100 000,— zu erwarten, so bleibt der Arzt auch dann Kleinunternehmer, wenn der tatsächliche Umsatz im Laufe des Kalenderjahres der Veräußerung DM 100 000,— überschreitet.

Da bei der Grenze von DM 100 000,— der Verkauf von Praxisgegenständen, die Anlagevermögen der Praxis sind, nicht eingerechnet wird (§ 19 Abs. 1 Satz 2 Umsatzsteuergesetz), und deshalb auch der Erlös für den sogenannten Praxiswert unberücksichtigt bleibt, wird wegen der weitgehenden anderweitigen Befreiung des Arztes von der Umsatzsteuer die Grenze von DM 100 000,— nur in Ausnahmefällen überschritten.

Ein oft übersehener Gesichtspunkt ergibt sich in diesem Zusammenhang aus der Beteiligung an Bauherrenmodellen unter gleichzeitigem Verzicht auf die Kleinunternehmerbesteuerung. Der Bauherr hat hiervon den Vorteil der Erstattung der Vorsteuer aus den Baurechnungen. Diesem Vorteil steht jedoch der Nachteil einer Umsatzsteuerpflicht des Verkaufes des Praxiswertes gegenüber, wenn die Veräußerung innerhalb von fünf Kalenderjahren seit dem Verzicht auf die Kleinunternehmerbesteuerung erfolgt. Hinzu kommt, daß z. B. bei einem Verkauf des Objekts innerhalb von zehn Jahren die erstattete Vorsteuer teilweise zurückgezahlt werden muß. Dies ist bei der Entscheidung mit zu berücksichtigen. Auch diese Problematik könnte vermieden werden, wenn

sich z. B. der Arzt *zusammen mit seiner Ehefrau* an dem Bauherrenmodell beteiligt.

Abwandlung des Beispiels

Der Anteil des Praxiswertes am Verkaufspreis von DM 370 000,—, den Dr. V. erzielt, soll DM 200 000,— betragen. Dr. V. hat sich im Jahre 1980 in einem Bauherrenmodell beteiligt und auf die Besteuerung als Kleinunternehmer dem Finanzamt gegenüber verzichtet. Die Umsatzsteuerfestsetzung 1980 und 1981 ist unanfechtbar geworden.

In diesem Fall verursacht der Verkauf eine Mehrwertsteuerschuld von 14% auf DM 200 000,— =

	DM 28 000,—
	DM
Praxisgegenstände	170 000,—
Praxiswert	200 000,—
+ 14% USt	28 000,—
Rechnungsbetrag	398 000,—

Ist Dr. K. bereit, die Umsatzsteuer zusätzlich zu zahlen, erhöht sich somit der Kaufpreis. Im Regelfall wird Dr. K. hierzu jedoch nicht bereit sein, da er die Umsatzsteuer als Kleinunternehmer selbst nicht als Vorsteuer einsetzen kann. Dies bedeutet — vereinfacht — für Dr. V., daß er die Umsatzsteuer aus dem Kaufpreis zu entrichten hat, d. h., Dr. V. muß aus dem Kaufpreis (DM 370 000,—) Umsatzsteuer in Höhe von DM 24 560,— (Anteil Praxiswert x Faktor 12,28) an die Finanzverwaltung ebführen. Dadurch vermindert sich allerdings der steuerpflichtige Veräußerungsgewinn wegen der gleichzeitigen Erhöhung des Freibetrages im Ergebnis um DM 44 560,— auf DM 135 440,— und die Einkommensteuerbelastung (23 Prozent) auf DM 31 151,—.

3. Haftung des Praxisübernehmers für Steuerschulden des Praxisvorgängers

Beispiel:

Eine nach Übergabe bei Dr. K. durchgeführte finanzamtliche Betriebsprüfung stellt fest, daß vor Praxisübernahme Aushilfslöhne zu unrecht pauschal versteuert wurden (Nachforderungsbetrag DM 15 000,—). Ferner schuldet Dr. V. am Übergabetag dem Finanzamt Einkommensteuer in Höhe von DM 25 000,— und Vermögensteuer in Höhe von DM 2000,—.

**72. Augsburger
Fortbildungskongreß
für praktische Medizin**

am 24./25. September 1983

Eine nicht allgemein bekannte Bestimmung der Abgabenordnung verpflichtet den Erwerber in bestimmten Fällen zur Zahlung von Schulden des Vorgängers (§ 75 AO). Der Erwerber haftet bei Übereignung einer Praxis im ganzen

a) für die Praxissteuern (z.B. Umsatzsteuer, nicht Einkommensteuer und Vermögensteuer) des Vorgängers und

b) für Steuerabzugsbeträge (z.B. Lohnsteuer),

c) die seit dem Beginn des letzten, vor der Übereignung liegenden Kalenderjahres entstanden sind und

d) bis zum Ablauf von einem Jahr nach Anmeldung der Praxis beim Finanzamt bzw. der Gemeinde durch den Erwerber festgesetzt oder angemeldet worden sind.

Allerdings ist die Haftung des Erwerbers auf den Bestand des übernommenen Vermögens beschränkt. Dabei steht es im Ermessen der Finanzbehörde, ob sie Zahlung vom Veräußerer oder vom Erwerber verlangt.

Die häufig in Übergabeverträgen anzutreffende Vereinbarung, daß der Erwerber nicht für Verbindlichkeiten des Veräußerers haftet, kann dabei der Finanzbehörde nicht entgegengehalten werden. Sie gibt lediglich dem Erwerber die Möglichkeit, bei einer Inanspruchnahme Ersatz vom Veräußerer zu verlangen. Allerdings wird gerade in diesen Fällen die Chance, diesen Ersatz tatsächlich zu bekommen, meist gering einzuschätzen sein.

Einen gewissen Schutz vor derartigen unliebsamen Überraschungen bieten Erkundigungen beim zuständigen Finanzamt. Dieses darf aber wegen des Steuergeheimnisses nur Auskunft erteilen, wenn es dazu vom Übergeber ermächtigt wird. Ist der Übergeber hierzu nicht bereit, ist zumindest eine gewisse Vorsicht angebracht, der etwa durch die Vereinbarung des Einbehalts eines Teils des Kaufpreises Rechnung getragen werden könnte.

Darüber hinaus empfiehlt es sich, bei Übernahme einer Praxis dies dem zuständigen Finanzamt und der Gemeinde unverzüglich anzumelden (§ 138 Abgabenordnung).

In unserem Beispiel haftet Dr. K. lediglich für die Lohnsteuer-Nachforderung in Höhe von DM 15 000,—, wenn diese innerhalb eines Jahres nach Anmeldung der Praxis festgesetzt wird.

Für die Einkommensteuer- und Vermögensteuerschulden haftet Dr. K. nicht, weil diese, keine Praxissteuern sind.

Abschließend ist zu betonen, daß es nicht Ziel dieses Artikels sein kann, eine individuelle Beratung durch den Steuerberater zu ersetzen. Er soll vielmehr den Blick auf die Art der zu erwartenden steuerlichen Probleme lenken und eine Anregung für das Gespräch mit dem Steuerberater geben.

Anschrift des Verfassers:

Dipl. Kaufmann Dr. H. Langenmayr, Wirtschaftsprüfer/Steuerberater, Seidlstraße 8/VII, 8000 München 2

Personalialia

Professor Theissing 80 Jahre

Am 15. Juni konnte Professor Dr. med. Gerhard Theissing, emeritierter ordentlicher Professor und ehemaliger Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten Erlangen, Am Meilwald 27, 8520 Erlangen, seinen 80. Geburtstag feiern.

Nach Staatsexamen und Promotion in Bonn (1926) und nach kurzer dermatologischer Tätigkeit absolvierte er seine Weiterbildung an der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik Bonn. Nach der Habilitation (1931) war er von 1934 bis 1959 Chefarzt der HNO-Klinik an den Städtischen Krankenanstalten Ludwigshafen am Rhein. Nach apl. Professur in Bonn (1942). Umhabilitation nach Mainz (1951), wurde er 1960 als ordentlicher Professor und Direktor der HNO-Klinik an die Universität Erlangen-Nürnberg berufen; er leitete die Klinik bis 1972. Mehr als 130 Veröffentlichungen in Fach- und allgemeinärztlichen Zeitschriften zeugen von seiner wissenschaftlichen Aktivität ebenso wie seine Mitarbeit an verschiedenen Handbüchern sowie als Herausgeber von Zeitschriften der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Auch in den Fachgremien der Bundesärztekammer erwarb sich Gerhard Theissing guten Ruf und hohe Verdienste, ab 1951 als Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und ab 1955 als Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer. 1960

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. (tiefl intraglutäal) 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. MWSL: 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

war Professor Theissing Präsident der Deutschen Gesellschaft der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, 1964 Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, ab 1966 Vorsitzender der Vereinigung der Fachvertreter der HNO-Heilkunde an den westdeutschen Universitäten.

Diese nüchterne Darstellung des akademischen Lebensweges von Gerhard Theissing gibt eines nicht wieder, was zu seinem 80. Geburtstag besonders hervorgehoben werden soll: In allen Teilen der Bundesrepublik Deutschland arbeiten seine Schüler in seinem Geiste, auch heute noch voller Bewunderung für ihren Lehrer, der ihnen nicht nur als virtuoser Operateur und einfühlsamer Arzt, sondern auch in seiner tiefen Menschlichkeit Vorbild war und ist. Als ebenso beispielhaft galt und gilt uns seine Kollegialität: Auf eine gute Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in Klinik und Praxis legte er schon zu einer Zeit besonderen Wert, als dies noch nicht Allgemein-gut war.

F. C. Loch

Professor Dr. med. habil. Reiner Bartl und Professor Dr. med. Rolf Burkhardt, beide Abteilung für klinische Knochenmarksdiagnostik an der Medizinischen Klinik Innenstadt der Universität München und Abteilung für Hämatomorphologie der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, sowie Dr. med. Bertha Frisch, Tel Aviv, erhielten als vierte Arbeitsgruppe zum Thema „Pathogenese, Pathophysiologie und Therapie maligner Tumoren“ den Farmitalia Carlo Erba Preis.

Dr. med. Klaus Hellmann, Internist – Lungen- und Bronchialheilkunde, Grottenau 2, 8900 Augsburg, wurde zum Stellvertretenden Vorsitzenden des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung gewählt.

Bayerischer Verdienstorden

Dr. med. Helmut Röckl, Ordinarius für Haut- und Geschlechtskrankheiten und Direktor der Universitätsklinik im Luitpoldkrankenhaus, Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde am 30. Juni 1983 der Bayerische Verdienstorden überreicht.

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Dr. med. Klaus Dehler, Internist, Ginsterweg 23, 8500 Nürnberg 30, wurde mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Ferner wurde er in den Aufsichtsrat der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer eG gewählt.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Adolf Georg Gathof, Ärztlicher Direktor des Blutspendedienstes des BRK, Klinikstraße 5, 8700 Würzburg;

Dr. med. Klaus Hellmann, Internist – Lungen- und Bronchialheilkunde, Grottenau 2, 8900 Augsburg;

Professor Dr. med. Rudolf Marx, ehem. Leiter des Laboratoriums für Blutgerinnungsforschung der Universität München, Ebersberger Straße 2, 8000 München 80.

Verdienstmedaille

Dr. med. dent. Georg Riehl, Allgemeinarzt, Ansbacher Straße 34, 8801 Marktbergel, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Gerhard Kittel, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, wurde zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie gewählt.

Professor Dr. med. Hellmut Mehnert, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing und Ärztlicher Leiter der Forschergruppe Diabetes, Kölner Platz 1, 8000 München 40, wurde erneut zum Ärztlichen Direktor des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing gewählt.

Dr. med. Gisela Schmeer, praktische Ärztin, Jensenstraße 8, 8000 München 80, wurde für hervorragende belletristische Arbeiten der Literaturpreis der Bundesärztekammer für Schriftstellerärzte (zur Hälfte) verliehen.

Professor Dr. med. Helmut Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Schillerstraße 25 und 29, 8520 Erlangen, wurde erneut für drei Jahre zum Vorsitzenden des Medizinischen Fakultätentages der Bundesrepublik Deutschland einschließlich Berlin-West gewählt.

Professor Dr. med. Malte Erik Wiggand, Direktor der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied der Italienischen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kiefer- und Gesichtschirurgie ernannt.

em. o. Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Rudolf Zenker, Hauensteinstraße 14, 8000 München 90, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie die Ernst-von-Bergmann-Medaille in Gold verliehen.



RECORSAN-LIQUID.

Rein phylogisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g. Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g. Adonis,
Visc. alb. 8,7 g. Apium grav. Auricul. 7,3 g. Val. 13 g. Cola 4,3 g. • 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelfing



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Schmerzen

Der Notfall: Der Thoraxschmerz

bearbeitet von Professor Dr. K. Loßnitzer und Professor Dr. R. Scharf, Sulzbach/Saar

Symptomatik:

Thoraxschmerz kann alles sein! Die Differentialdiagnose reicht von psychovegetativen Störungen bis hin zur Lungenembolie und zum Myokardinfarkt! Unterscheidung im Beginn auch für den Erfahrenen oft schwierig! Dennoch gibt es Unterscheidungshilfen nach Schmerzcharakter, -lokalisierung, -dauer, -ausstrahlung und Begleitsymptomen. Plötzlich, selten schleichend einsetzender, evtl. sich steigender brennender, drückender, bohrender, stechender, mit Engegefühl oder Atemnot einhergehender (**Schmerzcharakter**) retrosternaler, parasternaler, präkordialer, im ventralen unteren Thoraxbereich oder im Rücken auftretender Schmerz (**Schmerzlokalisierung**). Er kann in die Halsregion bis in den Kiefer, in einen Arm oder beide Arme, den Rücken, das Abdomen, entlang der Wirbelsäule sogar bis in die Beine oder dermatomartig ausstrahlen (**Ausstrahlung**). Seine Dauer reicht von Sekunden über Minuten und Stunden bis zu Tagen (**Schmerzdauer**). Der Schmerz kann in Ruhe, sogar im Schlaf oder durch körperliche Belastung, Aufregung, durch Kälteexposition (besonders postprandial) oder nach einem Thoraxtrauma auftreten (**Schmerzauslösung**). Besonders rechtsseitige Schmerzen oder Schmerzen im Rücken können atemabhängig sein (**Pleurodynie**). Präkordiale und substernale Schmerzen sind kaum atemabhängig (**Atemunabhängigkeit**). Die Schmerzen können von profusem Schwitzen, Herzklopfen, schnellem oder unregelmäßigem Puf, Mattigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kollaps oder Todesangst begleitet sein (**Begleitsymptome**).

Anamnese:

Koronare Risikofaktoren (Hochdruck, Rauchen, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Gicht), koronare Herzkrankheit, Aortenaneurysma. Thoraxtrauma. Ulcusleiden, Gallensteine, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung. Thrombosen und frühere Embolien. Vorangegangene Operationen. Orale Antikonceptiva. Sind ähnliche Schmerzen schon früher vorangegangen? Besteht oft ein Kloßgefühl im Hals (Globus hystericus)?

Sofortdiagnostik:

Inspektion (Zyanose, Nasenflügelatmen, Hyperventilation, Orthopnoe, Husten, evtl. blutiges Sputum, Hautemphyse, Halsvenenstauung, Marfan-Typ). Palpation, Perkussion und Auskultation der Lungen, des Herzens und des Oberbauchs. Blutdruckmessung (an allen vier Extremitäten), Abschätzung der Pulsqualität, der Körpertemperatur. Druck auf kostochondrale und kostosternale Übergänge. Untersuchung von Schultern und Wirbelsäule. Zug auf untere Rippen nach außen (Hooking maneuver). Untersuchung der Extremitäten (Varikosis oder Thrombose). EKG (wenn möglich).

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

Bei Verdacht auf Angina pectoris oder Herzinfarkt schnell wirksame Nitrate (*Nitroglycerin-Spray* oder *-Kapseln*, evtl. 1 Ampulle *Tramal* oder *Avafortan* i. v.). Bei Verdacht auf Pericarditis Eisbeutel auf das Herz. Bei hypertoner Krise 1 Ampulle *Hypertonalum* i. v. Bei Hyperventilation eindeutig psychogenen Ursprungs Atmung in vorgehaltenen Plastikbeutel und Sedation mit evtl. $\frac{1}{2}$ bis 1 Ampulle *Valium* i. v. Bei Verdacht auf muskuloskeletalen oder nervalen Ursprung (Tietze, Kostochondrodynie, Interkostalneuralgie, Herpes zoster) Quaddelung oder Infiltration mit einem Lokalanästhetikum (1%iges *Xylonest*).

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

Jeder mehr als 15 Minuten anhaltende plötzliche Thoraxschmerz in Verbindung mit Hypertonie, Hypotonie, Synkope, Bradykardie, Tachykardie, Herzrhythmusstörungen, Herzgeräuschen (evtl. neu aufgetreten), Hämoptyse bzw. Hämoptoe, Pleurareiben, Pulsus paradoxus, Halsvenenstauung, Zyanose, Hautemphyse und Fieber. Sofortige Hospitalisierung bei kaltem Schweiß, Übelkeit, Kollaps oder Todesangst; bei traumatischem Ursprung und Verdacht auf gastrointestinal-ösophagealen Ursprung der Schmerzen; bei Schmerzausstrahlung entlang der Wirbelsäule bis in die Beine (Aortenaneurysma?).

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Bei begleitenden Herzrhythmusstörungen 1 Ampulle *Lidocain* (100 mg) langsam i. v. Bei sich anbahnender Schocksymptomatik zusätzlich 500 ml 40%ige elektrolytfreie *Dextranlösung* (z. B. *Rheomacrodex*) und vorläufiger Ausgleich der Azidose durch *Natriumbicarbonatinfusion* (100 ml). Bei deutlicher Zyanose intermittierende Sauerstoffgabe über Nasensonde (2–3 Liter pro Minute). Bei Oberbauchsymptomatik möglichst keine Schmerzmittel, da sonst weitere Diagnostik in Klinik erschwert. Bei Krankenhauseinlieferung Begleitperson und Mitgabe von evtl. Aufzeichnungen (EKG-Streifen, Angaben über verabreichte Medikamente).

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Koronare Herzkrankheit mit und ohne Myokardinfarkt, Perikarditis (besonders in Rückenlage), hypertone Krise, perforiertes Sinus-Valsalva-Aneurysma (neu aufgetretenes lautes Systolikum-Diastolikum) können sehr ähnliche Schmerzsymptomatik haben. Hyperventilationssyndrom und vasoregulatorische Asthenie sind von dumpfem, meist Stunden bis Tage dauerndem Schmerz begleitet, hyperkinetisches Herzsyndrom häufig von Herzstechen. Aneurysma dissecans der Aorta meist von Hypertonie begleitet mit Schmerzausstrahlung in Rücken evtl. bis in die Beine. Lungeninfarkt, Pleuritis, Pleuropneumonie und Bornholm'sche Krankheit äußern sich durch atemabhängige Schmerzen, evtl. Pleurareiben. Lungenembolie (evtl. Hämoptyse). Cor pulmonale (Pulmonaldehynungsdehnungsschmerz). Pneumothorax (neben hyperesonorem Klopfeschall und fehlendem Atemgeräusch evtl. Zyanose). Mediastinalemphysem besonders bei Ösophagusruptur (evtl. Hautemphysem, Hamman'sches Knirschen). Contusio cordis (langanhaltende, evtl. sich steigende Schmerzen; evtl. Perikardreiben). Ösophagitis (brennende Schmerzen substernal, besonders in Rückenlage). Hiatushernie (lageabhängige linksseitige Schmerzen bis in die linke Schulter ausstrahlend). Herpes zoster (brennende Schmerzen, dermatombegrenzt). Tietze-Syndrom, Kostochondrodynie (Druckschmerz an den kostochondralen und kostosternalen Übergängen). Präkordiales Klemmen (Brustwandschmerzen im ventralen unteren Thoraxbereich, durch Zug auf die unteren Rippen reproduzierbar). Interkostalneuralgie (Triggerpunkte paravertebral in der BWS). Myositis (atemabhängige Schmerzen und Druckschmerzhaftigkeit der Interkostalmuskulatur). Peptisches Magengeschwür, Pankreatitis und Gallenblasenerkrankungen (zumeist nahrungsabhängige Steigerung der Schmerzen).

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Döhlau, Lkr. Hof/Saale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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/Saale:

1 Frauenarzt

Coburg:

1 HNO-Arzt

Bayreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Wunsiedel:

1 Hautarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Saale:

1 Lungenarzt oder Internist mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Brandenburger Straße 4, 8586 Bayreuth, Telefon (09 21) 29 21.

Mittelfranken

Fürth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Stein b. Nürnberg, Lkr. Fürth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

**Nürnberg-Raidelsdorf/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

Lkr. Ansbach/Stadt Ansbach:

1 Augenarzt

Gunzenhausen:

1 Augenarzt

Neustadt a. d. Alzch

1 Frauenarzt

Lkr. Ansbach/Dinkelsbühl:

1 Hautarzt

Gunzenhausen:

1 Hautarzt

Lkr. Ansbach:

1 Nervenarzt

Nürnberg

1 Urologa
(Praxisübernahmemöglichkeit)

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

Unterfranken

Walbersbrunn, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gochsheim, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gemünden, Lkr. Main-Spessart:

1 Augenarzt

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

1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:

1 HNO-Arzt

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

1 HNO-Arzt

Eisenfeld, Lkr. Miltenberg:

1 Hautarzt

Haßfurt, Lkr. Haßbarga:

1 Hautarzt

Eisenfeld, Lkr. Miltenberg:

1 Internist

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

1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Bad Kissingen, Lkr. Bad Kissingen:

1 Kinderarzt

Ebern, Lkr. Haßbarga:

1 Kinderarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Nervenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßbarga:

1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

Fürth i. Wald/Waldmünchen, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Naustadt/WN:

1 Augenarzt

Lkr. Tirschenreuth:

1 HNO-Arzt

Stadt Chem, Lkr. Chem:
1 Heutarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Hauterzt

Stadt Weiden:
1 Hauterzt

Furth i. Wald, Lkr. Chem:
1 Kindererzt

Kötzting, Lkr. Chem:
1 Kindererzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Kindererzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kindererzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

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

Niederbayern

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenerzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Hauterzt

Lkr. Rottal-Inn:
1 Hauterzt

Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Nervenarzt

Lkr. Regen:
1 Nervenerzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Niederbayern der KVB, Lillienstraße 5-9,
8440 Streubing, Telefon (09 421) 2 30 61.

Schwaben

Gersthofen, Lkr. Augsburg:
1 Kinderarzt

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

Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Bayern hat in seiner Sitzung am 14. Juli 1983 nach Überprüfung gemäß § 16 Abs. 6 der Zulassungsordnung für Kassenärzte

1. die am 22. Januar 1982 angeordneten und am 9. Juli 1982 und 20. Januar 1983 bestätigten **Zulassungsbeschränkungen für Augenärzte und HNO-Ärzte mit Wirkung vom 14. Juli 1983 aufgehoben,**

2. festgestellt, daß die Voraussetzungen für die angeordneten und bestätigten **Zulassungsbeschränkungen für Kinderärzte, Hautärzte und Nervenärzte fortbestehen** und die Zulassungsbeschränkungen insoweit in Kraft bleiben.

Aufgrund der zwischenzeitlich besetzten Kassenarztsitze und Fortschreibung der Bedarfsplanung hat sich die Anzahl der bisher als unterversorgt festgestellten Planungsbereiche verringert. Danach verbleibt es für folgende Planungsbereiche bei der Feststellung der Unterversorgung:

Hautärzte

Zulassungsbezirk Oberbayern:
Altötting (PB-Nr. 64/7100)
Pfaffenhofen e. d. Ilm (PB-Nr. 64/8600)

Zulassungsbezirk Oberfranken:
Kulmbach (PB-Nr. 65/7700)
Wunsiedel (PB-Nr. 65/7900)

Zulassungsbezirk Unterfranken:
Haßberge (PB-Nr. 67/7400)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:
Cham (PB-Nr. 68/7200)
Neustadt e. d. Waldneeb (PB-Nr. 68/7400)
Tirschenreuth (PB-Nr. 68/7700)

Zulassungsbezirk Niederbayern:
Rottal/Inn (PB-Nr. 69/7700)

Kinderärzte

Zulassungsbezirk Oberfranken:
Neustadt b. Coburg (PB-Nr. 65/7311)

Zulassungsbezirk Unterfranken:
Haßberge (PB-Nr. 67/7410)
Miltenberg (PB-Nr. 87/7611)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:
Furth i. Wald/Weldmünchen (PB-Nr. 68/7212)
Kemnath (PB-Nr. 68/7711)
Kötzting (PB-Nr. 68/7211)
Nebburg-Oberviechtach (PB-Nr. 68/7612)
Vohenstrauß (PB-Nr. 68/7410)
Zulassungsbezirk Schwaben:
Gersthofen (PB-Nr. 70/7211)

Nervenärzte

Zulassungsbezirk Unterfranken:
Haßberge (PB-Nr. 67/7400)
Rhön-Grabfeld (PB-Nr. 67/7300)

Zulassungsbezirk Oberpfalz:
Tirschenreuth (PB-Nr. 68/7700)

Zulassungsbezirk Niederbayern:
Dingolfing-Landau (PB-Nr. 69/7900)
Kelheim (PB-Nr. 69/7300)
Regen (PB-Nr. 69/7600)

Diese Planungsbereiche sind von der Zulassungssperre ausgenommen. Darüber hinaus gelten die angeordneten Zulassungsbeschränkungen auch nicht in den Planungsbereichen, in denen nach dem jeweiligen Stand der Bedarfsplanung fehlende Hautärzte, Kinderärzte und Nervenärzte ausgewiesen sind bzw. durch Ausscheiden solcher Kassenärzte eine Wiederbesetzung zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung notwendig wird.

Die angeordneten Zulassungsbeschränkungen enden für Hautärzte, Kinderärzte und Nervenärzte, wenn die vorstehend als unterversorgt festgestellten Planungsbereiche durch bestandskräftige Zulassung und Aufnahme der kassenärztlichen Tätigkeit durch Ärzte der jeweiligen Gebietsbezeichnung besetzt sind.

Dr. Bruno Merk
Vorsitzender

Der Beschluß des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Bayern vom 14. Juli 1983 ist im „Bayerischen Staatsanzeiger“ Nr. 29 vom 22. Juli 1983 veröffentlicht.

Konsolidierungskurs

Die Bundesregierung hat ihr Finanzpaket auf die Reise durch die Gesetzgebung gebracht. Viel Freude wird daran niemand haben, auch jene nicht, die durch das Gesetzespaket begünstigt werden sollen. Darauf wird es letztlich aber nicht ankommen. Entscheidend ist am Ende, ob die Konsolidierungspolitik Erfolg hat und ob es gelingt, den wirtschaftlichen und sozialen Abstieg zu bremsen und die Wirtschaft wieder auf den Wachstumspfad zu bringen. Es wäre tetsch, das Gesamtprogramm an einer oder mehreren Maßnahmen zu messen. Entscheidend ist, daß die Richtung stimmt und damit die Chance eröffnet wird, auf mittlere Sicht auch die hohe Arbeitslosigkeit zurückzuführen. Kurzfristige Ergebnisse kann es nicht geben.

Die Regierung bemüht sich, einerseits die hohen Finanzierungsdefizite in den Staats- und Sozialhaushalten abzubauen, um bis 1987 zu einer vertretbaren Verschuldungsrate zu kommen. Andererseits sollen die steuerlichen Rahmenbedingungen, insbesondere der mittelständischen Wirtschaft, verbessert werden, um Anreize für Investitionen zu schaffen. Beide Ziele sind eng miteinander verknüpft, denn die Wirtschaft wird nur dann ihre Dynamik zurückgewinnen, wenn der Staat seine zinstreibende Verschuldungspolitik einschränkt.

Wenn Stoltenberg die Neuverschuldung 1984 von knapp 41 Milliarden DM auf gut 37 Milliarden DM zurückführen will, so sieht dies auf den ersten Blick als eine wenig eindrucksvolle Leistung aus. Die Optik wird schon besser, wenn man bedenkt, daß dieses Ziel nur zu erreichen ist, wenn der Ausgabenzuwachs 1,8 Prozent nicht übersteigt. Der Steigerungssatz dürfte damit sogar hinter dem realen Zuwachs des Sozialprodukts zurückbleiben. Darin liegt ein beachtlicher Konsolidierungseffekt. Auch muß berücksichtigt werden, daß zur Defizitabdeckung 1984 wohl nur ein Bundesbankgewinn von 6,5 Milliarden DM zur Verfügung stehen wird, während es im lautenden Jahr noch 11 Milliarden DM sind.

In den Jahren nach 1984 soll der Ausgabenzuwachs auf jährlich 3 Prozent begrenzt werden, wodurch sich bei den

unterstellten wirtschaftlichen Annahmen ein Rückgang der Neuverschuldung auf etwa 22,5 Milliarden DM ergäbe. Diese Zahlen stehen zunächst auf dem Papier. Sie sind nur zu erreichen, wenn der Konsolidierungskurs konsequent durchgehalten wird. Bei den wirtschaftlichen Annahmen läßt die Regierung mehr Vorsicht walten als ihre Vorgängerinnen. Das reale Wachstum des Sozialprodukts wird auf etwa 2,5 Prozent geschätzt. Ein weiterer Anstieg der Arbeitslosenzahl auf 2,5 Millionen wird unterstellt. Für die Lohn- und Gehaltssumme je Beschäftigten wird eine Zuwachsrate von 3,8 Prozent und in den Jahren danach von mehr als 4 Prozent angenommen. Diese Ziffern haben für die ärztliche Einkommenspolitik ihren besonderen Stellenwert.

Trotz kräftiger Einschnitte in das soziale Leistungssystem steigt der Etat des Arbeitsministers von 58,9 auf 60,2 Milliarden DM und damit um 2,2 Prozent an. Das liegt über der Zuwachsrate des Gesamthaushalts. Der größte Posten im Sozialetat bleibt der Zuschuß an die Rentenversicherung. Rechnet man alles zusammen, so sind das mehr als 30 Milliarden DM. Der Bundeszuschuß wird nach der Kürzung im laufenden Jahr 1984 wieder ungekürzt gezahlt. Diese Position zieht damit die Zuwachsrate des Haushalts von Blüm in die Höhe. Dennoch bleibt die Rentenversicherung das Sorgenkind.

Zwar dürften im Gefolge der nun eingeleiteten Operation die Rücklagen auf mittlere Sicht wieder wachsen, aber für 1984 ist die Zahlungsfähigkeit der Rentenkasse noch keineswegs gesichert. Zunächst will Stoltenberg die Liquidität sichern, indem er die Zuschüsse früher überweist. Das zu erwartende Liquiditätsloch im Herbst 1984 muß die Rentenversicherung aber aus eigener Kraft überbrücken. Im Klartext heißt dies, daß die Rentenversicherung im Spätherbst 1984 ihre nur schwer zu liquidisierenden Vermögenswerte beileihen muß. Rente auf Pump – diese Schlagzeile ist programmiert.

Wie sich jetzt zeigt, hat Blüm für die Sicherung der Rentenanpassungstermine zur Jahresmitte und damit für den Verzicht auf die vorgesehene Verschiebung

der Rentenerhöhung einen hohen Preis zahlen müssen, wohl einen zu hohen Preis. Blüm hat sein Vorschlagspaket, in dem bislang die Aktualisierung der Rentenanpassung und die Beitragspflicht für das Krankengeld die wichtigsten Maßnahmen waren, ergänzen müssen. Künftig sollen Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten nur dann noch gewährt werden, wenn in den letzten fünf Jahren vor dem Versicherungsfall wenigstens drei Jahre mit Beiträgen für eine versicherungspflichtige Beschäftigung belegt sind. Für den Grundgedanken kann man Verständnis haben: Invaliditätsrenten sollen nur die Versicherten erhalten, die auch tatsächlich erwerbstätig waren und durch die Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit Einkommensverluste erleiden. Aber Blüm tut so, als wenn nur Pflichtversicherte wirtschaftlich vom Verlust ihrer Erwerbsfähigkeit betroffen würden. Das gilt doch gleichermaßen für die freiwillig versicherten Selbständigen und Freiberufler.

Das Arbeitsministerium holt also wieder einmal zum Schlag gegen die freiwillige Versicherung aus. Hausfrauen mit freiwilligen Beiträgen verlieren zum Stichtag 1. Januar 1984 ihren Invaliditätsschutz; Selbständige, die noch keine 60 Beiträge entrichtet haben, können ihn mit freiwilligen Beiträgen nicht mehr erwerben. Die übrigen freiwillig Versicherten verlieren ihren Invaliditätsschutz nach zwei Jahren; sie können ihn danach nur aufrechterhalten, wenn sie jährlich mindestens acht Mittelbeiträge zahlen; das sind 1984 knapp 4000 DM. Der Invaliditätsschutz wird also teuer. Auf weitere Sicht wird mit diesen Vorschlägen der freiwilligen Versicherung die Grundlage entzogen, da es für die gleichen Beträge schlechtere Leistungen gibt. Wieder einmal wird rückwirkend in wohlverworbene Anwartschaften eingegriffen. Der Schutz des Vertrauens der Versicherten in den Bestand der Gesetze und ihrer Lebensplanung wird mißachtet. Eine weitere Abwertung der Ausbildungszeiten wird vorbereitet. Bei Minderheiten wird tief in die Anwartschaften eingegriffen, um bei der Masse der Rentner die Zuwachsraten nicht stärker beschneiden zu müssen.

An dieser Grundsatzentscheidung dürfte nichts mehr zu ändern sein, vielleicht aber an den Modalitäten des Vertrauensschutzes. Daß in der Koalition am Ende doch noch vernünftige Entscheidungen getroffen werden, zeigt sich am Beispiel der Steuergesetzgebung. Die vorgesehene Entlastung der betrieblich genutzten Vermögenswerte soll nun auch für die Freiberufler gelten. Warum nicht gleich so?

bonn-mot

Bahn-Sorgen

Regierungspartei und Opposition im Landtag sind erneut in Sorge wegen möglicher Stilllegungen von Bahn-Nebenstrecken im Freistaat Bayern, wie sie in der Diskussion um ein umfassendes Sanierungskonzept der Bundesbahn auftauchen, das vom DB-Vorstand bis zum Herbst erarbeitet werden soll. Nach den Plänen der Bahn soll der Reisezugbetrieb bzw. der Güterzugbetrieb auf insgesamt 34 Strecken mit einer Gesamtlänge von 811 km eingestellt werden. Sowohl das Landtagsplenum beschäftigte sich mit diesem „Rückzug der Deutschen Bundesbahn aus der Fläche“ als auch die Ausschüsse für Wirtschaft, Grenzland und Landesentwicklung, denen Staatsminister Anton Jaumann einen Bericht über die „dramatisch schlechte wirtschaftliche Situation“ der Bahn gab. Bei der Suche nach alternativen Sanierungsmöglichkeiten prallten jedoch die Konzepte von CSU und SPD aufeinander.

Nach Angaben von Wirtschafts- und Verkehrsminister Anton Jaumann können mit Streckenstilllegungen und der Verlagerung des Verkehrs von der Schiene auf die Straße höchstens zehn Prozent des derzeitigen Bundesbahnverlustes von jährlich mehr als 4 Milliarden DM eingespart werden. Deshalb sei in erster Linie ein straffer Personalabbau, höhere Investitionen und ein attraktiveres Angebot nötig. Der Verkehrsexperte der SPD, Hans Günter Naumann, meinte dagegen, erforderlich sei eine andere Verkehrspolitik und plädierte für eine Verlagerung von Massenverkehrsgütern von der Straße auf die Schiene. Beförderungsverbote auf der Straße wurden jedoch von Jaumann und von der CSU strikt abgelehnt.

„Wenn wir so weiter machen wie bisher, ist die Bahn bald am Ende“,

erklärte der Verkehrsminister, nach dessen Worten das Defizit der Bahn 1982 rund 4,2 Milliarden DM, die gesamten Bundesleistungen 13,6 und die Schuldenlast 36 Milliarden DM betragen. Diese Schuldenlast habe sich seit 1969 verdreifacht, der Jahresfehlbetrag fast verfünffacht. Unter den Sparkonzepten favorisiere der DB-Vorstand eine Reduzierung des Güterverkehrs auf 22 500 und des Personenverkehrs auf 1600 km. Bis 1987 müßten danach jährlich rund 10 000 Bedienstete weniger beschäftigt sein. Da Bayern über rund ein Viertel des Bundesbahnnetzes verfügt und von den bisherigen Streckenstilllegungen unterproportional betroffen ist, würde der Freistaat in einer Größenordnung belastet, die über einem Viertel der Gesamtplanung liegt. Jaumann machte freilich deutlich, daß diese Überlegungen Spekulationen sind. In Bayern wurden seit 1979 145 km Schienenverkehr (9 Prozent der Verlagerungen im Bundesgebiet) auf die Straße verlegt, im Güterverkehr 58 km stillgelegt (9,5 Prozent der 608 km im Bundesgebiet).

Vor dem Hintergrund der geplanten Streckenstilllegungen in Bayern erklärte Jaumann, daß die abschließenden Entscheidungen des Bundesverkehrsministers darüber noch ausstehen, und bekräftigte seinen Standpunkt, daß Streckenstilllegungen und Verlagerungen nicht der geeignete Weg sei für eine Sanierung der Bundesbahn. Damit könnten höchstens zehn Prozent des derzeitigen Verlustes pro Jahr hereingeholt werden. Dagegen kosten nach Angaben der Bahn derzeit 13 000 überflüssige Bundesbahnbedienstete pro Jahr 650 Millionen DM: „Die Deutsche Bundesbahn produziert zu personalintensiv“, kritisierte Jaumann. Obwohl von 1974 bis 1982 der Personalstand um 94 500 Dienst-

kräfte verringert wurde, stellen die Personalausgaben fast 70 Prozent aller Aufwendungen dar. Langfristig sei ein Abbau von rund 8000 Bediensteten pro Jahr realisierbar.

Entschieden lehnte Jaumann Ordnungseingriffe zugunsten der Bahn ab, also Beförderungsverbote für bestimmte Güter auf der Straße. Im Rahmen unserer Wirtschaftsordnung gelte nach wie vor der Grundsatz der freien Wahl des Verkehrsmittels. Jaumann hielt auch nichts davon, Länder und Gemeinden zur Kasse zu bitten oder die Privatwirtschaft an der Finanzierung von Bahninvestitionen zu beteiligen. Statt dessen müßten Attraktivität und Konkurrenzfähigkeit der Bahn verstärkt und die technische Rationalisierung – verbunden mit einem kontinuierlichen Personalabbau – vorangetrieben werden.

Diese Lösungsvorschläge würden der dramatischen Lage der Bundesbahn nicht gerecht, entgegnete für die SPD Hans Günter Naumann, der eine andere Verkehrspolitik verlangte. Für ihn wird die tatsächliche Schlacht der Bundesbahn im Bereich des Güterverkehrs geschlagen. Die wirtschaftlichen Kalkulationen der Bahn stimmten nicht, weil der Ordnungsrahmen falsch sei. Der Massenverkehr gehöre auf die Schiene und nicht auf die Straße. Außerdem müßten – ähnlich dem Straßenbau – der Bau und der Unterhalt des Schienennetzes als staatliche Aufgabe angesehen werden.

Obwohl konträr in den Sanierungskonzepten für die Bahn waren sich CSU und SPD bei der Behandlung von parlamentarischen Initiativen gegen die Stilllegungspläne einig: Man verlangte die baldige Vorlage eines Gesamtkonzeptes für die Bundesbahnpolitik. Bis dahin sollten keine Entscheidungen über Streckenstilllegungen und Organisationsmaßnahmen getroffen werden, die sich auf Arbeitsplätze auswirken könnten. Auch ein Bericht über die „Zukunftsszenarien“ der Bahn und deren mögliche Auswirkungen wurde einhellig gebilligt. – Die Zukunft freilich beurteilte der Minister relativ düster: Die Bahn brauche mindestens 10 bis 15 Jahre, um sich von der gegenwärtigen Situation zu erholen.

Michael Gscheidle

Äskulap und Pegasus

Bücher von Ärzten für Ärzte

Einige Bücher kamen erst heraus, als die Besprechungen für die Dezember-Nummer bereits in Druck waren. Sie folgen daher jetzt im August und können vielleicht manchem Leser einige frohe und nachdenkliche Stunden im Urlaub bereiten. Viel Vergnügen!

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Der betrogene Bürger

Im Mittelpunkt der Diskussion

Vert.: W. Freytag, 176 S., brosch., DM 9,80. Verlag S. Keppe, Heusenstamm.

Der Autor, der neben seinen wissenschaftlichen Büchern sich auch schon früher mit politischen und sozialen Problemen befaßt hat, geht der Ursache nach, warum beim Volke des Vertrauens in die Parteien, die Politiker, die Gewerkschaften, die Massenmedien, die Erziehung usw. geschwunden ist. Dagegen muß eine gesunde Evolution von der Basis her durch kritische Bürger neu entwickelt werden. Dazu zeigt der Autor nach Aufzeigung der Mißstände Alternativen eines mehr volks- und staatsbewußten Handelns auf. Inwieweit diese realisierbar sind, steht auf einem anderen Blatt, jedenfalls sind sie des Überlegens wert. Jeder Bürger, der sich mit Politik beschäftigt, sollte das Buch lesen, nicht zuletzt unsere jungen Ärzte, die sowieso in den politischen Gremien viel zu wenig vertreten sind.

Weitall und Mensch — Globe und Jenseits

Wissenschaft heute — Weltbild
von morgen

Vert.: W. Freytag, 138 S., 39 Abb., Ganzleinen, DM 38,50. Heimreiter-Verlag, Heusenstamm.

Der Autor, der unseren Lesern aus den Rezensionen seiner zahlreichen Bücher bekannt ist, feierte am 5. April seinen 75. Geburtstag in körperlicher und geistiger Frische. Erschienen doch erst kürzlich zwei neue Werke aus seiner Feder, die hier besprochen werden. Der „Äskulap und Pegasus“ wünscht dem so fruchtbaren Autor weiterhin Gesundheit und Schaffenskraft. Diesen Wünschen werden sich diejenigen seiner 40 Assistenten, die in Bayern leben, gerne beim Lesen dieser Zeilen anschließen. — Das vorliegende Buch zeigt eine zusammenfassende Gesamtschau naturwissenschaftlich-biologischer Art, die der Autor vorher ausführlich in seinen Werken, besonders in seinem 1981 erschienenem „Primat der Naturgesetze“, behandelt

hat. Der Weg von der Weltentstehung, der Entwicklung von anorganischen über organische Strukturen bis zum lebenden Organismus, die Begriffe Seele-Geist, Diesseits-Jenseits werden in klarer Weise dargestellt. Es ist dem Autor gelungen, dies auch für den wissenschaftlich nicht versierten Leser in verständlicher Weise zu tun. Ein ausführliches Fremdwörterverzeichnis ist eine große Hilfe, wobei der Referent es als angenehm empfunden hat, daß hinter den Wortklärungen die Seiten angeführt sind, in denen die Begriffe abgehandelt werden. Das Buch wird sicherlich, wie die vorhergehenden, einen großen Leserkreis finden. Wir wünschen es!

Ich, der Tor

Novelle

Vert.: A. Rottler, Titelgraphik v. Prof. G. Huber, 62 S., Reihe Manuskripte 65, geh., DM 16,80. Gauke GmbH Verlag, Hann Münden.

Der Autor ist den Lesern von „Äskulap und Pegasus“ gut bekannt durch seine Verdienste um die Schriftstellerärzte und durch seine zahlreichen Werke, die wir alle hier ausführlich besprochen haben. Die neue Novelle befaßt sich vordergründig mit dem Erlebnis um eine schön gestaltete Frau, die trotz der makellosen Hülle keinen guten Charakter hat, und die dann der nach Algier entwichene betrogene Arzt in einer blutjungen Doppelgängerin dort wiedertindet. Diese ist zwar charakterlich einwandfrei, aber der Tod holt sie ihm weg. Die Novelle ist in einem fesselnden Stil geschrieben, der den Leser mitreißt und ihm die geschilderten Szenen miterleben läßt. Hintergründig muß sich jeder aufmerksame Leser betroffen fühlen von den aufgeworfenen Problemen, er wird durch die aufrüttelnde Art der Darstellung gezwungen mitzudenken, ja zu den Problemen Stellung zu nehmen. Er wird auch immer wieder herausgefordert, die Scheinheiligkeit und Unehrllichkeit unserer Welt zu erkennen. „Ich, der Tor“ trifft auf uns alle zu. „Wer ist nicht sein Ich und gleichzeitig sein Tor?“ fragt unsere

Consoeur Maria Bednara im Vorwort. Es erhebt sich aus dem Fazit der Rottlerschen Novelle, der viele Leser zu wünschen sind, die Frege, ob sich nicht das Bild des Menschen vom suchenden Feust langsam wieder in den tumulen Tor zu wenden beginnt. Dichter haben manchmal ein seltsames Gespür.

Spritzer und Spreißel

Aphorismen

Vert.: A. Rottler, 44 S., geh., DM 3,—. Zu beziehen durch Dr. A. Rottler, Virchowstraße 7/II, 8500 Nürnberg 10.

Es sind Reflexionen und kurzgefaßte philosophische Überlegungen über den Sinn des Menschenlebens, die der Autor in der Stille aufgeschrieben hat und die der Leser still genießen soll. Das Büchlein steht unter dem Motto: „Alter Taten Geist/uns die Wege weist“. Es enthält viel Lebensweisheit wie „Liebe/Nur wer gar nichts zu geben hat/ist arm“ und „Der Arzt,/der alle Leiden heilt/heißt Tod“. — Ein Büchlein für stilles Nachdenken.

... trägt's Frucht, es ewig biebt

Lyrik zweier Generationen

Vert.: W. u. O. Baege, 44 S., brosch., DM 5,80. J. G. Bläschke Verlag, St. Michael.

Wir haben Confrère Dr. med. O. R. Baege im „Bayerischen Ärzteblatt“ Heft 7/1977, S. 706, vorgestellt und dabei auf seinen in Bearbeitung befindlichen Gedichtband verwiesen. Nun, es hat etwas gedauert, doch jetzt liegt der schon äußerlich ansprechende Band vor. Es ist ein interessanter Versuch, die Lyrik des Veters, Pädagoge und Altsprecher, der Lyrik des Arztsohnes gegenüberzustellen. Wenn der Generationenumbbruch, beide sind überzeugte Humanisten, auch damals noch nicht so einschneidend war wie heute, so spürt man doch deutlich den Unterschied in der äußeren Form und der Auffassung sowie Darstellung der Motive. Die Ausstattung des Bandes ist gut, das Buch ist sehr preiswert.

Heben Sie Interesse an Piranesi?

29 Kurzgeschichten

Vert.: A. Jüngling, 132 S., brosch., DM 14,80, bei Bestellung von zehn Exemplaren Sonderpreis DM 9,40 (gute Wertezimmerlektüre). Verlag Th. Breit, Marquardstein.

Der Verfasser ist, zumindest seinem Namen nach, jedem, der Interesse an literarischer Betätigung innerhalb der Ärzteschaft hat, ein Bekannter. Von ihm ist unter dem obengenannten Titel ein kleiner Band Kurzgeschichten erschienen, von denen nicht nur die Titelge-

schichte einen besonderen Reiz besitzt, sondern jede einzelne eine kleine Kostbarkeit oder Köstlichkeit darstellt. Armin Jüngling kennt die Welt aus eigener Anschauung und er kennt die jeweiligen Menschen in Ihren Absonderlichkeiten. Als einem Meister auf dem Gebiet der Kurzgeschichte gelingt es ihm, mit wenigen Sätzen eine Atmosphäre zu schaffen, die den Leser in das Geschehen hereinnimmt, ihn unvermittelt zu einem macht, der mitlebt, mitleidet und mitleidet. Das kleine Buch ist für jeden ein großer Gewinn und es wäre durchaus geeignet, anstelle banaler illustrierter Blätter, auch in einem Wertezimmer zu liegen, weniger, weil es ablenkt, sondern weil es fesselt.

Dr. med. Fritz Butters, Nürnberg

Reif auf Blümenträume

Gedichte

Verf.: N. Simon, 47 S., Schreibmaschinen-Druck, einmalige numerierte Ausgabe, geh. Zu beziehen durch Dr. K. H. Simon, Argelsrieder Straße 3a, 8000 München 71.

Der Autor, Internist in München, hat 1980 bereits einen Gedichtband „November Liebe“ im Bläschke Verlag veröffentlicht, der im „Bayerischen Ärzteblatt“ 4/1981, S. 308, ausführlich besprochen wurde. In diesem schmalen Bändchen teilt er seine Gedichte in zwei Gruppen ein. „Amouröse Gehversuche eines jungen Toren“ und „Die unerreichbare Helga. Die Zettelchen im Hörsaal“. Die Gedichte sind ein vergebliches Suchen nach echter Liebe: „Der uralte Gott geht über die Welt / Da sieht er einer, der ihm gefällt / und noch einen / Sonst keinen // Sie waren nicht besser als die anderen / Doch gibt Er ihnen im Weiterwandern / mitten im Weltgetriebe / Die Liebe“. Die Gedichte zeigen aber auch eine tiefe Resignation auf. Diese mag vielleicht in Lebenserfahrungen begründet sein, denn der Gedichtband schließt ab mit den Worten: „Für eine Blumenelfe / verweilt ich träumend in der Welt des Scheins.“

Zwischenspiel

Gedichte und Prosa

Verf.: E. Rossmüller, 173 S., DM 19,80, Leinen. Verlag Th. Breit, Marquardstein. Es ist interessant, daß unter der Rubrik „Bücher von Ärzten für Ärzte“ oder „Äskulep und Pegasus“ man in der Regel nicht das findet, was man vermuten sollte, nämlich Schriftstellerisches zum Thema „Arzt, Patient und Medizin“. Auch das hier von Ernst Rossmüller vorgelegte, äußerlich recht entsprechende Gedichtbändchen läßt jegliche „klinische

Relevanz“ vermissen. Hat der Lyriker etwa seinen „gesellschaftspolitischen Auftrag verfehlt“? Genau diese Frage aber würde dem Wesen der Kunst und dem Bedürfnis des Schreiben-müssens bzw. dem Anliegen des Autors nicht gerecht werden. Dennoch bleibt sie eine Provokation, welche gerade in diesem Buch eine Antwort findet. Man sollte sich ferner hüten, das, was man im Sport als „Amateur“ achtungsvoll bezeichnet, auf literarischem Gebiet herabsetzend als „Dilettant“ zu etikettieren. Gewiß sind nicht alle Poeme des Kollegen Rossmüller gelungen, und nicht jeder fühlt sich von jedem angesprochen: Meine „Bestenliste“ sähe anders aus als die eines anderen Rezensenten. Doch dies bringt jede Art des Schreibens mit sich, daß man nämlich nur von Menschen mit ähnlicher Wellenlänge verstanden wird. Wesentlich scheint mir, daß diese Gedichte in der Tat Ausdruck eines „Zwischenspiels“ sind, nämlich eines tiefen Luftholens – jenseits des ärztlichen Alltags. Hier versucht einer, sich nicht ehrgeizig zu profilieren oder die Geilheit seiner Ruhmsucht zu befriedigen, sondern mit dem geschärften Blick eines Menschen, der täglich dem Tod ins Auge schaut, seine Umwelt wahrzunehmen und seine Erlebnisse zu verbalisieren. Dabei ist er frei von dem Zwang, ein Kunstwerk schaffen zu müssen; wenn es ihm gelingt, gelingt es absichtslos und man begreift, daß Kunst nur als Versuch verstanden wird, durch Mittel der Form seiner Aufrichtigkeit etwas Dauerhaftes zu verleihen. Rossmüller zeigt, daß er auf diese Weise auch naiv-sentimentale Empfindungen bändigen kann, so daß sie nicht im Irrationalen oder Persönlichen zerfließen, sondern verdichtete Nachempfindungen hervorbringen können. Sie erzeugen wiederum spezifische Eigenschwingungen, wodurch so manche Verkrustungen ins Bröckeln geraten. Wie ein Genesender, der eine schwere Krankheit durchgemacht hat, sieht der Arzt die Welt mit anderen Augen. In dieser Intensität nähert er sich einem kranken Künstler. Wir wissen heute daß man „kunstfertige“ Lyrik „produzieren“ kann, und daß es „echte“ Köpfe ohne Herz auf diesem Gebiet gibt. Es gibt aber auch Menschen mit Herz, die schreiben können und die es ihrer ärztlichen Berufung verdanken, daß sie weder das eine verloren, noch das andere verlernt haben. Sich Gedanken machen, um die enfangs gestellte Frage zu beantworten, ist in dieser Form ein fast notwendiges „Zwischenspiel“ unseres Daseins für andere als Arzt. Wohl dem, der es so zu formulieren weiß, daß man auch daran teilhaben kann.

Professor Dr. med. Gerhard Uhlenbruck, Köln

Kongresse

VIII. Kumpfmühler Symposium

– Interdisziplinäres Gespräch für ärztliche Bildung –

vom 22. bis 25. September 1983

In Regensburg

Theme: Heilende Dienste – Heilsame Kräfte

Ort: Altes Rathaus, Dollingersaal, Regensburg

Auskunft:

Dr. M. J. Zilch, Kerthäuser Straße 14, 8400 Regensburg 19, Telefon (0941) 991444

Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth

14. September 1983

Computertomographie des Schädels

Dr. Hillemacher, Bayreuth

Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

28. September 1983

Herpes-Erkrankungen – Sinn und Unsinn

der Chemotherapie

Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

5. Oktober 1983

Koronare Herzkrankheiten

Professor Dr. Mäurer, Bayreuth

Entzündliche Pankreaserkrankungen

Professor Dr. Lutz, Bayreuth

Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

19. Oktober 1983

Peptische Läsionen – Ulcus hepaticum

– Probleme der Diagnose und Therapie

Dr. Kalk, Bad Kissingen

Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

9. November 1983

Dotterung bei Gefäßerkrankungen

N. N.

Ort: Stadthalle, Bayreuth

7. Dezember 1983

Erweiterte Behandlungsmöglichkeiten des

Diabetes mellitus

Privatdozent Dr. Sailer, Erlangen

Ort: Kolpinghaus, Bayreuth

14. Dezember 1983

Die Seuchenzüge des Mittelalters –

schwarzer Tod und Syphilis

Professor Dr. Keil

Ort: Stadthalle, Bayreuth

Auskunft:

Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 22388

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fechkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV)

Speziellkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in zwei Teilen (3. 1. 2 der Richtlinien) am 21./22. Oktober und 28./29. Oktober 1983 in Nürnberg

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

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Teilnehmergebühr: DM 200,—

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

Fortbildungstagung über Schilddrüsenerkrankungen im Kindesalter am 12. September 1983 in München

Themen: Blande Struma — Strume des Neugeborenen — Hypothyreose — Hyperthyreose — Chronische lymphozytäre Thyreoiditis (Hashimoto)

Zeit und Ort: 13.00 Uhr — Pente Hotel, Hochstraße 3, München 80

Auskunft:
Professor Dr. P. Stubbe, Kinderklinik der Georg-August-Universität Göttingen, Humboldtallee 38, 3400 Göttingen, Telefon (05 51) 39-29 88

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteeverbandes

vom 12. bis 16. September 1983
in Erlangen

Fortbildungslehrgang

Leitung: Dr. K.-J. Heck, Erlangen

Thema: Sport im Kindes- und Jugendalter

Auskunft und Anmeldung:
Dr. K.-J. Heck, Sportmedizinische Untersuchungsstelle am Sportzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg, Gebbertstraße 123, 8520 Erlangen, Telefon (09 131) 85-21 72

am 24./25. September 1983 in Grünwald
Sportärztliche Ausbildungstagung — Kurs C

Leitung: Dr. M. Kleine, München

Thema: Untersuchungstechniken in der Sportmedizin

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (0 89) 64 96 26

am 22. Oktober 1983 in Ingoledt

Fortbildungsveranstaltung

Leitung: Dr. H. Galli

Thema: Sportmedizin in der täglichen Praxis

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. Galli, Fromundstraße 29, 8000 München 90, Telefon (0 89) 6 92 20 98

Klinische Fortbildung in Bayern

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

Innere Medizin

Fortbildungstegungen am 1. Oktober 1983 und 7. April 1984 in Würzburg

Medizinische Universitätsklinik Würzburg, Luitpoldkrankenhaus
Direktor: Professor Dr. K. Kochsiek

Beginn: 9.30 Uhr — Ende: 13.00 Uhr
Themen werden noch bekanntgegeben

Keine Anmeldung erforderlich

Onkologie

Herbstfortbildungstegung des Kreiskrankenhauses am 5. Oktober 1983 in Burghausen

Chefarzt: Privatdozent Dr. A. Dietz

Beginn: 16.00 Uhr — Ende: 20.30 Uhr

Ort: Helmbrechtssaal im Stadtsaalgebäude, Burghausen

Thema: Tumortherapie — eine gemeinsame Aufgabe von Klinik und Praxis (Chemotherapie bei malignen Tumoren als gemeinsame Aufgabe von Klinik und Praxis — Möglichkeiten und Grenzen der Chemotherapie und der Radio-Onkologie — Betreuung des Tumorpatienten — Tumornachsorge am Modellfell Mammakar-

zinom — Round-table-Gespräch — Diskussion)

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Privatdozent Dr. A. Dietz, Kreiskrankenhaus, 8263 Burghausen, Telefon (0 86 77) 70 01

Sonographie

Ultraschellkurs für Fortgeschrittene am 16./17. September 1983 in Regensburg

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Regensburg

Direktor: Professor Dr. P. Doering
Leitung: Dr. U. Reisp — Dr. S. Weidenhiller

Beginn: Freitag 13.30 Uhr — Ende: Samstag 12.30 Uhr

Sonographie-Diagnostik des Abdomens und der Schilddrüse, Übungen in kleinen Gruppen (ca. 5 Teilnehmer pro Gruppe)

Kursgebühr: DM 150,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Ultraschell-Labor, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Frau True, Prüfeninger Straße 86, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 208-277

Grado: XVII. Internationaler Seminarkongreß der Bundesärztekammer

vom 21. August bis 2. September 1983 in Grado

Leitung: Professor Dr. H. Losse, Münster, zusemmen mit Dr. P. E. Odenbeck, Köln

A. Kongreßöffnung und Referat zur Einleitung

B. Seminare

Hypertonie — Chirurgie „Behandlungsmöglichkeiten in der Praxis, richtiger Zeitpunkt der Überweisung“ — Gynäkologie — Nephrologie — Ophthalmologie — Labor (mit Praktikum) — EKG — Sportmedizin — Augenspiegelkurs — Ernährungswissenschaft — Stoffwechsel — Geschichte der Medizin — Psychiatrie in der Praxis — Pädiatrie — Notfall- und Katastrophenmedizin mit praktischen Übungen (am Phantom) — Autogenes Training für Anlänger — Pulmologie — Gastroenterologie — Psychosomatische Medizin — Hämatologischer Mikroskopiekurs mit praktischen Übungen — Mund-, Kieler- und Gesichtschirurgie — Ultraschall (mit Demonstration) — Neurologie — Manuelle Medizin — Endokrinologie — HNO — Gastroskopie-Kurs (am Phantom) — Vergiftungen — Dermatologie — HNO-Spie-

gelkursus — Autogenes Training für Fortgeschrittene — Klinische Pharmakologie

C. Verschiedene Veranstaltungen

Die emanzipierte Familie und des 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

Auskunft und Anmeldung:
Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, Haedenkempstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 38 03 96

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 1. Vierteljahr 1983

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1982		1983
		Vierteljahres- durchschnitt	1. Vierteljahr	
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	221	212	256
	darunter			
011-018,137	Tuberkulose insgesamt	92	80	91
140-199	Bösartige Neubildungen	6474	6304	6422
	darunter			
151	des Magens	966	922	900
153,154	des Dickdarms und des Mastdarms	961	944	929
160-163	der Atmungsorgane	993	970	966
174	der weiblichen Brustdrüse	533	553	572
179-182	der Gebärmutter	240	228	223
185	der Prostata	333	363	393
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoeti- schen Gewebes	442	442	446
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntem Charakters	476	442	480
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	722	792	785
	darunter			
250	Diabetes mellitus	610	664	670
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	77	83	103
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	558	584	629
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	14916	15802	17260
	darunter			
410	akuter Myokardinfarkt	3215	3330	3491
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	1723	1823	2101
426,427	Herz-Reizleitungs- und Rhythmusstörungen	343	368	316
428,429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	3114	3452	3862
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4521	4719	5143
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	1816	2073	2721
	darunter			
480-486	Pneumonie	651	696	893
487	Grippe	10	20	161
466,490,491	Bronchitis	516	634	781
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	1678	1704	1744
	darunter			
531,532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	161	147	169
560	Darmverschluß ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	82	85	101
571.2,.5,.6	Leberzirrhose	649	650	646
570,R.v.571	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	303	311	336
u.572-576	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	529	555	507
580-629	darunter			
580-583,587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfnieren	43	43	39
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	5	3	7
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	135	145	133
740-759	Kongenitale Anomalien	111	110	124
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatal- zeit haben	123	117	120
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	323	293	332
E800-E949	Unfälle	1473	1230	1270
	darunter			
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	688	445	481
E850-E869	Vergiftungen	12	10	15
E880-E888	Unfälle durch Sturz	553	590	589
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	617	608	546
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalttätigkeiten	65	53	54
	Sterbefälle insgesamt	30758	31552	33939

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

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Mai 1983 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen stieg im Mai an. Im Durchschnitt erkrankten unter 100 000 Einwohnern im April 28, im Mai 38, jeweils auf ein Jahr umgerechnet.

An Virushepatitis erkrankten im Berichtsmonat dagegen weniger Menschen als im Vormonat, nämlich 19 gegenüber 26 im April, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung bezogen. Der Rückgang betraf gleichmäßig alle Hepatitisformen.

Ebenfalls etwas niedriger als im Vormonat war im Mai die Zahl der Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis. Die Erkrankungsziffer sank von 7 auf 6 Fälle je 100 000 der Bevölkerung.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. 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 bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	4	1	7	1	3	—	2	1	112	1	37	—	20	—	36	—	9	—
Niederbayern	1	—	—	—	—	—	—	—	51	—	9	—	4	—	4	—	3	—
Oberpfalz	—	—	1	—	1	—	3	—	32	—	17	—	1	—	7	—	—	—
Oberfranken	—	—	3	—	—	—	2	—	21	—	9	—	4	—	9	—	2	—
Mittelfranken	2	—	5	1	3	—	6	—	42	—	14	—	12	—	19	—	5	—
Unterfranken	1	—	1	—	—	—	1	—	23	—	15	—	—	—	6	1	2	—
Schwaben	—	—	—	—	—	—	4	—	41	—	9	—	5	—	7	—	9	—
Bayern	8	1	17	2	7	—	18	1	322	1	110	—	46	—	88	1	30	—
Vormonat	11	1	25	3	13	1	11	1	235	2	60	—	66	—	101	5	50	1
München	2	1	1	1	—	—	—	—	52	1	16	—	10	—	12	—	5	—
Nürnberg	1	—	2	—	—	—	—	—	9	—	1	—	1	—	7	—	3	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	1	—	3	—	1	—	3	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	4	—	7	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	3	—	1	—	3	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellen-Ruhr		Malaria		Botulismus		Ornithose		O-Fieber		Gesbrend		Lepra		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	—	1	—	12	—	1	—	1	—	1	—	3	—	2	2	—	—	—	—	37
Niederbayern	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	22
Oberfranken	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21
Mittelfranken	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Unterfranken	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Schwaben	3	—	—	—	8	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	26
Bayern	5	—	1	—	30	—	4	—	1	—	3	—	4	—	3	2	1	—	—	—	113
Vormonat	—	—	2	—	28	—	3	—	1	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	77
München	1	—	1	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	10
Nürnberg	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

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

St = Sterbefälle.

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

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

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

Die Koalition der Vernunft eröffnet das Politiker-Gespräch

Die Ärzte und anschließend die anderen approbierten Heilberufe in Bayern haben von der Reaktion zur Aktion gewechselt. Die drei Etappen: Vor vier Jahren Kooperation mit der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Bayern-Vertreger unter dem Motto: So viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig.

Auch erfolgreiche Zusammenarbeit steckt offenbar an. So kam es vor zwei Jahren zur Bildung der „Koalition der Vernunft und Verantwortung im Gesundheitswesen“. Hier trafen sich die Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, die pharmazeutische Industrie und die Landesverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Das gemeinsame Ziel der in dieser Koalition zusammengeschlossenen Verbände und Körperschaften: Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in vertretbarem Rahmen zu halten, ohne die Qualität der ärztlichen, zahnärztlichen und der Arzneimittelversorgung zu verringern. Und: Die Verluste der Funktion der Selbstverwaltung auszugleichen, die durch gesetzliche Normierung im Gesundheitswesen entstanden sind.

Über unterschiedliche Auffassungen hinweg, bedingt durch die Natur der Sache, einigte man sich auf gleiche Standpunkte, hier unbedingt, in einigen Punkten noch bedingt. Dem Abbau von Vorbehalten gegeneinander folgte, auch gefördert durch die politische Entwicklung, die Bereitschaft zu einem partnerschaftlichen Verhältnis zum Staat und zur Vermittlung von Erkenntnissen der sachverständigen Selbstverwaltung als Material für die Beratungen der politischen Gremien über Probleme der sozialen Sicherheit und Gerechtigkeit und deren Lösungen.

So wurde die dritte Etappe der „Koalition der Vernunft“ jetzt durch eine Begegnung mit Bundestagsabgeordneten eröffnet, die bayerische Wahlkreise zu vertreten haben und den Ausschüssen für Arbeits- und Sozialpolitik oder des Gesundheitswesens angehören. Gleich beim ersten Treffpunkt hatten die Teilnehmer an der „Koalition der Vernunft“ den Abgeordneten Vorstellungen zur Behandlung brennender Fragen aus ihren Bereichen mitgegeben.

So hörten sie

– von den Ärzten über das Chaos auf dem ärztlichen Arbeitsmarkt, mit dem

auf Jahre hinaus zu rechnen sei, wenn sich der Gesetzgeber weiterhin sperre, den Zugang zum Medizinstudium energisch zu drosseln. Bis eine Änderung der Approbationsordnung eine zweijährige Praxisphase nach dem Studium einführt, müsse die halbjährige Vorbereitungszeit für die Kassenarztpraxis auf anderthalb Jahre verlängert werden. Die völlig verfahrenere Situation des Medizinstudiums könne der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen nicht überlassen werden, weil sie Gesetze nicht zu erlassen oder zu ändern vermögen;

– von den Zahnärzten zur Diskussion um die Transparenz der Leistungen und Kosten gegenüber dem Patienten ihre positiven Erfahrungen mit der Neuregelung beim Zahnersatz. Die zahnärztlichen Leistungen dafür übernimmt die Krankenkasse voll. Zum Zahnersatz hat der Patient 60 Prozent der Kosten beizusteuern. Eine Verhaltensänderung der Patienten, was das Anspruchdenken angeht, bahne sich dieser Selbstbeteiligungsquote wegen an;

– von den Apothekern die Warnung vor einem Vertriebs von Arzneimitteln frei verkäuflich und bevorzugt durch Selbstbedienung in Drogeriemärkten, Lebensmittel Einzelhandelsgeschäften und in Großmärkten. Selbstbedienung fördere den Arzneimittelmissbrauch. Folgekosten seien nicht auszuschließen. Sie machten dann die Kostendämpfung zunichte. Eben aus Gründen der Arzneimittelsicherheit sei Selbstbedienung in der Apotheke nicht erlaubt. Arzneimittelsicherheit jedoch sei untrennbar. Nach einer sorgfältigen Überprüfung sei die Selbstbedienung mit Arzneimitteln gegebenenfalls generell zu verbieten;

– von der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung die Warnung vor überproportional steigenden Kosten im Krankenhaus als Treibsatz Nr. 1 und die Forderung nach größeren Rechten der Selbstverwaltungseinrichtungen der Krankenkassen und Krankenhäuser bei den entscheidenden Freigestellungen, also der Bedarfsplanung und der Pflegesatzfestsetzung. Grundsätzlich dürften freigewordene Mittel aus Erfolgen der Kostendämpfungspolitik nicht für andere Sozialleistungsbereiche oder den Staatshaushalt eingesetzt werden, sondern müssten den Beitragszahlern der Krankenversicherung zugute kommen. „Geld

muß in dem Haushaltsbereich geschöpft werden, in dem es benötigt wird. Staatliche Ordnung verlangt Haushaltswahrheit und Haushaltsklarheit“.

Ein erstes, inhaltsschweres Paket auf die Rückreise in den Bundestag. Bayerns Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Fritz Pirki, gab den Bundestag Abgeordneten auf die Reise den hohen Wert mit, den er der „Koalition der Vernunft“ beimißt, nämlich die Bereitschaft, Probleme in aufgeschlossener Partnerschaft zu bewältigen. Was aus den Anliegen der „Koalition der Vernunft“ an die sachverständigen Parlamentarier geworden ist, wird sicherlich eines der Themen bilden, die im nächsten Gespräch im Dezember behandelt werden.

Horst Beloch

Noch'n Netz

Man darf es ihnen nicht verübeln. Die kommunalen Spitzenverbände, die überörtlichen Sozialhilfeträger und die Spitzenorganisationen der Wohlfahrtsverbände haben in einer gemeinsamen Eingabe an die Bundesregierung die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch eine Pflegekostenversicherung als Anhängsel der gesetzlichen Krankenversicherung gefordert.

Das ist eine Interessentengruppe. Sie will sich finanziell entlasten. Doch wie so oft, ist der Ruf nach dem Staat bequemer als ein eigener Denkvorgang. Sonst wäre man nämlich darauf gekommen, daß

– die Versichertenmentalität vom Mitnahme-Effekt beherrscht wird.

– die Belastung mit Steuern und Sozialabgaben bereits hoch genug ist, die Leistungsbereitschaft des einzelnen zu gefährden oder zu schwächen.

– anfangs für die ältere Generation besonders hohe Kosten im Umlageverfahren finanziert werden müßten, ohne daß der einzelne sich später notfalls gleichwertiger Leistungen sicher ist;

– die Freigewordene eines Generationenvertrages durch die Situation der gesetzlichen Rentenversicherung und ihre voraussichtliche Entwicklung angesichts des künftigen demographischen Verlaufs satzungsbewiesen sein dürfte;

– die persönliche Hilfsbereitschaft in dem Ausmaß sinkt, in dem Ansprüche an ein Kollektiv bestehen.

Jede weitere Einheit, ins soziale Netz eingeknüpft, schwächt jene Auffengvorrichtung insgesamt und beeinträchtigt seine Leistungsfähigkeit.

Prosper

Schnell informiert

Kein Leichenschauregister mehr

Die Bayerische Landesärztekammer wurde darüber informiert, daß von Ärzten bei Fachverlagen noch immer Leichenschauregister-Formulare verlangt werden.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß seit Inkrafttreten des Bestattungsgesetzes am 1. Januar 1971 keine Leichenschauregister mehr zu führen sind.

Das Führen von Leichenschauregistern nach der Bekanntmachung vom 17. Februar 1964 wurde durch Bekanntmachung vom 19. November 1970 mit Wirkung vom 1. Januar 1971 aufgehoben.

BLAK

Broschüre: Krebsnachsorge

Die Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes hat gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe Ende November 1982 in Bad Neuenahr den 3. Fortbildungskongreß „Krebsnachsorge“ veranstaltet und die Vorträge nunmehr als Broschüre herausgegeben. Auf 170 Seiten betassen sich 18 Experten mit der Thematik „Nachsorge bei Haut-, Kehlkopf- und kolorektalen Tumoren – Nachsorge bei Leukämie im Kindes- und Erwachsenenalter – Der qualitative Unterschied von Selbsthilfeorganisationen, Selbsthilfegruppen und Gesprächsgruppen für Krebskranke“.

Die Broschüre kann zum Selbstkostenpreis von DM 12,- beim Hartmannbund, Abteilung Presse + Information, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2, angefordert werden.

Broschüre: Baubiologie und Gesundheit

Die Wiederbesinnung auf gesundheitsgerechtes Wohnen ist aus medizinischer Sicht nach so manchen „Bausünden“ zu begrüßen. Um der zunehmenden Verunsicherung der Bevölkerung durch unbewiesene Thesen entgegenzuwirken, hat die Deutsche Gesellschaft für Wohnungsmedizin e.V., Baden-Baden, das „Positionspapier Baubiologie und Gesundheit“ herausgegeben. Diese Broschüre zeigt anhand einiger Beispiele Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren baubiologischer Thesen im wohnmedizinischen Bereich auf.

Das Positionspapier kann gegen Vorüberweisung einer Schutzgebühr von DM 14,90 (einschl. MwSt. + Versandkosten) auf des Postscheckkonto Karlsruhe, Nr. 135 707-758, der Deutschen Gesellschaft für Wohnungsmedizin angefordert werden.

Diagnosebogen: Beinleiden

Professor Dr. M. Marshall, München, erarbeitete diesen „Fragebogen für Beinbeschwerden“. Durch 28 Fragen, die die weitgefächerte Pathogenese der Beinbeschwerden in ihrem Erscheinungsbild ausgiebig erfassen, soll es dem Arzt erleichtert werden, einen schnellen diagnostischen Hinweis zu bekommen. Ergänzend enthält er einen ausführlichen angiologischen Untersuchungsbogen.

Der Interessierte Arzt kann diese Fragebögen kostenlos von der Zyme GmbH, München, erhalten.

Merkblatt: Tuberkulinproben

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (= DZK) hat eine Neufassung dieses Merkblattes herausgegeben. Die Schrift kann zum Selbstkostenpreis von DM 1,50, zuzüglich Porto, bei der Geschäftsstelle des DZK, Poppenhusenstraße 14 c, 2000 Hamburg 60, Telefon (040) 2 99 30 37, angefordert werden.

Beyer-Film ausgezeichnet

Der Film „Die vasospastische Angina“ der Bayer AG, Leverkusen, wurde auf dem 32. Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin mit dem ersten Preis ausgezeichnet. Er erhielt außerdem eine „Goldene Rose“ und den Wanderpreis „Aque Nove“.

Faltblatt: Koma-Therapiehilfe

Dr. R. Renner, München, hat diesen Katalog zur Behandlung der Ketoazidose und des ketoazidotischen Coma diabeticum erstellt. Er enthält u. a. ein übersichtliches Therapieschema, eine Zusammenstellung wichtiger Berechnungsformen für das Bikerbonet und Anionendefizit und eine Zusammenfassung der Therapiekomplikationen.

Der interessierte Arzt kann dieses Faltblatt kostenlos bei Nordisk Deutschland, Dieselstraße 20, 8046 Garching-Hochbrück, Telefon (089) 3 20 10 71, anfordern.

Preise: Ausschreibungen

E. W. Baader-Preis 1984 – Die E. W. Baader-Stiftung schreibt hiermit für eine bedeutende wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin den mit DM 10 000 dotierten E. W. Baader-Preis aus. – Einsendeschluß: 1. März 1984. Weitere Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle der E. W. Baader-Stiftung, Kreuss-Maffei-Straße 2, 8000 München 50, Telefon (089) 88 99-750.

Hufeland-Preis 1984 – Das Kuratorium der Stiftung „Hufeland-Preis“ schreibt hiermit für Arbeiten über „Vorbeugende Gesundheitspflege“ den Hufeland-Preis 1984 aus. – Einsendeschluß: 31. März 1984. Der vollständige Text der Ausschreibung kann bei der Stiftung „Hufeland-Preis“, Marie-Ablaß-Platz 15, 5000 Köln 1, Telefon (02 21) 1 65 71, angefordert werden.

Albert-Knoll-Preis – Die Knoll AG, Ludwigshafen, schreibt auch dieses Jahr den mit DM 10 000 dotierten Albert-Knoll-Preis der Saarländisch-Pfälzischen Internistengesellschaft aus. Er wird für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Inneren Medizin verliehen und dient der Auszeichnung und Förderung von Ärzten und Ärztgruppen im deutschen Sprachraum. – Einsendeschluß: 30. September 1983. Weitere Auskünfte erteilt der Schrittführer der Gesellschaft, Professor Dr. H. Gillmann, Direktor der f. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Ludwigshafen, Bremerstraße 79, 6700 Ludwigshafen.

Hans Adolt Krebs-Preis – Der Fördererkreis der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Frankfurt, schreibt hiermit zum zweiten Male den mit DM 10 000 dotierten Hans Adolt Krebs-Preis aus. Er wird zur Förderung junger deutscher Wissenschaftler auf dem Gebiet der Lebensmittel- und Ernährungswissenschaft verliehen. – Einsendeschluß: 31. Oktober 1983. Weitere Auskünfte erteilt der Fördererkreis der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V., Feldbergstraße 28, 6000 Frankfurt 1, Telefon (06 11) 7 20 1 46.

Hugo Schottmüller-Preis – Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie e.V. schreibt hiermit diesen von der Firma MSD Sharp und Dohme gestifteten und mit DM 20 000 dotierten Hugo Schottmüller-Preis für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der bakteriellen Infektionskrankheiten aus. – Einsendeschluß: 1. Dezember 1983. Weitere Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie, 4. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40.

Buchbesprechungen

Krankenhaushygiene

Auswahlbibliographie 1978 – 1980

Herausgegeben vom Arbeits- und Forschungskreis Hygiene und Sauberkeit, 257 S., geb., DM 44,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Der Fortsetzungsband will den für die Hygiene in den unterschiedlichen Krankenhausbereichen Verantwortlichen ebenfalls durch Vermittlung der einschlägigen Fachpublikationen Arbeits- und Entscheidungsgrundlagen für die tägliche Arbeit zugänglich machen. – Mehrere 1000 Arbeiten zum Thema Krankenhaushygiene, überwiegend aus dem westeuropäischen Sprachbereich, wurden erfaßt und unter folgenden Überschriften zusammengestellt: Epidemiologie; Hygienische Anforderungen an den Krankenhausbau, an den laufenden Krankenhausbetrieb; Geräte und Materialien; Reinigung und Desinfektion; Sterilisation; Apothekenbereich; Schädlingsbekämpfung; Organisation und Wirtschaftlichkeit der Hygienemaßnahmen

Dr. med. W. Rulffs, Nürnberg

Drogenprophylaxe

Handbuch für Eltern und Erzieher

Herausgeber: A. Flury, 144 S., 22 s/w-Fotos, geb., DM 19,80. Welhella und Praetoria Verlag, Regensburg.

Das vorliegende Buch soll sowohl den Lehrern helfen, den Problembereich Drogenprophylaxe kurz und leicht faßlich zu erkennen, als auch Hilfe beim Unterricht in der Schule zu vermitteln. Es ist didaktisch ausgezeichnet aufgebaut und zweifelsohne eine große Hilfe für alle, die mit Drogenproblemen befaßt sind. Aber auch der Leser, der nicht mit diesen Problemen direkt konfrontiert ist, wird es mit Gewinn lesen.

Dr. med. J. Mertens, Fürth

Radiologisches Wörterbuch

Diagnostische Leitsätze für die Praxis

Herausgeber: K. Freye/W. Lammers, 556 S., 450 Abb., geb., DM 98,-. Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin.

Das über 550 Seiten starke, aber trotzdem handliche (und bei 450 Abb. auch noch relativ preiswerte) Buch zweier erfahrener Radiologen hält viel mehr, als der Titel verspricht: Es ist ein umfassendes Nachschlagewerk verschiedenster Untersuchungsmethoden der Röntgendiagnostik, der Nuklearmedizin und der Sonographie. Dabei erscheint die Trennung des Lexikons in einen sehr umfangreichen klinisch-radiologischen Teil und einen kürzeren, aber mit auch 120 Stichworten völlig ausreichenden physikalisch-technischen Anhang, eigentlich unnötig. Das schöne Werk ist zur Indikationsstellung für alle nicht aktiv radiologisch tätigen Kollegen, aber auch zur Information für Medizinstudenten im höheren Semester und für qualifiziertes radiologisch-technisches Assistenzpersonal bestens geeignet. Ein besonderes Lob dem Zeichner der sehr instruktiven Skizzen.

Dr. med. G. Beck, Augsburg

Gebührenordnung für Ärzte

Kommentar

Herausgeber: Dr. E. Goetz/Dr. H. Matzke/D. Schirmer, 2., völlig neubearb. Aufl., 304 S., fester, alkorfollierter Einband, DM 89,-. Erich Schmidt Verlag, Berlin-Bielefeld-München.

Nach dem Tode von Dr. jur. H. Schmatz wird der bisherige Kommentar als völlig neue bearbeitete zweite Auflage von Dr. med. E. Goetz, Dr. jur. H. Matzke und D. Schirmer fortgeführt. Die Verfasser erläutern in einer für die praktische Anwendung geeigneten Weise wichtige Grundsätze und Unterschiede der neuen gegenüber der bisher geltenden Gebührenordnung. Leicht faßlich und übersichtlich stellen sie die teilweise schwierigen Fragen und Probleme des Gebührenrechts dar. Das gilt vor allem für den allgemeinen Teil der Gebührenordnung, der vorwiegend Rechtsprobleme enthält. – Der Kommentar ist für alle, die sich über Fragen der Vergütung ärztlicher Leistungen eingehend informieren wollen und müssen, ein unentbehrliches Nachschlagewerk.

Lehrbuch der Geburtshilfe und Gynäkologie

Physiologie und Pathologie der Reproduktion

Herausgeber: K. Knörr/H. Knörr-Gärtner/F. K. Beller/C. Leuritzen, 2. völlig überarb. u. erw. Aufl., 693 S., 335 Abb., 88 Tab., geb., DM 98,-. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das bekannte Lehrbuch der Gynäkologie wurde in der jetzt nach über zehn Jahren erschienenen 2. Auflage durch Einbeziehung auch der Geburtshilfe vervollständigt. In didaktisch bestechender Weise wird auf nahezu 700 Seiten das Basiswissen der Gynäkologie und Geburtshilfe deduktiv dargestellt, so daß gerade Studenten, bei denen ja in Zukunft wieder mehr die mündlich-praktischen Prüfungen im Examen den Vorrang gewinnen sollen, aus dem hervorragenden Lehrbuch großen Nutzen ziehen können. Die Zeichnungen sind übersichtlich und einfach, auch den Tutoren wird mit dem Buch ein sehr brauchbarer Leitfaden für die Gestaltung des Unterrichts in der kleinen Gruppe in die Hände gegeben.

Dr. med. G. Weishaupt, Mindelheim

Diagnostische Anatomie

Eine Hilfe zum ärztlichen Handeln

Herausgeber: H. Loeweneck, 264 S., 122 teilw. farb. Abb., geh., DM 56,-. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Das vorliegende Buch ist – wie auch der Untertitel sagt – eine wirkliche Hilfe zum ärztlichen Handeln, wenn man die über die Beschreibung der funktionellen Anatomie hinausgehenden Deutungen kritisch sieht: z. B. schlaffe Lähmung nur bei Austast des peripheren Neurons möglich (entlang auch bei zentral bedingten Lähmungen, S. 252 unten); der in der Neurologie neue Begriff der „Nervenreflexe“, hier sind Eigen- und Fremd-Reflexe gemeint; überhaupt ist das Buch da, wo es den Bereich der deskriptiven und funktionellen Anatomie verläßt (z. B. eine Art von Glossar zu den Begriffen der einzelnen Kapitel usw.) nicht ohne Kritik zu lesen. – Wir Kliniker vermissen trotzdem eine so kurz gefaßte Zusammenfassung der Anatomie. Wünschenswert wäre, für eine sicher bald notwendige 2. Auflage, die nicht-anatomischen Ergänzungen oder Kapitel sehr kritisch durchzusehen und zu kürzen.

Professor Dr. med. H.-H. v. Albert, Günzburg

Was Sterbende brauchen

Herausgeber: Professor Dr. P. Sporcken, 128 S., kart., DM 12,80.
Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Um Sterbehilfe zu leisten, bietet der vorliegende Band demjenigen, der regelmäßig Todkranke betreut, sicher nicht viel Neues; Elisabeth Kübler Ross' Schriften sind da grundlegend. Vielmehr bemühen sich die vier Autoren – zwei Ärzte und zwei Theologen – Grundsätzliches und Christliches dieser immer wieder tabuisierten Wirklichkeit aufzuzeigen und daneben auch praktische Ratschläge zu geben. Als gemeinsamer Tenor wird betont, daß der Sterbende letztlich jeden Helfer neu und anders fordert, was eindrucksvoll im letzten Kapitel von einer sterbenden Frau selbst geschildert wird.

Dr. med. H. Stromliedel, Nürnberg

Checkliste Gefäßsystem

Herausgeber: A. Sturm/J. Ch. Reidemeister, 348 S., 31 meist zweifarb. Abb., 59 Tab., flex. Taschenbuch, DM 34,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Die bereits seit Jahren eingeführte Reihe „Checklisten der aktuellen Medizin“ erfährt mit diesem neuen Band eine wesentliche Bereicherung. Mit seiner übersichtlichen Gliederung in Pathogenese, klinische Symptomtologie, Diagnostik-Differentialdiagnostik und -therapie stellt dieses Taschenbuch eine wertvolle Hilfe für jeden praktisch tätigen Arzt dar. Die zu Beginn dargestellten Untersuchungstechniken reichen von der gezielten körperlichen Untersuchung bis hin zur neuesten technischen Entwicklung. Ein wesentlicher Abschnitt wird der arteriellen Hypertonie gewidmet. Die hervorragende didaktische Aufarbeitung des gesamten Spektrums der Erkrankungen des Gefäßsystems erlaubt eine umfassende und schnelle Orientierung auf diesem Gebiet.

Dr. med. F. J. Putz, Nabburg

Proktologische Indikationen und Therapie

Herausgeber: Professor Dr. R. Winkler, 180 S., 101 Abb., 66 Tab., kart., DM 49,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie unterstreicht in der Zusammenstellung von Vorträgen einer Arbeitstagung ihrer Arbeitsgemeinschaft für Proktologie ihr Selbstverständnis bei der Wahrnehmung proktologischer Aufgaben. Der interdisziplinäre Charakter der Proktologie bleibt jedoch nicht unerwähnt. Die Vorträge sind in Sachgebieten kurz taxiert. Am Schluß der jeweiligen Abschnitte ist die Diskussion zusammenfassend dargestellt. Das breite Spektrum der ambulanten Therapiemöglichkeiten wird erkennbar. Für Interessierte kann das Buch als Entscheidungshilfe und zur Anregung empfohlen werden.

Dr. med. R. Natzel, München

Defregger (1835 bis 1921)

Herausgeber: H. P. Detregger, 396 S. m. 32 S. Einleitung, 240 S. Bildteil m. 110 Farbtafeln und 127 s/w-Tafeln, 120 S. Werkverzeichnis m. 1035 Abb. v. Gemälden, Leinen, DM 148,-. Rosenheimer Verlagshaus A. Förg, Rosenheim.

Der Kunstbildband enthält das Lebenswerk dieses bedeutenden und volkstümlichen Malers aus dem bayerisch-tirolerischen Raum. Er zeigt die wichtigsten Werke in großformatigen Bildtafeln und gibt einen vollständigen Überblick über das reiche, breitgestreute Schaffen des Meisters.

Bayerisches Ärzteblatt 8/83

Gefäßlehre Taf. III.

Fig. II.

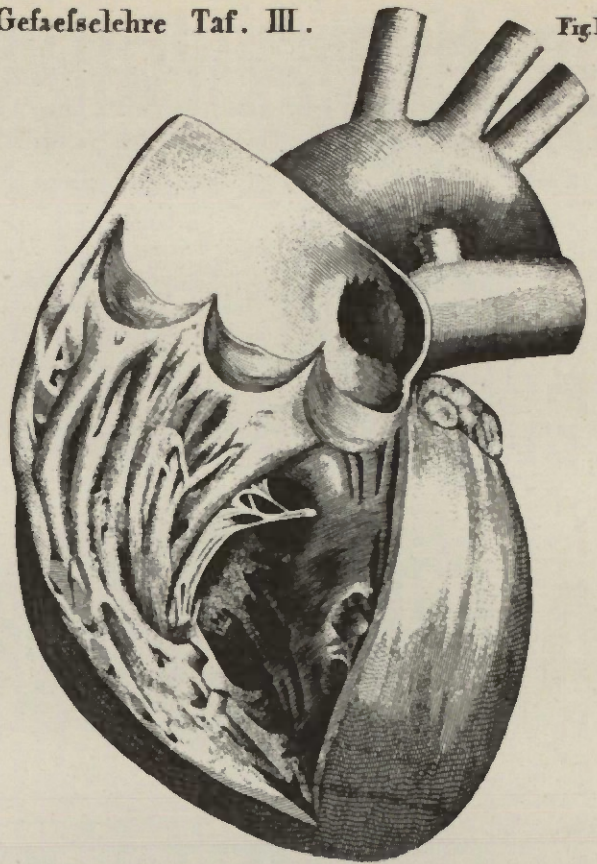


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1829.

KORODIN®

für Herz und Kreislauf



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

Dosierung: 3x tgl. 4–5 Tropfen auf einem Stück Zucker. Diabetiker nehmen Korodin auf einem Stückchen Brot. Nicht mit Wasser einnehmen! Bei Schwächeanfällen und drohendem Kollaps werden alle 15 Minuten 5 Tropfen gegeben, bis der Patient sich wieder erholt. Bewußtlosen verreibt man 10 Tropfen unter der Nase.
Zusammensetzung: Extr. Crataegi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Convallar. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Exclp. ad 100 g.
Kontraindikationen: keine bekannt.



Handelsformen und Preise:

OP Tropfflasche mit 10 ml OM 5,10
OP Tropfflasche mit 30 ml OM 12,30
Großpackung mit 100 ml DM 31,95

ROEUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

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 Selbstgrundlage.

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

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Zur Beachtung: Nicht auf offene Wunden auftragen!

Preis: Tuben mit 70 g DM 6,20

ROEUGEN GMÖH · 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.

September 1983

- 1.-3. **Lübeck:** Lübecker Notfallsymposion. — Auskunft: Professor Dr. P. C. Scriba, Ratzeburger Allee 160, 2400 Lübeck 1.
- 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 Bamberg.
- 5.-10. **Bordeaux:** 5. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Radiologie. — Auskunft: Professor Brousseau, Service de Radiologie-Tripode, Place Amélie Raba Leon, F-33076 Bordeaux Cedex.
- 7.-11. **Timmendorfer Strand:** 22. Fortbildungstagung der Akademie für ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung in der Ärztekammer Berlin, Augustenburger Platz 1, 1000 Berlin 65.
- 8.-9. **Schloß Nordkirchen/Münsterland:** 4. Fortbildungseminar der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. — Auskunft: Professor Dr. E. Nieschlag, Steinlurter Straße 107, 4400 Münster.
- 8.-10. **Hannover:** 13. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen. — Auskunft: Professor Dr. A. Berger, Podbielskistraße 380, 3000 Hannover 51.
- 10.-16. **Speikeroog:** 11. Speikerooger Woche für Homöopathie. — Auskunft: Dr. M. Tiedemann, Osterloher Landstraße 13, 3100 Celle.
- 10.-17. **Saanen-Gstaad:** XX. Europäischer Fortbildungskongreß des Europaeum Medicum Collegium. — Auskunft: Professor Dr. K. D. Bock, Hufelandstraße 55, 4300 Essen.
- 10.-24. **Sant'Angelo/Ischia:** 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.
- 12.-15. **München:** 79. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. — Auskunft: Dr. P. Schweiler, Köfner Platz 1, 8000 München 40.
- 12.-16. **Erlangen:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzterverbandes. — Auskunft: Dr. K. J. Heck, Gebbertstraße 123, 8520 Erlangen.

14. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
- 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.
- 15.—17. **Lindau:** 6. Deutscher Hausärztetag 1983. — Auskunft: Berufsverband der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands e.V., Belfortstraße 9, 5000 Köln 1.
- 16.—17. **München:** Wochenendseminar zur Weiterbildung in der abdominellen Sonographie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 16.—18. **Bad Nauheim:** Einführungskurs in die genetische Beretung. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim.
- 17.—18. **Fellbech:** Sporttraumatologisches Gespräch. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 18.—23. **Freudenstadt:** 40. Arbeitstagung der Psychotherapie-Seminare e.V. — Auskunft: Dr. I. Kaeser, Postartstraße 12, 8000 München 80.
19. 9.—24. 10. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
- 20.—24. **Essen:** 70. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. — Auskunft: Professor Dr. K. F. Schlegel, Hulelandstraße 55, 4300 Essen.
- 22.—24. **Brügge:** 5. Kongreß der U. E. M. A. S. S. und 7. Kongreß des Bundesverbandes der Vertrauens- und Rentenversicherungsärzte. — Auskunft: Ltd. Medizinaldirektor Dr. H. Stoltenberg, Neuhäuser Straße 19, 6520 Worms 24.
- 22.—24. **Selzburg:** Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Innere Medizin, Rheumatologie und Nuklearmedizin. — Auskunft: Univ.-Professor Dr. S. Sailer, Auenbruggerplatz 15, A-8036 Graz.
- 22.—25. **Regensburg:** VIII. Kumpfmühler Symposion. — Auskunft: Dr. M. J. Zilch, Karthäuser Straße 14, 8400 Regensburg.
- 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, Frau Botzenhart, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg.
24. **München:** Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit. — Auskunft: KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80.
- 24.—25. **Grünweid:** 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. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
28. **München:** Fortbildungsseminar „Notfall- und Katastrophenmedizin“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Scheitzenhammer, Mühlbaurstraße 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. **Freudenstadt:** 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 „Krebsnachsorge“ der Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes und der Deutschen Krebshilfe. Auskunft: Hertmannbund, Godesberger Allee 54, 5300 Bonn 2.
30. 9.—1. 10. **Germisch-Pertenkirchen:** Symposion „Arthrose — Schicksal oder behandelbare Erkrankung? Erkenntnisse — Ausblick“. — Auskunft: Symposion-Sekretariat, Frau J. Ullrich, Ernst-Scheffelt-Straße 30, 7847 Badenweiler 3.
30. 9.—2. 10. **Besel:** Bildgebende Diagnoseverfahren bei Lebererkrankungen. — Auskunft: Professor Dr. H. Lutz, Postfach 35 60, 8520 Erlangen.
30. 9.—2. 10. **Darmstadt:** Jahrestagung 1983 der Hessischen Gesellschaft für Medizinische Strahlenkunde, der Vereinigung Südwestdeutscher Radiologen und Nuklearmediziner sowie der Bayerischen Röntgengesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. H. K. Deininger, Grafenstraße 9, 6100 Darmstadt.

„Bayerisches Arztblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassanärztlichen 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: Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 -1. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

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

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

ISSN 0005-7128

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

IA-MED



Am Kreiskrankenhaus Grafenau

Ist zum frühestmöglichen Zeitpunkt die Stelle des

Chefarztes

der Hauptabteilung für Innere Medizin

zu besetzen.

Wir suchen einen qualifizierten Internisten mit mehrjähriger, breiter klinischer Erfahrung und zusätzlichen speziellen Kenntnissen in der Kardiologie (Teilgebietsbezeichnung erwünscht).

Das Kreiskrankenhaus Grafenau, Versorgungsstufe I, hat 140 Planbetten und die Hauptfachabteilungen Innere Medizin und Chirurgie mit einer interdisziplinären Intensivereinheit, anästhesiologische Belange werden durch die regionale, zentrale Anästhesieabteilung wahrgenommen. Zusätzlich ist eine belegärztliche Fachabteilung für Urologia am Hause angesiedelt.

Das Kreiskrankenhaus verfügt über modernste diagnostische und operative Einrichtungen, die die Fragestellungen der Grund- und Regelversorgung in vollem Umfang abdecken.

Die Stelle wird auf der Grundlage eines besondern privatrechtlichen Dienstvertrages (Chefarztdienstvertrag) mit Liquidationsrechten besetzt. Der Stelleninhaber kann im kassenärztlichen Bereich mit der Zulassung auf dem Teilgebiet Kardiologie (umfangreiches Einzugsgebiet) rechnen. Die Grundvergütung und der Ortszuschlag richten sich nach Vergütungsgruppe I BAT.

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

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden bis spätestens 3 Wochen ab Erscheinungsdatum erbeten an das

Landratsamt Freyung - Grafenau
6393 Freyung, Telefon Nr. (08551) 57-108

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 60 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, Umzugskostenerstattung.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden innerhalb von vier Wochen nach Erscheinen dieser Anzeige erbeten an die Haupt- und Personalverwaltung des Landratsamtes Alchach-Friedberg, Münchener Straße 9, 8690 Alchach.

Meine Allgemeinpraxis würde ich gerne als **Gemeinschaftspraxis** weiterführen. Dafür suche ich einen Kollegen, der als interessante Ergänzung, die Qualifikation für einen

H-Arzt

besitzt, oder in allernächster Zeit erwerben will.

Die Praxis liegt in landschaftlich reizvollem Gebiet mit guten Verbindungen zu den altbayerischen Metropolen. Zuschriften bis 15. September erbeten.

Anfragen unter Chifre 2064/228 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Die Stadt Auerbach in der Oberpfalz Landkreis Amberg-Sulzbach

Ist bestrebt, die allgemeinärztliche Versorgung durch die Niederlassung eines

Frauenarztes

zu ergänzen.

Geeignete Räume für die Praxis sind in zentraler Lage vorhanden. Das Patienteneinzugsgebiet erstreckt sich auf die Stadt Auerbach und Umgebung und umfaßt ca. 14 000 Einwohner.

Die Stadt Auerbach in der Oberpfalz hat ca. 9000 Einwohner und liegt verkehrsgünstig in Autobahnnähe im nördlichen Teil des Landkreises Amberg-Sulzbach in der Oberpfalz/Bayern. Die Lage am Rande des Naturparks „Veldensteiner-Forst“, die Fränkische Schweiz und das Fichtelgebirge bieten einen hohen Freizeitwert.

Vorhanden ist ein kleines Kreis Krankenhaus (80 Betten) mit den Fachgebieten Innere Medizin und Chirurgie.

Interessenten mögen sich bittä wenden an die

Stadtverwaltung Auerbach in der Oberpfalz
z. Hd. Herrn Bürgermeister Haberberger
Oberer Marktplatz 1, 8572 Auerbach in der Oberpfalz

Fernmündliche Anfragen unter der Rufnummer (09643) 1416-1418.

CE DIP

Wir suchen zur freiberuflichen Mitarbeit
oder Teilzeitarbeit

Mediziner

mit guten EDV-Kenntnissen und Erfahrung
in medizinischer Informatik.

Bitte setzen Sie sich mit Herrn Kiefer in
Verbindung.

CE DIP med.-techn. Verlag- und Handelsgesellschaft, Ingoistädter Straße 172,
8000 München 45,
Telefon (089) 3 1897-112

Das Kreiskrankenhaus Auerbach/Opf.

sucht für Ende 1983

1 Oberarzt für die Chirurgische Abteilung (40 Betten)

Vergütung nach Verg. Gr. 1 b BAT. Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft werden pauschal abgegolten. Beteiligung an den Liquidationserlösen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigte Zeugnisabschriften) sind erbeten an das

Personalamt des Landkreises Amberg-Sulzbach,
Postfach 1754, 8450 Amberg
Fernmündliche Anfragen unter (09643) 14 03

Praxis- und Laboreinrichtungen

Erwin Heinse & Karl Ziller GmbH & Co. KG. Labortechnik

Vollständige Praxiseinrichtungen, Ärzte- und Krankenhausbedarf, Chemikalien, Diagnostica, Röntgenbedarf.

8700 Würzburg 1

Zwölferweg 5, Postfach 5726, Telefon (0931) 7 40 41, Telex 6-8 673