



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

November 1983

Eröffnung des 36. Bayerischen Ärztetages in Würzburg

Hillermeier: Fruchtbarer Dialog zwischen Ärzteschaft und Staat

Vilmar: Wir dürfen uns nicht in Verteilungskämpfe verwickeln lassen

Sewering: Wir wollen zur Stabilisierung der sozialen Sicherung beitragen

Einen warmen Regen hatten die Heilberufe vom Regierungswechsel vor einem Jahr ohnehin nicht erwartet, wären aber dankbar, wenn sie in Zukunft bei der Gesetzgebung „wenigstens von Hagelschlag und Blitzen verschont“ blieben. Mit diesen Worten erinnerte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans J. Sewering, bei der Eröffnungsveranstaltung zum 36. Bayerischen Ärztetag in Würzburg daran, daß der vorjährige Ärztetag genau an dem Tage begonnen hatte, an dem in Bonn die sozial-liberale Koalition auseinandergebrochen war. Schon damals war klar, daß die Folgen einer dreizehnjährigen Fehlentwicklung vor allem in der Wirtschafts- und Bildungspolitik nicht in einem Jahr beseitigt werden könnten, meinte auch Bundesärztekammerpräsident Dr. Karsten Vilmar in seinen Begrüßungsworten. Und der Bayerische Staatsminister des Innern, Dr. Karl Hillermeier – der seit einem Jahr in seiner Eigenschaft als Gesundheitsminister für die Ärzte „zuständig“ ist –, zitierte den baden-württembergischen Ministerpräsidenten Späth mit seiner Voraus-

sage, man werde etwa zehn Jahre veranschlagen müssen, um die Folgen der letzten dreizehn Jahre spürbar beseitigen zu können.

Aber dies waren nur Rückblenden zum Auftakt dieses 36. Bayerischen Ärztetages. Der Blick richtete sich vor allem auf die Zukunft, wobei Minister Hillermeier in seinem umfassenden Überblick über die vor uns stehenden gesundheits- und sozialpolitischen Probleme der Ärzteschaft gleich am Anfang eine „bemerkenswerte Zurückhaltung“ bescheinigte: die Kassenarzthonorare werden bis Mitte 1985 keinen Anlaß mehr liefern, daß die Krankenkassen ihre Beiträge erhöhen müssen. Hier hätten die Bemühungen der Selbstverwaltungspartner in Bayern wichtige Impulse gesetzt. „Die Übernahme dieser Vereinbarung in anderen Ländern, die den ehrenden Terminus ‚Bayern-Vertrag‘ geprägt haben, beweist im übrigen einmal mehr die kaum bestreitbare Führungsrolle Bayerns auch im Gesundheitswesen“, sagte Minister Hillermeier. Man könnte nur hoffen, fügte er gleich hinzu, daß diese Zielvorstellung von der Stabilität

der Sozialabgaben nicht deswegen gefährdet wird, weil bei den Arzneimitteln und den Krankenhausausgaben die Entwicklung noch nicht so befriedigend verläuft.

Auch die Arztpraxis braucht Gewinn, damit sie investieren kann

Hier warnte Professor Dr. Sewering, die Beitragsstabilität in der Krankenversicherung dürfe nun eber nicht dazu benutzt werden, die Beiträge in anderen Bereichen entsprechend zu erhöhen. Mit den Verschiebungen von einer Seite auf die andere müsse Schluß sein, das Sicherungssystem müsse wirklich stabilisiert werden. Sewering erinnerte daran, daß der Zurückhaltung der Kassenärzte bei den Honorarabkommen der dadurch in keiner Weise gebremste Anstieg der Praxiskosten gegenübersteht. Wenn die Wirtschaftspolitiker der neuen Bonner Koalition immer wieder herausstreichen, daß jeder Wirtschaftsbetrieb Gewinne erzielen muß, um investieren und sich fortentwickeln zu können, dann müsse dies auch für den Kleinbetrieb Arztpraxis gel-

ten: Sie muß investieren können, um auf der Höhe der medizinischen Entwicklung zu bleiben und um den Patienten die Leistungen anbieten zu können, die sie mit Recht erwarten.

Dazu machte Sewering eine einfache Rechnung auf: Ein verantwortungsbewußter Arzt muß jährlich mindestens DM 20 000 für die Sicherung seines Alters in die Ärzteversorgung einzahlen. Seine beschränkt abzugsfähigen Sonderausgaben sind aber normalerweise durch die Versicherung gegen Krankheit und durch die Lebensversicherung zur Abdeckung des Schuldenrisikos bei der Praxisgründung schon verbraucht – die DM 20 000 für die Altersversorgung sind also aus voll versteuertem Einkommen zu zahlen. Dies entspricht einem Ertrag von DM 40 000 vor Steuer und einem Umsatzanteil (bei durchschnittlich 50 Prozent Praxiskosten) von DM 80 000 – fast ein Drittel des durchschnittlichen Jahresumsatzes (DM 250 000) eines bayerischen Kassenarztes! Professor Sewering: „Wenn man dann noch hört, daß manche die Einführung der Gewerbesteuer oder der Arbeitsmarktabgabe für freie Berufe fordern oder daß manche bei unserer blendend guten Wirtschaftslage auch Generalstreiks für die 35-Stunden-Woche in Kauf nehmen, dann stehen uns die Haare zu Berge.“

Wieder tördern: Eigenverantwortung und Leistungsbereitschaft

Ähnliches meinte auch Bundesärztekammerpräsident Dr. Vilmar, als er die Hoffnung aussprach, daß die Politiker, die jetzt in Bonn die Verantwortung tragen, Leistungsbereitschaft, Eigeninitiative und Eigenverantwortung wieder mehr fördern werden. In der Gesundheitspolitik seien zwar nach der Wende noch eine gewisse Kontinuität und auch einige Ärgernisse verblieben. Man müsse jedoch als positiv vermerken, daß es in den letzten Monaten keine kopflose Hektik bei Gesetzesvorhaben gab, sondern daß die neue Bundesregierung zunächst einmal einer klaren Analyse der Lage den Vorrang gibt, aus der dann Konsequenzen gezogen werden müssen. Dabei würden sicherlich die von der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erarbeiteten medizini-

schen Orientierungsdaten für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit berücksichtigt werden, damit man sich nicht mehr wie früher nur in vordergründigen Kostendämpfungsbemühungen erschöpft.

Der berüchtigte „Verschiebebahnhof“ ist nach Vilmar noch nicht ganz abgebaut, aber er ist wenigstens schon umbenannt worden; jetzt heiße er nämlich „Systemgerechtigkeit“, und dies sei immerhin ein wichtiger Schritt auf dem Wege zum endgültigen Abbau.

Mit Nachdruck wandte sich Dr. Vilmar aber gegen die leichtfertige Verwendung des Schlagwortes vom „Sozialabbau“. Dahinter stehe bei vielen der Versuch, gegen Entscheidungen Stimmung zu machen, die in unserer repräsentativen Demokratie von den dafür gewählten Parlamenten getroffen worden sind. Es gehe nicht um „Sozialabbau“, sondern es gehe darum, den Zusammenbruch des Systems der sozialen Sicherung zu verhindern. Er würde die wirklich Hilfsbedürftigen am schlimmsten treffen. Deshalb müßte sich auch gerade die Ärzteschaft besonders darum bemühen, einen solchen Zusammenbruch zu verhindern.

Zu den noch verbliebenen Ärgernissen zählte Vilmar u. a. die Auswirkungen der Negativliste, die Bestimmungen über die Selbstbeteiligung im Krankenhaus und bei Kuren und die neue Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), mit der sich dann sowohl der bayerische Innenminister wie auch der Ärztekammerpräsident ausführlich beschäftigten.

Dr. Hillermeier wollte durchaus gelten lassen, daß viele Ärzte die neue GOÄ als einen Prüfstein für das Verhältnis zwischen der neuen Bundesregierung und der Ärzteschaft betrachten. Daß die neue GOÄ für die Ärzte Verschiebungen innerhalb des Einkommensgefüges auf dem Privatsektor mit sich bringen würde, war vorausgesehen und beabsichtigt. Die Politiker konnten sich dabei darauf berufen, daß der von der Ärzteschaft geforderten Besserbewertung persönlich-ärztlicher Leistungen bei der im ganzen angestrebten Kostenneutralität niedrigere Einnahmen bei technisch-ärztlichen Leistungen gegenüberstehen müßten.

Die neue GOÄ: Auswirkungen sorgfältig prüfen

Dr. Hillermeier warnte ausdrücklich vor verfrühten Forderungen zu Änderungen der GOÄ. Man sollte zunächst einmal sorgfältig die weitere Entwicklung beobachten; auf bayerische Initiative hin habe der Bundesrat ohnehin eine Überprüfung nach spätestens drei Jahren in Aussicht genommen. Voreilige Schritte könnten aus zwei Gründen für die Ärzteschaft höchst unliebsame Konsequenzen haben. Bei der ernstesten Situation im Beihilfewesen und den höchstwahrscheinlich zu erwartenden Kürzungen der Beihilfeleistungen für Beamte könnte nämlich der schon früher geäußerte Gedanke, die gesetzliche Krankenversicherung für die Beamtschaft zu öffnen, neue Nahrung gewinnen. Und zweitens: sollte sich herausstellen, daß die begründungsfreie Gebührenspanne – also bis zum 2,3fachen bei ärztlich-persönlichen Leistungen und bis zum 1,8fachen bei ärztlich-technischen Leistungen – durch das Liquidationsverhalten der Ärzte zu einem „begründungsfreien Festgebührensatz“ wird, während man bei der Erarbeitung der GOÄ davon ausging, daß das arithmetische Mittel zwischen Einfach- und Höchstsatz das normale sein würde, dann könnten Privatkassen und Beihilfestellen unter Umständen schon sehr bald Kostensteigerungen in einer Höhe feststellen, die sofortige Änderungen erforderlich machen – „mit welchem Ziel, können Sie sich denken“.

Professor Sewering dagegen vertrat die Ansicht, daß viele Ärzte den Schwellenwert in der GOÄ als etwas ansehen, das psychologisch geradezu zum Ausnutzen dieser Obergrenze anreizt. Die in der Abrechnung angewendeten Multiplikatoren würden ohne den vorgesehenen Schwellenwert wahrscheinlich niedriger liegen. Davon abgesehen, zeigte Professor Sewering eine Reihe von qualitativen Mängeln der GOÄ auf, die nicht auf Dauer bestehen bleiben dürften: Die Trennungslinie zwischen den sogenannten ärztlichen und den sogenannten technischen Leistungen ist unhaltbar und etwa bei qualifizierten Röntgenleistungen völlig unsinnig. Und bei den hohen Nebenkostentarifen und Abgabeforderungen der Krankenhausträger seien die Krankenhaus-



1. Reihe von rechts nach links: Dr. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Fuchs, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Bushe, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, Dr. Braun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Innenminister Dr. Hillermeier, Professor Dr. Sewering, Oberbürgermeister D. Zeitler und Dr. Brückl, Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Unterfranken und des Ärztlichen Kreisverbandes Würzburg

ärzte — die ja auch keineswegs Phantasieeinkommen haben — oft geradezu zur Abdingung gezwungen, damit sie überhaupt die zu leistenden Abgaben bezahlen können.

„Im übrigen“, fügte Sewering an, „stehe ich voll zu meiner Aussage, daß der Begriff Privatversicherter nicht automatisch mit dem Begriff der Abdingung verbunden werden darf. Wir wissen sehr wohl, daß im öffentlichen Dienst 70 Prozent der Beschäftigten bei einem Gehalt von unter DM 2500 monatlich liegen, also keine Patienten sind, denen man hohe Honorare abnehmen kann.“ Er werde nicht müde werden, dies seinen Kollegen immer wieder klarzumachen.

Ärztliche Ausbildung und die bevorstehende Ärzteschwemme

Breiten Raum in Minister Hillermeiers Ausführungen nahm das Problem der ärztlichen Ausbildung ein, das mit dem Hintergrund der bevorstehen-

den Medizinerschwemme ja nun schon seit Jahren wohl alle Tagungen und Kongresse von Ärzteorganisationen in Deutschland immer wieder beherrscht. Minister Hillermeier sprach sich klar für die Einheitlichkeit des Arztberufes und für die Approbation als Zulassung zu jeder eigenverantwortlich ausgeübten ärztlichen Tätigkeit aus. Der entscheidende Ansatzpunkt für eine Qualitätsverbesserung könne nur die Optimierung der Ausbildung zum Arzt selbst sein; die klaren Grenzen zwischen ärztlicher Ausbildung und ärztlicher Weiterbildung dürften nicht verwischt werden. Hierin bestünde volle Übereinstimmung zwischen der Bayerischen Staatsregierung und der Landesärztekammer — dies ist im Prinzip richtig, wenn es auch die Möglichkeit unterschiedlicher Vorstellungen über Details nicht ausschließen kann. Eine „Pflichtweiterbildung“ zum Allgemeinarzt nach dem Muster des bekannten Entwurfes der EG-Richtlinie lehnte der bayerische Innenminister ab: Wenn die Absolvierung einer Weiterbildung Voraussetzung für die

ärztliche Berufsausübung würde, dann würde damit die Approbation zu einer Art „Zwischenzeugnis“ entwertet. Es sei jedoch möglich, die materiellen Forderungen der geplanten EG-Richtlinie in der Bundesrepublik Deutschland so umzusetzen, daß sie obligatorischer Bestandteil der ärztlichen Ausbildung werden. Dies müsse sich ähnlich lösen lassen wie die nunmehr bevorstehende Einführung einer verlängerten Vorbereitung zur Kassenarztzulassung.

Freistaat Bayern schlägt vor: Einjährige zusätzliche Praxisphase

In der eigentlichen ärztlichen Ausbildung verlangte der Minister die Einführung einer zusätzlichen Praxisphase im Anschluß an das Medizinstudium, wobei man aus finanziellen Gründen wohl nicht über ein Jahr hinausgehen könne. Im Grunde genommen sei dies eine Wiederbelebung der alten Medizinalassistentenzeit. Ein entsprechender bayerischer Änderungsentwurf der Bun-

des ärzteordnung werde demnächst den zuständigen Gremien und der Ärzteschaft zur Diskussion vorgelegt werden.

Was den Andrang von Bewerbern für das Medizinstudium angeht, so gibt es nach Auffassung des Innenministers aus verfassungsrechtlichen wie auch aus anderen Gründen keinen anderen Weg als eine Zulassung nach den Kriterien der tatsächlichen Kapazität der Hochschulen. Deshalb begrüßte er das von Bundesgesundheitsminister Dr. Heiner Geißler angekündigte Forschungsvorhaben, welches realistische Parameter für die Kapazität der ärztlichen Ausbildungsstätten erarbeiten soll.

Eine zweite Forderung: Soweit dies angesichts der heutigen Studentenzahlen überhaupt möglich ist, sollte an die Stelle der heute üblichen Multiple-Choice-Prüfungen wieder die mündlich-praktische Prüfung treten. Dabei könne man durchaus in Kauf nehmen, daß die Studenten erst kurz vor der Prüfung erfahren, in welchen einzelnen Fächern sie geprüft werden. Die würde nämlich eine Vorbereitung in allen Fächern erfordern und wo man dann „drankommt“, das kann im Medizinstudium genau so wie in anderen Studiengängen Zufall, Glück oder Pech sein.

Sewering: EG-Entwurf verlangt keine Pflichtweiterbildung

Professor Sewering begrüßte ausdrücklich die Entscheidung der Bundesratsausschüsse für die Verlängerung der Vorbereitungszeit für die Kassenpraxis auf 18 Monate. Eine Verwirklichung des materiellen Inhaltes der geplanten EG-Richtlinie hielt er ebenfalls auf der Grundlage der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung für möglich. Er erklärte klipp und klar: „Es stimmt einfach nicht, daß in diesem Entwurf etwas von einer Weiterbildung nach der Approbation steht. In diesem Entwurf steht: eine zusätzliche Ausbildung für allgemeinmedizinische Tätigkeit nach Abschluß des Universitätsstudiums.“ Allerdings war Sewering ebenso dezidiert, und im Gegensatz zum bayerischen Innenminister, der Meinung, daß eine Praxisphase im Anschluß an die Ausbildung nur bei

einer Dauer von zwei Jahren überhaupt Sinn habe.

Eine klare Absage erteilte Professor Sewering dem Gedanken, daß in Zukunft ein bestimmter Prozentsatz der Bewerber für das Medizinstudium aufgrund eines persönlichen Gespräches mit der Hochschule ausgewählt werden soll. Was z. B. in den Vereinigten Staaten auf diese Weise ohne weiteres funktioniert, sei bei uns ja immer ein anfechtbarer Verwaltungsakt – er könne den Professoren, die solche Gespräche zu führen haben würden, für diese Ausweitung der „Gerichtsmedizin“ nur Glück wünschen, meinte Sewering ironisch.

Von „Zwangspensionierung mit 65 kann gar nicht die Rede sein“

Sewering begrüßte ebenfalls das klare Dementi, das auch Minister Hillermeier noch einmal bekräftigt hatte, von angeblichen Vorschlägen des bayerischen Ministerpräsidenten, Kassenärzte sollten in Zukunft mit 65 Jahren „in Pension geschickt“ werden. Hier war ein in Bonn tätiger bayerischer Beamter mit seiner Meinung etwas vorgeprellt; Ministerpräsident Strauß hat Professor Sewering gegenüber auf eine entsprechende Anfrage erklärt, eine Zwangspensionierung von Freiberuflern sei mit unserer freiheitlichen Gesellschaftsordnung überhaupt nicht vereinbar und könne deshalb von einem führenden CSU-Politiker auch nicht gefordert werden.

Minister Hillermeier enthielt sich allerdings in diesem Zusammenhang nicht der Anmerkung, es sei ja auch beim Deutschen Ärztetag 1983

in Kassel bereits darüber diskutiert worden, daß in Zukunft vielleicht mehr Ärzte als bisher in einem früheren Lebensalter ihre Praxistätigkeit einstellen – freiwillig, wohlgemerkt.

Gegen Vorwürfe der „Fraktion Gesundheit“ bei der Berliner Ärztekammer, die Berliner Polizei habe schwere Verletzungen von Demonstranten zu verantworten, weil sie in unangemessener Weise vom Schlagstock Gebrauch mache, setzte sich – unter Zustimmung von Professor Sewering – der bayerische Innenminister zur Wehr. Durch unangemessene Publizität und eine falsche Gewichtung werde hier eine Diskriminierung der staatlichen Organe betrieben, vor der man nur warnen könne. Hillermeier wies darauf hin, daß solche Vorwürfe sicherlich nur im Namen einer kleinen Minderheit von Ärzten erhoben werden.

„Hetzparolen“ zur Fortbildung in der Katastrophenmedizin

Sowohl Bundesärztekammerpräsident Dr. Vilmar wie auch Professor Sewering kamen jeweils zum Schluß ihrer Ausführungen auf scheinbar „Allgemeinpolitisches“ zu sprechen, nämlich die Bedrohung durch die atomare Rüstung und die Haltung der Ärzte dazu, zu den im Herbst zu erwartenden Demonstrationen gegen die sogenannte Nachrüstung und zu der Kritik, die aus bestimmten politischen Richtungen neuerdings an der katastrophenmedizinischen Fortbildung geübt wird.

Auch der bayerische Innenminister beschäftigte sich mit diesem Thema. Als Politiker konnte er sozusagen

Im nächsten Heft

Die Berichterstattung über den 36. Bayerischen Ärztetag in Würzburg wird im Dezember-Heft fortgesetzt. Darin werden die Rechenschaftsberichte der Landesärztekammer und ihrer Ausschüsse dokumentiert, und es wird über die weiteren Beratungen des Plenums berichtet. Dabei geht es u. a. um die Weiterentwicklung der ärztlichen Berufsordnung, die Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer, eine neue Beitragsordnung sowie um Wahlen für eine Reihe von Ausschüssen. Insbesondere wurden aber Entschließungen zu einer Vielfalt von aktuellen gesundheits-, sozial- und berufspolitischen Themen verabschiedet, die bereits in diesem Heft (Seite 777 ff.) veröffentlicht werden.

„politischer“ werden als die beiden Sprecher der Ärzteschaft. Der schlimmsten aller denkbaren Katastrophen, meinte er, könne man nicht mit Selbstaufgabe begegnen, sondern mit Stärke und Entschlossenheit. Wer diesen letzten Bereich bewußt ausklammere, schaffe die totale Erpreßbarkeit. Auch für die Ärzte muß gelten: Verantwortung üben, heißt Vorausdenken. Wer eine Fortbildung in der Katastrophenmedizin boykottiere, mache sich sozusagen einer „vorab verweigerten Hilfeleistung“ schuldig. Hillermeier betonte, er wolle nicht unterstellen, daß ein solcher Verweigerer in einem Katastrophenfall den Opfern nicht helfen will – nur: ohne die entsprechende Aus- und Fortbildung werde er gar nicht helfen können.

Im ähnlichen Sinne äußerte sich Dr. Karsten Vilmar, der es für unerträglich hielt, wenn nur eine Gruppierung die Ablehnung des Atomkrieges für sich usurpieren will und der ärztlichen Selbstverwaltung „Kriegsvorbereitung“ unterstellt. Es gehe hier einfach um Grundnormen ärztlichen Handelns, auf die allein die ganze Ärzteschaft sich konzentrieren sollte, statt etwa in dieser Angelegenheit Feindbilder aufzubauen.

Professor Sewering ging ausführlich auf die Aufrufe zu einer Bonner Demonstration von Mitgliedern der Gesundheitsberufe ein, die am ersten Tage des Bayerischen Ärztetages stattfinden sollte. Bestimmte Formulierungen in diesen Aufrufen weisen auch wieder darauf hin, sagte Sewering, daß nicht viele Ärzte dahinterstehen können. Es seien „Hetzparolen“, wenn die Fortbildung in der Katastrophenmedizin mit einer Militarisierung des Gesundheitswesens gleichgestellt werde.

Die Bevölkerung muß wissen, erklärte Sewering, daß die Ärzte sich auf jede mögliche Situation einstellen, weil sie in jeder Situation helfen können wollen. Dazu gehört nun einmal auch die Fortbildung. Sewering schloß: „Das ärztliche Bekenntnis kann nur ein Bekenntnis zum Frieden sein, zu einem Frieden in Freiheit und ohne Bedrohung, denn nur er ermöglicht dem Arzt die freie Berufsausübung und dem Bürger die freie Arztwahl. Wir Ärzte setzen unsere ganze Kraft ein für unsere Mitmenschen, gleich in welcher Not-situation.“

– gb –



Würzburg, die „Perle am Main“

Wes Würzburg dem Kunstbegeisterten in Fülle zu bieten hat, davon bekamen die Delegierten, Ehrengäste und Gäste des 36. Bayerischen Ärztetages – der zum ersten Male seit 23 Jahren wieder in der unterfränkischen Residenzstadt tagte – schon auf dem Wege zur Eröffnung einen nachhaltigen Eindruck: Die Würzburger Residenz, in der die feierliche Veranstaltung stattfand, ist eines der drei Bauwerke in der Bundesrepublik Deutschland, die auf der Liste der Vereinten Nationen für die in einem Kriegsfall unbedingt zu schützenden historischen Denkmäler stehen. Über Balthasar Neumanns prächtiges Treppenhaus erreichte man den Kaisersaal mit Tiepolos Fresken, die auch die größte Katastrophe in der jüngeren Geschichte Würzburgs, den britischen Luftangriff vom 16. März 1945, überlebt haben. Das Ganze in stimmungsvoller Beleuchtung mit echten Kerzen in Kronleuchtern, und den Auftakt bildeten stilvoll Divertimenti von Mozart und Haydn, dargeboten von den Würzburger Bläusersolisten. Und Frenkenweiln – von Kennern auch als „Krankenwein“ geschätzt – gab's natürlich auch beim anschließenden Empfang der Bayerischen Landesärztekammer.

Die Arbeitssitzungen fanden dann auf der Festung Marienberg statt, von 1253 bis 1720 Residenz der Würzburger Fürstbischöfe, und damit in unmittelbarer Nähe eines weiteren großen Namens der deutschen Kunstgeschichte, Tilman Riemenschneider, von dessen Werk das der Burg benachbarte Mainfränkische Museum die größte Sammlung an Originalstücken enthält.

Von der medizinhistorischen Geschichte Würzburgs ist in der Oktober-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ schon die Rede gewesen. Der Dekan der Medizinischen Fakultät der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Karl-August Bushe, zog in humorvoller Weise eine Verbindung von den Gründungsjahren der Universität Ende des 16. Jahrhunderts – als sich die Studenten beim Rektor darüber beschwerten, daß die Professoren zuweilen die Vorlesung ausfallen ließen, wenn nur sechs Studenten anwesend waren – zur Gegenwart mit 2800 Studenten der Medizin, 36 Lehrstühlen und 160 hauptamtlichen Hochschullehrern. Wollte Würzburg, sagte Professor Bushe, für den klinischen Unterricht eine ähnlich günstige Relation zwischen Studenten und Klinikbetten wie im vergleichbaren Ausland zur Verfügung stellen, dann müßte das Würzburger Klinikum auf das Dreifache erweitert werden, nämlich auf 5300 Betten, oder man müßte die Studentenzahl auf ein Drittel verringern.

Mit ähnlichem Humor sprach der Oberbürgermeister von Würzburg, Dr. Klaus Zeitler, bei seiner Begrüßungsansprache über Probleme städtischer Krankenhäuser. Der Oberbürgermeister von Würzburg hat nämlich keine, d. h. keine städtischen Krankenhäuser, und somit auch viele der Probleme seiner Amtskollegen in der Bundesrepublik nicht. Die Träger der Würzburger Krankenhäuser sind treigemeinnützig, Stiftungen oder vor allem die Universität. Der geplante Bau eines städtischen Krankenhauses mußte 1921 wegen wirtschaftlicher Schwierigkeiten aufgegeben werden, der Bayerische Staat sprang ein und ließ sich vertreglich zusichern, daß die Stadt Würzburg kein eigenes Krankenhaus bauen durfte. Nach Dr. Zeitler ist heute vor allem der Stadtkämmerer geradezu froh darüber, und im übrigen hat diese Tatsache die Stadtverwaltung stets dazu veranlaßt, ein besonders gutes Verhältnis vor allem zu den niedergelassenen Ärzten anzustreben. Mancher Bürgermeister wird seinen Würzburger Kollegen darum beneiden.

Nachhaltige Folgen einer verfehlten Bildungspolitik

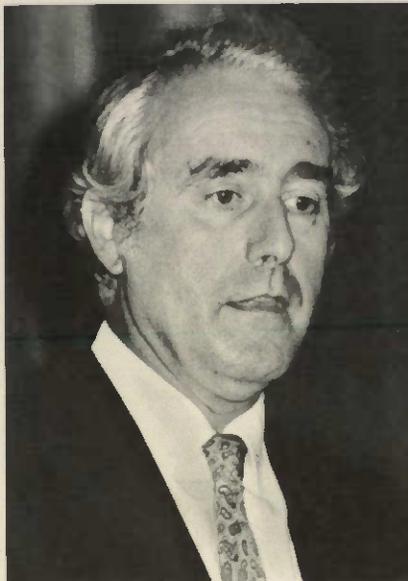
Grüßwort des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages Dr. Karsten Vilmar

- Erste positive Entwicklungen nach der Wende
- Gegen das Schlagwort vom „Sozialabbau“
- Katastrophenvorsorge ist ärztliche Pflicht

Es ist mir euch in diesem Jahr eine große Freude, allen Teilnehmern des 36. Bayerischen Ärztetages in Würzburg die Grüße der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages zu überbringen und Ihren Beratungen einen erfolgreichen Verlauf zu wünschen.

Vor einem Jahr fiel die Eröffnungsveranstaltung des Bayerischen Ärztetages mit dem Regierungswechsel in Bonn zusammen, der am 1. Oktober 1982 stattfand. Inzwischen hat dieser Regierungswechsel durch die Wahlen vom 6. März 1983 eine Bestätigung gefunden, und an dieser Bestätigung ändern auch nichts die beiden Landtagswahlen in Bremen und Hessen mit den bemerkenswerten, und doch für manchen unverständlichen, Ergebnissen vom letzten Sonntag.

Der Bürger hat — so meine ich — die Notwendigkeit erkannt, daß gespart werden muß und daß nicht mehr alles finanziert werden kann, was in der Vergangenheit versprochen oder sogar in den Gesetzen verankert wurde. Mit dem Regierungswechsel sind zweifellos die Probleme nicht gelöst; denn die Folgen von 13 Jahren Fehlentwicklung in vielen Bereichen, so zum Beispiel in der Wirtschaftspolitik und der Bildungspolitik, sind nicht in einem Jahr zu beseitigen. Die Krisen in der Stahlindustrie, bei den Werften und in der Kohle sind weithin sichtbare Symptome. Verstaatlichungen allerdings können hier keine Lösung der Probleme bewirken! Noch haben wir aber die Hoffnung, daß unsere Politiker, die jetzt die Verantwortung tragen, dies erkennen und sich an Realitäten orientieren, daß also wieder Leistungsbereitschaft, Eigeninitiative und Eigenverantwortung gefördert werden und daß so die



Dr. K. Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer

wesentlichen Probleme, insbesondere die drückende Arbeitslosigkeit, gelöst werden können. Dies alles wird aber mehr Zeit als nur ein paar Monate in Anspruch nehmen, intensive Arbeit erfordern und sicher auch länger dauern als eine Legislaturperiode.

In der Gesundheitspolitik ist trotz aller Wende leider auch eine gewisse Kontinuität geblieben. Als Ärgernisse sind seitens der Ärzteschaft die Auswirkungen der Negativliste anzumerken, deren Entwurf seinerzeit fast unverändert vom sozialdemokratisch geführten Arbeitsministerium übernommen wurde, ferner die Bestimmungen zur Selbstbeteiligung im Krankenhaus und bei Kuren, die in der jetzigen Form keinesfalls Steuerungselemente sind, und nicht zuletzt auch die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte. Positiv jedoch ist zu bemerken, daß wir in diesem Jahr erstmalig kein „Som-

mertheater“ mit hektischen Bemühungen zur schrittweisen Systemveränderung hatten, kein „Sommertheater“ in dem Sinne, die Krankenkassen mit erheblichen Beiträgen zur Ader zu lassen, sie als zweites Besteuerungssystem zu mißbrauchen und damit zugleich reglementierende Vorschriften für uns Ärzte in stetig steigendem Ausmaß zu verankern. Das ist ohne Zweifel positiv zu bemerken, wengleich der gesamte Verschiebeparkplatz noch nicht abgebaut werden konnte. Weil er jetzt „Systemgerechtigkeit“ heißt, dürfte damit ein wichtiger Schritt zum weiteren Abbau getan und hoffentlich ein Ende abzusehen sein.

Die Gesetzgebungshektik hat hoffentlich aufgehört

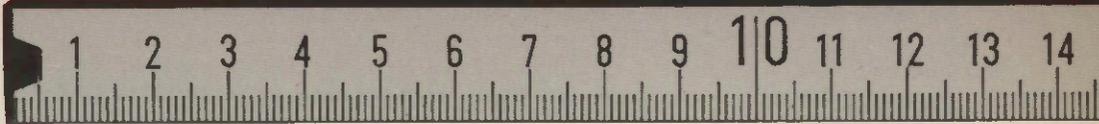
Positiv bleibt, ist weiterhin festzustellen, daß die neue Bundesregierung sich nicht in kopflose Hektik bei Gesetzesvorhaben stürzte, sondern die Auswirkungen der uns bedrückenden Entwicklungen zunächst einer klaren Analyse unterzieht und erst dann die Konsequenzen ziehen wird. In der Gesundheitspolitik werden dabei sicher auch die von der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erarbeiteten medizinischen Orientierungsdaten in die Überlegungen einbezogen, und man wird sich nicht weiterhin ausschließlich in vordergründiger Kostendämpfungsproblematik erschöpfen.

Ebenso wichtig ist, daß im Programm zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen für die nächsten vier Jahre die Weichen deutlich anders gestellt sind. Wir müssen allerdings darauf achten, daß nunmehr auch die Durchführung der Forschung den veränderten politischen Zielen entspricht und daß nicht auf der mittleren und unteren Durchführungsebene manches trotz geänderter Zielformulierungen im alten Sinne weitergeht.

Auch in der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie der ärztlichen Berufspolitik haben wir mit den Folgen der Bildungspolitik zu kämpfen. Die Ärzteschaft muß im Interesse der Patienten darauf drängen, auch und insbesondere für die Zukunft die Qualität der ärztlichen Berufsausübung sicherzustellen. Dieses ist aber nicht allein in unsere Hand ge-

AZUCHEMIE

Ein Maßstab
für Qualität
und Kostensenkung



Rheumatismus, Arthrosen, Lumbago

2-fach Kraft

● hochdosierte Monosubstanz



● tiefgreifende Wärmetherapie



Die entscheidende Preisgünstigkeit
spricht für Phlogont



Phlogont Salbe 100 g (2-Hydroxyethyl)-salicylat 10,0 g **Indik.:** Degenerative und entzündl.-rheumat. Muskel- und Gelenkerkrankungen, Lumbago, Ischialgie, Sport- und Unfälleverletzungen mit Prellungen, Zerrungen, Stauchungen. **Kontraind.:** Salicylsäureüberempfindlichkeit. **Dos.:** mehrmals täglich einmassieren. **Phlogont Salbe** 50 g DM 8,25, 100 mg DM 12,95. **Phlogont -Thermal Salbe** 100 g (2-Hydroxyethyl)-salicylat 10,0 g, Benzylnicotinat 2,5 g **Indik.:** Degenerative und entzündl.-rheumat. Muskel- und Gelenkerkrankungen, bei denen eine intensive Durchblutungsförderung angezeigt ist. Lumbago, Ischialgie, Sport- und Unfälleverletzungen mit Prellungen, Zerrungen, Stauchungen. **Kontraind.:** Salicylsäureüberempfindlichkeit. **Hinw.:** Nicht auf Schleimhäute oder in die Augen bringen. **Dos.:** mehrmals täglich einmassieren. **Phlogont -Thermal Salbe** 50 g DM 8,85, 100 g DM 13,85. AZUCHEMIE 7016 Gerlingen/Stuttgart

geben. Was wir als ärztliche Selbstverwaltung tun können, wird selbstverständlich geschehen. Gerade dafür hat der Deutsche Ärztetag in Kassel wiederum bedeutsame Schlüsse gefaßt. Dringend notwendig ist jedoch das Tätigwerden unseres Staates. Dies muß in einem ersten Schritt durch eine Änderung der Zulassungsordnung geschehen, was allerdings nur als Notlösung gewertet werden kann.

Wichtiger und langfristig bedeutend aber sind die erforderlichen Änderungen der Approbationsordnung, vor allem auch die Änderungen der Kapazitätsverordnungen der Länder; damit endlich die Ausbildungskapazitäten für die Universitäten ausschließlich an den Realitäten gemessen werden. Dazu gehört in der Medizin in erster Linie die Zahl der zu Lehrzwecken geeigneten Patienten und keinesfalls die Zahl der freien Hörsaalplätze. Hier werden die Länder gefordert, und ich möchte auch an dieser Stelle meinen Appell an die Länder richten, endlich vernünftige Lösungen zu finden. Die jetzige Approbationsordnung löst nichts, sie führt lediglich wieder die Benotung ein, was zwar auch zu begrüßen ist, viel wichtiger wäre jedoch, in absehbarer Zeit die wesentlichen Dinge in Angriff zu nehmen, und wir werden zu diesem Zweck in den nächsten Wochen ein weiteres Gespräch mit Bundesminister Geißler führen.

Wir Ärzte dürfen uns nicht in Verteilungskämpfe verwickeln

Zur Bewältigung der Probleme ist eine intensive Kooperation aller Arztgruppen nötig, wo immer sie auch tätig sind. Es schadet unserer ärztlichen Argumentation, wenn wir uns in Verteilungskämpfe verwickeln oder verwickeln lassen. Man hat allerdings manchmal den Eindruck, als ob einige Gruppierungen in der Ärzteschaft jetzt eher dazu neigen, offenbar weil sie glauben, die Bedrohung durch die Politik sei entfallen. Ich warne dringend davor, hier die falschen Schlüsse zu ziehen und in kräftezehrende interne Auseinandersetzungen einzutreten.

Als Ärzteschaft müssen wir uns alle gemeinsam, darüber hinaus aber in Verbindung mit anderen Berufen und Organisationen darum bemü-

hen, das System der sozialen Sicherung vor dem Zusammenbruch zu bewahren. Es geht darum, das „Gießkannenprinzip“ zu verlassen! Wer dies allerdings als „Sozialabbau“ bezeichnet, täuscht über die Fakten hinweg. Denn wenn wir uns künftig nicht auf das Notwendige beschränken und uns weiterhin an Wunschvorstellungen orientieren, gibt es nichts mehr abzubauen, dann kommt es unweigerlich zum Zusammenbruch, der gerade die wirklich Hilfsbedürftigen am härtesten treffen muß. Wir sollten auch gemeinsam dem Versuch entgegentreten, mit dem Wort „Sozialabbau“ geradezu eine „Mobilmachung“ gegen die von gewählten Parlamenten in einer repräsentativen Demokratie getroffenen Entscheidungen einzuleiten. Zum Aufbau von Feindbildern ist jetzt keine Zeit, wenn wirklich die Probleme sachgerecht gelöst werden sollen.

Katastrophenvorsorge ist ärztliche Pflicht

Dies gilt auch für die sogenannten Friedensinitiativen „Ärzte gegen den Atomkrieg“. Ich sage dies ganz bewußt im Hinblick auf die für den 1. Oktober nach Bonn einberufene Veranstaltung.

Wir alle sind gegen jede Art gewalttätiger Auseinandersetzungen, also auch gegen den Atomkrieg, und es ist deshalb schlicht unerträglich, wenn eine Gruppierung diese Aktivität für sich usurpieren will und gleichzeitig der ärztlichen Selbstverwaltung vorwirft, sie bereite den Atomkrieg vor. Selbstverständlich ist die Bundesärztekammer gegen einen Atomkrieg, ebenso wie gegen jede andere Art kriegerischer Auseinandersetzungen. Wir halten es aber andererseits für unsere ärzt-

liche Pflicht, rechtzeitig für Katastrophenfälle Vorsorge zu treffen.

Wir wissen, daß bei atomaren Auseinandersetzungen im Megatonnenbereich keine ärztliche Hilfe mehr möglich ist. Es gibt aber eine Vielzahl von Möglichkeiten anderer Katastrophen, für die rechtzeitig Vorsorge getroffen werden muß. Dies entspricht Grundnormen ärztlichen Handelns, denn allein die Unterlassung zweckmäßiger Fortbildung und Organisation der Ersten Hilfe könnte im Katastrophenfall Tausende von Menschen das Leben kosten, denen man sonst vielleicht hätte helfen können. Wir sollten daher auch in dieser Frage zusammenstehen und uns auf das Wesentliche ärztlichen Handelns konzentrieren und nicht Feindbilder aufbauen.

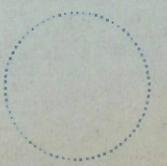
Insgesamt ist es ferner auch unser Interesse, die Bemühungen der neuen Bundesregierung zu unterstützen, um die Wirtschaft zu sanieren und die Arbeitslosigkeit abzubauen. Denn das sind die wesentlichen Grundvoraussetzungen zur Sicherung unseres sozialen Systems, darüber hinaus aber auch Voraussetzungen zur Sicherung der Freiheit des einzelnen und unseres Staates. Erforderlich sind dazu Geduld, zähe Arbeit, Verzicht und verstärkte Zusammenarbeit. Für uns Ärzte geht es darum, die Qualität ärztlicher Arbeit auch im Hinblick auf die Beachtung der ethischen Normen ärztlichen Handelns zu sichern und so die bestmögliche individuelle Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Insbesondere im Interesse unserer Patienten aber kann dies nur in Freiberuflichkeit und in beruflicher Freiheit der Ärzte erfolgen. Mögen die Beratungen dieses 36. Bayerischen Ärztetages dazu einen weiteren wichtigen Beitrag leisten.

34. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 9. bis 11. Dezember 1983

— s. Programm Seite 813 —

Mitteilungen an den Empf.



Hinweis für Postscheckkontoinhaber:

Dieses Formblatt können Sie auch als Postüberweisung benutzen, wenn Sie die stark umrandeten Felder zusätzlich ausfüllen. Die Wiederholung des Betrages in Buchstaben ist dann nicht erforderlich. Ihren Absender (mit Postleitzahl) brauchen Sie nur auf dem linken Abschnitt anzugeben.

1. Abkürzung für den Namen Ihres Postscheckamts (PSChA) s. unten
2. Im Feld "Postscheckalleinnehmer" genügt Ihre Namensangabe
3. Die Unterschrift muß mit der beim Postscheckamt hinterlegten Unterschriftsprobe übereinstimmen
4. Bei Einsendung an das Postscheckamt bitte den Lastschriftzettel nach hinten umschlagen

Abkürzungen für die Ortsnamen der PSChA:

Bin W = Berlin West	Kln = Köln
Dtmd = Dortmund	Ldhn = Ludwigshafen
Esn = Essen	am Rheln
Ffm = Frankfurt	Mchn = München
Hmb = Hamburg	Nbg = Nürnberg
Han = Hannover	Sbr = Saarbrücken
Krh = Karlsruhe	Sigt = Stuttgart

Bedienen Sie sich der Vorteile eines eigenen Postscheckkontos

Auskunft hierüber erteilt jedes Postamt

Feld für postdienstliche Zwecke

Einführungsschein/Lastschriftzettel (nicht zu Mitteilungen an den Empf., ban.)

Gebühr für die Zehlkarte (wird bei der Einlieferung bar erhoben)

bis 10 DM 90 Pf über 10 DM (unbeschänkt) 1,50 DM

Bei Verwendung als Postüberweisung gebührenfrei

Bestätigung zur Vorlage beim Finanzamt

Weihnachtspende 1983

für Fürsorgefonds der Bayerischen Landesärztekammer

Es wird bestätigt, daß dieser Betrag zur Unterstützung notleidender Ärzte, Arztwitwen und -weisen verwendet wird.

Diese Spende ist nach Muster 1 zu Anlage 8 zu Abschnitt 111 Abs. 4 EStR steuerlich zu berücksichtigen.

Bayerische Landesärztekammer

Ammering
Professor Dr. Sewering

Am Anfang eines neuen Weges

Grußansprache von Dr. Karl Hillermeier, Bayerischer Staatsminister des Innern

- Befriedigende Entwicklung bei den Honoraren
- Die neue Gebührenordnung als „Prüfstein“
- Ärztliche Ausbildung muß verbessert werden
- Katastrophenmedizin: Demagogie und Ignoranz

Es ist für mich eine große Ehre und Freude, an dieser Eröffnungsveranstaltung teilzunehmen, zumal ich Sie erstmals in meiner Eigenschaft als für die ärztliche Berufsvertretung zuständiger bayerischer Gesundheitsminister und dazu noch in meiner engeren Heimat begrüßen kann. Grüßen darf ich Sie auch im Auftrag des bayerischen Ministerpräsidenten, Franz Josef Strauß, und des gesamten bayerischen Kabinetts. Besondere Grüße habe ich zu überbringen von meinem Kollegen Staatsminister Dr. Fritz Pirkli, der letztes Jahr zu Ihnen sprechen durfte und den ich heute, einem schon bewährten Turnus folgend, als Vertreter des Freistaates Bayern bei Ihnen ablöse.

Die Bayerische Staatsregierung hat stets dem ärztlichen Wirken im Lande, der Stellung und Tätigkeit der ärztlichen Berufsvertretung und insbesondere der Arbeit des Bayerischen Ärztetages ein besonderes Augenmerk gewidmet.

Ich kann mit Genugtuung feststellen, daß die Verhältnisse in unserem Land wohlgeordnet sind. Das mag für Sie Ansporn sein, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung noch weiter zu verbessern, für mich, als Vertreter der Staatsregierung, die Rahmenbedingungen hierfür noch günstiger zu gestalten.

Eine wichtige Voraussetzung dafür ist der Dialog und die Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und den zuständigen staatlichen Stellen. Dies ist eine Voraussetzung, an der es bisher nicht gefehlt hat und auch in Zukunft nicht fehlen soll. Auch der diesjährige Ärztetag wird dafür den Beweis liefern. Wir sind gespannt auf seine Ergebnisse, sei es im allgemein-gesundheitspolitischen Bereich, sei es in der Fortent-



Innenminister Dr. K. Hillermeier

wicklung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, die seit eh und je faktisch als Musterberufsordnung für die außerbayerischen Ärztekammern gedient hat.

Ein Jahr nach der Wende

Morgen jährt es sich zum ersten Mal, daß die Zeichen für eine politische Wende in der Bundesrepublik Deutschland gesetzt wurden. Wenige Stunden vor der Eröffnung des 35. Bayerischen Ärztetages in Bamberg stand fest, daß die in sich zerfallene frühere Regierungskoalition auch nicht mehr durch politische Intensivmedizin künstlich am Leben erhalten werden konnte. Die vorjährige Eröffnungsveranstaltung und der gesamte Bayerische Ärztetag standen hautnah unter dem Eindruck der Bonner Ereignisse, deren Veränderung zu Recht als politischer Meilenstein verstanden wurde. Die Stimmung war von Erwartungen und von Hoffnungen auf eine grundlegende

Verbesserung in allen Bereichen des gesellschaftlichen und politischen Lebens getragen. Diese Hoffnungen und Erwartungen waren nicht überzogen, nicht maßlos, sondern eher optimistisch — nüchtern.

Ich darf Sie daran erinnern, daß schon bei den Eröffnungsreden nachdrücklich davor gewarnt wurde, an die Politik der neuen Bundesregierung übertrieben hohe Erwartungen zu stellen und auf baldige sichtbare Erfolge zu hoffen. Auch Sie, verehrter Herr Präsident Sewering, haben sich in diesem Sinne geäußert. Gemeinsam mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Vilmar, stellten Sie übereinstimmend fest, daß die Ärzteschaft angesichts der desolaten wirtschaftlichen Lage und den daraus folgenden Konsequenzen für die Sozialpolitik bereit sei, Opfer zu bringen und den Gürtel enger zu schnallen.

Wie sieht es nun heute, ein Jahr nach dem Regierungswechsel in Bonn, aus, was ist aus den Hoffnungen und Erwartungen der ersten Stunde geworden?

Recht behalten haben diejenigen, die von Beginn an die zeitlichen Erwartungen nicht zu eng gefaßt haben. Ich erinnere Sie an den kürzlichen Ausspruch des Ministerpräsidenten Späth aus Baden-Württemberg, der einen Zeitraum von etwa zehn Jahren veranschlagt hat, um die Folgen einer dreizehnjährigen politischen Mißwirtschaft spürbar zu beseitigen.

Innerhalb des bis jetzt verstrichenen Jahres, genauer eigentlich ab 6. März 1983, konnten weder der Sachkenner der politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse noch der berühmte kleine Mann auf der Straße eine handfeste Aufwärtsbewegung erwarten. Was getan werden konnte, ist getan worden, wobei ich als sinnfälligsten Ausdruck neuer bundespolitischer Aktivität das erfolgreiche Bemühen um die Sanierung des Bundeshaushaltes und die Initiativen um größere Investitionsbereitschaft von Industrie und Wirtschaft allgemein betrachte. Daß die Zahl der Arbeitslosen bedauerlicherweise nicht gesunken ist, vielleicht im Winter 1983/84 sogar noch steigen kann, beweist aber nicht, daß die Regierung Kohl/Genscher erfolglos war. Es wäre geradezu ver-



Endlich

ein wirklich
preiswerter
Betablocker!

Angina pectoris
Hypertonie
Migräne

Beta- Tablinen[®] 40

Beta- Tablinen[®] 80

Beta- Tablinen[®] retard

Zusammensetzung
1 Tablette enthält 40, 80, 160 mg (retard) Propranolol HCl.

Indikationen
Hypertonie, Angina pectoris, hyperkinetisches Herzsyndrom, Herzrhythmusstörungen, Migräne, Hyperthyreose

Kontraindikationen
nicht kompensierte Herzinsuffizienz, frischer Herzinfarkt, Schock, AV-Block 2 und 3. Grades, Bradykardie, Azidose, obstruktive Atemweg-erkrankungen, Diabetes mellitus, akutes Leber- und Nierenversagen, M. Raynaud allerg. Entzündungen der Nasenschleimhäute, Schwangerschaft (bes. 1. Trimenon) u. Stillzeit Risikoabwägung

Mögliche Nebenwirkungen
Kribbeln und Kältegefühl in den Gliedmaßen, Hautrotung, Durchfall, Verstopfung, Übelkeit, Erhöhung des Atemwegwiderstandes, Verstärkung bestehender Herzinsuffizienz, Bradykardie, Einschränkung des Transsudates, Verstärkung peripherer Durchblutungsstörungen bei älteren Patienten mit Diabetes kann es bei längerer Behandlung zu Verschlechterung der Glucosetoleranz kommen. Bei vasospastischer Angina können Angina pectoris-Anfälle verstärkt werden. Müdigkeit, Muskelschwäche und krampfartige Schlafstörungen, Halluzinationen, Depressionen

Dosierung
3 x täglich 1 Tablette evtl. steigern auf 2 - 3 x täglich 2 Tabletten. Retard 1-2 Tabletten/Tag

	25 Tabl.	50 Tabl.	100 Tabl.
40 mg	7.11	10.09	19.16
80 mg	9.59	15.13	28.75
retard	24.21	37.32	69.61

hängnisvoll, am Anfang eines neuen Weges eine negative Bilanz ziehen zu wollen und resigniert die überkommene mißliche Situation als unabänderlichen Dauerzustand hinzunehmen.

Ärzeschaft ist zu Opfern bereit

Daß auch die Ärzteschaft bereit ist, durch eigene Opfer zur Gesundung unserer Verhältnisse beizutragen, signalisiert die bemerkenswerte Zurückhaltung bei den Honorarvereinbarungen zwischen Ärzteschaft und gesetzlichen Krankenkassen vor allem beim Abschluß der ab 1. Juli 1983 geltenden neuen Honorarvereinbarung. Die Zurückhaltung der Ärzteschaft sehe ich hier nicht nur in der gesamtwirtschaftlich verantwortungsbewußten mäßigen Steigerungsrate, sondern auch in der im Vergleich zu anderen Honorar- oder Tarifabschlüssen längeren Laufzeit der Vereinbarung. Das führt insgesamt dazu, daß ärztliche Kassenhonorare bis Mitte 1985 kein Anlaß für Krankenkassenbeitragerhöhungen sein werden.

Ich hoffe nur, daß die nicht so befriedigende Entwicklung auf dem Sektor der Arzneimittel- und Krankenhauskosten die Zielvorstellung von der Stabilität der Sozialabgaben nicht gefährdet. Die Bemühungen der Selbstverwaltungspartner in Bayern haben hier schon wichtige Impulse gesetzt, kostenträchtigere stationäre Leistungen, wo immer möglich durch kostengünstigere ambulante Leistungen zu ersetzen. Die Übernahme dieser Vereinbarung in anderen Ländern, die den ehrenden Terminus „Bayern-Vertrag“ geprägt haben, beweist im übrigen einmal mehr die kaum bestreitbare Führungsrolle Bayerns auch im Gesundheitswesen.

Allerdings werden diese Bemühungen allein nicht für eine entscheidende Kostenminderung im Krankenhausbereich ausreichen. Das ist wohl erst dann der Fall, wenn die Kosten der stationären Leistungen selbst reduziert oder doch wenigstens stabilisiert werden können, ein gewiß schwieriges Unterfangen, zumal dadurch die Qualität der stationären Versorgung nicht leiden darf. Zur Lösung dieses Problems sind alle Beteiligten aufgerufen. Ich beneide die Verantwortlichen nicht

um ihre Aufgabe! Der Hauptteil der Verantwortung innerhalb der Bayerischen Staatsregierung liegt hier bei meinem sehr verehrten Kollegen Dr. Pirkel, dessen Vorstellungen und Überlegungen ich jetzt weder vorgreifen will noch kann.

Prüfstein Gebührenordnung

Etwas anders als die Kostenentwicklung im stationären Bereich stellt sich der Problembereich der ärztlichen Gebührenordnung dar. Die bayerische Zuständigkeit dafür obliegt meinem Hause. Hier allerdings erscheinen mir die Lösungsmöglichkeiten nicht so schwierig wie bei den Kosten der stationären Versorgung. Jedoch hat diese neue Gebührenordnung für Ärzte im Rahmen der eingangs erwähnten Hoffnungen und Erwartungen beim Regierungswechsel eine wichtige Rolle gespielt.

Diese Gebührenordnung als erster bedeutender Legislativakt im Gesundheitsbereich nach dem 1. Oktober 1982 war für viele Ärzte auch ein erster Prüfstein für das Verhältnis der neuen Bundesregierung gegenüber der Ärzteschaft. Die Gebührenordnung hat — insgesamt betrachtet — bei der Ärzteschaft kein Lob geerntet. In der Diskussion darüber bestätigte sich erstmals die beim Bamberger Ärztetag aufgestellte Prognose des Präsidenten der Bundesärztekammer, daß auch nach dem 1. Oktober 1982 die Ärzteschaft sich mit jedem anlegen werde, der gegen die berechtigten Interessen von Patient und Arzt agiere.

Ich will es offenlassen, ob die Gebührenordnung eine Aktion gegen die berechtigten Interessen von Patient und Arzt ist. Ich meine aber, daß endgültige negative Schlußfolgerungen aus Struktur und Inhalt der Gebührenordnung ebenso verfrüht wären, wie eine Beurteilung der übrigen Arbeit der neuen Bundesregierung nach nur einem Jahr Ihrer Tätigkeit. Als Prüfstein lasse ich den Erlaß der Gebührenordnung für Ärzte jedoch insoweit gelten, als sich hier und auf anderen Gebieten die neue Regierung ernsthaft um die Bereinigung von Problemen bemüht. Sie will Fehlentwicklungen stoppen und neue Zielvorgaben aufstellen, auch wenn dies wegen der gebotenen Eile nicht immer mit letzter Perfektion geschieht und gegebenen-

falls für die unmittelbar Betroffenen mit persönlichen Einbußen verbunden ist.

Mindestens die CDU/CSU hat schon vor dem Regierungswechsel und auch vor der Wahl am 6. März 1983 – in völliger Abkehr von Wahlkampfparolen früherer Jahre – an ihren Absichten keinen Zweifel gelassen. Dem Bürger wurde reiner Wein eingegossen. Es wurde ihm nichts versprochen, was nach der Wahl nicht gehalten werden konnte, und der Bürger hat das mit seiner Wahlentscheidung akzeptiert.

Einnahmeverchiebungen unvermeldbar

Selbst wenn in der neuen Gebührenordnung für Ärzte Kostenneutralität erreicht würde, werden noch Verschiebungen innerhalb des Gebührengefüges bei einzelnen Ärztegruppen Einkommensminderungen auf dem Privatliquidationssektor zur Folge haben. Soweit sich das vor allem im Bereich der ärztlich-technischen Leistungen auswirkt, ist das unausweichlich. Die auch von der Ärzteschaft geforderte Besserbewertung persönlich-ärztlicher Leistungen muß dort zu höheren Einnahmen und – bei vorausgesetzter Kostenneutralität der Gesamtegelung und unverändertem Leistungsumfang – zwangsläufig zu niedrigeren Einnahmen bei technisch-ärztlichen Leistungen führen. Wird der Einnahmeverlust allerdings unzumutbar, muß eine sachgerechte Korrektur der Gebührenordnung für Ärzte erfolgen.

Ich darf Sie darauf hinweisen, daß auf Initiative des Bayerischen Innenministeriums der Bundesrat wegen genau dieser Befürchtung eine Entscheidung gefaßt hat, nach spätestens drei Jahren die Auswirkungen der Gebührenordnung für Ärzte sorgfältig zu prüfen und gegebenenfalls notwendige Änderungen vorzunehmen. Bis dahin sollten wir alle die Entwicklung beobachten und zu gegebener Zeit eventuell notwendige Änderungen erwägen. Es erscheint daher verfrüht, schon jetzt einen Vorschlag aus der Ärzteschaft aufzugreifen, dessen Inhalt auf die Kurzformel gebracht werden kann: „Schwellenwert weg – Höchstsatz runter“. Unseres Erachtens müssen zuerst brauchbare Unterlagen über

das tatsächliche Liquidationsverhalten innerhalb der zulässigen Gebührensprende vorhanden sein, ein Punkt, auf den ich noch zu sprechen kommen werde.

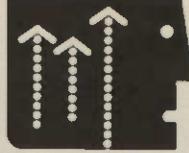
Ich kann nur davor warnen, voreilige Schritte zu unternehmen, die in eine von niemandem gewollte Richtung führen können. Eine solche Gefahr bestand seitens des Staates in der Tat bereits vor Erlass der neuen Gebührenordnung. Angesichts der – sagen wir einmal – äußerst prononcierten Haltung der Ärzteschaft vor allem auf Bundesebene ist seitens einer Reihe von Ländern, die sich mit einer stetig anwachsenden Flut von Beihilfeforderungen konfrontiert sahen und weitere Steigerungen befürchteten, ernsthaft erwogen worden, die gesetzliche Krankenversicherung für Beamte zu öffnen. Der Gedanke ist auch heute noch nicht tot.

Ernste Situation im Beihilfewesen

Bei weiter steigenden Beihilfeaufwendungen wäre es nur eine Frage der Zeit, bis wann die aus einer Mitgliedschaft bei einer gesetzlichen Krankenversicherung fließende Beitragspflicht der öffentlichen Hand weniger belastend sein würde als die Beihilfegewährung alten Zuschnitts. Wie ernst die Situation im Beihilfewesen ist, mögen Sie daran erkennen, daß in absehbarer Zeit mit erheblichen Kürzungen der Beihilfeleistungen zu rechnen ist. Es ist dies eines der von mir erwähnten Bürgeropfer, die in diesem Fall der Beamtenschaft auferlegt werden.

Ich bin sicher, daß die Mehrheit der Betroffenen zwar nicht freudigen Herzens, aber immerhin dazu bereit ist, weil es zum Wohle des Ganzen notwendig ist. Sollte aber dennoch die Belastung, sei es für die öffentliche Hand oder den einzelnen Beamten im Wege der Eigenleistung, weiter wachsen, erhält der Gedanke einer wie auch immer gearteten Öffnung der gesetzlichen Krankenversicherung für Beamte neue Nahrung. Es kann nicht im Interesse der Ärzteschaft liegen, durch unangemessene Honorargestaltung einen wesentlichen Stamm ihrer Privatpatienten auf Dauer zu verlieren.

Unter „unangemessen“ verstehe ich hier nicht die unerlaubte, unzuläs-



Hypertonie
Schwindel
Migräne

Cerebral-
Therapeutikum

DH-Tox- Tablinen® forte

Zusammensetzung

1 Tablette enthält je 0,67 mg Dihydroergocristinmesilat, Dihydroergocorninmesilat, Dihydroergokryptinmesilat = 2 mg Dihydroergotoxinmesilat

Indikationen

Cerebralsuffizienz, Migräne bei hypertoner Ausgangslage (im Wechsel mit Migrexa zur Anfallsbehandlung), Schwindel, Ohrensausen, Vergeßlichkeit, Durchblutungsstörungen

	50 Tabl.	100 Tabl.	250 Tabl.
DH-Tox-Tablinen forte	36.84	67.59	152.68



Hypotonie
Venotonikum
Migräne

Tablette zerbeißen
- forte
Tablette schlucken
- retard

DHE- Tablinen® retard

Zusammensetzung

1 Tablette enthält Dihydroergotaminmesilat 2,5 mg

Indikationen

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

Kontraindikationen

Schwere Koronarsuffizienz, Keine gleichzeitige Gabe mit Tirobandomycin

	50 Tabl.	100 Tabl.	250 Tabl.
DHE-Tablinen retard	22.80	38.34	91.61

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

sige überhöhte Honorarforderung. Ich meine insbesondere nicht die Möglichkeit der Abdingung von der Gebührenordnung. Abgesehen davon, daß nach allen Feststellungen bisher die Zahl der Abdingungsfälle, relativ gesehen, verschwindend gering sein dürfte, weiß hier der Vertragspartner Patient bei korrekter Abwicklung um seine eigene Verpflichtung und will auch eine Eigenleistung erbringen.

Die Abdingung ist zulässig und kann bei korrektem Verfahren nicht demjenigen Arzt im Sinne der Unangemessenheit angelastet werden, der von dieser rechtlichen Möglichkeit Gebrauch macht. Zweifelsfragen im Detail bei der Abdingungspraxis werden sich mit fortschreitender Zeit klären und hoffentlich bald kein Problem mehr darstellen. Ich bin auch gerne bereit, zusammen mit der Bayerischen Landesärztekammer hier der Ärzteschaft Grundsätze, Verhaltensregeln an die Hand zu geben, falls dies nötig sein sollte.

Ein Wort zum Liquidationsverhalten

Das Wort „unangemessene Honorargestaltung“ möchte ich wertfrei verstehen und dazu eine Tatsache – sicher nicht zu Ihrer Freude – ansprechen. Die begründungsfreie Gebührenspanne ist nämlich in der Praxis mehr oder weniger zu einem begründungsfreien Festgebührensatz geworden, der bei ärztlich-persönlichen Leistungen das 2,3fache und bei ärztlich-technischen Leistungen das 1,8fache des Einzelsatzes beträgt. So ist aus der Befürchtung der Ärzteschaft, der Ordnungsgeber arbeite auf eine Festgebühr hin, durch das Liquidationsverhalten der Ärzte selbst nahezu eine Festgebühr geworden.

Dieses Verhalten hat möglicherweise auch den schon erwähnten Vorschlag ausgelöst, bis zum dreifachen Satz begründungsfrei liquidieren zu dürfen, so daß sich letztlich der dreifache Satz als Festgebühr einspielen würde. Aber schon bei der nahezu ausnahmslosen Forderung des 2,3fachen Satzes besteht die große Gefahr, die ohnehin nur als grobe Leitlinie angestrebte Gesamtkostenneutralität keinesfalls mehr wahren zu können. Der den einschlägigen Berechnungen zugrundeliegende Gebühren-

satz orientierte sich nämlich nicht am zulässigen Höchstmultiplikator, sondern eher am arithmetischen Mittel zwischen Einzelsatz und Höchstsatz.

Wird aber der Höchstsatz zum Regelsatz, dann können bei der Endabrechnung der Privatkassen und der Beihilfestellen vielleicht schon nach einem Jahr Kostensteigerungen festgestellt werden, die eine sofortige Änderung der Gebührenordnung – mit welchem Ziel, können Sie sich denken – notwendig machen.

Über die Gründe dieses Liquidationsverhaltens haben wir lange nachgedacht. Ausschließen möchte ich, daß die Ursache dafür das Streben nach absoluter Gewinnmaximierung ist. Einerseits ist das Volumen der Privathonorare für die meisten Ärzte gegenüber den anderen Einnahmequellen nachrangig, andererseits bestehen innerhalb der GOÄ bessere Möglichkeiten, dieses etwas neben dem ärztlichen Selbstverständnis liegende Ziel zu erreichen.

Möglicherweise ist das Liquidationsverhalten vieler Ärzte so erklärbar: Die begründungsfreie Gebührenspanne, der Multiplikator, beträgt nach der neuen Gebührenordnung nur noch das ein- bis 2,3fache gegenüber dem ein- bis sechsfachen der alten Gebührenordnung. Nach altem Recht wurde zuletzt in den meisten Fällen etwa der 3^{1/2}fache Gebührensatz in Rechnung gestellt, was zu der Befürchtung führte, selbst bei Anwendung des 2,3fachen Satzes nach neuem Recht könnten Einkommensminderungen eintreten. Das muß jedoch nicht sein, da durch den erweiterten Leistungskatalog und die Anhebung eines unter dem 2,3fachen liegenden Multiplikators keine Einkommenseinbußen zu erwarten sind. Das ist natürlich individuell verschieden, aber diese Berechnung – mag sie auch einen gewissen Aufwand erfordern – sollte jeder Arzt – schon zur Erhaltung eines gewissen Spielraumes für die Zukunft – für sich anstellen.

Ich möchte den Punkt Gebührenordnung nicht verlassen, ohne Ihnen, sehr geehrter Herr Präsident, für Ihre maßvollen Vorstellungen bei Erlass der Gebührenordnung, zu danken, die bei den Ländern für eine

gewisse Beruhigung gesorgt haben und Anlaß für eine Reihe von Verbesserungen waren. Danken möchte ich Ihnen auch für Ihre besonnenen Äußerungen nach Erlass der Gebührenordnung, für ihre klärenden Worte zu einzelnen Fragen des Vollzugs und für Ihre Bereitschaft, auch bei Beschwerden über einzelne Honorarforderungen schlichtend einzugreifen.

Auf dieser Basis, so glaube ich, kann die Gebührenordnung am Ende – wobei ich auch etwa notwendige Änderungen vor allem im Bereich der stationären Privatliquidationen einschließe – doch zu einem praktikablen Instrument im Interesse von Patient und Arzt werden.

Einheitlichen Arztberuf erhalten

Ein seit Jahren heiß diskutiertes und schwieriges Problem ist das der ärztlichen Ausbildung oder anders ausgedrückt, die Sorge um eine gute Betreuung der Bevölkerung mit qualifizierten Ärzten. Es hat selten ein Thema gegeben, bei dem alle Beteiligten, Befugte und Unbefugte, quer durch Parteien, Länder und Berufsinteressen so harmonisch übereinstimmen in der Feststellung, daß Kenntnisse und Fähigkeiten der jungen Ärzte, die erstmals berufliche Verantwortung übernehmen sollen, besser als zur Zeit sein müssen. Damit hört aber die Übereinstimmung schon wieder auf.

Die vorgeschlagenen Wege zu diesem Ziel sind recht unterschiedlich. Ich bin wiederum in der glücklichen Lage sagen zu können, daß hinsichtlich des Weges zu einer Verbesserung der ärztlichen Qualität keine Diskrepanz in den Auffassungen zwischen Bayerischer Landesärztekammer und Bayerischer Staatsregierung besteht.

Wenn wir auch künftig vom einheitlichen Arztberuf ausgehen wollen und die Approbation als das ärztliche Vollrecht ansehen, jede ärztliche Tätigkeit eigenverantwortlich ausüben zu dürfen – und beides ist die erklärte Absicht der Bayerischen Staatsregierung –, dann kann der entscheidende Ansatzpunkt für eine Qualitätsverbesserung nur eine Optimierung der Ausbildung zum Arzt selbst sein.



Tremor

Jede andere Betrachtungsweise verwischt die klare Grenze zwischen ärztlicher Ausbildung und ärztlicher Weiterbildung und führt dazu, daß es künftig nicht mehr den „Arzt“, sondern nur Ärzte für dieses oder jenes Gebiet mit eng begrenzten Befugnissen in der Berufsausübung geben wird. Schlimmer noch, die Versorgung durch jeweils qualifizierte und spezialisierte Ärzte könnte ohne dirigistische Maßnahmen kaum mehr gewährleistet werden. Schon in der Ausbildung wären berufslenkende Maßnahmen zur Bedarfsdeckung in den einzelnen Spezialbereichen wohl unverzichtbar.

Nebenbei gesagt, dann stünde auch eine Neustrukturierung der ärztlichen Berufsvertretung zur Diskussion, etwa im Sinne einer Verleihung des Körperschaftsstatus an die entsprechenden Fachvereinigungen unter Fortfall der Ärztekammer. Lassen Sie mich diese durchaus ernstesten Gedanken mit der nicht ernst gemeinten Ankündigung abschließen, daß an den dann zu erwartenden etwa 30 bayerischen Spezialärztetagen im Jahr keinesfalls immer ein Vertreter der Staatsregierung teilnehmen könnte.

Gegen „Pflichtweiterbildung“

Vor allem aus gesundheitspolitischen Erwägungen lehnt die Bayerische Staatsregierung eine Pflichtweiterbildung zum Allgemeinarzt nach dem Muster des bekannten EG-Richtlinienvorschlags ab. Die Absolvierung einer Weiterbildung kann weder für die Kassenärzte noch gar für die ärztliche Berufsausübung schlechthin zwingende Voraussetzung sein. Die Approbation würde damit zu einer Art Zwischenzeugnis nach der Elementarstufe entwertet und der nachfolgende Bildungsgang die gleichen Unterschiede in Niveau, Selbstverständnis und Chancen zur Folge haben, wie sie zwischen der Hauptschule und dem Gymnasium bestehen. Zudem müßte eine landesrechtliche Kompetenz, nämlich die Regelung der Weiterbildung, in die bundesrechtliche Berufszulassungsregelung integriert werden. Ich sehe daher neben den gesundheitspolitischen Hinderungsgründen auch beachtliche verfassungsrechtliche Schranken.

Nach meiner Auffassung kann der erwähnte EG-Richtlinienentwurf, sollte er tatsächlich in dieser Form erlassen werden, in der Bundesrepublik Deutschland nur so umgesetzt werden, daß die materiellen Forderungen der Richtlinie obligatorischer Bestandteil der ärztlichen Ausbildung werden. Ich fürchte allerdings, das wäre das faktische Ende einer anschließenden allgemeinärztlichen Weiterbildung, was wir alle nicht wollen.

Ich hoffe, daß dieses Problem ähnlich befriedigend gelöst werden kann, wie die Einführung einer verlängerten Kassenarztvorbereitungszeit. Auch diese dient der Vermittlung besserer ärztlicher Grundkenntnisse und ist unbeschadet kassenärztlicher Besonderheiten an sich Verlängerung der ärztlichen Ausbildung. Wenn wir dennoch dieser Lösung zustimmen, dann deswegen, weil sie als befristete Übergangsmaßnahme vorgesehen ist, was leichter über bestimmte systematische Schönheitsfehler hinwegsehen läßt.

Ärztliche Ausbildung verbessern

Wenn ich nun zu den Inhalten einer besseren ärztlichen Ausbildung komme, dann handelt es sich im wesentlichen um zwei Punkte: Verlängerung der praktischen Ausbildung und Verbesserung des Prüfungssystems auf dem Wege des Ersatzes der schriftlichen Multiple-Choice-Prüfungen durch mündlich-praktische Prüfungen, soweit dies möglich ist.

Noch bis in das Jahr 1983 hinein wurde eine Verlängerung der praktischen Ausbildung aus einer Reihe von Gründen für ausgeschlossen gehalten, weshalb sich die Vorarbeiten in der entsprechenden Bundesländer-Kommission nur auf eine Änderung der Approbationsordnung bezogen.

Inzwischen hat sich die Erkenntnis, daß eine intensivere praktische Ausbildung unverzichtbar ist, so stark durchgesetzt, daß mein Haus auf Wunsch des Herrn Ministerpräsidenten diesen Punkt in einem internen Änderungsentwurf der Bundesärzteordnung umgesetzt hat. Mittlerweile ist dieser Entwurf nicht mehr so

Tremarit® 5 mg Tremarit® 15 mg

Zusammensetzung

1 Tablette Tremarit 5 mg enthält: 5 mg Melixenhydrochlorid, 1 Tablette (Mantel-Kerntablette) Tremarit 15 mg enthält: 15 mg Melixenhydrochlorid.

Anwendungsgebiete

Parkinsonsyndrom jeglicher Genese (idiopathischer, postenzephalitischer, arteriosklerotischer Parkinsonismus, Neuroleptika-Parkinsonoid, Restsymptome nach stereotaktischen Operationen). Isolierte extrapyramidale Tremorformen, essentieller und Alters-(seniler)Tremor.

Gegenanzeigen

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Restharnbildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Myasthenia gravis. Tierexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise für eine keim-schädigende Wirkung von Tremarit. Die Anwendung sollte jedoch in der Frühschwangerschaft nur unter sorgfältiger Risikoabwägung erfolgen.

Nebenwirkungen

Die Verträglichkeit von Tremarit ist im allgemeinen gut. Bei höherer Dosierung können gelegentlich Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion, Hautrötung, Schwindel, Akkommodationsstörungen, Pupillenerweiterung, Tachykardie, Verstopfung und Harnverhalten auftreten. Übelkeit und Erbrechen sind selten. Durch vorsichtigen langsamen Dosisaufbau können diese Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden.

Weitere Angaben zu Tremarit

Dosierung und Anwendungsweise

Entscheidend für den Therapieerfolg ist die individuelle Dosierung, wobei die optimale Tremarit-Dosis grundsätzlich langsam aufgebaut werden sollte.

Es empfiehlt sich folgende Vorgehensweise:

1. Behandlungswoche:

3 x ½ Tablette Tremarit 5 mg über den Tag verteilt

2. Behandlungswoche:

morgens 1 Tablette, mittags und abends je ½ Tablette Tremarit 5 mg

3. Behandlungswoche:

morgens und mittags je 1 Tablette, abends ½ Tablette Tremarit 5 mg

4. Behandlungswoche:

3 x 1 Tablette Tremarit 5 mg pro Tag.

Diese Steigerung der Tagesdosis in wöchentlichen Abständen um jeweils ½ Tablette ist fortzuführen, bis die individuell optimale Dosis erreicht ist. Für die anschließende Dauerbehandlung ist ggf. eine Umstellung auf Tremarit 15 mg-Tabletten sinnvoll. Erfahrungswerte für die optimale Tremarit-Dosis bei verschiedenen Krankheitsbildern:

<input type="checkbox"/> Alters- und habituellem Tremor:	10–20 mg
<input type="checkbox"/> Neuroleptika-Parkinsonoid:	20–30 mg
<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson:	30–60 mg

(gleichzeitige L-Dopa-Gaben können um ca. ½ reduziert werden).

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln

Amantadin, Chinidin und trizyklische Antidepressiva können die anticholinerge Wirkung von Tremarit verstärken.

Hinweise

Wegen des gelegentlich zu Beginn der Behandlung auftretenden leichten Schwindels und Anpassungsstörungen des Auges ist eine mögliche Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und bei Präzisionsarbeit zu beachten.

Antidot: Neostigmin, 0,5–2,5 mg, ist intramuskulär oder langsam intravenös zu injizieren, kann gegebenenfalls wiederholt werden.

Handelsformen

Tabletten 5 mg:
Originalpackungen zu 30 Stück (N1), 50 (N2) und 100 Stück (N3) DM 13,55, 21,20 und 36,80
Anstaltspackungen

Tabletten 15 mg:
Originalpackungen zu 50 Stück (N2) und 100 Stück (N3) DM 51,40 und 93,80
Anstaltspackungen

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, August 1983

WANDER
PHARMA



Tremarit[®]
selektiv
tremorwirksam

intern, wie aus Bezugnahmen von ärztlichen Berufspolitikern und in Fachzeitschriften zu ersehen ist.

Nachdem auch Bundesgesundheitsminister Dr. Geißler beim Deutschen Ärztetag in Kassel im Mai dieses Jahres offen und selbstverständlich die Einführung einer zusätzlichen Praxisphase als politische Absicht erklärt und der Deutsche Ärztetag selbst seine beim Ärztetag in Nürnberg erhobene gleichlautende Forderung bestätigt hat, sehe ich den Zeitpunkt gekommen, unseren Entwurf in den zuständigen Gremien und auch in der Ärzteschaft zur Diskussion zu stellen. Heute möchte ich dies nur andeutungsweise tun.

Die Praxisphase von ein bis zwei Jahren, wobei ein Jahr aus finanziellen Gründen realistischer ist, soll Bestandteil der Ausbildung im Anschluß an das Medizinstudium werden. In der Praxisphase sollen ärztliche Tätigkeiten in einem arztähnlichen Status unter Aufsicht und Verantwortung von Ärzten verrichtet werden — wenn Sie wollen, eine Wiedereinführung der alten Medizinalassistentenzeit.

Wie der Medizinalassistent wird auch der neue Arztpraktikant eine Bezahlung erhalten müssen, ein in der Zeit knapper Mittel sicher schwieriges Unterfangen. Die schon erwähnte Selbstverständlichkeit, mit der Bundesminister Dr. Geißler die Praxisphase als notwendig bezeichnete, nehme ich als deutlichen Hinweis, daß der Bund dafür eine Finanzierungsmöglichkeit sieht. Wir werden jedenfalls mit allem Nachdruck dafür eintreten — und da bitte ich Sie um Unterstützung —, daß dieses eminent wichtige gesundheitspolitische Vorhaben im Interesse der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung die ihm zukommende Finanzierungspriorität erhält.

Studentenschwemme

Eine weitere Schwierigkeit stellen natürlich die hohen Zahlen der Medizinstudenten dar. Gerade wegen der Überlastung der medizinischen Fakultät ist es geboten, eine weitere außeruniversitäre Ausbildungsphase vorzuschalten, ehe wir einen jungen Arzt in die praktische Berufstätigkeit entlassen. Die jahrzehnte-, fast jahr-

hundertlang bestehende Automatik der freiwilligen Wissensvervollkommnung im Krankenhaus nach Abschluß der Ausbildung ist an der Konstellation große Bewerberzahl — Krankenhausfinanzierungskorsett zerbrochen. Nur eine obligatorische zusätzliche praktische Ausbildung für alle mit garantierter Finanzierung kann in der gegenwärtigen Situation helfen.

Wenn, wie von uns beabsichtigt, diese Praxisphase jede ärztliche Tätigkeit unter Aufsicht umfassen kann, sehe ich hier keinen Engpaß. Dabei gehe ich davon aus, daß die Bewerberzahlen für das Medizinstudium sich in absehbarer Zeit nicht nennenswert ändern werden. Es widerspricht fernab aller verfassungsrechtlichen Gründe auch unserer Auffassung, für die Zulassung zum Medizinstudium andere Kriterien als die tatsächliche Kapazität der Hochschulen zugrunde zu legen.

Keine „Zwangspensionierung“

Nebenbei gesagt, die Bayerische Staatsregierung sieht unbeschadet des Fehlens einer geeigneten Rechtsgrundlage auch keinen politischen Anlaß, die Zahl der Ärzte künstlich zu beschränken. Ich spiele hier auf einen Zeitungsartikel an, nach welchem Ministerpräsident Strauß angeblich für ein Ende der Kassenzulassung von Ärzten mit Erreichen des 65. Lebensjahres eingetreten sein soll. Diese Meldung wurde bereits von der Bayerischen Staatskanzlei eindeutig als unzutreffend dementiert.

Niemand — und insbesondere nicht der Ministerpräsident — will den niedergelassenen Ärzten in unserer freiheitlichen Gesellschaftsordnung das Recht nehmen, das Ende ihrer Berufstätigkeit selbst zu bestimmen. Ich bin sogar überzeugt, daß man dieses nicht tun darf, ohne die freiheitliche Gesellschaftsordnung in Frage zu stellen.

Nicht ausgeschlossen ist natürlich, daß im Zuge der Arbeitszeitverkürzung mehr und mehr Ärzte früher als heute üblich freiwillig — und ich betone nochmals: freiwillig — mit 63, 65 oder 68 Jahren ihre Praxistätigkeit einstellen, was auch beim Deutschen Ärztetag 1983 Diskussionsgegenstand war.

Zurück zur Ausbildungskapazität der Hochschulen: Es ist notwendig, diese Kapazität unter Berücksichtigung aller spezifischen Besonderheiten der ärztlichen Ausbildung festzulegen. Gelegentlich gewinnt man den Eindruck, daß die geltenden Kapazitätsverordnungen dieser Forderung nicht gerecht werden. Vor allem die Rolle und Belastbarkeit des für die medizinische Ausbildung unverzichtbaren Patienten wird nicht richtig eingeschätzt. Ich begrüße das vom Bundesgesundheitsminister beabsichtigte Forschungsvorhaben, für die Kapazität der einzelnen ärztlichen Ausbildungsstätten realistische Parameter zu erarbeiten, und hoffe, daß die Ergebnisse bald auf dem Tisch liegen.

Prüfungssystem ändern

Unproblematischer scheint mir die Änderung des Prüfungssystems zu sein, wo immer möglich medizinadäquat, d. h., mündlich-praktisch zu prüfen. Mag bei der Einführung der Multiple-Choice-Prüfungen die Objektivität des Prüfungsverfahrens im Vordergrund gestanden haben, so ist doch Objektivität nicht alles, vor allem nicht in Ihrem Beruf. Andererseits sind mündlich-praktische Prüfungen nicht a priori ungerichtet-subjektiv. Auch hier ist natürlich die große Zahl der Prüfungskandidaten zu berücksichtigen.

Ich halte es für ausgeschlossen, alle Kandidaten in angemessener Zeit in allen wichtigen Fächern der medizinischen Wissenschaft zu prüfen, wie dies früher geschehen ist. Ich halte es aber durchaus für möglich und sachgerecht, alle Studenten bis kurz vor den Prüfungen zu einer umfassenden Prüfungsvorbereitung zu veranlassen, um dann nur stichprobenhaft in einzelnen Fächern Leistungsnachweise zu fordern. Was im einzelnen geprüft wird, war stets auch in anderen Studiengängen Zufall, Glück oder Pech. Dennoch oder gerade deshalb haben sich die Kandidaten darauf umfassend vorbereitet und vorbereiten müssen. Das wird auch in Zukunft nicht anders sein.

Die mündlich-praktischen Prüfungen sollen wie heute schon beim mündlich-praktischen Abschnitt der ärztlichen Prüfung Sache der Fakultäten

werden. Aus diesem Grund werden wir uns etwas einfallen lassen müssen, wie die Prüfungen rationell und verwaltungspraktisch abzuwickeln sind. Das gilt insbesondere für das Verfahren, also den Antrag auf Zulassung, die Zulassung und Ladung zur Prüfung und die Bekanntgabe des Ergebnisses.

Wenn wir durch die Einführung der kassenärztlichen Vorbereitungszeit auch etwas Luft haben, sollte doch mindestens in der laufenden Legislaturperiode die neue Ausbildungsregelung in Kraft treten. Wir werden damit Nachdruck beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit eintreten und nötigenfalls im Bundesrat initiativ werden.

„Ruhiger Sommer – heißer Herbst“

Am Schluß meiner Ausführungen drängt es mich, eine Angelegenheit aufzugreifen, die Sie, Herr Präsident Sewering, zum Anlaß Ihrer üblichen Monatskolumne im August-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ genommen haben unter der Überschrift „Ruhiger Sommer – heißer Herbst“, wofür Ich Ihnen meinen ausdrücklichen Dank aussprechen möchte.

Ich habe in diesen Tagen und Wochen wiederholt Anlaß gehabt, grundsätzlich Klarstellungen in unserer Auseinandersetzungsträchtigen Zeit vorzunehmen. Dabei ging es stets um Behauptungen, Forderungen oder Unterstellungen, die einen gemeinsamen Grundzug haben. Den nämlich, daß man unter Berufung auf Ethik und Moral die Grenzen unseres Wert- und Ordnungsgefüges verwischt. Bezeichnenderweise pflegen solche Versuche von Minderheiten auszugehen. Dieser Ärztetag kann an gewissen Vorgängen nicht unberührt vorbeisehen.

Ich halte es für angebracht, wenigstens zwei Angelegenheiten zur Sprache zu bringen: Da ist zum einen der Vorwurf einer „Fraktion Gesundheit“ der Berliner Ärztekammer, unangemessener Schlagstockeinsatz der Berliner Polizei würde bei Demonstrationen immer häufiger zu schweren Mehrfachverletzungen führen. Sie alle kennen die Berichte von gewalttätigen Demonstrationen. Dabei ist eine starke Tendenz zu vermehrter Brutalität festzustellen.

Es ist nicht die Polizei, die unter Einsatz von Gesundheit und Leben die Auseinandersetzung sucht. Vielmehr haben wir es mit einem beträchtlichen Potential von zu allem entschlossenen Politrockern zu tun. Es spricht für die Voreingenommenheit der Berliner „Fraktion Gesundheit“, wenn sie kein Wort über die zum Teil grauenvoll verletzten Polizisten verliert. Von Schlagstockeinsatz ist die Rede, nicht aber von Wurfgeschossen, Säureflaschen, Hieb- und Stichwaffen.

Sind das noch die Demonstrationen, die in unseren Grundrechten garantiert werden? Hier wird eine falsche Gewichtung betrieben, die zudem eine völlig unangemessene Publizität genießt. Die „Fraktion Gesundheit“ stellt unter den Berliner Ärzten allenfalls eine Minderheit dar, die noch geringer wird, wenn man sich vor Augen hält, daß in der Bundesrepublik Deutschland 170 000 Ärzte tätig sind.

Katastrophenmedizinische Fortbildung

Ich sprach von unangemessener Publizität. Sie ist auch im anderen Fall anzutreffen, der noch brisanter ist, da er einer bestimmten politischen Mentalität Vorschub leistet. Ich meine die ärztlichen Initiativen gegen die atomare Bedrohung. Sie sehen in der katastrophenmedizinischen Fortbildung eine gezielte Vorbereitung eines Atomkriegs.

Hier gehen Demagogie und Ignoranz Hand in Hand, da der Katastrophenfall ausschließlich als atomare Auseinandersetzung dargestellt wird. Daß die wirkliche Palette der Katastrophen umfangreicher

ist, brauche ich Ihnen nicht zu sagen. Massenunfälle auf Autobahnen, Flugzeug- und Eisenbahnunfälle, Störfälle in Industriebetrieben, Naturkatastrophen, das sind nur einige Einsatzmöglichkeiten, die ein geschultes ärztliches Personal erfordern. Natürlich gehören auch kriegerische Auseinandersetzungen dazu.

Verantwortung üben, heißt vorausdenken. Und da wir nicht allein auf der Welt sind, muß selbst der Atomfall in unseren Schutzvorkehrungen Berücksichtigung finden. In der Schweiz beispielsweise ist das längst der Fall.

Dieser schlimmsten aller Katastrophen muß mit Stärke und Entschlossenheit begegnet werden, nicht aber mit Selbstaufgabe! Wer diesen letzten Bereich bewußt ausklammert, schafft die totale Erpreßbarkeit! Wer den Schutzraum verwerfen wollte, der wäre von vornherein anfälliger. Wer auf den Gedanken käme, Luftschuttsirenen abzulehnen, wäre im Ernstfall den Ereignissen preisgegeben. Wer die Katastrophenmedizin boykottiert, verzichtet auf angemessene Versorgung der Opfer. Eine solche Haltung geht immer zu Lasten anderer!

Was in großen Notfällen zu leisten ist, muß vorher erlernt werden. Die Bevölkerung erwartet dies von ihren Ärzten. Wer eine solche Ausbildung ablehnt, macht sich einer vorab verweigerten Hilfeleistung schuldig. Ich unterstelle nicht, daß ein Verweigerer im Katastrophenfall den Opfern nicht helfen will. Aber was tut er, wenn ihm die Ausbildung fehlt und er nicht weiß, wie zu helfen ist?

Ein Arzt, der sich dieser Aufgabe bewußt entzieht, handelt seinem Selbstverständnis und seiner beruflichen Pflicht zuwider, nach der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten oberstes Gebot ärztlichen Handelns ist und wofür er sich auch fortbilden muß.

Für Ihre Beratungen darf ich Ihnen guten Erfolg wünschen, ebenso wünsche ich Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in der schönen Unterfrankenmetropole, die Ihnen sicher einiges an Ablenkung bieten kann, damit Sie sich nachher wieder voller Konzentration in Ihre Arbeit stürzen können.

Brot für die Welt



Die Verschiebungen zu Lasten der Heilberufe müssen aufhören

Eröffnungsansprache des
Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer
Senator Professor Dr. Hans J. Sewering

- Situation des einzelnen Kassenarztes wird schwieriger
- Krankenhausärzte haben kein Phantasieeinkommen
- Maßvolle Vorschläge zur neuen Gebührenordnung
- Ausbildung: Für zwei Jahre Praxisphase
- Ein ärztliches Bekenntnis zum Frieden in Freiheit

Dem Herrn Oberbürgermeister kann ich jetzt nicht mehr danken für seine Worte, weil er uns schon verlassen mußte; wir haben aber gerne gehört, daß der Frankenwein billiger wird, und wir werden abwarten, ob diese Prognose eintrifft, denn bei den begrenzten wirtschaftlichen Möglichkeiten — Sie sprachen ja schon von dem letzten Honorarabkommen — sind wir natürlich sehr daran interessiert, daß dieser köstliche Wein zu billigeren Preisen an so kundige Trinker wie die Ärzte herangetragen wird.

Ich danke dem Herrn Kollegen Bushe für seine Grußworte der Medizinischen Fakultät, aus der ja so viele bedeutende Männer hervorgegangen sind. Sie haben mit Recht erwähnt, daß Röntgen leider ein Physiker war, obwohl er durch uns Mediziner erst berühmt werden konnte. Es ist ja eine Tatsache, daß wir heute ohne Physiker viele Geräte fast nicht mehr bedienen können — ein Zeichen, daß wir uns mit den Physikern damals und heute arrangieren müssen, und das tun wir natürlich gerne.

Ich danke dem Präsidenten der Bundesärztekammer für seine Worte, mit denen ich voll übereinstimme.

Herr Staatsminister, ich möchte mich bedanken, weil Sie weder freundliche Unverbindlichkeiten noch unverbindliche Freundlichkeiten hier zum Ausdruck gebracht, sondern sehr klar Fakten und Probleme angesprochen haben, Probleme, die uns gemeinsam berühren und die



Professor Dr. Hans J. Sewering

wir gemeinsam lösen müssen. Ich hoffe jedenfalls, daß wir sie gemeinsam lösen, denn ich glaube, daß der Gesetzgeber immer gut beraten ist, wenn er bei seinen Beschlüssen auch die Fachleute hört und man zu gemeinsamen Lösungen kommt.

Es ist unmöglich, nun diese Probleme alle noch einmal hier zu erörtern, dazu reicht die Zeit nicht. Aber einige Punkte gestatten Sie mir anzusprechen.

Wir tragen gern zur Stabilisierung der sozialen Sicherung bei

Sie haben an den vorjährigen Ärztetag erinnert und an unsere seinerzeitigen Aussagen. Ich habe erklärt,

wir Heilberufe erwarten von diesem Regierungswechsel keinen warmen Regen. Darüber waren wir uns alle klar. Wir wären aber dankbar, wenn wir wenigstens bei der Gesetzgebung von Hagelschlag und Blitzen verschont blieben. Denn das, was im Bereich der sozialen Sicherung und des sozialen Sicherungssystems geschieht, mit den Verschiebungen von einer Seite auf die andere — wobei die Krankenkassen im allgemeinen als Melkkuh dienen mußten —, ist ja zu Lasten der Heilberufe als Vertragspartner der Krankenversicherung gegangen. Und ich meine, wenn die Beitragsstabilität in der Krankenversicherung, die wir durch unsere maßvollen Forderungen ermöglicht haben, jetzt dazu benützt wird, die Beiträge in den anderen Bereichen entsprechend erhöhen zu können, dann wird das nicht unbedingt eine konstruktive Lösung bringen.

Wir tragen aber gerne dazu bei, daß dieses soziale Sicherungssystem wirklich stabilisiert wird und jeder Zweig wieder seine Leistungsfähigkeit erhält. Was die Rentenversicherung angeht, können wir nur große Sorgen äußern; ich sehe bis jetzt noch keinen rechten Weg, wie hier die Verhältnisse wieder geordnet werden sollen.

Sie haben unsere Honorarpolitik angesprochen. Es trifft zu, daß wir mit der gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern ein neues Honorarabkommen für zwei Jahre abgeschlossen haben mit sehr maßvollen Erhöhungen, die weiß Gott keine Kritik verdienen. Ich kann feststellen, daß die Verhandlungen von beiden Seiten mit einem Höchstmaß an Verantwortungsbewußtsein im Sinne der Sache geführt worden sind, und ich hoffe, daß wir auf diese Weise wieder einen Beitrag zur Stabilität geleistet haben.

Ich muß aber darauf hinweisen, daß dieses Minimalwachstum der Honorare einem ständigen Anstieg der Unkosten gegenübersteht und die Situation für den einzelnen Kassenarzt — vor allem bei dem starken Zuwachs an Kassenärzten — immer schwieriger wird. Wenn man dann gar noch gelegentlich hört, daß die einen die Einführung der Gewerbesteuer für freie Berufe fordern und andere die Arbeitsmarktabgabe wol-

len, oder wenn dann gar angekündigt wird, daß man bei unserer blendend guten Wirtschaftslage auch Generalstreiks für die 35-Stunden-Woche mit vollem Lohnausgleich in Kauf nehmen wird, dann stehen uns die Haare zu Berge!

Die Arztpraxis muß finanziell gesichert bleiben

Ich habe wiederholt erklärt, daß wir voll zustimmen, wenn etwa der Bundeswirtschaftsminister oder Wirtschaftspolitiker erklären, daß jeder Betrieb Gewinne erzielen muß, um investieren zu können und um seinen Betrieb fortentwickeln zu können. Aber ich muß immer wieder betonen: auch die Arztpraxis ist ein Kleinbetrieb, und auch die Arztpraxis breucht Gewinne, um investieren zu können, um auf dem Stande der Medizin zu bleiben, um den Patienten Leistungen anbieten zu können, wie sie mit Recht von uns erwartet werden.

Es wird immer wieder von den hohen Umsätzen der Kassenärzte gesprochen, an denen man noch etwas „wegzwickeln“ könne. Wir haben hier keine Geheimnisse. Der Durchschnittsumsatz der bayerischen Kassenärzte — natürlich in einer erheblichen Bandbreite — liegt bei DM 250 000. Dezu aber ein Beispiel: Wer als Arzt verantwortungsbewußt handelt, muß pro Jahr für seine Ärzteversorgung einen Beitrag von mindestens DM 20 000 leisten. Die sogenannten beschränkt ebzugsfähigen Sonderausgaben, die ja sehr bescheiden sind, sind ausgelastet durch private Krankenversicherung oder auch eine Risiko-Lebensversicherung zur Abdeckung der Schulden der Praxisgründung — das heißt: die DM 20 000, die ein Kassenarzt für seine Versorgung bei Berufsunfähigkeit und Alter aufwendet, werden voll aus versteuertem Einnahmen bezahlt. Wenn Sie eber DM 20 000 Beitrag aus versteuerten Einnahmen zahlen, dann müssen Sie vor Steuer DM 40 000 (wenn ich wieder Durchschnittswerte nehme) haben, und wenn Sie DM 40 000 Ertrag erzielen wollen, dann benötigen Sie in der Arztpraxis einen Umsatzanteil von DM 80 000. Denn 50 Prozent sind im Durchschnitt die Unkosten der ärztlichen Praxis. Das heißt: nahezu ein Drittel des Durchschnittsumsatzes eines Kassenarz-

tes wird benötigt, damit er allein seine Altersversorgung in angemessener Weise bestreiten kann. Nachher, wenn er die Rente bezieht, muß er noch für 24 Prozent seiner Rente wiederum Einkommenssteuer an den Staat zurückzahlen, obwohl er keine Steuerersparnis erzielt hat. Auch das sollte man einmal unterstreichen.

Krankenhausärzte haben keine „Phantasieeinkommen“

Auch wir beobachten mit großer Sorge, daß die Krankenhausaufgaben in den letzten 20 Jahren erheblich gestiegen sind. Sie liegen jetzt bei nahezu 31 Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich glaube, man sollte in diesem Zusammenhang erwähnen, daß daran mit Sicherheit nicht die Gehälter der Krankenhausärzte schuld sind, denn diese Gehälter liegen im üblichen Rahmen aller Bediensteten des öffentlichen Dienstes. Sie sind nicht überhöht, und die privaten Nebeneinnahmen, soweit sie erzielt werden, haben mit den Krankenhauskosten bekanntlich nichts zu tun. Die Einkommen der Krankenhausärzte sind — das möchte ich einmal ganz klar feststellen — heute keine Phantasieeinkommen mehr, wie sie manchmal dargestellt werden. Dafür sorgen schon die hohen Abgaben, die die Krankenhausärzte an die Krankenhausträger zu zahlen haben, die heute teilweise weit über die Hälfte dessen gehen, was der Krankenhausarzt erzielt. Gerade bei der neuen Amtlichen Gebührenordnung haben sich hier Zusammenhänge entwik-

kelt, die einfach in dieser Form nicht bestehen bleiben können.

Wenn man will, daß sich auch die Honorare der Krankenhausärzte im wesentlichen ohne Abdingung einspielen, dann müssen als erstes die Krankenhausträger ihre Nebenkostentarife und ihre Abgabenforderungen an die Krankenhausärzte reduzieren. Denn derzeit ist der Krankenhausarzt geradezu gezwungen abzuingen, damit er die Abgaben bezahlen kann, die er zu leisten hat. Ich meine, das sollte man mal feststellen.

Im übrigen stehe ich voll zu meiner Aussage, daß der Begriff „Privatversicherter“ nicht automatisch mit dem Begriff der „Abdingung“ verbunden werden darf. Wir wissen sehr wohl, daß etwa im öffentlichen Dienst 70 Prozent der Bediensteten mit ihrem Gehalt unter DM 2500 liegen, also weiß Gott keine Patienten sind, denen man hohe Honorare abnehmen kann. Ich habe keine Gelegenheit vorübergehen lassen, um des meinen Kollegen bewußtzumachen; wir sind uns darüber klar, wie die Verhältnisse sind.

Die Mängel der Gebührenordnung sind auf die Dauer nicht tregbar

Zur Amtlichen Gebührenordnung: Die rein formale Seite hat sich etwas eingespielt, die komplizierten Vorschriften sind den Ärzten langsam bewußtgeworden, so daß wir hier weniger Sorgen haben. Das ändert nichts an der Tatsache, daß diese Gebührenordnung qualitative Mängel hat, die in dieser Form einfach auf die Dauer nicht vertreten werden können, die nicht tragbar sind. Ich darf nur an die Trennung zwischen sogenannten medizinisch-technischen und ärztlichen Leistungen erinnern. Die Trennungslinie, wie sie hier gezogen wurde, ist unhaltbar und wird den tatsächlichen Verrichtungen nicht gerecht. Kein Mensch kann behaupten, daß etwa eine qualifizierte Röntgenuntersuchung keine qualifizierte ärztliche Leistung sei, abgesehen von den hohen Kosten, die mit derartigen Untersuchungen verbunden sind. Wir müssen hier zu einer Änderung kommen.

Die Tatsache, daß der Schwellenwert sehr häufig und in großem Um-

23. Bayerische Internistentagung

**vom 18. bis 20. November 1983
in München**

— s. Programm Seite 815 —

fang in Anspruch genommen wird, liegt einfach daran, daß man mit dem Schwellenwert und mit der automatischen Begründungspflicht oberhalb des Schwellenwertes von vornherein eine Grenze gezogen hat, die ja geradezu anreizt, sie auszunützen. Ich glaube, daß ohne den Schwellenwert die Multipilkatoren niedriger wären, als sie jetzt sind mit diesem Schwellenwert, der eine Provokation darstellt und meines Erachtens deshalb wieder verschwinden müßte. Ich darf Ihnen, Herr Staatsminister, ganz besonders für das große Verständnis Ihres Hauses danken. Ich hatte ja umfangreiche Gespräche in Ihrem Hause geführt, und Sie haben meine Vorschläge in vollem Umfange übernommen und im Bundesrat vertreten. Daß die bayerischen Anträge dann fest elli hinuntergebügelt worden sind, ist ein bedauerliches Zeichen des geringen Verständnisses. Ich möchte wirklich betonen: ich habe Ihnen und Ihrem Hause — das wurde auch von Ihnen anerkannt — maßvolle Vorschläge gemacht und in keiner Weise übertriebene Forderungen gestellt. Daß der Vorschlag, der da mal so schnell gemacht wurde, Schwellenwert weg — Höchstsatz runter, ein Schuß aus der Hüfte ist, darin stimme ich mit ihnen voll überein; so kann man nicht Reformgespräche einleiten. Im übrigen denke ich noch gerne daran, daß auch beim Erlaß der Amtlichen Gebührenordnung von 1965 Ihr Haus und Ihr damaliger Amtsvorgänger Heinrich Junker eine wesentliche und entscheidende Rolle gespielt hat. Nur hatte damals Heinrich Junker im Bundesrat das Glück, daß er Gesprächspartner aus den anderen Bundesländern hatte, die Verständnis aufbrachten, während diesmal Bayern mit seinen Anträgen, die auf den von uns besprochenen Vorschlägen beruhten, allein stand und damit eben leider keine Änderungen erzielt werden konnten.

Bessere Ausbildung: zwei Jahre Praxisphase

Ein anderes Thema: Sie, Herr Staatsminister, haben — und dafür danke ich Ihnen, daß Sie es so deutlich getan haben — die Fragen der ärztlichen Ausbildung und der Qualifizierung für die ärztliche Tätigkeit angesprochen. Wir sind uns darüber

einig, daß nach Abschluß des Universitätsstudiums die praktischen Kenntnisse fehlen, wobei ich persönlich der Meinung bin, daß das in erster Linie an der großen Studen-tenzahl liegt; aber darüber zu streiten, lohnt nicht. Das Faktum ist unbestreitbar, und auch die sechs Monate, welche jetzt für die Kassenzulassung verlangt werden, sind völlig unzureichend. Ich bin sehr froh darüber, daß der Bundesrat in den Ausschüssen die 18 Monate Vorbereitungszeit akzeptiert hat, und ich gehe davon aus, daß das dann auch im Plenum des Bundesrates so beschlossen werden wird; das ist ein erster Schritt in eine richtige Richtung.

Wenn eine Praxisphase, ganz gleich wie man sie nennt, Sinn haben soll, dann muß sie zwei Jahre dauern. Ein Jahr ist zu wenig, darüber ist gar kein Zweifel. Ich möchte aber darauf hinweisen und bin gerne bereit, nach Abwicklung dieses Ärztetages Ihnen, Herr Staatsminister, dazu meine Überlegungen vorzutragen, daß sich der EG-Richtlinien-Entwurf auf der Grundlage der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung bei uns realisieren läßt. Es stimmt einfach nicht, daß in diesem Entwurf etwas von Weiterbildung nach der Approbation steht. In diesem Entwurf steht: „... eine zusätzliche Ausbildung für allgemeinmedizinische Tätigkeit nach Abschluß des Universitätsstudiums.“ Damit besteht also die Möglichkeit, diese beiden Dinge zu verbinden auf der Grundlage der Bundesärzteordnung. Ich bin auch gerne bereit, Ihnen Möglichkeiten der Realisierung aufzuzeigen. Es geht allerdings nur zu Lasten der derzeitigen Zahl der Assistentenstellen an den Krankenanstalten, daran besteht gar kein Zweifel. Ich wäre also sehr dankbar, wenn sich Bayern bei den Beratungen für eine zweijährige Praxisphase einsetzen würde.

Die übrigen Punkte möchte ich wegen der fortgeschrittenen Zeit nur antippen. Die mündlichen Prüfungen: Daß sie nicht in vollem Umfange überall durchgeführt werden können, haben Sie bereits dargelegt. Im vergangenen Jahr betrug die Zahl der Prüfungen etwa 43 000. Daß das nicht mehr im mündlichen Verfahren möglich ist, das ist, glaube ich, völlig klar. Wir freuen uns dar-

über, wenn die Prüfungsleistungen wieder benotet werden, weil damit dem Leistungsprinzip wieder mehr Anstoß gegeben wird.

Wir wissen, daß die Zahl der Bewerber für das Medizinstudium mindestens dreimal so hoch ist wie die Zahl derer, die genommen werden können. Es sind sogar eher mehr, und hier werden wir immer vor unlösbaren Problemen stehen. Manche kritisieren, daß man die Abiturnote in den Vordergrund stellt, und sagen: „Einser-Abiturienten“ eignen sich nicht für das Medizinstudium.“ Ich halte das in dieser Form für nicht begründbar, denn man kann ja nicht im Umkehrschluß sagen, es muß einer ein schlechtes Abitur haben, damit er ein guter Doktor wird. Ich glaube, beides wäre gleich falsch. Man sollte also hier die Dinge nicht so vereinfacht darstellen.

Die Verwaltungsgerichte werden Arbeit bekommen ...

Mit Interesse habe ich gerade heute die Nachricht gehört, daß nun für 15 Prozent der Studienbewerber den Professoren Gelegenheit gegeben werden soll, nach persönlichen Gesprächen eine Auswahl zu treffen. Dazu möchte ich meine Kollegen an den Fakultäten schon heute beglückwünschen! Denn ich bin schon gespannt auf den ersten Verwaltungsgerichtsstreit, wenn dann dargelegt werden muß, nach welchen Maßstäben im persönlichen Gespräch die Entscheidung getroffen wurde, daß der Betreffende nicht geeignet ist. Man muß ja immer bedenken: das sogenannte „Interview“ der Amerikaner ist eine nicht anfechtbare Entscheidung, die dem Bewerber um einen Studienplatz einfach ins Haus geschickt wird. Bei uns ist das ein Verwaltungsakt, der angefochten werden kann, und das Verwaltungsgericht — wir kennen ja die ganzen Entscheidungen für die „Gerichtsstudenten“, wie man sie nennt — will dann wissen, nach welchen Grundsätzen, Maßstäben, Verordnungen oder Gesetzen denn in dem Gespräch entschieden wurde. Ich glaube nicht, daß das eine sehr glückliche Lösung ist, aber man macht ja immer wieder Experimente. Auch das psychologische Testverfahren war ja von vornherein eine problematische Angelegenheit.

„Liberalitas Bavarica“

Das Thema „Zwangspensionierung“ für Ärzte wurde bereits angesprochen. Ich konnte glücklicherweise den Herrn Ministerpräsidenten noch am gleichen Tage, als die Zeitung auf meinen Tisch kam, unterrichten. Er hat auch prompt geantwortet und klargestellt — wie ich es auch nicht anders erwartete —, daß mit seinen Vorstellungen von einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung eine Zwangspensionierung für Freiberufler überhaupt nicht vereinbar wäre. Darüber sind wir sehr glücklich. Ministerpräsident Strauß hat klar und eindeutig darauf hingewiesen, aus welcher Quelle diese Unterstellung gegenüber seiner Person stammt: der bayerische Beamte, der bei dieser Sitzung im Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung des Bundesrates tätig war, hat tatsächlich erklärt, nach seiner Meinung sollte sich die Bundesregierung überlegen, ob man nicht über den Weg der Zwangspensionierung die Verhältnisse bessern könnte. Der Ministerpräsident hat ihn gerügt; das nehmen wir gerne zur Kenntnis. Andererseits hat mich dieses Ereignis natürlich auch beruhigt, denn außerhalb Bayerns wird ja immer behauptet, man dürfe bei uns, vor allem im Staatsdienst, immer nur das sagen, was der Herr Ministerpräsident sagt. Hier haben wir ein typisches Beispiel für die „Liberalitas Bavarica“, daß ein Beamter, ohne seine berufliche Hinrichtung befürchten zu müssen, seine eigene abweichende Meinung äußert, auch wenn sie falsch ist.

Das Thema Pflegefallrisiko ist kurz angesprochen worden, aber ich will nicht weiter darauf eingehen. Wir sind uns darüber klar, daß wir einen Weg finden müssen. Er muß sehr vorsichtig gesucht werden, denn die Erfahrungen in anderen Ländern haben gezeigt, daß man mit einer Pflegefallversicherung eine Lawine der Ausgaben auslösen kann, die nachher von niemandem mehr bewältigt werden kann.

Abschließend möchte ich zum gleichen Thema einige Worte sagen, das Sie, Herr Staatsminister, angesprochen haben, wofür ich Ihnen außerordentlich dankbar bin. Ich habe im „Bayerischen Ärzteblatt“ zu den Aussagen der ‚Berliner Fraktion Gesundheit Stellung‘ genommen. Ich habe aus meiner Meinung, wie ich es im allgemeinen zu tun

pflege, keinen Hehl gemacht und versucht, diese Äußerungen in das richtige Licht zu stellen. Ich erblicke genau wie Sie in derartigen Aussagen nichts anderes als den Versuch der Diskriminierung unserer staatlichen Organe, und wir wissen, wohin ein solcher Weg führen muß.

Wir Ärzte sind Feinde jeder Gewalt

Zur Frage Ärzte und atomare Bedrohung habe ich mich erstmals vor zwei Jahren auf dem Bayerischen Ärztetag geäußert. Ich habe schon damals erklärt, uns Ärzten wäre am liebsten eine Welt ohne Vernichtungswaffen und ohne Gewalt, denn wir Ärzte sind von Natur aus Feinde der Gewalt. Wir sehen unsere Aufgabe darin, Leben zu erhalten, zu heilen und zu helfen, und das geht nur in einer Welt ohne Bedrohung, in einer friedlichen Welt. Die Initiative „Ärzte gegen Atomtod“ hat sich nun erneut zu Wort gemeldet. Ich bekam einen sogenannten „Offenen Brief“, über den ich mich jetzt nicht äußern will; ich werde ihn morgen meinen Kollegen beim Bayerischen Ärztetag zur Kenntnis bringen. In diesem Brief erklärt man, daß ein beträchtlicher Teil der Mediziner — ich nehme an, daß Ärzte gemeint sind — das öffentliche Engagement zur Verhinderung weiterer Aufrüstung als essentielle ethische Aufgabe unseres Berufsstandes betrachten. Ich habe den Absendern mitgeteilt, daß mich der Sinngehalt dieses Satzes geradezu erschüttert. Denn meine Forderung richtet sich gegen die Verursacher dieser wahnwitzigen atomaren Rüstung, und von Ihnen fordere ich, daß sie ihre Atomwaffen verschrotten — aber nicht, daß die eine Seite ihre Atomwaffen behält und uns bedroht und die andere Seite nun demonstrativ mit Palmwedeln an die Verhandlungen herangeht. Ich glaube, damit ist niemandem geholfen.

Nur eine Minderheit von Ärzten steckt hinter den Hetzparolen

Die jetzt anlaufenden Demonstrationen richten sich — wir haben gerade heute eine riesige Anzeile in einer Bonner Zeitung bekommen, das geht auch aus dem Text ganz klar hervor — einseitig in die Richtung der Verhinderung der Nachrüstung auf unserer Seite. Das heißt, sie richten sich gegen die einzigen, die uns helfen können, nämlich die

Amerikaner, und sagen nichts über die Gegenseite und deren Rüstung. Wenn ich hier lese: „Wir rufen auf zum Protest gegen Aufrüstung und gegen die Militarisierung unseres Gesundheitswesens“, dann ist das einfach eine Unwahrheit, dann sind das einfach Hetzparolen, die ich nur als solche in den Raum stellen kann. „Angesichts dieser Entwicklung“, heißt es weiter, „dürfen Ärzte, Schwestern, Pfleger und Medizinisch-Technische Assistentinnen, Medizinstudenten sowie Psychologen, Psychiater und Sozialarbeiter nicht schweigen und untätig verharren.“ Allein diese Reihenfolge läßt mich vermuten, daß hier nur wenige Ärzte dahinterstehen, denn sonst müßten die Verfasser ja wissen, daß Psychiater Ärzte sind. Wenn es weiter heißt, alle sollen im weißen Kittel oder entsprechender Berufskleidung zu dieser Demonstration kommen, dann bin ich neugierig, in welcher Berufskleidung die Psychologen und Sozialarbeiter und die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten erscheinen werden. Wahrscheinlich ist der Rauschebart hier ein professionelles Zeichen —, aber das will ich nicht gesagt haben.

Lassen Sie mich abschließend feststellen: die Behauptung, wir betrieben mit der Fortbildung in Katastrophenmedizin Kriegsvorbereitung und eine Militarisierung des Gesundheitswesens, ist eine Unterstellung, die wir nur brandmarken können. Denn worauf wir uns vorbereiten, das ist die Möglichkeit, in jeder Situation unseren Mitmenschen helfen zu können. Wir Ärzte sind doch nicht in der Lage, derartige Situationen zu verhindern. Wir müssen mit allem rechnen, und unsere Bevölkerung muß wissen, daß wir uns auf jede mögliche Situation einstellen. Wir Ärzte wollen keinen Krieg und wir betreiben keine Kriegsvorbereitung. Aber wir wollen helfen können, und dazu gehört nun einmal auch die Fortbildung.

Ich darf abschließend hier sagen: das ärztliche Bekenntnis kann nur ein Bekenntnis zum Frieden sein! Aber es muß ein Frieden sein in Freiheit und ohne Bedrohung, denn nur dann hat auch der Arzt die Möglichkeit, seinen Beruf frei auszuüben, und der Bürger die Möglichkeit, seinen Arzt frei zu wählen. Wir setzen unsere ganze Kraft ein für unsere Mitmenschen, gleich in welcher Not-situation.

Viele Ehrengäste bezeugen das große öffentliche Interesse

Einleitend dankte Professor Dr. Hens J. Sewering Dr. Bernhard Brückl, dem Vorsitzenden des Bezirksverbandes Unterfranken und des Ärztlichen Kreisverbandes Würzburg, für seinen Willkommensgruß.

Sehr herzlich begrüßte Professor Dr. Sewering an der Spitze der Ehrengäste — als Vertreter der Bayerischen Staatsregierung und des Ministerpräsidenten Dr. h. c. Franz Josef Strauß — den Bayerischen Staatsminister des Innern und stellvertretenden Bayerischen Ministerpräsidenten, Dr. Karl Hillermeier. Anschließend begrüßte der Präsident den Bundestagsabgeordneten Dr. Wolfgang Bötsch, weiterhin die Mitglieder des Bayerischen Landtages, Johann Böhm als Vorsitzenden des Sozialpolitischen Ausschusses, Frau Barbara Stamm und Walter Eykman, ferner die bayerischen Senatoren Theo Pfeuffer und Willy Schleunung.

Ein herzlicher Gruß galt Ministerialdirektor Dr. Siegwinn Süss vom Bayerischen Staatsministerium des Innern und dem Leiter der Gesundheitsabteilung, Ministerialdirigent Dr. Heinz Dreusnick, ferner dem Leitenden Ministerialrat Georg Scholz, vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung dem Leiter der Gesundheitsabteilung, Ministerialdirigent Dr. Richard Ecknigk, den Leitenden Ministerialräten Dr. Hermann Miesbach, Dr. Friedrich Beck und Ministerialrat Dr. Hens Weigand sowie dem Pressereferenten, Ministerialrat Franz R. Mödl.

Der Präsident entbot sein Willkommen den Vertretern der Regierung von Unterfranken, Regierungsvizepräsident Dr. Franz Vogt und Leitender Medizinaldirektor Dr. Gottfried Wehner, weiterhin dem Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, Professor Dr. Karl-August Bushe, und den Dekanen der Medizinischen Fakultäten aus Erlangen-Nürnberg und München, Professor Dr. Volker Becker und Professor Dr. Hans-Werner Pabst, zugleich auch einer großen Zahl von Ordinarien und Abteilungsleitern der Kliniken und Institute der Würzburger Universität.

Anschließend begrüßte Professor Dr. Sewering den Präsidenten des Bayerischen Obersten Landesgerichts, Professor Dr. Walter Odersky, den Vizepräsidenten und Vorsitzenden des Landesoberstufenorgans für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht, Johann Zitzmann, den Vizepräsidenten des Bayerischen Landessozialgerichts, Karl Englert, ferner den Präsidenten des Sozialgerichts Nürnberg, Dr. Konrad Zolles, und den Vorsitzenden des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München, Richter Ernst Wolf, den Vizepräsidenten des Sozialgerichts Würzburg, Rudolf Zeuch, sowie weitere Mitglieder dieser Gerichte.

Danach hieß er den Oberbürgermeister der Residenzstadt Würzburg, Dr. Klaus Zeitler, und weitere Mitglieder des Stadtrates willkommen. Als Vertreter der örtlichen Kirchen waren anwesend: Domkapitular Wahl und Pfarrer Wachsmuth, weiter der Vizepräsident der Bayerischen Versicherungskammer, Dr. Hanns Winkhofer, und der Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Abteilungsdirektor Walter Albrecht.

Aus dem Kreise der Vertragspartner begrüßte Professor Dr. Sewering den Vorstandsvorsitzenden des Landesverbandes der Ortskrankenkassen, Dr. Fritz Schenk, den Geschäftsführer Direktor Hans Sitzmann und die Abteilungsdirektoren Herbert Schmaus und Eduard Ziegler; vom Landesverband der Betriebskrankenkassen den 1. und 2. Vorsitzenden, Gustav Heinz und Oswald Kunzemann, sowie die Direktoren Gerhard Wunderlich und Otto Schrödl; vom Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern den 1. Vorsitzenden, Willi Pokörn, und den 2. Vorsitzenden, Josef Felner, sowie die Geschäftsführer Herta Holmer

und Herbert Fischer; von der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Oberbayern die Vorsitzenden Josef Holzer und Josef Berger und Direktor Dr. Alban Breun; vom Landesausschuß der Angestelltenkrankenkassen den Vorsitzenden, Ludwig Geissinger.

Weiterhin hieß er Staatsminister a. D. Dr. Heinrich Junker und dessen Sohn, den Würzburger Polizeichef, Polizeioberst Hens Junker, willkommen, ebenso Dr. Hermann Breun, Präsident des Verbandes der Freien Berufe, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer und zugleich stellvertretender Vorsitzender des Hertmannbundes.

Ein herzlicher Gruß galt dem Ehrenpräsidenten der Bayerischen Landesapothekerkammer, Apotheker Walter Riemerschmid, dem Vorsitzenden des Bayerischen Apothekervereins, Dr. Walter Leetsch, dem Vizepräsidenten der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, Dr. Hermann König, sowie Dr. Ernst Kleemann und Dr. Edgar Wrana als den beiden Vizepräsidenten der Bayerischen Landes Tierärztekammer, außerdem dem Kommandeur der Akademie des Sanitätswesens der Bundeswehr, Generalarzt Professor Dr. Dr. Franz Gärtner.

Der Präsident konnte weiter seinen herzlichen Gruß Generaldirektor Dr. Hans Karl Jäkel von der Vereinigten Krankenversicherung und dessen Organisationsdirektor, Hans-Joachim Seidelmann, entbieten, von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Direktor Winfried Kahlich, vom Bayerischen Roten Kreuz dem Landesgeschäftsführer Ministerialrat a. D. Heinrich Hiedl, dem Leiter des Bayerischen Landesinstitutes für Arbeitsmedizin, Leitender Medizinaldirektor Dr. Rolf Zimmer, ebenso wie den Vertretern der Krankenkassen im Bereich Unterfranken.

Aus dem Kreis der ärztlichen Kollegen widmete Professor Dr. Sewering dem Träger der Percellus-Medaille, Ministerialdirigent a. D. Dr. Erich Hein, herzliche Begrüßungsworte, wie auch dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, zugleich Präsident der Ärztekammer Bremen, Dr. Karsten Vilmar, und dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Professor J.F. Volred Deneke, ferner dem Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Dr. Franz-Josef Große-Ruyken. Der Präsident begrüßte anschließend Dr. Gabriel Meyer vom Verband der Privatkrankenanstalten in Bayern und den Geschäftsführer, Rechtsanwalt Heinz Rottmann, sowie die Präsidenten und Vorsitzenden der Berufsverbände auf Bundesebene, so Dr. Klaus Michael Hahn, Vorsitzender des Bundesverbandes der Belegärzte, Konsul Dr. Dr. Franz Hochreiter vom Bundesverband der Deutschen Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dr. Eduard Koschede vom Berufsverband der Frauenärzte, Dr. Klaus Wallnöfer vom Berufsverband der Deutschen Radiologen und Nuklearmediziner und den Vorsitzenden des Verbandes der niedergelesenen Ärzte Deutschlands, Dr. Erwin Hirschmann. Professor Dr. Sewering hieß weiterhin die Repräsentanten der Landesverbände des Hartmannbundes, des Merburger Bundes, des Bayerischen Medizinbeamtenvereins, der Vereinigung der praktischen und Allgemeinärzte Bayerns und des Bayerischen Ärztinnenbundes willkommen.

Anschließend galt der Gruß des Präsidenten allen anwesenden Trägern des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft, den Damen und Herren Delegierten und den Mitgliedern des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer, den Mitgliedern der Vertreterversammlung und des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und insbesondere Kollegen Dr. Werner Rötter, Vorsitzender der Bezirksstelle Unterfranken, und zuletzt auch den Mitgliedern der Geschäftsführungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und ihrer Bezirksstellen.

EntschlieBungen des 36. Bayerischen Ärztetages

Geburtshilfe in Bayern

Der 36. Bayerische Ärztetag ist der Auffassung, daß eine zeitgemäße Geburtshilfe nur an geburtshilflichen Abteilungen von Krankenhäusern und Kliniken sichergestellt ist, die über die entsprechenden personellen und apparativen Voraussetzungen verfügen. Die Forderung nach Senkung der Sterblichkeit Neugeborener auf einen optimalen Wert ist mit der Aufrechterhaltung von Kleinstabteilungen für Geburtshilfe nicht vereinbar.

Die in der Kommission für Perinatalogie der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mitarbeitenden Geburtshelfer und Kinderärzte weisen nachdrücklich auf die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den wissenschaftlichen Gesellschaften und dem Berufsverband der Frauenärzte gemeinsam erarbeiteten Richtzahlen hin, nach denen für eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe eine Mindestzahl von 300 Geburten pro Jahr an diesen Abteilungen gefordert werden. Diese Richtzahl liegt immer noch erheblich unter den internationalen Vorstellungen und ist nur als Zugeständnis an einen „bürgerliche Geburtshilfe“ in einem Flächenstaat zu verstehen. In diesem Sinne faBta auch der Krankenhaus-Planungsausschuß beim Bayerischen Arbeits- und Sozialministerium einen einstimmigen Beschluß.

Die Fortschritte in der Geburtshilfe in Bayern im Sinne einer Qualitätsverbesserung belegt das Ergebnis der Bayerischen Perinatalerhebung 1982. In den hier freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern und Kliniken – 75 Prozent der bayerischen Krankenhäuser und Kliniken – mit erfaBten 93 104 Geburten (von 117 075)

wurde eine perinatale Sterblichkeit von 7,87 Promille im Rahmen dieser freiwilligen Qualitätssicherung erreicht. Dem steht für Bayern insgesamt, laut Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, eine Sterblichkeit von 8,67 Promille in Bayern gegenüber. Das bedeutet, daß die 20,5 Prozent der von uns nicht erfaBten Geburten (23 971) eine Erhöhung der Neugeborenensterblichkeit in Bayern von 7,87 auf 8,67 Promille bewirken!

Wenn in Kleinkrankenhäusern nur jede Woche oder gar noch seltener eine Geburt vorkommt – in sieben Häusern sind es pro Jahr weniger als zehn –, dann läßt sich die Senkung der Neugeborenensterblichkeit auf einen optimalen Wert, wie wir Ärzte ihn gemeinsam mit den Politikern fordern müssen, beim besten Willen nicht erzielen.

Der 36. Bayerische Ärztetag fordert alle politisch Verantwortlichen in Bayern auf, im Interesse unserer Bürger die Bemühungen zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Geburtshilfe, die den heute möglichen Anforderungen gerecht wird, zu unterstützen.

Bayerische Neonatalerhebung

Der 36. Bayerische Ärztetag appelliert an die Kinderkliniker Bayerns, an der Bayerischen Neonatalerhebung teilzunehmen.

Mit diesem konsequenten weiteren Schritt der Qualitätssicherung in der Geburtshilfe will die bayerische Ärzteschaft erneut einen freiwilligen Beitrag leisten für die optimale ärztliche Versorgung der Bürger unseres Landes.

Die Bayerische Neonatalerhebung wurde auf Anregung der Kommission für Perina-

tologie der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eingeführt. Sie befaßt sich mit der Dokumentation der wichtigsten Daten Neugeborener, die während der ersten zehn Lebenstage in eine Kinderklinik aufgenommen werden. Die Kommission für Perinatalogie wird – erweitert um einen Pädiater – die Betreuung der Neonatalerhebung übernehmen. Die Entwicklung des Erhebungsbogens und der dazugehörigen Programme wird vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik finanziell unterstützt. Die Bayerische Krankenhausgesellschaft hat den Kinderkliniken eine Teilnahme empfohlen, die Kassen haben der Einbeziehung dieser Kosten in den Pflegesatz zugestimmt. Durchführung und organisatorischer Ablauf der Neonatalerhebung werden an die Verfahren der Perinatalerhebung angeglichen. Die beteiligten Kliniken erhalten für jedes Erhebungsjahr die ausgewerteten Ergebnisse des eigenen Hauses und der Gesamtheit der Teilnehmer.

Kindarvorsorgeuntersuchungen in Bayern

Der Deutsche Bundestag hat 1971 die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen als Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt und den ambulanten Leistungen der kassenärztlichen Versorgung zugeordnet. Den Kassenärztlichen Vereinigungen wurde zugleich die Verpflichtung auferlegt, die von den teilnehmenden Ärzten ausgefüllten Dokumentationsbögen zu sammeln und auszuwerten. Damit war erstmalig eine umfassende Aussage über den Gesundheitszustand der Neugeborenen und Kleinkinder möglich. Leider hat der Bundestag ab 1982 „als Sparmaßnahme“, die von vornherein als sinnlos und gefährlich zu erkennen war, die beiden ersten Untersuchungen unmittelbar nach der Geburt und in den ersten Lebens-

bei allen Erscheinungsformen vegetativer Störungen

Zusammensetzung

1 Dragée enthält: Ergotamintartrat 0,1 mg, Ergotoxinphosphat 0,12 mg, Hyoscyamin 0,087 mg, Scopolaminbromid 0,003 mg, Phenobarbital 20 mg.

Indikationen

Neurovegetative Störungen wie z. B. Erregungszustände, Unruhe, Reizbarkeit, Erröten, Schweißausbrüche, Wetterfühligkeit, nervöse Schlafstörungen, nervös bedingte Magen-Darm-Beschwerden, Reizblase. Zustände bei psychischen Belastungen, Angstneurosen, Angstgefühle, Schwindelerscheinungen, psychoneurotische Zustände und vegetative Neurosen.

Kontraindikationen

Gravidität, Laktation, GefäBkrankungen, schwere Zerebralsklerose, Engwinkelglaukom, akute hepatische Porphyrrien, schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen, Prostataadenom mit Restharnbildung.

Nebenwirkungen

Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion (Wärmestau!), Tachykardie, Secalealkaloid-bedingte Nebenwirkungen sind aufgrund der niederen Dosierung nicht zu erwarten.

Hinweis

Dieses Arzneimittel kann das Reaktionsvermögen z. B. im Straßenverkehr oder beim Bedienen von Maschinen beeinträchtigen; dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

Handelsformen und Preise

10 Dragées DM 2,87
20 Dragées DM 5,03
50 Dragées DM 11,80
100 Dragées DM 20,53



VERLA-PHARM Arzneimittelfabrik 8132 TUTZING

tegen (sogenannte U1 und U2) als ambulante zu erbringende Leistungen, die bei hauptamtlichen Krankenhausärzten der Nebentätigkeit zugeordnet waren, gestrichen und den stationären Krankenhausleistungen zugeordnet.

Ein Blick in die seitherige Entwicklung zeigt bestürzende Tatsachen. Die Erfassung senk bei der U1-Untersuchung von einer Dokumentationsquote von 75 Prozent (1973) auf 22,5 Prozent (1982), bei der U2-Untersuchung von 76,63 Prozent (1973) auf 35,22 Prozent (1982) ab.

Es läßt sich keine Aussage darüber machen, ob diese Untersuchungen nunmehr entweder überhaupt nicht mehr ausgeführt werden, oder ob die Ausfertigung der Dokumentationsbögen sowie deren Weiterleitung in so großem Umfang unterbleibt. Der dringend notwendige Gesamtüberblick über die gesundheitliche Situation der Neugeborenen und Kleinkinder geht dadurch verloren.

Der Bayerische Ärztetag appelliert an die Krankenhausärzte, für eine umfassende, lückenlose und qualifizierte Durchführung der U1- und U2-Untersuchungen Sorge zu tragen. Neben der Durchführung selbst muß aber auch die Dokumentation erfolgen und die Bögen müssen – wie in den Jahren 1972 bis 1980 – an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns eingereicht werden.

Nachdem auch die Inanspruchnahme der weiteren Untersuchungsprogramme (U3 bis U6 nach wie vor bei rund 75 Prozent, U7 bei 66 und U8 bei 60 Prozent) viel zu gering ist, appelliert der Bayerische Ärztetag zuerst an das Verantwortungsbewußtsein aller Eltern und fordert sie auf, die Nachfolgeuntersuchungen von der sechsten Woche bis zum vierten Lebensjahr im Interesse ihrer Kinder lückenlos durchführen zu lassen. Nur die Früherkennung und Frühbehandlung von Erkrankungen oder Behinderungen gewährleisten, daß den Kindern rechtzeitig alle Möglichkeiten moderner Medizin zu kommen und ihnen in vielen Fällen des Lebensschicksal des behinderten Menschen erspart bleibt.

„Der Gesetzgeber wird aufgefordert, diese fehlerhafte und der Gesundheit unserer Kinder abträgliche sogenannte ‚Sparmaßnahme‘ unverzüglich rückgängig zu machen.“

Schutzimpfungen für alle

Der 36. Bayerische Ärztetag appelliert an unsere Bevölkerung und insbesondere an die Eltern, bei Kindern und Jugendlichen die unverzichtbaren Impfungen rechtzeitig und regelmäßig durchführen

zu lassen. Nur durch einen lückenlosen Impfschutz kann gegen zahlreiche und vermeidbare Infektionskrankheiten wirkungsvoll vorgebeugt werden. Es muß Eltern eine selbstverständliche Pflicht sein, von dieser Möglichkeit zur Verbesserung der ambulanten und bürgernahen ärztlichen Versorgung im Interesse ihrer Kinder vermehrt Gebrauch zu machen.

Seit drei Jahren werden von den bayerischen Kassenärzten nach Abschluß einer Rahmenvereinbarung mit allen gesetzlichen Kassen und den Ersatzkassen diese Impfungen gegen Diphtherie, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln und Wundstarrkrampf auf Krenkenscheln – also kostenlos – angeboten, ebenso wie die Reichtisprophylaxe, mit der krankhafte Veränderungen am Skelettsystem bei Säuglingen und Kleinkindern vermieden werden können. Der Bayerische Ärztetag weist insbesondere auch auf die Bedeutung der Rötelnimpfung zur Verhinderung schwerer kindlicher Mißbildungen hin, die auftreten können, wenn Frauen während der Schwangerschaft an Röteln erkranken.

Die Ärzte Bayerns werden gebeten, ihre Patienten in geeigneter Weise auf diese Möglichkeiten hinzuweisen.

Schweigepflicht gegenüber Privatversicherungen

Der Arzt darf Privatversicherungen nur insoweit Auskunft über den Patienten erteilen, als er von der Schweigepflicht entbunden ist.

Dazu wird empfohlen:

1. Wenn Lebensversicherungsgesellschaften und private Krankenversicherungen des Patienten zum Zwecke des Abschlusses und der Abwicklung von Versicherungsverträgen Anfragen an den Arzt richten, kann sich der Arzt damit begnügen, daß die Versicherung anstelle der Übersendung der Entbindungserklärung des Patienten in dem Auskunftsersuchen lediglich auf das Vorliegen einer Erklärung hinweist und den Inhalt der Erklärung wörtlich aufführt.

2. Bei Anfragen von Haftpflichtversicherungen sollte sich der Arzt hingegen die Entbindungserklärung des Patienten für jeden konkreten Fall der Auskunft vorlegen lassen.

Der Vorstand wird gebeten, sich gegenüber den Versicherungsunternehmen dafür einzusetzen, daß nur solche Vordrucke für Patientenerklärungen von den Versicherungen verwendet werden, die den rechtlichen Anforderungen an eine wirksame Entbindung von der Schweigepflicht voll entsprechen.

Arzt und Behindertensportgruppen (Therapeutischer Sport)

Zusammenwirken von Ärzten, Gruppen (Träger) und Kostenträger

Der Behindertensport ist nach den gesetzlichen Bestimmungen des „Sozialgesetzblattes“ (SGB) und der Gesamtvereinbarung über den ambulanten Behindertensport vom 1. Juli 1981 eine Leistung der gesetzlichen Sozialversicherungsträger im Rahmen von Therapie und Rehabilitation. Der Behindertensport – unter ärztlicher Aufsicht und mit qualifizierten Übungsleitern – stellt eine wertvolle, die Therapie ergänzende Leistung oder die Rehabilitation beschleunigende Maßnahme dar.

In Bayern bestehen landesweit Behindertensportgruppen mit den Behindertensportarten: Gymnastische Übungen, leichtathletische Übungen, Schwimmen, Bewegungsübungen in Gruppen, Koronarsport, bewegungstherapeutische Übungen für Rollstuhlfahrer, athemtherapeutische Übungen.

Ein Verzeichnis der Gruppen, unterteilt nach Regierungsbezirken, wird die „Arbeitsgemeinschaft Behindertensport in Bayern“ unter der Federführung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns noch im Herbst 1983 auflegen. Für die Teilnehmer in Gruppen, die in diesem Verzeichnis aufgeführt sind, gewähren die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger oder die Berufsgenossenschaften nach ärztlicher Verordnung Zuschüsse.

Weil die Verantwortung des Arztes für diese Behindertensportgruppen bzw. den dort ausgeübten Behindertensport unverzichtbar ist, ergeht an alle bayerischen Ärzte, insbesondere an die niedergelesenen Kollegen, die eindringliche Bitte, den Behindertensport in ihre therapeutischen Maßnahmen einzubeziehen, mit den ärztlichen Leitern dieser Gruppen kollegial zusammenzuarbeiten und nach Möglichkeit in solchen therapeutischen Gruppen aktiv mitzuarbeiten und diese zu leiten.

Arzt und Behindertensportgruppen (Therapeutischer Sport)

Der Bayerische Ärztetag begrüßt die Feststellungen der „Arbeitsgemeinschaft Behindertensport in Bayern“ zur Durchführung des Behindertensportes, daß nämlich

– die für die Durchführung von Behindertensportmaßnahmen erforderlichen medizinischen Befunde unmittelbar nach stationären Rehabilitationsmaßnahmen in der Regel ausreichend sind,

- der verordnende Arzt die medizinische Verantwortung bezüglich der Leistungsfähigkeit des Behinderten trägt,

- der Träger einer Behindertensportgruppe (Sportverein, Volkshochschule u. e.) nicht berechtigt ist, vom verordnenden Arzt bestimmte Untersuchungen zu fordern und eine Befundübergabe an den Träger nicht erfolgen kann,

- es insoweit allein dem ärztlichen Kollegialgespräch zwischen verordnendem Arzt und dem die Behindertensportgruppe leitenden Arzt überlassen bleibt, welche Befunde gegebenenfalls erforderlich sind, oder gegebenenfalls im Verlauf des Behindertensportes nacherhoben werden sollen und wie die Befundübermittlung stattfindet.

Der Bayerische Ärztetag sieht in einer guten kollegialen Zusammenarbeit von verordnendem Arzt und ärztlichem Leiter einer Behindertensportgruppe (Gruppenarzt) durch ständigen ärztlichen Dialog die Grundlage für einen größtmöglichen Erfolg dieser sportlichen Therapie, wobei hier in besonderem Maße dem Hausarzt umfassende Betreuung und Verantwortung zukommen.

Der Bayerische Ärztetag begrüßt in diesem Zusammenhang die Aktivitäten der „Ländeserbeitsgemeinschaft für kardiolo-

gische Prävention und Rehabilitation in Bayern“ zur Bildung und Betreuung von Koronargruppen und zur speziellen Ausbildung von Übungsleitern. Er appelliert an die bayerischen Ärzte, insbesondere die niedergelassenen Kollegen, mit Koronar- und anderen therapeutischen Gruppen verstärkt zusammenzuarbeiten und - wenn möglich - solche Gruppen ärztlich zu betreuen.

Der Bayerische Ärztetag appelliert an die Kostenträger, die Durchführung dieser sportlichen Therapieform „Behindertensport“ durch leistungsgerechte Zuschüsse zu ermöglichen und zu gewährleisten.

Kinderheilkunde wieder verbindliches Prüfungsfach

Der 36. Bayerische Ärztetag fordert die Bayerische Staatsregierung dringend auf, darauf hinzuwirken, daß das Gebiet der Kinderheilkunde wieder verbindliches Prüfungsfach (Hauptfach) neben den Gebieten Innere Medizin und Chirurgie wird.

Da insbesondere auf dem Lande ein wesentlicher Teil der ärztlichen Versorgung von Kindern bei den Allgemeinärzten liegt, die Weiterbildung zum Allgemeinarzt eine Weiterbildung in Kinderheilkunde nicht zwingend vorschreibt,

müssen die entsprechenden Kenntnisse während der Ausbildung erworben und auch nachgewiesen werden.

Vorbereitungszeit vor der Aufnahme einer selbständigen ärztlichen Tätigkeit

Der Bayerische Ärztetag weist darauf hin, daß schon seit 1931 vor der Aufnahme einer selbständigen ärztlichen Tätigkeit eine dreijährige Vorbereitungszeit für notwendig gehalten wurde. Lediglich in der Zeit zwischen 1933 bis 1945 und dann ab 1970, besonders aber von 1977 an, glaubte man, eine kürzere Vorbereitungszeit verantworten zu können.

Er erwartet, daß bei künftigen Regelungen - unter Berücksichtigung der heutigen Verhältnisse während der Ausbildung und im Hinblick auf die Anforderungen, welche an einen niedergelassenen Arzt bzw. an einen Kassenarzt gestellt werden müssen - eine ausreichende Vorbereitungszeit festgesetzt wird.

Fortbildungsumfrage an alle Ärztlichen Kreisverbände

Die Bayerische Landesärztekammer - Akademie für ärztliche Fortbildung - versendet an die Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände Bayerns zum Jahres-

mastodynon®

bei MASTODYNIE und fibrozystischer MASTOPATHIE


bionorica
GmbH

8500 NÜRNBERG 1

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

erfang 1984 die vorliegende Fortbildungsumfrage in ausreichender Zahl. Die Vorsitzenden werden aufgefordert, diese in geeigneter Form zu verteilen, sei es direkt bei ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, sei es in einem Brief an die Mitglieder oder als Beilage zur Einladung für ärztliche Fortbildungsveranstaltungen.

Die Ärztlichen Kreisverbände werden gebeten, diese Aktion zu unterstützen und den Rücklauf der anonymen Fortbildungsumfrage bis Ende März 1984 an die Bayerische Landesärztekammer sicherzustellen.

Schwerpunkthemen in der ärztlichen Fortbildung

Der 36. Bayerische Ärztetag regt an, daß die Akademie für ärztliche Fortbildung sich in Zukunft schwerpunktmäßig auch mit den Fragen der präventiven Medizin befaßt.

Es gibt deutliche Hinweise dafür, daß alternative Gruppen (z. B. Gesundheitsläden) und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe sich auf diesem Gebiet betätigen. Der Bayerische Ärztetag stellt fest, daß es sich hier im wesentlichen um eine rein ärztliche Aufgabe handelt.

Selbsteinweisung

Der 36. Bayerische Ärztetag bedauert, daß die gesetzliche Krankenversicherung bisher der Aufforderung nicht nachgekommen ist, das Material zur Verfügung zu stellen, das eine Beurteilung der Krankenhausaufnahmen und eine Klärung der erhobenen Vorwürfe bezüglich der sogenannten „Selbsteinweisungen“ gestattet.

Es soll dabei sowohl geprüft werden, ob bei den aufgenommenen Patienten kassenärztliche Einweisungsscheine vorliegen und die Einweisungen begründet waren, als auch bei Aufnahmen ohne kassenärztlichen Einweisungsschein, ob die Aufnahme gerechtfertigt war, gegebenenfalls auch, ob der Kassenarzt die Einweisung zu Unrecht verweigerte.

Nur eine objektive Klärung des Sachverhaltes durch Ärzte kann allen Beteiligten weiterhelfen. In der Darstellung des Materials sollte das Wort „Selbsteinweisung“ durch den Begriff „Aufnahme ohne Einweisungsschein“ ersetzt werden.

Erhalt der Fachkliniken für Erkrankungen der Atmungsorgane

Die in Bayern vorwiegend in Trägerschaft der Landesversicherungsanstalten bestehenden Fachkliniken für Erkrankun-

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 das Ihrer Meinung nach treffendste Fotomotiv, das Sie selbst aufgenommen haben.

Aus allen Einsendungen, die bis 31. 12. 1983 bei uns eingehen, wird eine Jury die 10 ausdrucksstärksten Motive wählen. Daraus wird dann eine Fotomappe »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.

Jahresbeiträge sparen harte DM.

Als Privatversicherter hat man die Möglichkeit 4% Beitrag zu sparen. Monatliche Zahlung wäre teurer. Denn gerade bei Jahreszahlung gibt die Vereinigte 4% Skonto auf den Beitrag.

Zusätzlicher Schutz durch die Reise-Krankenversicherung.

Gerade für Skifahrer und Winterurlauber bietet sich die Reise-Krankenversicherung der Vereinigten an. Das Skiunfall-Risiko ist zwar mit dem Arzttarif der Vereinigten abgedeckt, aber viele Ärzte haben die Ambulant-Behandlung nicht versichert oder hohe Selbstbehalte vereinbart. Vor diesen Kosten schützt die Reise-Krankenversicherung der Vereinigten. Zusätzlich beinhaltet die Reisepolice einen Rückhol-Service. Sicherer Schutz für nur DM 0,60 pro Person und Reisetag.

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.

gen der Atmungsorgane tragen im gegliederten System der Krankenanstalten wesentlich zur Versorgung dieser Kranken bei.

Die allgemeinen Krankenhäuser können diese Aufgabe bei der Zunahme der Volkskrankheiten chronische Bronchitis, Lungenemphysem, Asthma bronchiale und Bronchiafkarzinom sowie die Behandlung der offenen Lungentuberkulose in den letzten Jahren nicht vollwertig übernehmen. Hochqualifizierte Einrichtungen und spezialisiertes Personal sorgen in den bisherigen Einrichtungen nicht nur für optimale Krankenbetreuung, sondern gewährleisten darüber hinaus die dringend notwendige Weiterbildung im Teilgebiet Lungen- und Bronchiafheilkunde, ohne die das hohe Niveau der deutschen Pneumologie nicht gehalten werden kann.

Unabhängig von der derzeitigen Diskussion über die zukünftige Kostenzuständigkeit für Tbc-Kranke fordert der Bayerische Ärztetag alle beteiligten Institutionen, Gesetzgeber, staatliche und regionale Behörden, Versicherungsanstalten und Krankenkassen auf, durch entsprechende Vereinbarungen die genannten Einrichtungen weiterhin zur Versorgung von Lungen- und Bronchialerkranken zu erhalten und zu fördern.

Überarbeitung der Förderrichtlinien des Freistaates Bayern für soziale Dienste für psychisch Kranke und Behinderte

(sogenannte „sozial-psychiatrische Dienste“ – s. auch 1. Bayerischer Landespsychiatrieplan, S. 46)

Aus dem Erkenntnis heraus, daß in der Psychiatrie zugleich mit dem Beginn eines Beratungsgesprächs jeweils auch unvermeidlich Diagnostik und Therapie stattfinden, fordert der Bayerische Ärztetag aufgrund der seit 1980 mit den mittlerweile 37 „sozial-psychiatrischen Diensten“ in Bayern gemachten Erfahrungen die Verantwortlichen auf, drei Grundsätzen wieder Geltung zu verschaffen:

1. Ausdrücklich soziale Aufgabenstellung der Dienste für psychisch Kranke und Behinderte sowie entsprechende Kennzeichnung der Tätigkeiten Ihrer Helfer statt Vorhaltung multidisziplinärer Teams, weil es bei der ambulanten Betreuung um die praktische Zusammenarbeit verschiedener Helferguppen geht und nicht um die Diskussion von Therapiemodellen einer alternativ-Psychiatrie.

2. Prinzipielle Zuordnung aller Helfer bei der ambulanten Betreuung von psychisch Kranken und Behinderten zu denjenigen, die den kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag haben, statt FI-

Vereinigte Versicherungsgruppe

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

Als meinen Beitrag zum Ärzte-Fotowettbewerb lege ich ein Foto bei. Format 13 x 18 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 15. 12. 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 5
Postfach 2013 20
8000 München 2



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Akutes Abdomen

Der Notfall: Mesenterialinfarkt (Mesenterialembolie – Mesenterialthrombose)

bearbeitet von Professor Dr. G. Simonis und Professor Dr. E. H. Farthmann, Homburg/Saar

Symptomatik:

Charakteristisch ist ein heftiger, meist schlagartig einsetzender Abdominalschmerz, der den Patienten überraschend trifft, in der Regel aber nach wenigen Stunden abklingt. In diesem sog. Stadium I ist eine klinische Diagnostik nahezu unmöglich. Entscheidend ist das „DARAN DENKEN“ bei Patienten mit emboliefähigen Herzvorerkrankungen wie einer Rhythmusstörung, einem durchgemachten Myokardinfarkt, Herzwandaneurysma, Vorhofflimmern und bei thrombosegefährdeten Patienten (Antikonzeptiva). Das Abdomen ist weich, ohne Druckschmerz und Resistenz. Die Peristaltik ist regelrecht oder gering vermehrt. Gelegentlich weist bereits in diesem frühen Stadium eine Leukozytose auf ein infarziertes Darmsegment hin. Erst im nächsten Stadium, welches durch eine Durchwanderungsperitonitis gekennzeichnet ist, zeigt sich das Bild eines akuten Abdomens. Jetzt ist höchste Eile geboten, da nur eine rasche Laparotomie mit Resektion des gangränösen Darms die vitale Bedrohung beseitigen kann. Eine arterielle Rekonstruktion kann nur im Frühstadium das lebensgefährliche Bild beherrschen.

Anamnese:

In der Vorgeschichte ist auf den plötzlichen Abdominalschmerz bei vorhandener Emboliequelle und schwerer allgemeiner Gefäßsklerose mit Beteiligung der unpaaren Baucharterien (abdominale Gefäßgeräusche!) zu achten. Bei Vorliegen eines akuten Abdomens durch eine Mesenterialischämie ist meist ein symptomloses Zeitintervall von 24 bis 48 Std. zu eruieren. Bei der akuten arteriellen Thrombose der Baucharterien lassen sich gelegentlich vorbestehende Beschwerden im Sinne einer Angina abdominalis erfragen. Bei Frauen kann eine Thrombophilie bestehen.

Sofortdiagnostik:

Nach der Untersuchung des Abdomens (Art der Peristaltik, Gefäßgeräusche usw.), dem Feststellen evtl. Herzrhythmusstörungen und dem Erheben eines allgemeinen Gefäßstatus erfolgt im Verdachtsfall die weitere apparative Diagnostik nach Klinikeinweisung. Von der röntgenologischen Abdomenleeraufnahme über die Laparoskopie und die evtl. Angiographie bis zur Probelaparotomie sollte möglichst wenig Zeit verlorengehen.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Im begründeten Verdachtsfall ist neben einer absoluten Nahrungskarenz eine Schockprophylaxe durch Volumenersatz indiziert. Auf keinen Fall dürfen Antikoagulantien oder Fibrinolytika wegen der erheblichen Blutungsgefahr der nekrotischen Darmschleimhaut gegeben werden.

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

Eine rasche chirurgische Versorgung mit Wiederherstellung der arteriellen Strombahn im Frühstadium oder Darmresektion im Spätstadium ist obligat. Die Verdachtsdiagnose sollte ausreichen, die sofortige Einweisung im Notfallwagen in eine chirurgische Abteilung einzuleiten.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Wegen der vitalen Gefährdung der Kranken ist jeder Zeitverlust zu vermeiden. Der Patient sollte telefonisch angemeldet werden, wobei zusätzlich anamnestische Besonderheiten besprochen werden können.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Die Diagnostik des akut durchblutungsgestörten Darms bereitet im Frühstadium auch dem erfahrenen Chirurgen erhebliche Schwierigkeiten. Er ist auf apparativdiagnostische Verfahren angewiesen, wenn er nicht bei entsprechender Symptomatik und begründetem Verdacht eine sofortige Probelaparotomie durchführt. Weder die Angiographie der unpaaren Bauchartern in 2 Ebenen noch die Laparoskopie können in jedem Fall den Verdacht erhärten oder ganz ausschalten, da auch kleinere Darmsegmente von der Infarzierung betroffen sein können, die bei der Laparoskopie nicht eingesehen und bei der Angiographie nicht dargestellt werden können. Letzte Sicherheit bietet nur die genaue Inspektion bei eröffnetem Abdomen.

Erfahrungen aus sechs Jahren sozialer Beratung nach § 218 b StGB

von Dr. phil. Fritz Pirk I

Bayerischer Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung

Die Änderung des § 218 StGB hat ihr angegebenes Ziel, durch Beratung und Hilfe die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche entscheidend zu senken, bisher nicht erreicht. Auch 1982 sind die gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche auf 91 064 im Bundesgebiet und 7213 in Bayern weiter angestiegen. Nach wie vor werden erheblich mehr Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt als gemeldet. Um sich einen besseren Überblick über den tatsächlichen Umfang der Schwangerschaftsabbrüche verschaffen zu können, wäre es erforderlich, daß die Meldepflicht sorgfältig gehandhabt wird.

Die relativ hohe Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen und der Anteil der Notlagenindikation, der zur Zeit im Bundesdurchschnitt bei 76,8 Prozent liegt, ist ein deutlicher Hinweis für die vielfältigen Konfliktlagen, in denen sich schwangere Frauen befinden. Die übrigen Indikationen haben dagegen nur eine untergeordnete Bedeutung (allgemeinmedizinische Indikation 16,7 Prozent, psychiatrische Indikation 2,6 Prozent, eugenische Indikation 2,5 Prozent und ethische Indikation 0,2 Prozent). Bei rund zwei Prozent aller durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche traten Komplikationen auf. Dabei sind die Spätfolgen nicht berücksichtigt. Die Abbrüche erfolgten in 77 Prozent der Fälle durch Vakuum-Extraktion und in 19 Prozent der Fälle durch Kürettage.

Bei 41 Prozent der durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche wurde das erste Kind abgelehnt, bei 18 Prozent das zweite und bei 19 Prozent das dritte. 52 Prozent der Schwangeren, die sich zu einem Abbruch entschlossen haben, waren verheiratet. Das bedeutet, daß in vielen Familien bereits das zweite oder dritte Kind nicht mehr akzeptiert wird.

Angesichts dieser Situation kommt der Beratung nach § 218 b StGB bei den 30 anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen und den 74 Gesundheitsämtern in Bayern besondere Verantwortung zu.

Da der überwiegende Teil der Schwangeren von einem Arzt an die anerkannten Beratungsstellen oder an die Gesundheitsämter verwiesen wird, möchte ich in diesem Zusammenhang um Verständnis und Mithilfe bitten. Ich bin davon überzeugt, daß vor allem die Ärzte die entscheidenden Voraussetzungen für eine sinnvolle Beratung schaffen können und sollten. Denn niemandem nützt es, wenn die Schwangerschaftskonfliktberatung – entgegen den gesetzlichen Bestimmungen – zu einer Pro forma-Angelegenheit abqualifiziert wird, am allerwenigsten der Schwangeren selbst. Die Erfahrungen der letzten sechs Jahre bestätigen, daß Frauen ein offenes unverbindliches, aber fachlich qualifiziertes Beratungsangebot gerne in Anspruch nehmen, um sich an neutraler Stelle über das Für und Wider zu treffenden Entscheidungen risikolos aussprechen zu können, und zwar ohne Einfluß auf die spätere Indikationsfeststellung durch den behandelnden Arzt.

Das Gelingen der sozialen Beratung hängt entscheidend davon ab, daß

1. der behandelnde Arzt die Patientin, die an Schwangerschaftsabbruch denkt, *möglichst frühzeitig* zum Besuch einer Beratungsstelle oder des Gesundheitsamtes persönlich in positiver Weise motiviert. Dazu ist es notwendig, daß die Schwangere mit einfühlsamen Worten über Sinn und Zweck der Beratung unterrichtet wird und auch über die medizinischen Risiken des Schwangerschaftsabbruches (§ 218 b Abs. 1 Nr. 2 StGB) genau Bescheid weiß;

2. ferner der Arzt die schriftliche Feststellung über das Vorliegen einer Notlagenindikation erst vornimmt, *nachdem* die Schwangere die Beratungsstelle besucht hat (Art. 6 Bayerisches Schwangerenberatungsgesetz) und damit der sozialen Beratung, die eine gewisse Vorklärung der Situation unter Einbeziehung möglicher persönlicher und finanzieller Hilfen bringen soll, den Vorrang einräumt und

3. schließlich von Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, auf die korrekte Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Wartezeit von mindestens *drei* Tagen *zwischen sozialer Beratung und medizinischem Eingriff* geachtet wird (§ 218 b Abs. 1 Nr. 1 StGB).

Die Motivation zur sozialen Beratung ist gleich Null, wenn die Schwangere bereits eine Bescheinigung darüber in Händen hält, daß ihr aus bestimmten Gründen kein anderer Ausweg als der Schwangerschaftsabbruch bleibt. Es ist auch wenig zweckmäßig, wenn Schwangere die Beratungsstelle mit den Worten aufsuchen, der Arzt habe sie geschickt, um „einen Schein“ abzuholen. Diese Frauen finden sich plötzlich in einer Beratungssituation wieder, auf die sie nicht vorbereitet waren. Die Beratung erscheint dann für viele sinnlos und überholt und gestaltet sich entsprechend schwierig. Sie kann folglich ihren Auftrag, dem Schutz des ungeborenen Lebens zu dienen, nicht mehr erfüllen.

Vielleicht beruht diese bedenkliche Handhabung in der Praxis zum Teil auch auf einem Informationsdefizit über die Arbeit der Beratungsstellen. Ich möchte daher empfehlen, den Kontakt mit der oder den Beratungsstellen in der Umgebung u.a. durch Anforderung von Prospektmaterial und Adressenkärtchen zu intensivieren und einen Erfahrungsaustausch zu pflegen. In jeder staatlich anerkannten Beratungsstelle ist ein qualifiziertes Beraterteam aus Sozialarbeitern, Eheberatern, Psychologen, Juristen und weiteren Honorarkräften tätig. Staatlich und kommunale Zuschüsse decken 80 Prozent der Sach- und Personalkosten ab.

Nach Art. 1 des Bayerischen Schwangerenberatungsgesetzes hat jede Schwangere, gleich in welcher Situation sie sich befindet, einen Rechts-

anspruch auf persönliche Hilfe durch kostenlose Beratung. Deshalb führen die staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen nicht nur Beratungen nach § 218 b StGB über öffentliche und private Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern können, durch, sondern geben auch praktische Hilfestellungen aller Art (z. B. bei der Durchsetzung gesetzlicher Ansprüche, bei der Beschaffung von Unterkunft und Wohnung, bei menschlichen Schwierigkeiten mit dem Ehemann, dem Freund und den Eltern, oder bei Fragen der Kinderbetreuung) und gewähren insbesondere auf schnellem unbürokratischen Wege die Beihilfen der Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“.

In Bayern haben im Jahr 1982 über 30 000 schwangere Frauen (davon 19 400 nach § 218 b StGB) eine Beratung in Anspruch genommen. 22 000 Beratungen entfielen auf die freien Beratungsstellen und 8000 auf die Gesundheitsämter. Insgesamt wurden rund 55 000 kostenlose Beratungsstunden geleistet und 2400 Frauen eine Beihilfe der Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“ ausbezahlt. Für 1983 stehen der Landesstiftung 8,6 Millionen DM für Beihilfen an schwangere Frauen in Notlagen zur Verfügung. Seit der Errichtung der Landesstiftung Ende 1978 hat sie bereits über 10 000 werdenden Müttern während der Schwangerschaft und bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes spürbar geholfen. Dafür wurden bis Juli 1983 insgesamt 24 Millionen DM aufgewendet.

Die Beihilfen der Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“ wurden bisher zu 36 Prozent für die Betreuung des Kindes durch die eigene Mutter oder die Finanzierung einer Haushaltshilfe, zu 26 Prozent für die Erhaltung oder Beschaffung einer familiengerechten Wohnung und zu etwa 36 Prozent für Babyausstattung, Schwangerenkleidung und Haushaltsgüter eingesetzt. Da alleinstehende Schwangere und Mütter viel häufiger in finanzielle Schwierigkeiten geraten, waren sie mit 60 Prozent deutlich stärker an den Beihilfen beteiligt.

Die Beratungstätigkeit hat damit einen Umfang von beachtlicher familien- und sozialpolitischer Bedeu-

tung angenommen. Um so mehr gelten unsere Bemühungen einer ständigen quantitativen und qualitativen Verbesserung des Beratungsangebotes. In diesem Sinne möchte ich für jede engagierte Mithilfe, die den Beratungsstellen und Gesundheitsämtern bei der Erfüllung ihrer schwierigen Aufgaben zur Verfügung gestellt wird, meinen besonderen Dank aussprechen. Ich verbinde damit die Überzeugung, daß die Ärzteschaft auch künftig zu einem verantwortungsbewußten Einsatz zum Schutz des ungeborenen Lebens bereit ist. Anregungen und Wünschen, wie die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen und den Gesundheitsämtern verbessert werden könnte, stehe ich jederzeit offen gegenüber. Schließlich würde ich es sehr begrüßen, wenn die Arbeit der Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“ auch von privater Seite durch Spenden unterstützt wird (Spendenkonto Nr. 2727277 bei der Bayerischen Vereinsbank München, BLZ 70020270; Spendenbescheinigung wird übersandt). Die 30 staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen, deren Anschriften nachstehend abgedruckt sind, nehmen auch gerne geeignete Sachspenden (wie Schwangerenbekleidung, Babybedarf aller Art) entgegen.

Anschriften der staatlich anerkannten Beratungsstellen

- 8450 Amberg, Studentenplatz 2
Telefon (096 21) 130 47
- 8750 Aschaffenburg, Badergasse 7
Telefon (060 21) 152 06
- 8900 Augsburg, Äußere Uferstraße 49
Telefon (0821) 4122 74
- 8900 Augsburg, Frauentorstraße 2
Telefon (0821) 5133 96
- 8600 Bamberg, Herzog-Max-Straße 5
Telefon (0951) 255 11
- 8580 Bayreuth, Schulstraße 15
Telefon (0921) 204 83
- 8630 Coburg, Leopoldstraße 61-63
Telefon (09561) 1301-05
- 8360 Deggendorf, Luitpoldplatz 21/II
Telefon (0991) 334 80
- 8520 Erlangen, Loewenichstraße 1
Telefon (09131) 862 95
- 8080 Fürstenfeldbruck, Fürstenfelder Straße 14
Telefon (08141) 920 56

- 8510 Fürth, Marienstraße 4
Telefon (0911) 74 1591 und 74 1471
- 8100 Germisch-Partenkirchen, Martinswinkelstraße 13
Telefon (08821) 53001
- 8670 Hof/Saale, Theresienstraße 3
Telefon (09281) 1741
- 8070 Ingolstadt, Kanelstraße 18
Telefon (0841) 324 88
- 8045 Ismaning, Schloßgartenweg 2
Telefon (089) 967220
- 8960 Kempten, Freudentel 5 b
Telefon (0831) 26051
- 8300 Landshut, Freyung 619
Telefon (0871) 28091
- 8940 Memmingen, Lindentorstraße 24/1
Telefon (08331) 5058
- 8000 München 2, Herzogspitalstraße 9
Telefon (089) 2603047
- 8000 München 2, Lendwehrstraße 15
Telefon (089) 591141
- 8000 München 2, Dachauer Straße 90
Telefon (089) 52071
- 8000 München 40, Türkenstraße 103/1
Telefon (089) 399079
- 8500 Nürnberg, Burgstraße 4
Telefon (0911) 162288
- 8500 Nürnberg, Jakobstraße 52
Telefon (0911) 209835
- 8500 Nürnberg, Bucher Straße 21/II
Telefon (0911) 334411
- 8500 Nürnberg, Wurzelbauerstraße 35
Telefon (0911) 553387
(keine Antregstellung Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“ möglich)
- 7910 Neu-Ulm, Eckstraße 3
Telefon (0731) 86133
(Außenstelle von Memmingen)
- 8390 Passau, Obere Doneulände 8/II
Telefon (0851) 50051 und 50052
- 8210 Prien/Chiemsee, Schulstraße 8
Telefon (08051) 1020
- 8400 Regensburg, Adolf-Schmetzer-Straße 2-4
Telefon (0941) 56478
- 8720 Schweinfurt, Friedrich-Stein-Straße 28
Telefon (09721) 1426
- 8720 Schweinfurt, Luitpoldstraße 10
Telefon (09721) 23638
- 8480 Weiden, Luitpoldstraße 3
Telefon (0961) 36663
- 8700 Würzburg, Neutorstraße 11
Telefon (0931) 13811

10. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie in München

Auf der von etwa 1000 Ärzten besuchten Tagung, die von Professor O. Braun-Falco und Professor G. Burg, beide München, geleitet wurde, standen u.a. Themen aus der klinischen Dermatologie sowie verschiedene therapeutische Neuigkeiten auf dem Programm.

In seinem Vortrag über **Pathophysiologie und therapeutische Konsequenzen beim Pruritus** legte Professor G. Stüttgen, Berlin, dar, daß der Weg zur biochemischen Analyse von Mediatoren des Juckreizes traditionell von der Erfassung von Substanzen ausging, welche der Haut zugeführt, einen Pruritus entwickeln lassen. Bislang ist noch ungeklärt, ob durch solche Substanzen direkt die freien Nervenendigungen der sensiblen Formationen gereizt werden oder ob sie indirekt über Auswirkung an anderen zellulären Systemen in der Haut mit der Entwicklung sekundärer Produkte auf die Nervenendigungen als endgültige Stimulatoren der Nociception wirken. Prinzipiell kann ein Juckreiz nur durch Substanzen ausgelöst werden, die intra-epidermal injiziert werden. Bei Injektionen in den subepidermalen Raum verursachen die gleichen Substanzen eine Schmerzempfindung. Deshalb liegt der Verdacht nahe, daß durch die Injektion in die Epidermis nicht nur allein der Diffusionsvorgang zu den nervösen Rezeptoren verändert wird, sondern auch die Möglichkeit der Entwicklung sekundärer Mediatoren besteht.

Wie Stüttgen in einer eigenen Untersuchungsserie feststellen konnte, wird die konstanteste Juckreizauslösung durch Implantation von Stacheln der *Mucuna pruriens* (Juckpulver) in die Haut hervorgerufen. Die Entwicklung eines Juckreizes nach Implantation von *Mucuna*-Härchen auf die Haut geht wellenförmig

innerhalb der nächsten Stunde vor sich. Die besten Responder sind Patienten, die zum atopischen Formenkreis gehören. Dies läßt sich nicht nur dadurch erklären, daß die zu Juckreiz neigende Haut des endogenen Ekzematikers einen höheren Histamingehalt besitzt als die von Kontrollpersonen. Auffällig ist, daß die Intensität der Quaddelbildung unter der Erythementwicklung nicht mit der Intensität des Juckreizes auf Zufuhr solcher Mediatoren positiv korreliert ist. Nicht nur allein Zufuhr führt zu einem Juckreiz, sondern offenbar auch das „Auslaugen“ der Haut, wie der aquagene Pruritus belegt, bei dem nur Wasserkontakt, und zwar unabhängig von der Wassertemperatur, mit einer Freisetzung von Mastzellen und mit intensivem Juckreiz kombiniert ist. Es gilt heute als gesichert, daß das Histamin für den Juckreiz eine Starteraufgabe hat und daß alle Wege, die zum Juckreiz führen, in irgendeiner Weise mit einer Histaminfreisetzung verbunden sind, wobei dieses der Entwicklung sekundärer Mediatoren den Weg bahnt.

Die klinische Erfahrung bestätigt immer wieder, daß Antihistamine beim Pruritus wirksam sind, vorausgesetzt, daß sie in ausreichender Dosis verabreicht werden. Die Möglichkeit der therapeutischen Applikation von Antihistaminen, die mit weniger zentralen unerwünschten Nebenwirkungen gekoppelt sind, hat diese Anschauung unterstützt. Auch Protease-Inhibitoren, wie das hochmolekulare Aprotinin (Trasyol) oder das niedermolekulare Gabexatmesilat (Foy) können Juckreizkrisen beenden, wenn sie in der Lege sind, die strukturellen morphologisch erkennbaren Hautveränderungen, beispielsweise bei einer Urtikaria, zu unterdrücken bzw. zu verhindern. Dies gilt insbesondere für die phy-

sikalischen Urtikarien vom Spättyp. Von den Prostaglandinen ist bekannt, daß speziell das PGE den Juckreiz verstärken kann, auf der anderen Seite ist jedoch über den Einsatz von Prostaglandin-Synthetasehemmern deutlich geworden, daß durch eine solche breitbasige Unterdrückung der Prostaglandine in ihrem gesamten Spektrum der Juckreiz verstärkt werden kann; dies gilt insbesondere für Aspirin und Indometacin.

Nach Stüttgens Erfahrungen gelingt es, mit Antihistaminen die Mehrzahl der Patienten mit Pruritus in den Griff zu bekommen, sofern es sich nicht um ein endogenes Ekzem oder um eine Prurigo nodularis handelt, sondern um eine Urtikaria, die pathophysiologisch mehr durch exsudative Prozesse charakterisiert ist. Kortikoide sind dann von Wert, wenn die jeweilige Hautreaktion mit entsprechender Infiltration in das Spektrum der Kortikoid-Ansprechbarkeit fällt. Sowohl bei Dermatosen als auch bei inneren Erkrankungen, die sich mit Juckreiz in die Haut projizieren, ist der Rückgang der auslösenden Erkrankung entscheidend für das Nachlassen des Juckreizes.

Die Projektion einer psychosomatischen Situation in die Haut und ein damit sich entwickelnder Pruritus läßt sich allerdings nicht ohne weiteres mit Tranquillizern oder Sedativa günstig beeinflussen. In solchen Fällen können jedoch Hautfettung, Anwendung von Bädern, körperliche Bewegung sowie die Zusammenarbeit mit einem psychosomatisch orientierten Therapeuten manchmal Wunder wirken. Eine solche Behandlung benötigt jedoch Zeit, was von den Kassen leider nicht entsprechend honoriert wird.

Die **Hyposensibilisierung bei Wespengift- und Bienengift-Allergie** war das Thema von Professor G. Forck, Münster, der eingangs auf ein interessantes Phänomen aufmerksam machte, welches gewissermaßen das Gegenteil einer allergischen Reaktion ist. Gemeint ist die Tatsache, daß Imker, die jeden Sommer unter Umständen mehrere hundertmal von ihren Bienen gestochen werden, darauf nicht systemisch reagieren und den Stich nicht einmal mit einer Quaddelbildung beantworten, was

bedeutet, daß sie tolerant geworden sind. Als Indikator für eine derartige Toleranz können hohe blenengiftspezifische IgG-Spiegel verantwortlich gemacht werden bei gleichzeitig normalen bzw. sehr niedrigen spezifischen IgE-Spiegeln. Bei der Analyse der spezifischen IgE-Antikörper im Serum von 130 Imkern in Abhängigkeit von der Dauer der Imkertätigkeit konnte der Vortragende ermitteln, daß in den ersten drei Jahren nach Aufnahme der Imkertätigkeit relativ hohe IgE-Werte gemessen werden und daß diese im Lauf der ersten zweieinhalb bis drei Jahre deutlich abfallen, während sich in dieser Zeit gleichzeitig ein hoher Titer an spezifischen IgE-Antikörpern, den sogenannten Schutzantikörpern, aufbaut.

Aus den weiteren Ausführungen von Forck war zu entnehmen, daß durch die Einführung sogenannter reiner Insektengifte die Hyposensibilisierungsbehandlung von Insektengift-Allergikern zu einem außerordentlich erfolgreichen Verfahren geworden ist und daß diese Methode die früher übliche Ganzkörpertherapie völlig verdrängt hat. Sowohl mit einem konventionellen Hyposensibilisierungsschema als auch mit der sogenannten Schnell-Desensibilisierung können heute 98 Prozent der Allergiker erfolgreich behandelt werden. Hierbei erweist sich – nicht zuletzt auch aus ökonomischen Gründen – die sogenannte Schnell-Desensibilisierung als vorteilhaft. Sie kann stationär in der Klinik innerhalb einer Woche durchgeführt werden, die anschließende Weiterbehandlung erfolgt in der Regel beim niedergelassenen Arzt. Nach etwa dreijähriger Behandlung haben sich die Immunparameter bei den Insektengift-Allergikern so gewandelt, daß es berechtigt erscheint, die Hyposensibilisierung zu beenden. Regelmäßige Überprüfungen mit Hilfe von in vitro-Testen erlauben eine laufende Kontrolle der jeweiligen IgE- und IgG-Spiegel bzw. deren Änderungen. Diese Art der Hyposensibilisierung gehört somit zu den erfolgreichsten Therapieverfahren in der Medizin. Einzelne Versager wurden nur dann beobachtet, wenn es nicht zu einer Steigerung des spezifischen IgG kam. Die Gründe hierfür sind noch nicht ausreichend geklärt, möglicherweise spielen hierbei anaphylaktoide Reaktionen eine Rolle.

In seinem Vortrag über **System-Antimykotika** erwähnte Privatdozent M. Dorn, München, daß die Ära der innerlichen Behandlung von Pilzinfektionen 1952 mit der Wiederentdeckung von Griseofulvin (Fulcin u. a.) begann. 1955 erfolgte die erste Zäsur mit Amphotericin B, dem universalen, aber bei systemischer Anwendung auch toxischen Präparat. 1965 wurde das hefewirksame Flucytosin (Ancotil) eingeführt. Neue Dimensionen wurden mit den Imdazol-Derivaten erreicht, mit dem seit 1968 verfügbaren Miconazol (Daktar, Epi-Monistat u. a.) und mit Ketoconazol (Nizoral), das seit zwei Jahren verfügbar ist. Inzwischen sind zwei weitere, systemisch wirksame Triazole in klinischer Prüfung, die von Bayer und Janssen entwickelt wurden.

Im Gegensatz zu der Schwestersubstanz Miconazol wird Ketoconazol oral relativ konstant und gut resorbiert, und zwar ebhängig von saurem Magensaft. Der Abbau erfolgt in der Leber, weshalb eine Behandlung auch bei eingeschränkter Nierenfunktion möglich ist. An die Hautoberfläche kommt die Substanz wahrscheinlich mit dem ekkrinen Schweiß, und nicht wie man anfangs glaubte, mit dem Talg, sie bindet sich dann an Keratinozyten und Oberflächenlipide. Die therapeutische Breite von Ketoconazol ist groß, die Nebenwirkungsrate vergleichsweise gering. Allerdings haben Berichte über toxische Leberreaktionen eine gewisse Beunruhigung ausgelöst: In etwa ein Prozent der Fälle wird ein mäßiger, nach Absetzen der Therapie reversibler Transaminasenanstieg beobachtet. Weltweit wurden bisher 96 Hepatitis-ähnliche Reaktionen bekannt, die in vier Fällen letal verliefen. Der Zusammenhang zwischen Präparat und Leberschädigung war nicht immer eindeutig.

Nach der Darstellung von Dorn hat Ketoconazol bei der Behandlung von kutanen Candidosen eine neue Dimension aufgetan. Dies gilt vor allem für die chronische mukokutane Candidose und auch für die oft therapieresistente Candida-Paronychie. Auch bei den vulvo-vaginalen Candidosen hat die Substanz bei Patientinnen und auch bei Gynäkologen weite Akzeptanz gefunden, hingegen ist sie bei normalem Fluor nicht indiziert.

Bei den Systemmykosen haben sich die anfangs oft hochgestellten Erwartungen hinsichtlich Ketoconazol nicht ganz erfüllt. Bei den meisten Systemmykosen gilt Amphotericin B allein oder in Kombination mit Flucytosin nach wie vor als das Antimykotikum der ersten Wahl; lediglich bei der Parakokzidioidomykose und bei der Histoplasmose hat sich Ketoconazol hinreichend bewährt.

Ein therapeutisches Problem sind immunsupprimierte, neutropenische Patienten, weil sie ein hohes Risiko haben, an opportunistischen Infektionen zu erkranken; so sind bei Leukämiepatienten systemische Candidosen oder Aspergillosen oft die Todesursache. Bei solchen Patienten ist eine Standardprophylaxe mit Polyen-Antibiotika, Nystatin oder Amphotericin B peroral angezeigt. Ketoconazol in niedriger Dosierung hat sich nicht bewährt, weil sich das Erregerspektrum zu Keimem (z. B. Aspergillen, Torulopsis-Hefen) verschiebt, die therapeutisch schwer angreifbar sind.

Zur Behandlung der Dermatophyosen äußerte sich Dorn dahingehend, daß hier Griseofulvin nach wie vor eine Alternative darstellt. Man weiß, was damit machbar ist, man kennt die Grenzen, an diesem Standard müssen sich die lokalen und systemischen Antimykotika messen lassen. Therapieversager haben meist pharmakokinetische Ursachen, selten liegt eine verminderte Empfindlichkeit der Erreger vor, häufiger handelt es sich um eine noch nicht bis in die letzten Einzelheiten geklärte Immunschwäche des Patienten. Die häufigsten Nebenwirkungen von Griseofulvin sind Kopfschmerzen zu Beginn der Behandlung sowie passagere Transaminasenerhöhungen; wirklich Griseofulvin-assoziierte Todesfälle sind bislang nicht bekannt geworden. Man kann davon ausgehen, daß Griseofulvin und Ketoconazol gleichwertig sind. Bei Tinea capitis könnte Ketoconazol weniger wirksam sein, vor allem bei einmalen Dermatophyten, weshalb Kerlon Celsi eher eine Indikation für Griseofulvin bleibt.

Referent:

Dr. med. D. Müller-Plettenberg, Herzkemper Straße 1 a, 5600 Wuppertal 2

8. Oberstaufer Symposium für praktische Onkologie

Am 25. Juni 1983 fand im großen Kur-saal in Oberstaufer/Allgäu unter re-ger Anteilnahme zahlreicher Kollegen aus nah und fern das 8. Oberstau-ferer Symposium für praktische On- kologie statt. Federführend waren das regionale Fortbildungszentrum Oberallgäu und die Schloßbergkli- nik Oberstaufer in Verbindung mit dem Tumorzentrum München und der Arbeitsgemeinschaft zur Förde- rung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V.

Schwerpunkte bildeten Referate über aktuelle Fragen zu onkologi- scher Diagnostik und Therapie. Ein besonderer Akzent wurde ferner auf künftige Entwicklungen der inter- nistischen Tumorbehandlung ge- setzt.

In seinem Einführungsreferat über **Perspektiven der Zytostatiktherapie** wies Professor Dr. U. Fink (I. Medi- zinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar) auf die geradezu stürmische Entwick- lung der medikamentösen Tumor- therapie mit zytostatisch wirkenden Medikamenten hin, die heute neben Chirurgie und Strahlentherapie zu einem integralen Bestandteil der modernen Krebsbehandlung gewor- den sind. Mit ihrer Hilfe kann bei einigen Tumortypen, sogar im fort- geschrittenen Stadium, zumindest bei einem Teil der Patienten eine Heilung erzielt werden (z. B. ALL im Kindesalter, Morbus Hodgkin, maligne Lymphome von hohem Malignitätsgrad, Hoden-, Choriokar- zinom, Burkitt-Lymphom, Wilms- Tumor, embryonales Rhabdomyo- sarkom). Bei anderen, besonders häufig vorkommenden Tumoren (z. B. Mamma-, kleinzelliges Bron- chial-, Ovarialkarzinom u. a.) wer- den häufig Remissionen erzielt und die Überlebenszeit verlängert. Wes- sentlich bescheidener sind die Er- folge der medikamentösen Tumor- therapie bei kolorektalen Karzino- men, nicht-kleinzelligen Bronchial- karzinomen, malignem Melanom, Hypernephrom und Tumoren des Kopf- und Halsbereiches.

Professor Fink wies ferner auf Be- strebungen hin, die Wirksamkeit der

Chemotherapie zu steigern. Dies könnte geschehen durch

- individuelle Dosisanpassung (Be- stimmung der Serumspiegel der ent- sprechenden Medikamente),
- Verbesserung des therapeuti- schen Index durch Verminderung der akuten Toxizität (z. B. hochdo- sierte Methotrexat-Therapie mit Leu- kovorin-Rescue, Inaktivierung to- xischer Metaboliten bei Cyclophos- phamid und Ifosphamid durch Uro- mixetan, Verminderung der Kno- chenmarkstoxizität durch Lithiumcar- bonat),
- Senkung der chronischen Toxizität (z. B. Adriamycin-Dauerinfusion anstelle von Push-Injektionen),
- intrakavitäre Verabreichung,
- Steigerung der Wirksamkeit durch biochemische Manipulationen (se- quentielle Medikamentenverabrei- chung, lokale und allgemeine Hyper- thermie, Verwendung verschiedener Trägersysteme zur Konzentrations- steigerung im Tumor),
- Zytostatikakombinationen mit in vitro-Wirksamkeitstestung,
- neue Substanzklassen sowie die körpereigene Abwehr verstärkende Medikamente.

Über die Wertigkeit der **Tumormar- ker HCG** (= human Choriongonado- tropin) und **AFP** (= Alpha-Fetoprotein) berichtete Privatdozent Dr. K. Mann (Medizinische Klinik II der Uni- versität München im Klinikum Groß- hadern).

AFP ist vor allem in der Diagnostik des primären Leberkarzinoms von großem Nutzen, AFP und HCG haben sich dagegen in Diagnostik und Ver- laufskontrolle gonadaler und extra- gonadaler Keimzelltumoren hervor- ragend bewährt. Die Sensitivität bei- der Tumormarker ist stadienabhän- gig, die Höhe ihrer Titer korreliert mit den Krankheitsverlauf wesent- lich bestimmenden Faktoren, wie Tumormasse, Metastasengröße und Histologie. So wird verständlich, daß beide Marker eine wesentliche Hilfe für Therapieentscheidungen darstel- len und vor allem im Rahmen der Verlaufs- und Therapieüberwachung große Bedeutung besitzen. Sie sind

jedoch nicht als Screening-Verfah- ren zur Suche nach okkulten Tumo- ren geeignet.

Daß die **Schmerzbekämpfung bei Tu- morenkrankungen** häufig noch unzu- reichend beherrscht wird, betonte Professor Dr. A. Struppler (Neurolo- gische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar) in sei- nem Übersichtsreferat. Er wies dar- auf hin, daß Krebschmerzen primär durch den Tumor selbst, sekundär durch Tumorbegleiterkrankungen und/oder durch therapeutische Maß- nahmen entstünden, wobei psychi- sche Faktoren wesentlich zu einer Verschlimmerung des Schmerz- erlebnisses beitragen können.

In der Therapie stünden entspre- chend der Pathogenese des Schmer- zes folgende Möglichkeiten zur Verfügung: Medikamente, Elektro- stimulation, chirurgisch-destruktive Verfahren, Strahlentherapie und psychotherapeutische Methoden. In der Medikationspalette sind bei Schmerzentstehung im Rezeptorbe- reich antiphlogistisch-antipyretisch wirkende Analgetika, bei peripher bedingten Denervierungsschmerzen u. a. etwa Carbamazepin (Tegretal[®], Timonil[®]) oder Clonazepam (Rivo- tril[®]) indiziert, die mit Opioiden und Opiaten, aber auch mit Psychophar- maka und Antidepressiva, je nach klinischem Zustandsbild, kombiniert werden müssen. Besonders verwies der Referent auf die Notwendigkeit, Analgetika, vor allem aber Opiate und Opiolde nach einem festen Zeit- schema zu verabreichen, da häufig nur auf diese Weise eine wirksame Schmerzprophylaxe als wichtigstes Behandlungsziel in der Schmerzbekämpfung zu erreichen ist.

Chefarzt Dr. K. Zellmann (Schloß- bergklinik Oberstaufer im Tumor- zentrum München) referierte über **programmierte Nachsorge bei ga- strointestinalen Tumoren**.

Er stellte für diese Malignome de- taillierte Nachsorgeprogramme vor, wobei der endoskopischen Kon- trolle eine überragende Bedeutung eingeräumt wird. Diese Tatsache konnte eindrucksvoll durch seine Untersuchungsergebnisse an Pati- enten der Schloßbergklinik Ober- staufer, einer onkologischen Klinik, untermauert werden, die eine außer- gewöhnliche Häufung von pathologi- schen Befunden aufdeckten:

Von 101 Patienten mit regionaler Tumoranamnese wurden gastroscopisch 12 Magenkarzinome, ein Ösophagus-Frühkarzinom, bei 95 Patienten zum Teil sehr schwere entzündliche Veränderungen im Anastomosenbereich, im Magencorpus oder im Ösophagus sowie 30mal Erosionen festgestellt. Nur bei drei Patienten lag kein pathologischer Befund vor. Bei 82 Patienten ohne regionale Tumoranamnese fanden sich 10mal ein Ulcus ventriculi, 5mal ein Ulcus duodeni, 13mal Erosionen und 68mal entzündliche Infiltrate, ferner zwei kardianale Ösophaguskarzinome.

Koloskopisch wurden bei 98 Patienten mit regionaler Tumoranamnese 4 Lokalrezidive, 27 entzündliche Infiltrationen, 13 Fadengranulome, 5 polypoide Läsionen sowie bei 41 Patienten 96 Polypen festgestellt, wovon ein Drittel mehr als 4 mm groß waren und in 4 Fällen ein lokales Karzinom aufwies.

Bei 96 Patienten nach Rektumamputation wurde durch den Anus praeter koloskopiert. Es fanden sich insgesamt 31 Polypen (bei 15 Patienten), zweimal metachrone Tumoren sowie eine operationsbedürftige Stenose. Bei 40 Patienten ohne gastrointestinale Tumoranamnese fand sich eine hohe Inzidenz von 26 Polypen (bei 15 Kranken).

Diese Zahlen belegen eindrucksvoll die Notwendigkeit einer programmierten Nachsorge gastrointestinaler Tumoren, da angesichts der derzeitigen unbefriedigenden Therapiemöglichkeiten nur durch Früherkennung eine Verbesserung der Prognose erreicht werden kann.

Chefarzt Dr. G. Sondershaus (Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trissl) und Chefarzt Dr. L. Schmid (Schloßbergklinik Oberstaufen) berichteten über **Erkennung, Verlaufsbeobachtung und Therapiekontrolle von Knochenmetastasen durch das Skelettszintigramm beim Mammakarzinom bzw. beim Prostatakarzinom.**

Sie belegten eindrucksvoll, daß die Skelettszintigraphie mit Technetium 99m-markierten Phosphatkomplexen das empfindlichste bildgebende Nachweisverfahren zur Erkennung von Skelettmetastasen darstellt, aber auch in der Verlaufs- und Therapiebeurteilung von Knochen-

metastasen einen hohen Stellenwert eingenommen hat. Dabei waren beim Mammakarzinom 16,4 Prozent, beim Prostatakarzinom ein Drittel der szintigraphisch erkennbaren Metastasen radiologisch stumm. In der Verlaufskontrolle waren Skelettmetastasen zum Teil mehr als sechs Monate vor dem Röntgenbefund zu identifizieren. Außerdem wurde das Ausmaß des metastatischen Knochenbefalls nahezu regelhaft im Röntgenbild gegenüber dem szintigraphischen Befund erheblich unterschätzt. In der Beurteilung des Therapieeffektes auf vorhandene Metastasen erlaubt das Szintigramm ein Ansprechen der eingeleiteten Behandlung durch Abnahme der Zahl, Größe und Speicherungsintensität der Herde, ein Therapieversagen durch Zunahme der Speicherungsintensität, der Größe der Foci und ihrer Zahl zu erkennen, wobei allerdings beim Mammakarzinom eine sichere Bewertung häufig erst nach Ablauf eines halben Jahres, beim Prostatakarzinom dagegen bereits nach zwei bis drei Monaten möglich ist.

Das letzte Referat des Vormittags hielt Privatdozent Dr. H. J. Kolb (Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern) über **Knochenmarktransplantation: Möglichkeiten und Risiken der Behandlung der Leukämie.**

Trotz der recht günstigen Ergebnisse bei der Behandlung akuter Leukämien, hier insbesondere im Kindesalter, ist beim Erwachsenen eine dauerhafte Heilung bisher ausgeschlossen. Die allogene Knochenmarktransplantation bietet die Möglichkeit zur Ausschaltung der Leukämie mittels hochdosierter Chemotherapie und Ganzkörperbestrahlung. Das transplantierte Mark ersetzt hierbei die zugrunde gegangene Hämoopoese und das Immunsystem des Empfängers. Dabei stellt sich die Beherrschung der Abstoßungsreaktion als größtes Problem dar. Eine wichtige Voraussetzung für einen guten Behandlungserfolg ist deshalb die Auswahl HLA-identischer Geschwister als Spender und die ausreichende prophylaktische Immunsuppression. Unter diesen Voraussetzungen konnten nahezu 30 Prozent der Patienten mit rezidivierter Leukämie durch Knochenmarktransplantation in eine langfristige (bisher maximal 68 Monate anhaltende) Remission gebracht

werden, so daß in jüngster Zeit auch Patienten mit akuten Leukämien und schlechter Prognose bereits in der ersten Remission Knochenmarktransplantationen mit dem Ziele, Rezidive zu verhindern, erhalten hatten. Vier von fünf Patienten überleben derzeit wenige Monate in Vollremission. Nach amerikanischen Ergebnissen soll in mehr als der Hälfte der Fälle mit anhaltenden Remissionen zu rechnen sein.

Die bessere Beherrschung immunologischer Komplikationen und die Erweiterung der Indikation auf Patienten ohne HLA-identische Geschwister sind jedoch derzeit Gegenstand tierexperimenteller Forschung, die zu großen Hoffnungen berechtigen.

Nachmittags hatten die Kollegen Gelegenheit, von Dr. W. Klaubert (Medizinische Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern) über **Methoden und Techniken in der hämatologischen Diagnostik** praxisnah unterrichtet zu werden. Außerdem standen die Chefarzte der Schloßbergklinik Oberstaufen (Dr. V. Bryxi, Dr. M. Lochar, Dr. L. Schmid und Dr. K. Zellmann) zusammen mit den Konsiliarärzten des Tumorzentrums München (Professor Dr. H. R. Langhammer, Professor Dr. W. I. J. Stelter) im Rahmen der **klinischen Visite** für allgemeine und insbesondere spezielle Fragen aus der Onkologie zur Verfügung.

Ein Teil der Kollegen nutzte ferner die Gelegenheit, die Räumlichkeiten sowie diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Schloßbergklinik auf einem Rundgang durch das Haus ausführlich kennenzulernen.

Das 8. Oberstaufener Symposium für praktische Onkologie hat ohne Zweifel erneut dazu beigetragen, das Wissen über diagnostische Maßnahmen und therapeutische Fortschritte auf dem Sektor der Onkologie zu erweitern und zu vertiefen. Das ausgesprochen positive Echo aus der Kollegenschaft bestätigt die Richtigkeit des Oberstaufener Konzeptes.

Referent:

Dr. med. habil. L. Schmid, Schloßbergklinik Oberstaufen im Tumorzentrum München, 8974 Oberstaufen

Personalia

Ehrendoktorwürde für Professor Klinner

Professor Dr. med. Werner Klinner, Direktor der Herzchirurgischen Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, wurde die Ehrendoktorwürde von der Medizinischen Akademie der Universität Breslau verliehen.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Egfried Rösser, Leitender Postbetriebsarzt, Immelmannstraße 4, 8542 Roth;

Dr. med. Georg Wagner, Allgemein- arzt, Alte Salzstraße 56, 8999 Weiler- Simmerberg.

Leitender Medizinaldirektor Dr. med. Hans Ludwig Bischof, Nervenarzt, bisher Bezirkskrankenhaus Haar, wurde zum Direktor des Bezirkskranken- hauses Gabersee ernannt.

Professor Dr. med. W. Börner, Lei- ter der Abteilung für Nuklearmedi- zin der Universität Würzburg, Josef- Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde für drei Jahre zum Vorsitzen- den der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte wiedergewählt.

Medizinaldirektor Dr. med. Arnd Commichau, Nervenarzt, bisher Ner- venkrankenhaus des Bezirks Ober- franken, wurde zum Direktor der Psychiatrischen Abteilung beim Be- zirkskrankenhaus Kutzenberg er- nannt.

Professor Dr. med., Dr. phil. Gun- dolf Keil, Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin der Univer- sität Würzburg, Koellikerstraße 6, 8700 Würzburg, wurde zum stellver- tretenden Vorsitzenden der Deut- schen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik und zum Beauftragten der Sektion Medizin sowie in den Vor- stand des Fachverbandes Medizin- geschichte gewählt.

Professor Dr. med., Dr. med. h. c. Wolfgang Leydhecker, Direktor der Augenklinik der Universität Würz- burg, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg, erhielt den „Duke- Elder-Award“.

Professor Dr. med. Hanns-Jürgen Merté, Direktor der Augenklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Isma- ninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum Ehrenmitglied der Grie- chischen Gesellschaft für Geschichte der Ophthalmologie ernannt.

Professor Dr. med. Gerhardt Nissen, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde zum Vize- präsidenten der Europäischen Ge- sellschaft für Kinder- und Jugend- psychiatrie gewählt.

Professor Dr. med. Dieter Platt, Di- rektor des Instituts für Gerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, 2. Medizinische Klinik Nürnberg, Heimerichstraße 58, 8500 Nürnberg 90, wurde auf dem europäischen Gerontologen-Kongreß erneut für vier Jahre zum Generalsekretär ge- wählt.

Privatdozent Dr. med. Christoph Reiners, wissenschaftlicher Mitar- beiter an der Abteilung für Nuklear- medizin der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde der Johann-Georg- Zimmermann-Preis verliehen.

in memoriam

Dr. Wunderwald †

Am 27. August 1983 verstarb der ehemalige Chefarzt und ärztliche Direktor der Augsburgener Kinderklinik Dr. Alexander Wunderwald, der 1948 von der Rostocker Universitäts- Kinderklinik nach Schwaben kam. Er hat sich dort um die Tuberkulose- bekämpfung große Verdienste er- worben. Als er 1957 zum Chefarzt der Augsburgener Kinderklinik beru- fen wurde, setzte er sich erfolgreich für die Schluckimpfung gegen Kin- derlähmung ein. Mit der ihm eigen- en Initiative befaßte er sich mit dem Neubau der Klinik, welche heute als eine der neuzeitlichsten ihrer Art anzusehen ist.

Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Depressionen,
psychische und nervöse
Störungen, Migräne.

Vegetativ stabilisierend,
frei von Nebenwirkungen.



HYPERFORAT®

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

Kontraindikationen: Photosensibilisierung.

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

Handelsformen und Preise incl. MWST: Tropfen: 30 ml DM 9,27; 50 ml DM 14,47; 100 ml DM 24,46. Dragées: 30 Stück DM 7,48; 100 Stück DM 18,96. Ampullen: 5 x 1 ml DM 10,93; 10 x 1 ml DM 19,97.



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

Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Döhlen, Lkr. Hof/Seele:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Michelau, Lkr. Lichtenfels:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Rehe, Lkr. Hof/Seele:

1 Augenarzt

Coburg:

1 HNO-Arzt

Beyreuth:

1 Hautarzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Wunsiedel:

1 Hautarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

Hof/Seele:

1 Lungenarzt oder 1 Internist mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

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

Mittelfranken

Nürnberg-Leonhard/Söndersbühl/ Großreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Reicheladorf/Mühlhof/ Krottenbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershof:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-SL Johannis:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ansbach:

1 Augenarzt

Gunzenhausen:

1 Augenarzt

Dinkelebühl, Lkr. Ansbach:

1 Hautarzt

Gunzenhausen:

1 Hautarzt

Nürnberg:

1 Internist
(Praxisübernahmefähigkeit)

Lkr. Ansbach:

1 Nervenarzt

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

Unterfranken

Gochsheim, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Mittelsinn, Lkr. Main-Spessart:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Gemünden, Lkr. Main-Spessart:

1 Augenarzt

Erlenbach oder Kiltingen,

Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Kerstadt oder Merkteldenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Eisenfeld, Lkr. Miltenberg:

1 Hautarzt

Heßfurt, Lkr. Heßberge:

1 Hautarzt

Lkr. Miltenberg,

Planungsbereich Obernburg:

1 Internist

Erlenbach oder Kiltingen,

Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Bad Kissingen, Lkr. Bad Kissingen:

1 Kinderarzt

Ebern, Lkr. Heßberge:

1 Kinderarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Nervenarzt

Heßfurt, Lkr. Heßberge:

1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

Sulzbach-Rosenberg,

Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Augenarzt

Kötzting, Lkr. Chem:

1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Lkr. Tirschenreuth:

1 HNO-Arzt

Stadt Chem, Lkr. Chem:

1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Stadt Weiden:

1 Hautarzt

Furth i. Wald, Lkr. Chem:

1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Chem:

1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

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

Niederbayern

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Lkr. Rottal-Inn:

1 Hautarzt

Lkr. Dingolfing-Landau:

1 Nervenarzt

Lkr. Regen:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillianstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 4 21) 230 61.

Schwaben

Bad Wörishofen, Lkr. Unterallgäu:

1 Frauenarzt

Königsbrunn oder Bobingen,

Lkr. Augsburg:

1 HNO-Arzt

Gerethofen, Lkr. Augsburg:

1 Kinderarzt

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

peripher peripher

Die periphere Unterbrechung des Hustenreflexes durch Benproperin läßt die Therapie auch bei Zuständen mit eingeschränkter Atemfunktion zu

peripher peripher peripher



gegen Husten

Indikationen: Akuter und chronischer Husten, insbesondere Reizhusten, auch bei Zuständen, die mit eingeschränkter Atemfunktion einhergehen. Auch für Diabetiker geeignet!

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält 33 mg Benproperin-dihydrogenphosphat, entspr. 25 mg Benproperin.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Für Kinder unter sieben Jahren steht Tussafug -Saft zur Verfügung.

O.P. 30 Dragees 9,70 DM; A.P. 300 Dragees (10 x 30).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

L 81622



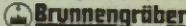
Bilicombin®

grüne Welle für die Galle

Wirkung Bilicombin®:

1. Spasmolyse
2. Spasmolyse
3. freier Gallenfluß
4. bessere Verdauung

Bilicombin® wird verordnet, denn es ist rezeptpflichtig.

Bilicombin® ist als bewährtes Choleretikum und Cholekinetikum auf die Behandlung von Störungen im Bereich der ableitenden Gallenwege und ihrer Folgeerkrankungen abgestimmt. Bilicombin® beseitigt durch seine spasmolytischen Komponenten rasch Schmerzen und Spannungszustände, es normalisiert den Gallenfluß. Bilicombin® reguliert durch seinen Fermentanteil die Verdauung. Bei Obstipation wird ein natürlicher Rhythmus der Darmentleerung erreicht. **Zusammensetzung pro Dragee:** Pankreatin (Pankreatan®) 100 mg, Gesamtgallensäuren (Felsuis) 80 mg, Papaverinhydrochlorid 10 mg, Atropinsulfat 0,25 mg. **Indikationen:** Spasmen und Stauungen im Leber-Gallengebiet, zur Normalisierung des Gallenflusses und zur Einschränkung der Gallensteinbildung. Spastische Obstipation. **Kontraindikationen:** Augeninnendrucksteigerung (Engwinkelglaukom), Harnverhaltung (Prostataadenom), mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals. **Dosierung:** 2-3 mal täglich 1-2 Dragees zu den Mahlzeiten. **Besonderer Hinweis:** Wir empfehlen besonders Autofahrern, die abendliche Dosierung von 1 Dragee nicht zu überschreiten. **Handelsformen und Preise:** O.P. 20 Dragees (N1) DM 10,84; O.P. 50 Dragees (N2) DM 25,27; O.P. 100 Dragees (N3) DM 44,08; Anstaltspackung. Stand: Juli 1983. 

Bilicombin® die bewährte Gallenspezialität

Senatorenrat stets gefragt

Der Bayerische Senat, als zweite Kammer eine weiß-blaue Spezialität in der Bundesrepublik Deutschland, ist für viele Bürger ein weißer Fleck auf der politischen Landkarte des Freistaats. Mittlerweile 35 Jahre alt, mußte der „Rat der Weisen“ in den ersten Jahren seines Bestehens gar um seine Existenz ringen. „Überflüssig wie ein Kropf“, lautete einer der boshaften Kommentare. Doch die 60 Senatoren, die im Münchener Maximilianeum unter einem Dach mit dem Landtag beraten, leisten ganze Arbeit. Darauf hat jetzt eine Untersuchung hingewiesen, die aus der Feder von Kurt Näher stammt. Er war bis vor kurzem Referent für Öffentlichkeitsarbeit im Senat und zählte mehr als 25 Jahre zum Stab des Senatsamts.

In zweijähriger Arbeit hat Näher mit Hilfe eines Computers sämtliche Aktivitäten des Senats ausgewertet. Dazu mußte er die Unterlagen von 4000 Ausschußsitzungen und 500 Vollversammlungen studieren. Das Ergebnis seines privaten Forscherfleißes (veröffentlicht im Heft 3/1973 der „Zeitschrift für Politik“) faßt er in dem Lob zusammen, daß es „eine zweite Kammer sowohl rechtfertigen als auch befriedigen kann“. Im Endeffekt bedeutet die Arbeit des Senats, daß zahllose Gesetze nicht nur lesbarer und praktikabler wurden, sondern daß die Senatoren nicht selten Fehlentscheidungen des Landtags korrigieren konnten.

Der Autor kann sein positives Urteil auf eine Fülle von statistischen Zahlen gründen, die erstmals ermittelt wurden. Als Beispiel mag die Gutachtertätigkeit des Senats gelten, die inzwischen die meiste Zeit der Arbeit in Anspruch nimmt. Von 1947 bis Ende 1982 äußerten die Senatoren zu nicht weniger als 1024 Ge-

setzen ihre Meinung, die sie in rund 5900 Anregungen ausdrückten. Davon hat die Staatsregierung immerhin 55 Prozent berücksichtigt.

Die Einschaltung des Senats in die Gesetzgebung bedeutet zwar eine Verzögerung, doch ist sie nicht wesentlich. Näher weist nach, daß ein Drittel der Gutachten innerhalb eines Monats fertig war, ein weiteres Drittel beanspruchte bis zu zwei Monaten. Die Meinung von Kritikern des Senats, die beratende Tätigkeit könne von Fachgutachtern kompetenter und billiger gemacht werden, teilt Näher nicht. Er argumentiert, solche Experten stünden mit ihren Gutachten „außerhalb der gesamtgesellschaftlichen Wirklichkeit“, ihren Expertisen würden „zwangsläufig Ausgewogenheit und die Abstimmung mit den wichtigen, im Senat vertretenen gesellschaftlichen Gruppen fehlen“.

Die schärfste Waffe des Senats ist zweifellos das ihm durch die Verfassung zugestandene Einwendungsrecht gegen vom Landtag beschlossene Gesetze. In 35 Jahren haben die Senatoren 141 Gesetze beanstandet, und zwar in insgesamt 505 Punkten. Die oft zu hörende Ansicht, die Landtagsabgeordneten würden ja doch die Bedenken des Senats vom Tisch wischen, kann Näher ebenfalls widerlegen.

Bei immerhin 46,5 Prozent der Senatseinwendungen folgte der Landtag den Bedenken der „zweiten Kammer“. Dabei handelte es sich keineswegs um lediglich formale Retuschen. Von den 505 Kritik-Punkten waren 38 Prozent sachlicher, 34 Prozent rechtlicher und 28 Prozent formaler Natur. Von den sachlichen Senatseinwendungen hat der Landtag 27 Prozent, von den rechtlichen

rund 52 Prozent und von den formalen rund 70 Prozent berücksichtigt.

Der Senat, der sich aus Vertretern der Landwirtschaft, von Handel und Industrie, des Handwerks und der Gewerkschaften, der freien Berufe, der Genossenschaften, der Wohltätigkeitsorganisationen, der Hochschulen und der Gemeinden zusammensetzt, hat in seiner 35jährigen Geschichte ein für ihn charakteristisches „Koalitionsverhalten“ entwickelt. Anhand der Themen von Anträgen, die an die Staatsregierung gerichtet wurden, untersuchte Näher, welche Senatsgruppen Initiativen anderer Gruppen unterstützten.

Demnach „verbünden“ sich bevorzugt die Vertreter der Land- und Forstwirtschaft mit Gewerkschaftern. Die Senatoren der Religionsgemeinschaften suchen ebenfalls die Schützenhilfe der Gewerkschaftsvertreter. Die Wohltätigkeitsorganisationen wiederum gehen „Koalitionen“ vor allem mit den Gemeinden, die Genossenschaften mit der Land- und Forstwirtschaft ein. Näher vermutet, daß das „Bündnisverhalten“ der Senatoren seine Ursachen im jeweiligen Gegenstand des Antrags haben müsse, so etwas wie „Parteiolitik“ könne kaum im Spiel sein. Daß die Senatoren keine „Lobbyisten“ sind, zeigen die Antragsthemen und ihre Urheber. Die Untersuchung ergab nur einen geringen Zusammenhang zwischen den Gruppeninteressen der Senatoren und den entsprechenden Themenkreisen ihrer Anträge.

Nach seiner Zusammensetzung ist der „Rat der Weisen“ auch ein „Rat der Alten“. Obwohl das Mindestalter für die Wahl in den Senat 40 Jahre beträgt, waren von den bislang 236 von den Verbänden ausgesuchten Persönlichkeiten nur 20 Prozent zwischen 40 und 49 Jahren. Über 40 Prozent der Senatsneulinge waren dagegen bei Amtsantritt zwischen 50 und 59 Jahren. Das Durchschnittsalter der Senatoren lag nur in der Zeit vor 1950 unter 60 Jahren. In den letzten zehn Jahren bewegt es sich stets zwischen 61 und 64 Jahren. Die Ursache sieht Näher darin, daß die Körperschaften meist Senatoren wählen, die bereits einen „hohen Bekanntheitsgrad“ genießen.

Michael Gscheidle

Für freiwillig Versicherte nur noch Altersrenten?

Bundeserhaltsminister Blüm nutzt die Sanierung der Rentenversicherung zu einer sehr prinzipiellen Änderung dieses wichtigen Zweiges der Sozialversicherung. Blüm will, so hat er in jüngster Zeit mehrfach erklärt, die Rentenversicherung wieder zur Arbeitnehmersicherung machen. Als Volksversicherung, die bei jedermann alle Risiken abdecke, sei sie langfristig nicht durchzuhalten. Selbständige, Freiberufler, die seit 1968 freiwillig versicherten Angestellten und die Hausfrauen sind also nicht mehr erwünscht. 1972 hatte der Bundestag noch einstimmig für die allgemeine Öffnung der Rentenversicherung zur Volksversicherung votiert. Nun soll das nicht mehr gelten. Blüm will nur noch die Altersrente als Äquivalent für die Beitragsleistung anerkennen. Die Absicherung gegen die frühzeitige Minderung der Erwerbsfähigkeit wird zur Solidarleistung erklärt, die nur Pflichtversicherten zusteht. So einfach ist das.

Nun ist es sicherlich eine Frage von grundsätzlicher Bedeutung, welcher Personenkreis von der Sozialversicherung erfaßt wird. Diese Frage muß auch wohl für die einzelnen Zweige der Sozialversicherung unterschiedlich beantwortet werden. Wenn der Staat einen stabilen Geldwert garantieren könnte, so wäre es wohl richtig, die Selbständigen und Freiberufler nicht in ein Alterssicherungssystem einzubeziehen, das durch Beitragsumlagen finanziert wird und das tatsächlich auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Arbeitnehmer zugeschnitten ist. Auch ist einzuräumen, daß die freiwillige Versicherung nicht so recht in ein dynamisches Rentensystem paßt, das auf regelmäßige, den Einkommen folgende Beitragseinnahmen angewiesen ist.

Diese Einsicht ist aber nicht neu. Darüber ist Anfang der siebziger Jahre intensiv beraten worden. Damals hatte sich jedoch die Auffassung durchgesetzt, daß die Zahl der freiwillig Versicherten, gemessen an der Gesamtzahl der Versicherten, begrenzt ist, so daß dem Rentensystem durch unregelmäßige freiwillige Beitragszahlungen keine Gefahr drohen könne. Tatsächlich hat sich in den Jahren seit 1972 gezeigt, daß die Einnahmen aus der freiwilligen Versicherung stets die Vorausschätzungen übertroffen haben. Es gibt damit keinen Grund, die frei-

willige Versicherung so massiv und einseitig einzuschränken, wie dies Blüm vorhat. Dabei ist zu beachten, daß es Versicherte gibt, die seit Jahrzehnten freiwillige Beiträge entrichten, ebenso regelmäßig wie Pflichtversicherte, aber ohne den Beitragszuschuß des Arbeitgebers. Die neue Koalition fordert mehr Eigenverantwortung, zugleich bestraft sie Versicherte, die in eigener Verantwortung für Alter und Inveidität vorgesorgt haben.

Nun sagt Blüm, daß er die freiwillige Versicherung nicht beseitigen wolle. Für freiwillige Beiträge soll es künftig aber grundsätzlich keine Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten geben. Blüm will also weiter Beiträge kassieren, aber die Leistungen einschränken. Der freiwillige Beitrag wäre also weniger wert. Es ist kaum anzunehmen, daß die Versicherten dies mitmachen. Dann aber liefe Blüm Gefahr, schon 1984 die Masse der freiwilligen Beiträge zu verlieren. Die Defizite der Rentenversicherung würden größer statt kleiner. Kann Blüm dieses Risiko eingehen?

Jedenfalls könnte keinem Selbständigen und Freiberufler mehr geraten werden, Vorsorge über die Rentenversicherung zu betreiben, wenn sich Blüm im Parlament mit seinen Plänen durchsetzen sollte. Dabei ist nämlich zu berücksichtigen, daß jede sinnvolle Alterssicherung auch eine Vorsorge für den vorzeitigen Versicherungsfall, also für den Fall der frühzeitigen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit einschließen sollte. Einem Selbständigen der erwerbsunfähig wird, wäre jedenfalls nicht mit der Aussicht auf eine spätere Altersrente gedient. Er braucht Ersatz für das ausfallende Einkommen. Alters- und Invalidenrente stellen eine Einheit dar. Das ist nicht voneinander zu trennen. Wann die Rentenversicherung keinen Schutz gegen Invalidität mehr bietet, so wäre für den freiwillig Versicherten ihr Leistungsangebot zu gering und ihr Preis zu hoch.

Nun ist aber noch nicht aller Teufel Abend. Blüm macht keine Gesetze, sondern nur Gesetzesentwürfe. Bundesrat und Bundestag sind souverän. Der Bundesrat hat Blüm ins Stammbuch geschrieben, daß man so nicht mit wohlverworbenen Anwartschaften umgehen kann. Er soll prüfen, wie bei den freiwillig Versicherten, insbesondere auch den Hausfrauen, der bereits bestehende Inveid-

tätsschutz erhalten werden kann. Zugleich hat sich der Bundesrat auf bayerische Initiative dafür ausgesprochen, bei „engemessenen“ freiwilligen Beitragsleistungen auch künftig Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten zu gewähren. Damit ist ein vertretbarer Kompromiß aufgezeigt, der den Grundsätzen des Vertrauensschutzes entspricht.

Blüm ist dabei, auf diese Linie einzuschwenken. Sein Gesetzentwurf enthält noch den Vorschlag, den Hausfrauen von 1984 den Anspruch auf Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente ganz zu streichen; die erwerbstätigen freiwillig Versicherten sollen ihre Anwartschaften nur retten können, wenn sie jährlich wenigstens acht Mittelbeiträge (1984 rund 4000 DM) entrichten. Der Bundestag, so scheint es, wird mit Blüms Zustimmung eine Regelung beschließen, nach der freiwillig Versicherte ihren Invaliditätsschutz sichern können, wenn sie jährlich zwölf Mindestbeiträge an die Rentenversicherung abführen; 1984 wären das 12 x 82 DM. Das wäre eine Regelung, die sowohl den Anforderungen des Rentensystems als auch rechtsstaatlichen Erwägungen Rechnung trüge. Es spricht für Blüm, daß er bereit ist, Fehlentscheidungen zu korrigieren. So bleibt zu hoffen, daß er ganz von einer Diskriminierung der freiwillig Versicherten absieht.

Die Invalidenversicherung bedarf im übrigen dringend der Reform. Die weitreichende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hat dazu beigetragen, daß die Erwerbsunfähigkeitsrente in vielen Fällen den Charakter einer vorgezogenen Altersrente erhalten hat. Auch muß die Rentenversicherung Aufgaben der Arbeitslosenversicherung übernehmen, wenn den Versicherten bei einer geringeren Minderung der Erwerbsfähigkeit bereits eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu gewährt ist, weil keine Teilzeitarbeitsplätze angeboten werden. Die Lage am Teilzeitarbeitsmarkt sollte im Falle einer krankheitsbedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit allenfalls bei jenen Versicherten berücksichtigt werden, die zuvor auch erwerbstätig waren. Bei Versicherten, die zuletzt nicht erwerbstätig waren, würde sich die Höhe der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente allein nach der Beitragsleistung und dem Grad der Erwerbsminderung richten. Das wäre eine auch kurzfristig zu verwirklichende Korrektur zugunsten der Rentenfinanzen.

Aber solchen und weitergehenden Reformensätzen weicht Blüm bislang aus. Er sollte denn freilich auch darauf verzichten, im Eilverfahren das Alterssicherungssystem der freiwillig Versicherten in Frage zu stellen. bonn-mot

Zum Jahrestag der Münchner Runde

Am 5. Juli 1983 beging die „Münchner Runde“ den vierten Jahrestag ihres Bestehens mit einer Lesung, die unter der Devise stand „Lyrik im Ärztehaus“. Am 7. Juli 1979 kam der heutige „Stamm“ des literarischen Zirkels erstmals zum Stelldichein schriftstellernder Ärzte Münchens im Preysing Keller des „Bayerischen Hofes“ zusammen. Seither hat sich in der kurzen Geschichte dieser Zusammenkünfte vieles ereignet. Manch wertvolle und bereichernde Autoren kamen hinzu. Herausragend und wohl auch entscheidend für die Arbeit, Entwicklung und Ausbreitung dieses Kreises war aber der Umstand, nach langem Suchen eine feste Bleibe, ein Dauerdomizil gefunden zu haben. Expressis verbis sei es gesagt: aufrichtiger und herzlicher Dank gilt hier dem Präsidenten der Bayerischen Ärztekammer, Professor Dr. med. Hans J. Sewering, und seiner persönlichen Referentin, Frau Rita Horn, daß man uns in so großzügiger Weise für unser Vorhaben Räume im Ärztehaus bereitgestellt und unseren Belangen stets so großes Verständnis entgegengebracht hat. Es ist dem Referenten an dieser Stelle auch Verpflichtung und Freude zugleich, einer Frau zu danken, die nicht nur diese Runde ins Leben gerufen hat, vielmehr sich auch in hohem Maße durch ihr mit persönlichen Opfern verbundenes Dauerengagement um den Erhalt und das Aufwärtstreben ihrer Gruppe im BDSÄ verdient gemacht hat. Daß die Münchner Runde über die Grenzen Münchens, ja Bay-

erns hinaus Ansehen und Gewicht erlangt hat, in den anderen Landesgruppen Deutschlands ein Begriff geworden ist, regelmäßig ausführliche Berichte über ihre Tagungen, Lesungen, Ereignisse in der in Frankfurt erscheinenden Zeitschrift für Literatur und Kunst „der literat“ gebracht werden, verdanken wir eben niemand anderem als unserer rührigen Vorsitzenden Frau Dr. Dr. Maria Bednara.

Freunde und liebe Gäste kamen zu unserem Jahrestag. Dank der Präsidentin des Freien Deutschen Autorenverbandes in Bayern, Dr. Christiane van Brießen. Frau van Brießen zeigte uns als Geburtstagsgeschenk in ihrem ausgezeichneten und fachkundigen Referat die Perspektive der Möglichkeiten auf, die sich für uns bei einer intensiven Zusammenarbeit zwischen FDA und BDSÄ hinsichtlich einer wirksamen Medienpolitik ergeben. Dank dem Vizepräsidenten des BDSÄ und Generalsekretär der UMEM, Dr. Alfred Rottler, für seine warmherzigen und aufmunternden Worte, mit denen er seine Glückwünsche verband. Dank auch dem Sekretär der Landesgruppe Bayern und dem jüngst erst zum Träger der Paracelsus-Medaille erkorenen Confrère Erwin Stetter und Dank auch unserem lebenswürdigen Kolumnisten der Spalte „Äskulap und Pegasus“ im „Bayerischen Ärzteblatt“, Confrère Robert Paschke, daß sie uns die Ehre ihres Kommens gegeben haben. Auch Professor Dr. Helmut Stickl, Chef

der Bayerischen Landesimpfanstalt, findet immer wieder, so auch heute, den Weg zu uns. Frau Oxana Antic ist uns keine Unbekannte. Die Fachjournalistin für Kirche und Religion ist Präsidialmitglied im FDA. Sie hielt bei uns schon einmal ein sehr interessantes Referat.

Als lesende Autoren unserer Runde waren anwesend: Maria Bednara, W. Eberhard, K. H. Grünwald, Hans Hege, Susanne Müller, Ernst Rossmüller, Eberhard Schätzing, Andreas Schuhmann, Nik Simon, Edo von Wicht.

Es ist in diesem Rahmen nicht möglich, eine Auswahl der gelesenen Lyrik vorzustellen. Das soll in einer Fortsetzung über diese Tagung später erfolgen. — Es seien hier Auszüge aus der Rede von Confrère Schuhmann zum Jahrestag der Münchner Runde wiedergegeben.

„Meine sehr verehrten Damen und Herren! Liebwerte Gästel Liebe Consoeurs et Confrères!

... Nach der äußeren Situation unserer Münchner Runde sei nun die innere Wirksamkeit dargestellt. Was ist eigentlich die Motivation dafür, daß wir uns vier Jahre lang regelmäßig zu Lesungen zusammenfinden? Ist es allein das geschriebene Wort, das unsere Begegnung motiviert? Könnte man sich da nicht einfach sein kreatives literarisches Elaborat gegenseitig zuschicken, wenn es allein auf das geschriebene Wort ankäme? Nein, da ist noch etwas ganz anderes. Man will die persönliche Kontaktnahme zum anderen, der in gleicher Weise dem Schreiben mühen verfallen ist, man will den anderen in seiner ganzen Persönlichkeit erfassen, dazu gehören Sprech, Tonfall, Gestik, Mimik, das ganze unnahehmliche Flair der Subjektivität. Kurzum, man will den Autor, wie er leidet und lebt. Sein Gedicht, seine Erzählung, sein Traktat, sein Essay werden leibnah, echt, authentisch vermittelt. Dazu kommt als weiterer Beweggrund das Gespräch — das so wichtige Werkstattgespräch ist gemeint. Die Herstellung des Gedichtes, der Prozeß des Dichtens und Schreibens interessiert. Ganz im Sinne der Moderne. Die Symbolisten waren es, voran Mallarmé, dann Baudelaire, Rimbaud und Verlaine, später Paul Valéry, die als erste auf diese Seite literarischer Betrachtung aufmerksam gemacht haben. Im Konnex mit dem Autor sind Fragen zu stellen, wird in Frage gestellt, kritisiert, analysiert. Man setzt sich euseinander und öffnet sich füreinander. Zwischen einem elitärem Für-sich-Behalten und kritikfreier An-

Dichterlesung

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

am 7. Dezember 1983

16.00 Uhr — Ärztehaus Bayern, München

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

„Heile Welt?“

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

nahme gibt es viele Wege. Und da ist manchmal auch ein unbermherziges Beim-Wort-Nehmen und Ganz-Genau-Wissen-Wollen, das dann die Dinge zu-rechtrückt – gemeint ist die Wortwahl, der Rhythmus, der Vers, der Sprachduk-tus. Es werden Beziehungen hergestellt, Ähnlichkeiten und Gegensätze aufge-spürt, nach Motiven, Quellen aus der Ver-gangenheit gefregt, die Umwelt miteinbe-zogen und schließlich nach den sprach-lichen Elementen geforscht. ...“

Nach der sorgenvollen Behandlung der Frage, wird das gedruckte Wort seine Bedeutung, seine Stellung ein-büßen, wenn die elektronischen Me-dien in Konkurrenz zu den Druckme-dien treten?, wer wird dann noch lesen?, kommt es nur mehr zu passi-ven Berieselung und wird die aktiv-mitvollziehende geistige Betätigung dann die Ausnahme?, wird an Bei-spielen die inhaltliche Gestaltung der Lesungen der Münchner Runde in ihrer Vielgestaltigkeit und Differen-ziertheit angesprochen.

... Scherfsinn und Wortwitz in epigram-matischer Zuspitzung, logisches Operie-ren und dielektisches Raffinement kenn-zeichnen den einen mit seinem hinter-gründige Lebensweisheiten humorvoll-sarkastisch offerierenden Sujet.

In der Nähe ist ein anderer bzw. eine andere angesiedelt, die mit launischen Chansons in gekanntem Vortrag, singen-derweise – wie schön, daß es auch das bei uns gibt! – ihre Alltagsphilosophie in beinahe psychagogischer Absicht vor-bringt und vom Schmunzeln bis zum be-freidenden Lachen die Runde erheitert.

Das Timbre der guten sonoren Stimme allein schon läßt zuhorchen, wenn Lyrik in fließendem und strömendem Rhythmus in so gefälliger und verinnerlichter Manier ans Ohr dringt und der Eindruck vermit-telt wird, hier ist etwas aus einem Guß kreiert. Verse und Strophen faszinieren und nicht anders als mit einem stillen, einvernehmendem Schweigen werden sie im consensus omnium kultiviert, weil, ja weil Lautes da nur den feinen Nachhall gestört hätte. Von Kindern, alten Men-schen, von der Liebe, von Gott ist da die Rede.

Wieder ein anderer beherrscht das Feld der Imagination, die eine demiurgische Funktion hat. Ihn verführt der Glaube an eine réalité supérieure, an eine höhere Wirklichkeit, zum zweckfreien Spiel des Denkens. Die Allmacht des Traumens wird ins Bewußtsein gebracht und traumhaft rollen fast ununterbrochen Bilder ab, die unwirkliche, irrationale, surrealistische Effekte auslösen und verführerisch und

affektiös ins Unbewußte appellieren, immer eber fast unmerklich parabelhaft in eine Lebensweisheit münden.

Vergessen wir nicht den vornehm ruhi-gen, feinen, beinahe etwas introvertierten alten Herrn, dessen Pethos ein wenig Leid, ein wenig Treuer und ein großes Wissen um des Menschen Seele ist. Wer, wie er, sich in die traumhaft verlorene Welt eines Blindgewordenen hineinver-senken kann und als Sehender imstande ist, nachzuvollziehen, was das Schicksal einem aufbürdet, muß nicht nur ein guter, sondern auch ein tief empfindender und wertvoller Mensch sein. So gestaltet ist auch seine Lyrik, ungekünstelt, voller Ge-müt und von beinahe seherischer Kraft. Mit ihm Freund sein, wer möchte das nicht?

Und da ist noch eine andere, eine ganz anders geartete, feinsinnige und verinner-lichte Gefühls- und Sprechwelt, die aus dem Umgang des Autors mit griechischer und lateinischer Lyrik die Klarheit des Gedankens schöpft. Ausgefellt, konstruiert, geschliffen, schillernd in Form und Ebenmaß, vergleichbar der architekto-nischen Wirkung klingender und singen-der Triglyphen antiker Tempel. Leider-fahrungen, Gefühl, Gedenken, eine hoch-sensible Innenwelt, werden ins Künstle-rische transskribiert, transformiert und „claire et distinct“ modelliert.

Das kritisch reflektierende Gedicht mit anthropologisch-philosophischem Bezug, wenn nicht gar ins Religiöse ge-hend, fehlt auch nicht. Zwischen Glauben und Wissen ringt man und sucht ‚den anderen Menschen‘. Enttäuschung? Sprachexperimentelles Engagement und parodistische Verfremdung scheinen hier und da auf. Und weich eine Dielektlyrik? Freie Rhythmen, antikische Versmaße, Zei-lensprünge werden da eingebrecht! Ganz unkonventionell, dem Gewohnten, dem Herkömmlichen widersprechend. Und in Ton und Inhalt ist man eher elegisch, dem ‚blühahaden Kerschbam‘ des Franz Stelzhamer, der Innvierterl Nachtigall, ganz und gar zugetan. ...“

Kein vollkommener und erschöpfen-der Überblick über die „Münchner Runde“ kann es sein. Vielleicht aber doch aufschlußreich, hinführend auf die äußere und mehr noch auf die innere Situation bei den schreiben-den Ärzten Münchens.

„Die MÜNCHNER RUNDE: vivat, crescat, floreat!“

Dr. med. A. Schuhmann,
Grünwalder Straße 106, 8000 München 90

Fakultäten

München – Technische Universität

o. Professor Dr. med. Paul Bernett, Institut für Sporttraumatologie und Poliklinik für Sportverletzungen, wurde für ein weiteres Jahr zum Leiter des Sportzentrums bestellt.

apl. Professor Dr. med. Wolfgang Zander, Institut für Medizinische Psychologie und Psychotherapie, wurde mit der kommissarischen Wahrnehmung des gleichnamigen Lehrstuhls beauftragt.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeich-nung Privatdozent verbunden): Dr. rer. nat., Dr. med. habil. Udo Ehling für Genetik; Dr. med. habil. Michael Korth für Pharmakologie und Toxi-kologie.

Dr. med. Günter Werner wurde der akademische Grad eines Dr. med. habil. für Impfwissenschaften und Tropenmedizin verliehen, nachdem in einem ordnungsgemäßen Habili-tationsverfahren die Lehrbefähigung festgestellt wurde.

Universität Würzburg

Zum Professor – C 3 wurden er-nannt: Professor Dr. med. Olaf Elert, Abteilung für Thorax-, Herz- und Ge-fäßchirurgie; Professor Dr. med. Hermann Henrich, Abteilung für Ex-perimentelle Chirurgie.

Zum Professor – C 2 wurden er-nannt: Privatdozent Dr. med. Ignaz Auer, Medizinische Klinik; Privatdo-zent Dr. med. habil. Hans-Rainer Osterhage, Urologische Klinik; Pri-vatdozent Dr. med. Heinz-Peter Wünsch, Pathologisches Institut.

Die Lehrbefugnis wurde erteilt (mit der Erteilung der Lehrbefugnis ist das Recht zur Führung der Bezeich-nung Privatdozent verbunden): Dr. med. Günter Sprotte für Anästhe-siologie; Dr. med. habil. Paul Reuther für Neurologie; Dr. med. habil., Dr. jur. Eugen Gramer für Au-genheilkunde; Dr. med. Christoph Reiners für Nuklearmedizin; Dr. med. Günter Riegger für Innere Me-dizin.

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

**Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16,
8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288**

Augenheilkunde

Fortbildungsveranstaltung am 12. November 1983 in Erlangen

Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Kopfklinikum

Direktor: Professor Dr. G. Naumann

Thema: Morphologische Differentialdiagnose Intraokularer Entzündungen

Beginn: 9.30 Uhr c. t.

Auskunft:

Professor Dr. H. E. Völcker, Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-30 01

Chirurgie

Gelenksymposium am 26. November 1983 in Nürnberg

Klinikum der Stadt Nürnberg, 2. Chirurgische Klinik

Ärztlicher Leiter: Dr. H. Birkner

Leitung: Dr. Hempfling

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 16.30 Uhr

Thema: Das Knie trauma (Einführung – Diagnostik – Therapie – Veraltete Verletzungen)

Teilnehmergebühr: DM 10,-

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Hempfling, Klinikum der Stadt Nürnberg, 2. Chirurgische Klinik, Postfach 91 01 60, 8500 Nürnberg 90, oder telefonisch Frau Schulz (09 11) 3 98-23 66

Innere Medizin

Kinderkardiologische Fortbildungsveranstaltung am 2. Dezember 1983 in München

Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter, Deutsches Herzzentrum München

Direktor: Professor Dr. K. Bühlmeier

Beginn: 9.15 Uhr – Ende: 18.00 Uhr

Ort: Deutsches Herzzentrum München, Konferenzsaal Anbau Ost, Lothstraße 11, München 2

Thema: Bakterielle Endokarditis

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 22. November 1983

Sonographie

Kurs „Nasennebenhöhlenerkrankungen“ der Technischen Universität München vom 18. bis 20. November 1983

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. W. Schwab

Beginn: Freitag, 18.00 Uhr – Ende: Sonntag, 12.00 Uhr

Ort: Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München im Klinikum rechts der Isar, Hörsaal B, Ismaninger Straße 22, München 80

Programm: Praktische Übungen – Patientenvorstellung und Besuch der Geräteausstellung – Rundtischgespräch: Grundlagen und Technik, Indikation, Dokumentation und zukünftige Möglichkeiten der Ultraschalldiagnostik von Nasennebenhöhlenerkrankungen

Teilnehmergebühr: DM 100,-

Letzter Anmeldetermin: 12. November 1983

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. W. Schwab, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 71, Frau Schäfer

6. Ultraschallseminar der Münchener Universität vom 28. November bis 2. Dezember 1983

Radiologische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

Direktor: Professor Dr. J. Lissner

Beginn: täglich 8.30 Uhr – Ende: ca. 16.00 Uhr

November/Dezember 1983

11./12. November

Sonographie, Kronech

11. bis 13. November

Urologie, Mallersdorf

12. November

Augenheilkunde, Erlangen

18. bis 20. November

Sonographie, München

21. bis 25. November

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Erlangen

26. November

Chirurgie, Nürnberg

28. November bis 2. Dezember

Sonographie, München

2. Dezember

Innere Medizin, München

Vormittags: Praxis – Teilnahme an Untersuchungen; Nachmittags: Theorie – Referate

Teilnehmergebühr: DM 350,- (Chefärzte und sonstige Ärzte in selbständiger Tätigkeit); DM 175,- (Assistenzärzte – gegen Vorlage einer Bescheinigung)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. J. Lissner, Radiologische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-27 50

Urologie

11. Mallersdorfer Arbeitstagung für praktische Urologie vom 11. bis 13. November 1983 in Mallersdorf-Pfaffenberg

(für Ärzte aller Gebiete und für Allgemeinärzte)

Kreiskrankenhaus Mallersdorf-Pfaffenberg, Urologische Abteilung

Leitung: Chefarzt Dr. Ion V. Albescu

Beginn: 8.15 Uhr – Ende ca. 17.30 Uhr

Ort: Turnhalle des Gymnasiums Mallersdorf-Pfaffenberg

Themen: Der aktuelle Stand der Vorgesorgeuntersuchung – Aktuelle Urologie für die Praxis – Praktische Durchführung von Sonographie – Fernseh-Live-Übertragungen urologischer Operationen und eines Fortbildungskurses für urologische Sonographie aus der Urologischen Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern

2. Mallersdorfer Fortbildungsseminar für urologisches Assistenzpersonal am 11. November 1983

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. Albescu, Kreiskrankenhaus, 8304 Mallersdorf, Telefon (0 87 72) 5 03 97

Allgemeine Fortbildung

34. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 9. bis 11. Dezember 1983 in der Melstersingerhalle in Nürnberg

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg

Freitag, 9. Dezember 1983

Venenerkrankungen in der Praxis: Venenthrombose – Lungenembolie – Varikosis – Ulcus cruris

9.00–9.50 Uhr:

Eröffnung des Kongresses
Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.50–14.30 Uhr:

Venenthrombose – Möglichkeiten und Grenzen der Diagnose

Klinik und nicht-invasive Verfahren
Professor Dr. Th. Wuppermann, Hannover

Phlebographie
Professor Dr. H. E. Schmitt, Basel

Das postthrombotische Syndrom
Dr. E. Brendenbergh, Zug

Konservative Therapie
Professor Dr. G. Trübestein, Bonn

Operative Therapie
Professor Dr. O. Wegner, Wien

Diskussion – Moderator: Professor Dr. L. Widmer, Basel

Filmvorführung „Aorto-iliakale Arterienverschlüsse“ (Lipha Arzneimittel, Essen)

14.30–15.00 Uhr:

Lungenembolie

Diagnose und Therapie
Professor Dr. F. Heinrich, Bruchsel

Möglichkeiten der Prophylaxe
Professor Dr. U. F. Gruber, Basel

15.00–15.45 Uhr:

Varikosis und chronisch venöse Insuffizienz

Eine geringfügige Gesundheitsstörung oder eine Krankheit?
Professor Dr. L. Widmer, Basel

Indikation zur Sklerosierung
Dr. R. Stemmer, Straßburg

Indikation zur Operation
Professor Dr. R. Fischer, Wattwil

16.30–18.00 Uhr:

Das Ulcus cruris

Ein dornenreiches Problem
Dr. L. Biland, Basel

Differentialdiagnose und Lokaltherapie
Professor Dr. E. Schöpf, Freiburg

Diskussion – Moderator: Professor Dr. L. Widmer, Basel

Samstag, 10. Dezember 1983

Endogene Depression – Koronare Herzkrankung

9.15–18.30 Uhr:

Biochemische Grundlagen der endogenen Depressionen

Dr. W. P. Keschka, Erlangen

Zur Systematik depressiver Verstimmungszustände

Dr. A. Barocka, Erlangen

Falldemonstrationen und Diskussion zur „Depressionsbehandlung in der Praxis“ mit EIDOPHOR (Ciba Gelgy, Wehr)

Moderator: Professor Dr. E. Lungershausen, Erlangen, unter Mitwirkung von Privatdozent Dr. V. Faust (Weissenau), Dr. Dr. M. Lindner, (Nürnberg), Dr. M. Wolfersdorf (Weissenau)

Filmvorführung „Verwirrheitszustände im Alter“ (Astra Chemicals GmbH, Wedel)

Die konservative Behandlung der koronaren Herzkrankung

Professor Dr. B. E. Strauer, München

Wirkungsweise und therapeutische Effizienz von Kalziumantagonisten
Professor Dr. A. Fleckenstein, Freiburg

Die operative Behandlung der koronaren Herzkrankung – Langzeitergebnisse
Professor Dr. J. v. d. Emde, Erlangen

Wiedereröffnung des Infarktgefäßes – Möglichkeiten und Grenzen einer kausalen Herzinfarktbehandlung

Professor Dr. R. v. Essen, Aachen

Indikation zur und Ergebnisse der transluminalen Dilatation von Koronarstenosen
Professor Dr. G. Kober, Frankfurt

Rehabilitation nach Herzinfarkt
Dr. P. Stürzenhofecker, Bad Krozingen

Rundtischgespräch und Diskussion zur „Behandlung der koronaren Herzkrankung“

Moderator: Professor Dr. A. Fleckenstein, Freiburg, unter Mitwirkung der Referenten des Nachmittags

Sonntag, 11. Dezember 1983

Rationelle Arzneimitteltherapie

9.15–12.15 Uhr:

Stufentherapie des arteriellen Hochdruckes

Professor Dr. M. Anlauf, Essen

Neue Antihypertonika – Wirkungen und Stellenwert in der Hochdrucktherapie
Professor Dr. K. H. Rahn, Maastricht

Bewährtes und Neues in der Diabetes-therapie

Professor Dr. H. Mehnert, München

Antibiotiketherapie in der Praxis
Professor Dr. H. Knothe, Frankfurt

Rationelle Therapie in der Pädiatrie
Professor Dr. K. Schreier, Nürnberg

Rundtischgespräch und Diskussion zum Tagesthema

Moderator: Professor Dr. H. Mehnert unter Mitwirkung der Referenten

Pharmazeutische Ausstellung

Öffnungszeiten: täglich von 8.45 Uhr bis zum Ende der Vorträge

– Das vollständige Programm wurde allen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland zugesandt –

13. Onkologisches Seminar für niedergelassene Ärzte

am 9. November 1983 in München

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

Thema: Besprechung onkologischer Erkrankungen – Patientenvorstellung mit ärztlichem Konsil

Beginn: 19.30 Uhr s. t. – Ende: 21.30 Uhr
Ort: Klinikum Großhadern der Universität, Hörsaal V, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

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

Allergologische Fortbildungsveranstaltungen

am 12. November und 17. Dezember 1983 in Erlangen

Thema: Diagnostik, Differentialdiagnose und Therapie allergischer Erkrankungen

Ort: Kleiner Hörsaal der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Beginn: 10.00 Uhr c. t. – Ende: 15.00 Uhr
Teilnehmergebühr: DM 30,-

Auskunft:

Professor Dr. J. R. Kalden, Institut und Poliklinik für Klinische Immunologie und Rheumatologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-3418

13. Fortbildungskongreß für Ärztliches Assistenzpersonal

während des 34. Nürnberger Fortbildungskongresses
der Bayerischen Landesärztekammer
vom 9. bis 11. Dezember 1983

Teil 1: Labor A Meistersingerhalle Arztshelferinnen	Teil 2: Labor B Novotel MTA-Labor und Arzt- shelferinnen mit Laborer- führung	Teil 3: Radiologie Pädagogische Hochschule MTA-Röntgen- und Arzt- shelferinnen mit Röntgener- führung	Teil 4: Nuklearmedizin Crest Hotel
Freitag, 9. 12., 10.00 Uhr bis Samstag, 10. 12., 13.00 Uhr	Freitag, 9. 12., 10.30 Uhr bis Samstag, 10. 12., 17.00 Uhr	Freitag, 9. 12., 13.00 Uhr bis Sonntag, 11. 12., 12.15 Uhr	Freitag, 9. 12., 14.00 Uhr bis Samstag, 10. 12., 18.00 Uhr
<p>Gerinnungsdiagnostik – Labordiagnostik rheumati- scher Erkrankungen – Schnelldiagnostik (Bedeu- tung, Methoden, Trends)</p> <p>Praktike (4): Der kleine Gerinnungsstatus – Leber- und Pankreaserkrankungen – Proteindiagnostik – Se- rologisches Rheumascreen- ing</p>	<p>Diagnostik der Entzündun- gen – PMN-Elastase-Emit CRP – Bestimmung der Ri- sikofaktoren – Diabetes- Fettstoffwechsel-Gicht – Management im Labor – Organisation und Reorgani- sation – Anschaffung von mechanisierten Analyse- systemen – Das pathologi- sche Blutbild – Anaerobier- diagnostik – Fehlersuche im Labor – Der toxikologi- sche Notfall – Fluoreszenz- mikroskopische Techniken (Chlamydie, Herpes, Go)</p> <p>Praktike (2): Pilzdiagno- stik – Hämatologie</p>	<p>Rechte und Pflichten von Röntgenshelferinnen und med.-techn. Radiologieas- sistenten – Entwicklun- gstendenzen in der Radiolo- gie – Organisatorischer Ablauf der Rö.-Untersuchung – Kritische Beurteilung der Automatik am Rö.- Arbeitsplatz – Aufzeich- nungspflicht und Belehrung nach der RöV – Dosisredu- zierung in der Pädiatrie – Filme, Folien, Vorteile der Seltene-Erden-Folien – Datenverarbeitung in der Radiologie – Technische Voraussetzungen und Un- tersuchungstechniken der digitalen Angiographie – NMR – Aufnahmetechnik mit modernen Bildverstär- kern – Qualitätssicherung (Rö.-Diagnostik) – Quali- tätssicherung (Filmverar- beitung)</p> <p>Praktike (15): Einstell- und Aufnahmetechnik zur Röntgenuntersuchung in allen Gebieten der Medizin – Computertomographie – NMR</p>	<p>Entwicklungen und Quali- tätskontrolle bei Testsub- stanzen zur in vivo-Die- gnostik – Qualitätssiche- rung in der nuklearmed. Meß- und Registriertechnik – Praktische EDV-Fragen im Alltag – Dreiphasen- technik der Skelettuntersuchung – Schilddrüsendi- agnostik – Kombinierte Nie- rendiagnostik – Stand und Ausblick zur RIA 1983 – Untersuchungstechnische Fehler</p> <p>Praktika (3): in vitro Dia- gnostik – in vivo Untersu- chungstechnik (Skelett u. w.) – in vivo Untersu- chungstechnik (Niere u. w.)</p>

Anmeldung und Auskunft:

Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288

Teilnahme nur nach Bestätigung möglich

Teilnahmegebühr: DM 10,-	Teilnahmegebühr: DM 20,-	Teilnahmegebühr: DM 50,-	Teilnahmegebühr: DM 50,-
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Teilnahmebescheinigung am Ende des Kurses
Ausführliche Programme senden wir Ihnen gerne auf Wunsch zu!

23. Bayerische Internistentagung

vom 18. bis 20. November 1983 in München

Leitung: Professor Dr. E. Wetzels, Rosenheim

Ehrenvorsitzender: Dr. R. Schindlbeck, Herrsching

Veranstalter: Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V.

Tagesvorsitzende: Professor Dr. G. Riecker, Direktor der Medizinischen Klinik I der Universität München im Klinikum Großhadern, Professor Dr. G. Paumgartner, Direktor der Medizinischen Klinik II der Universität München im Klinikum Großhadern, Professor Dr. W. Wilmanns, Direktor der Medizinischen Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern

Ort: Sheraton-Hotel, Kongreßzentrum, Arabellastraße 6, München 81

Samstag, 19. November 1983

Aktuelle Probleme der Diagnostik und Therapie innerer Erkrankungen

Vorsitz: Professor Dr. G. Riecker

9.00–12.40 Uhr:

Neue Gesichtspunkte in der Diagnostik und Therapie der koronaren Herzkrankheit

Professor Dr. B. E. Strauer, München

Myokarditis – eine verkannte Diagnose?

Professor Dr. H.-D. Bolte, München

Neue Möglichkeiten in der Therapie bedrohlicher tachykarder Rhythmusstörungen: medikamentös – elektrisch – operativ

Privatdozent Dr. G. Steinbeck, München

Bronchoalveoläre Lavage – eine neue diagnostische Methode zur Aktivitätsbeurteilung pulmonaler Immunopathie

Dr. G. König, München

Cyclosporin A – ein neuer Weg in die Behandlung nierentransplantierten Patienten

Dr. L. Castro, Dr. G. Hillebrand, Professor Dr. W. Land, Professor Dr. H.-J. Gurland, alle München

Wann sind Herzglykoside entbehrlich und wann sind sie notwendig?

Privatdozent Dr. E. Erdmann, München

Prophylaxe und Therapie von gastroenterologischen Krankheiten und Stoffwechselstörungen

Vorsitz: Professor Dr. G. Paumgartner

15.00–17.50 Uhr:

Prophylaxe und Therapie streßbedingter gastroduodenaler Blutungen

Professor Dr. D. Engelhardt, München

Prophylaxe und Therapie der B-Virus-Hepatitis

Dr. G. Pape, München

Therapie der primären billären Zirrhose

Professor Dr. J. Eisenburg, München

Prophylaxe und Therapie der Ösophagusvarizenblutung

Dr. T. Sauerbruch, München

Stellenwert der Ernährung in Prophylaxe und Therapie degenerativer Gefäßkrankungen

Professor Dr. P. Schwandt, München

– nach jedem Vortrag Diskussion –

Sonntag, 20. November 1983

Fortschritte in der praktischen Onkologie

Vorsitz: Professor Dr. W. Wilmanns

9.00–13.00 Uhr:

Maligne Hodentumoren – Modell einer heilbaren Tumorerkrankung

Dr. Ch. Clemm, München

Möglichkeiten und Grenzen in der Behandlung von Bronchialkarzinomen

Dr. A. Schalhorn, München

Fortschritte in der Behandlung akuter Leukämien des Erwachsenenalters

Privatdozent Dr. H.-J. Kolb, München

Onkologische Nottfallsituationen

Privatdozent Dr. H.-J. Sauer, München

Paraneoplastische Syndrome

Dr. K. Possinger, München

Die antiemetische Therapie bei Zytostatika-bedingtem Erbrechen

Professor Dr. E. Hiller, München

Schmerztherapie bei Tumorerkrankungen

Privatdozent Dr. R. Hartenstein, München

– nach jedem Vortrag Diskussion –

Die **Mitgliederversammlung** der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V. findet am Freitag, 18. November 1983, 18.30 Uhr, im Kongreßzentrum C, München, Sheraton-Hotel, statt.

Der Tagung ist eine **Ausstellung** der pharmazeutischen und der medizinisch-technischen Industrie angeschlossen.

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, Städtisches Krankenhaus, Pettenkoflerstraße 10, 8200 Rosenheim, Telex (0 80 31) 39 52 95

4. Süddeutsche Balint-Studientagung

vom 16. bis 19. November 1983 in Würzburg

Ort: Hotel Rabstock, Naubastraße 7, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Deutsche Balint-Gesellschaft e. V., Frau Dr. M. Stubba, Schloppweg 65, 3320 Salzgitter-Bad, Telex (0 53 41) 3 48 10 und (0 53 46) 10 18

5. Altöttinger chirurgisch-internistisches Kolloquium

am 28. November 1983

Thema: Morbus Crohn – internistische und chirurgische Aspekte

Zeit und Ort: 20.00 Uhr – Hotel Post, großer Saal, Altötting

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Bauer, Kreis-Krankenhaus, 8262 Altötting, Telex (0 86 71) 40 31

Traumeel®

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

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

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

DARREICHUNGSFORM UND PACKUNGSGRÖSSEN (Stand Juli 1983)
Salbe: Tuben mit 20 g DM 4,75, mit 80 g DM 14,27.

WEITERE DARREICHUNGSFORMEN
Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

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

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

26. November 1983

im Ärztehaus Bayern, Mühlbaustraße 16, München 80, einen Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaustraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-788, Frau Klockow, bis 18. November 1983 zu richten.

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

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 17. November 1983 in München

Thema: Entwicklung und sozialpolitische Bedeutung des betriebsärztlichen Dienstes aus der Sicht der Gewerkschaften (W. Heitzer, Referent für Sozialpolitik, Deutscher Gewerkschaftsbund, Landesbezirk Bayern) – Diskussion

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

6. Arbeitstagung der Deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Mikrochirurgie der peripheren Nerven und Gefäße

vom 25. bis 27. November 1983 in München

Leitung: Privatdozent Dr. E. Blemer, München

Themen: Freie Muskeltrensplantation – Mikrochirurgie des Plexus brachialis – Techniken bei der Hebung von kombinierten Transplantaten

Ort: Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Hörsaal B, Ismeninger Straße 22, München 80

Tegungsgebühr: DM 60,-

Auskunft:

Privatdozent Dr. E. Blemer, Abteilung für Plastische Chirurgie der Chirurgischen Klinik der Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismeninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-21 69 oder 41 40-21 71

Grundseminar „Kindsmißhandlung“

vom 21. bis 25. November 1983 in Zangberg Ampfing/Obb.

Dieses Seminar bietet den Teilnehmern die Möglichkeit, in verschiedenen methodischen Ausdruckstformen Ihre Erfahrungen und Fragestellungen im Umgang mit Familien mit Gewaltproblematik darzustellen und neu zu erfahren.

Ort: Tegungsstätte für Erwachsenenbildung, Kloster St. Josef, Zangberg bei Ampfing/Obb.

Auskunft und Anmeldung:

Aktion Jugendschutz, Herr Schwarz, Fasaneriestraße 17, 8000 München 19, Telefon (0 89) 19 90 52/53

Rheumatologisches Fortbildungsseminar für Krankengymnastik und Ergotherapie

vom 26. November bis 2. Dezember 1983 in Bad Abbach

Leitung: Professor Dr. H. Mathies

Ort: Rheuma-Zentrum, Bad Abbach

Seminargebühr: DM 140,-

Beschränkte Teilnehmerzahl

Auskunft:

Fortbildungsekademie des Standing Committee „Education“ der Europäischen Rheuma-Liga, Sekretariat E. Wolf, Rheuma-Zentrum, I. Medizinische Klinik, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 1 82 68

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fechkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV)

Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in zwei Teilen (3. 1. 2 der Richtlinien) am 20./21. und 27./28. Januar 1984 in Nürnberg

Veranstalter: Radiologisches Zentrum Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. H. Renner)

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

11. Wochenendseminar des Deutschen Herzzentrums – Klinik für Herz- und Kreislaufkrankungen

am 10. Dezember 1983 in München

Thema: Fortschritte in der Diagnostik und Therapie kardiologischer Erkrankungen

Beginn: 8.45 Uhr – Ende: 13.30 Uhr

Ort: Hilton Hotel, Kongreßzentrum, Tucherpark 7, München 22

Letzter Anmeldetermin: 1. Dezember 1983

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Wenger, Mühlbaustraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1984

11. bis 15. Januar 1984 in Köln:

VIII. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

11. bis 23. März 1984 in Badgastein:

XXIX. Internationaler Fortbildungskongreß

12. bis 23. März 1984 in Davos:

XXXII. Internationaler Fortbildungskongreß

16. bis 27. April 1984 in Meran:

XVI. Internationaler Seminerkongreß für praktische Medizin

3. bis 15. Juli 1984 in Grado:

XXXII. Internationaler Fortbildungskongreß

18. bis 29. Juni 1984 in Montecatini Terme:

XVIII. Internationaler Fortbildungskongreß

23. Juli bis 3. August 1984 in Davos:

XIV. Internationaler Seminerkongreß

20. bis 31. August 1984 in Meran:

XXXII. Internationaler Fortbildungskongreß

26. August bis 7. September 1984 in Grado:

XVIII. internationaler Seminerkongreß

21. bis 23. September 1984 in Augsburg:

XIII. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (im zeitlichen und räumlichen Zusammenhang mit dem 74. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

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

Bauen oder kaufen Sie bald, noch halten die Baupreise

Um 35 Prozent lagen die Baugenehmigungen für Wohnbauten im April dieses Jahres wertmäßig über dem Stand des Vorjahres. Das Ausmaß der Auftragseingänge war um 15 Prozent höher. Eine weitere Steigerung der Nachfrage nach Bauleistungen ist wahrscheinlich.

Dazu regen die Aufstockung der Mittel für den sozialen Wohnungsbau und die Stadtrenovierung, ein voraussichtlich tragbares Zinsniveau, die Möglichkeit des Schuldzinsenabzugs zumindest auf drei Jahre und bis zu 10 000 DM im Jahr, für gewerbliche Bauten die Investitionszulage und für Miethäuser die Lockerung des Mietrechts an.

Andererseits haben wir mit 1,152 Millionen im Jahr 1982 die niedrigste Beschäftigtenzahl im Baugewerbe seit Anfang der fünfziger Jahre gehabt. Selbst 1977 waren es noch 1,168 Millionen. Die Stundenzahl der Arbeit am Bau ist im letzten Jahr auf den Tiefststand seit 1950 mit 620 Millionen Stunden gesunken.

Trotz der Abnahme der Bau-Beschäftigten um 1,4 Prozent von 1977 bis 1982 ist die Lohn- und Gehaltssumme im Baugewerbe in dieser Zeit von 28,74 Milliarden DM auf 37,40 Milliarden DM geklettert. Das sind 30,1 Prozent mehr. Und natürlich sind Materialien und Betriebsmittel für den Bau auch teurer geworden.

Die Erhöhung der Baugenehmigungen wie der Aufträge lassen darauf schließen, daß das Baugewerbe seinen Preis-Nachholbedarf demnächst stärker befriedigen können dürfte, zumal das Angebot allein aus Mangel an Bauarbeitern nicht sehr schnell zu erhöhen ist.

Für Bauarbeiter gilt nach aller Erfahrung, nur in anderem Sinne, was man für große Stars voraussagt, nachdem sie einmal abgetreten sind: „They never come back.“ Auch die Bauarbeiter kommen nie mehr – oder nur selten – zurück, wenn sie nach ihrer Abwanderung oder Entlassung erst einmal einen Arbeitsplatz unter Dach und mit Helzung kennengelernt haben.

Verlassen Sie sich bei der Beurteilung der Baupreisentwicklung nicht auf den

Verlauf der Kosten für die allgemeine Lebenshaltung, auf die Geldentwertungsraten. Überraschend unternehmen die Baupreise hohe Sprünge. So zogen sie nach einer Erhöhung um 5,8 Prozent im Jahr 1969 plötzlich auf eine Steigerung um 18,4 Prozent im Jahr 1970 an, also um über das Dreifache.

Die Lebenshaltungskosten eines Vierpersonenhaushaltes eines Arbeitnehmers mit mittlerem Einkommen bei alleinverdienendem Haushaltsvorstand hatten sich dagegen gegenüber dem Vorjahr im Jahr 1969 um zwei Prozent und im Jahr 1970 um 3,2 Prozent angehoben.

Einen ähnlichen Vorgang konnten Sie in der jüngeren Vergangenheit beobachten. Das Brutto-Inland-Sozialprodukt, also der Wert aller hier erzielten Leistungen, hatte 1979 noch um 8,4 Prozent und 1980 nur um 6,9 Prozent, eine rückläufige Zuwachsraten also. Die Lebenshaltungskosten waren in diesem Zeitraum noch um 4,1 im Jahr 1979 und um 5,5 Prozent im Jahr 1980 aufwärts gerichtet.

Dagegen die Entwicklung der Baupreise: 1979 plus 8,3 Prozent, 1980 plus 10,7 Prozent und 1981 wiederum nur plus 5,9 Prozent. Ich habe diese Rechnungen eingestellt, um Ihnen zu erläutern, daß sich die Baupreise völlig atypisch, völlig anders als andere Werte, und daß sie sich sehr plötzlich verändern können.

Was Sie heute pro 1000 DM erste Hypothek zu neun Prozent Zinsen und einem Prozent Anfangstilgung hinstellen, kostet Sie rund 27 Jahre lang jährlich 100 DM Kapiteldienst, und den aus ständig sich entwertendem Geld und bei, wenn auch mäßig steigendem Einkommen.

Mäßige drei Prozent Durchschnitts-Beipreissteigerung in den nächsten neun Jahren vorausgesetzt, müssen Sie dann bei gleichen Hypotheken-Konditionen über 30 Prozent mehr für den Kapitaldienst aufbringen, obwohl der Nutzungswert des Hauses der gleiche wie heute sein wird. Wenn es irgend geht: Verwirklichen Sie Ihren Wunsch nach eigenen vier Wänden selbst.

Horst Beloch

Stillhalter-Vorschub

Die gesetzliche Krankenversicherung hat sich in den 100 Jahren ihres Bestehens den Veränderungen, ja, jenen sensationellen Wendungen der Gesellschaft in den letzten dreißig Jahren höchstens äußerst unzulänglich angepaßt.

Arbeitsministeriums-Staatssekretär Frenke hat einer eingehenden Beschäftigung seines Hauses mit der Krankenhaus-Finanzierung den Vorrang eingeräumt. Anschließend werde es sich unvoreingenommen mit den Grundlegenden der gesetzlichen Krankenversicherung auseinandersetzen. Das Ziel sei ihre Akklimatisierung an den aktuellen *genius temporis*.

Der gesundheitspolitische Experte der CSU-Bundestagstraktion Dr. Kurt Feltlhauser hat sich eine Periode gründlichen Nachdenkens ausbebeten, damit Neuordnungen nicht unbedacht übers Knie gebrochen werden. Dieses einleuchtende Argument regt die Interessenten zu erwartungsvoller Zurückhaltung an.

Dennoch können die Teilnehmer am Gesundheitswesen kein offenes Ende solcher Bestrebungen hinnehmen, dabei ist es nicht einmal erheblich, daß sie über das Stadium der Diskussion innerhalb der Politiker nicht informiert werden. Woran es indes mangelt, das ist eben in diesem Prozeß des Werdens des sporadische Gespräch mit den Partnern der Selbstverweltung.

Hier wird nicht ein neuer Ausschub gefordert. Die Angehörigen der akademischen Heilberufe wie die Krankenkassen wollen vielmehr verspüren, daß sich etwas regt, wie weit ein Ergebnis auch noch entfernt sein mag. Und man wird ihnen nicht absprechen dürfen, daß sie zu einem Erfolg solcher Bestrebungen wesentlich beizutragen vermögen.

Prosper

Kurz über Geld

NEU ist eine Anlegerschutz-Erklärung. Völlige Transparenz gewährleistet, falls Anlagen-initiator sie unterschreibt. Bei Unterschriften-Verweigerung hat er etwas zu verbergen.

GOLD für drei Prozent unter Londoner Fixingpreis ist ein Schwindelangebot. Nicht darauf einlassen.

PLATIN-Rücknahmepreis liegt weit unter Neukauf-Preis, weil Preisentwicklung als unsicherer als die von Gold beurteilt wird.

NUR ZUM ZEITWERT versichert, nicht zum Wiederbeschaffungspreis sind Gegenstände auf dem Speicher oder Keller, auch, wenn sie wertvoll sind.

Die Sterbefälle nach Todesursachen in Bayern im 2. Vierteljahr 1983

Nr. der ICD 1979 ¹⁾	Todesursachen	Sterbefälle		
		1982		1983
		Vierteljahresdurchschnitt	2. Vierteljahr	
001-139	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	221	217	174
	darunter			
011-018,137	Tuberkulose insgesamt	92	89	71
140-199	Bösartige Neubildungen	6474	6374	6442
	darunter			
151	des Magens	966	960	883
153,154	des Dickdarms und des Mastdarms	961	896	1002
160-163	der Atmungsorgane	993	967	962
174	der weiblichen Brustdrüse	533	510	565
179-182	der Gebärmutter	240	261	231
185	der Prostata	333	311	353
200-208	Bösartige Neubildungen des lymphatischen und hämatopoetischen Gewebes	442	438	404
210-239	Gutartige Neubildungen, Carcinoma in situ, Neubildungen unsicheren Verhaltens, Neubildungen unbekanntes Charakters	476	472	452
240-279	Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Störungen des Immunitätssystems	722	705	699
	darunter			
250	Diabetes mellitus	610	584	586
280-289	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	77	67	80
290-389	Psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	558	510	579
390-459	Krankheiten des Kreislaufsystems	14916	15103	14933
	darunter			
410	akuter Myokardinfarkt	3215	3215	3254
411-414	sonstige ischämische Herzkrankheiten	1723	1730	1976
426,427	Herz-Reizleitungs- und Rhythmusstörungen	343	368	287
428,429	Herzinsuffizienz und mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten	3114	3122	3107
430-438	Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	4521	4692	4375
460-519	Krankheiten der Atmungsorgane	1816	1825	1791
	darunter			
480-486	Pneumonie	651	712	630
487	Grippe	10	5	31
466,490,491	Bronchitis	516	495	513
520-579	Krankheiten der Verdauungsorgane	1678	1628	1564
	darunter			
531,532	Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür	161	166	127
560	Darmverschluss ohne Angabe eines Eingeweidebruchs	82	83	82
571,2.,5.,6	Leberzirrhose	649	654	592
570,R.v.571	sonstige Krankheiten der Leber, Gallenblase und Gallengänge	303	271	301
u.572-576	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	529	532	440
580-629	darunter			
580-583,587	Nephritis, nephrotisches Syndrom und Schrumpfniere	43	51	29
630-676	Komplikationen der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	5	7	-
680-739	Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes, des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	135	118	159
740-759	Kongenitale Anomalien	111	117	106
760-779	Bestimmte Schädigungen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben	123	138	113
780-799	Symptome und mangelhaft bezeichnete Todesursachen	323	339	341
E800-E949	Unfälle	1473	1487	1420
	darunter			
E810-E825	Kraftfahrzeugunfälle innerhalb und außerhalb des Verkehrs	688	755	694
E850-E869	Vergiftungen	12	12	4
E880-E888	Unfälle durch Sturz	553	508	516
E950-E959	Selbstmord und Selbstbeschädigung	617	625	641
E960-E999	Mord, Totschlag und sonstige Gewalteinwirkungen	65	63	58
	Sterbefälle insgesamt	30758	30765	30396

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 Grundlaiden, das am Beginn einer zum Tode führenden „Kausalkette“ steht, berücksichtigt.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im August 1983 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im August wurden nur wenig mehr Salmonellose-Erkrankungen gemeldet als im Juli. Die Erkrankungsziffer stieg von 88 auf 91 je 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr, und blieb damit deutlich niedriger als im August

des vorigen Jahres (163 auf 100 000 Einwohner). Die Erkrankungshäufigkeit an Virushepatitis nahm von 16 Fällen je 100 000 Einwohner im Juli auf 19 im August zu.

Die im Juli gestiegene Zahl von Erkrankungen an Meningitis/Enzephalitis nahm im August wieder ab. Die entsprechende Ziffer sank von 12 auf 10 je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. August 1983 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis Infectiose				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen ¹⁾		Hepatitis A		Hepatitis a		nicht bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	—	—	3	—	13	—	8	—	263	—	44	—	18	—	35	2	15	—
Niederbayern	7	—	—	—	—	—	4	—	53	—	7	—	11	—	5	—	2	—
Oberpfalz	1	—	5	1	1	—	1	—	88	—	11	—	1	—	4	—	1	—
Oberfranken	1	1	6	—	7	—	6	—	41	—	3	—	5	—	9	—	3	—
Mittelfranken	—	—	4	—	3	—	3	—	102	2	16	—	6	—	19	—	2	—
Unterfranken	—	—	1	—	1	—	2	—	133	—	7	—	2	—	4	—	3	—
Schwaben	—	—	2	—	1	—	5	—	84	—	11	—	6	—	10	—	1	—
Bayern	9	1	21	1	26	—	29	—	764	2	99	—	49	—	86	2	27	—
Vormonat	16	—	25	1	26	—	35	—	738	2	160	—	32	—	75	1	25	1
München	—	—	—	—	7	—	—	—	67	—	20	—	7	—	22	1	7	—
Nürnberg	—	—	3	—	1	—	—	—	38	1	4	—	3	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	—	—	—	—	11	—	3	—	1	—	4	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	4	—	—	—	2	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	30	—	2	—	—	—	2	—	—	—
Fürth	—	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	1	—	1	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Shigelien-Ruhr		Malaria		Ornithose		Angab. Toxoplas-mose		Leptospirose				Q-Fieber		Fleck-fieber		Tetanus		Toll-wut-ver-dacht ²⁾	
											Weilsche Krankheit		übrige Formen									
	E	St	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	6	—	19	—	6	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	41
Niederbayern	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Oberfranken	—	—	1	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
Mittelfranken	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	5
Unterfranken	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12
Schwaben	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	56
Bayern	6	—	34	—	8	—	3	—	2	—	1	1	2	—	1	—	1	—	2	—	—	131
Vormonat	2	—	11	—	13	—	1	—	1	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	85
München	2	—	9	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Nürnberg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Augsburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Hinzu kommt ein Sterbefall an Puerperalsepsis in Unterfranken.

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

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

St = Sterbefälle.

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

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

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

Aktion „Sonnenschein“ dankt für Spendenbereitschaft

Der starke Widerhall, den der Aufruf von Professor Dr. Dr. Th. Heßbrügge mit Unterstützung von Professor Dr. H. J. Sewering um eine Spende für den Neubau des Kinderzentrums München land, hat die Solidarität der bayerischen Ärzte mit der Arbeit der Aktion „Sonnenschein“ eindrucksvoll unterstrichen. Aus einer Unzahl größerer und kleinerer Spenden wurden annähernd 50 qm Sonnenschein (symbolischer Kauf von 1 qm des Grundstücks für den Neubau der Einrichtung in Großhadern) à DM 470,- erworben. Damit ist die Fortführung der Arbeit der Aktion „Sonnenschein“ – Hilfe für das mehrfach behinderte Kind e. V. – sichergestellt, eine Hilfe, die nicht nur Kindern aus München, sondern aus ganz Bayern und auch aus anderen Bundesländern zuteil wird.

Heute noch gehen täglich Spenden von Kolleginnen und Kollegen ein. Nachstehend wird noch einmal das Konto der Aktion „Sonnenschein“ bekanntgegeben:

Bayerische Landesbank – Girozentrale – Konto-Nr. 38 100
(BLZ 700 500 00)

Selbstverständlich erhalten alle Förderer eine Spendenbescheinigung.

Apotheker- und Ärztebank im neuen Haus in Würzburg

Die Niederlassung Würzburg der Deutschen Apotheker- und Ärztebank steht den Heilberufsangehörigen nunmehr unter folgender Anschrift zur Verfügung: Juliuspromenade 17 1/2, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 13005

50 Jahre Bionorica

Zwischen dem Einmannbetrieb „Naturheilmittel-Laboratorium“ und dem mittelständischen Unternehmen „Bionorica 1983“ liegen 50 Jahre bewegte Entwicklung, die wesentlich vom Geist des Gründers geprägt wurden. Dem Namen verpflichtet, blieb der Hersteller pflanzlicher Arzneimittel bis heute in Nürnberg ansässig. Einschneidende Rückschläge durch den Tod des Gründers 1945 und die völlige Zerstörung während des Krieges konnten den steten Aufstieg des Unternehmens nicht aufhalten.

Broschüren des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Im Deutschen Ärzte-Verlag, Köln, sind in letzter Zeit wieder einige interessante Broschüren in der ZI-Wissenschaftlichen Reihe erschienen, und zwar:

Band 24: HENKE / ADAM „Die Finanzlage der sozialen Krankenversicherung 1960 bis 1978“ (DM 29,80)

Band 25: KOSANKE „Des Problem der Doppeluntersuchung in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung“ (DM 34,80)

Band 26: LIEBOLD „Die Vergütung des Allgemeinarztes“ (DM 19,80)

Krankheit und Sport

Herausgeber: Dr. E. Goßner, 195 S., 20 Abb., 15 Tab., flexibles Taschenbuch, DM 24,80. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Angesichts der ständig wachsenden Zahl von Freizeitsportlern ist heute die Frage aktuell, welche Sportarten empfohlen werden können. Dieser präzisorientierte Leitfaden vermittelt eine Fülle wertvoller Hinweise und Anregungen für die verschiedensten Patientengruppen, z. B. Herz-, Kreislauf- und Gefäßkranke, Asthmatiker und Bronchitiker, Leber- und Nierenkranke. Spezielle Kapitel belassen sich mit Sportprogrammen für die Pädiatrie und Geriatrie sowie mit der Problematik von Leibesübungen während der Schwangerschaft.

Ergebnisse der chirurgischen Onkologie 5 „Schilddrüsenkarzinom“

Herausgeber: Priv.-Doz. Dr. W. Heitland, 134 S., 85 Abb., 46 Tab., kart., DM 68,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Im vorliegenden Buch wird im ersten Hauptthema die klinische Problematik der Schilddrüsenkarzinome besprochen. Entsprechend der Bedeutung der histomorphologischen Klassifizierung nach WHO berichten kompetente Fachvertreter von großen retrospektiven Studien und den sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen. Neben diagnostischen Möglichkeiten wird ausführlich auf das unterschiedliche Vorgehen beim differenzierten und undifferenzierten Karzinom eingegangen. Das zweite Thema ist der chirurgisch-onkologischen Grundlagenforschung gewidmet: Schwerpunkt-Kanzenogenität des Gallensekretes.

Dr. med. P. Hadersbeck, Penzberg

Gefäßkrankheiten in der Praxis

Herausgeber: H. Mörl, 260 S., 59 Abb., 5 Tafeln, 78 Tab., geb., DM 72,-. edition medizim im Verlag Chemie/Physik-Verlag, Weinheim.

Diese Abhandlung befaßt sich mit der Ätiologie, der pathologischen Anatomie sowie der Diagnostik und Therapie im praktischen Bereich. Auf die in der Klinik vorhandenen weitergehenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wird hingewiesen, um ein rasches Handeln bei den einzelnen Krankheitsbildern zu gewährleisten. Aufgrund der einfachen, klaren und eindeutigen Darlegung ist dieses Werk ein Heller für die tägliche Arbeit.

Kleine Gesetzeskunde

Herausgeber: O. Helfer, 112 S., brosch., DM 16,80. Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin.

Die 17. (überarbeitete) Auflage der „Kleinen Gesetzeskunde“ berücksichtigt alle für die Medizinallachpersonen relevanten Rechtsgebiete. Dabei konzentriert sich der Autor auf das Wesentliche, weshalb es für die in der Ausbildung befindlichen Medizinallachpersonen eine wertvolle Hilfe zur Vorbereitung auf die Abschlußprüfung ist. Auch den Lehrkräften dient es als gute Basis für die Gestaltung des Unterrichts. Wegen des fehlenden Sachregisters ist es als Nachschlagewerk zur schnellen Information über die hier behandelten Bereiche bedauerlicherweise nicht geeignet.

Handbuch der Inneren Medizin: Herzrhythmusstörungen

Herausgeber: Professor Dr. B. Lüderitz, 1151 S., 410 Abb., 106 Tab., geb., DM 320,-. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Ein Kollegium jüngerer, aktiv in der experimentellen und klinischen Forschung stehender Autoren hat unter bewußtem Verzicht auf eine allumfassende Darstellung des Themas das grundsätzlich Wichtige und Neue auf dem Gebiet der Herzrhythmusstörungen in diesem Band zusammengetragen. Dabei wurde der Wissensstoff im Hinblick auf die Belange der Inneren Medizin kritisch geordnet und bewertet mit dem Ziel einer pathophysiologisch begründeten Differentialdiagnostik und -therapie. Die themenbezogene Darstellung von Anatomie, Pathophysiologie, Pharmakologie, Diagnostik und Therapie — einschließlich medikamentöser, elektrischer und operativer Behandlungsverfahren — ermöglicht es dem Leser, auch die neuesten Entwicklungen der Rhythmologie zu beurteilen und ihren Stellenwert für die praktisch-klinische Tätigkeit zu erkennen. Das Konzept des Buches ist über die Bedeutung eines Nachschlagewerkes hinaus besonders auf die praktische Nutzenanwendung in Praxis und Klinik ausgerichtet.

Der Limes in Bayern: Von Dinkelsbühl bis Eining

Herausgeber: Prof. Dr. G. Ulbert/Dr. Th. Fischer, 120 S., 93 Abb., Pappband, DM 34,-. Konrad Theiss Verlag, Stuttgart.

Neben einer detaillierten Einführung in die Geschichte, Forschungsgeschichte und militärisch-strategische Funktion des Limes enthält dieser Band einen die gesamte Strecke umfassenden Führungsteil. Die Beschreibungen werden durch zahlreiche, teils farbige Fotos, Zeichnungen und Textabbildungen illustriert und erläutert.

Bayerisches Jahrbuch 1983/84

544 S., 66. Ausgabe, Halbleinen, DM 86,-. Carl Gerber Verlag GmbH, München.

Dieses Nachschlagewerk im Lexikonformat enthält Namen und Adressen von Ämtern, Dienststellen und Institutionen im Freistaat Bayern, darüber hinaus Angaben über Organe und Dienststellen des Bundes in Bayern und der gesamten Bundesrepublik. Übersichtlich gegliederte Inhalts- und Stichwortverzeichnisse sowie im Anhang statistische Übersichten machen dieses Werk zu einem nützlichen Helfer für den täglichen Gebrauch.

Ärzte, die Geschichte machten

Herausgeber: Dr. E. Koch †, 196 S., 142 Abb., DM 34,-. Verlag Hofmann-Druck KG, Augsburg.

Die Entwicklung der Medizin ist vor allem auch die Geschichte großer Ärzte, die der Heilkunde wichtige, oftmals entscheidende Impulse gaben. An 30 sorgfältig ausgewählten Lebensbildern beschreibt dieses Buch den Weg der Medizin von den uns bekannten Anlängen der Heilkunde altägyptischer Dynastien bis zu dem heute schon legendären Professor Sauerbruch. Dem Autor gelang es dabei, den schwierigen und umfangreichen Stoff kenntnisreich und spannend darzustellen.

Das Buch von den helfenden Kräutern

Herausgeber: H. Gäbler, Zeichn. und Aquarelle v. E. Felsko-Schülke, 256 S., Farb- u. s/w-Abb., DM 24,80. Kristall Verlag bei Lenggen Müller/Herbig, München.

Dieses Buch gibt Auskunft über die Zubereitungsformen der heilenden Pflanzen und ihrer Teile. Zusätzlich sind sie in zahlreichen Zeichnungen und Aquarellen anschaulich dargestellt.

Bayerisches Ärzteblatt 11/83

Erkältung — Husten ?



Bei Erkältungskrankheiten der Atemwege

Tumarol®-Balsam

das perkutane Expektorans
für die ganze Familie

Zusammensetzung: 100 g enthalten Öl. Eucalypti 1,6 g, Öl. Cedri atlant. 0,7 g, Thymol. 0,2 g, Öl. Terebinth. rect. 5 g, Menthol. 2,7 g, Camphora 5 g, in resorptionsfördernder Salbengrundlage.

Tumarol®-Balsam sine menthola

für Säuglinge und Kleinkinder

Zusammensetzung: 100 g enthalten Öl. Eucalypti 1,6 g, Öl. Cedri atlant. 0,7 g, Thymol. 0,2 g, Öl. Terebinth. rect. 5 g, Öl. Pini pum. 3 g, Öl. Pini silv. 3 g, Camphora 5 g, in resorptionsfördernder Salbengrundlage.

... löst harten Husten !

Kontraind.: keine bekannt.

Tumarol-Balsam 30 g Tube 4,95 DM
Tumarol-Balsam 20 g Tube 3,75 DM
sine menthola



ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

ZFA

Zeitschrift für Allgemeinmedizin

**Ganz
sicher für die
Praxis**

Ausgabe 31 vom 10. 11. 1983

Kreuzlahm und schmerzbeugt

Die Diagnose »Verschleiß« ist zu einfach

Skoliotisch verkrümmt?

Dem kann abgeholfen werden

Welches Gelenk ist das beste?

Leidvolle Erfahrungen
mit künstlichen Hüftgelenken

Außerdem in dieser Ausgabe:

Arthroskopie aus orthopädischer Sicht,
Strecksehnenverletzungen der Hand,
Hüftpfannenbrüche
u. v. a.

und brandneu

ZFA TELEX ZFA TELEX

mit aktuellen Meldungen –
in jeder Ausgabe

HIPPOKRATES VERLAG GMBH

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, eut jeden Fell vor dem Besuch einer Tegung sich noch einmet mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verblindung zu setzen.

Dezember 1983

2. **München:** Kinderkardiologische Fortbildungsveranstaltung. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.
- 2.–4. **München:** Jubiläumsveranstaltung „30 Jahre Chirotherapie in Deutschland“. – Auskunft: Sekretariat des Ärzteseminars Hamm (FAC) e. V., Ostentalallee 80, 4700 Hamm 1.
3. **München:** Veranstaltung der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns. – Auskunft: Sekretariat der Vereinigung, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90.
- 3.–4. **Hennet:** Sportärztlicher Fortbildungslehrgang. – Auskunft: Dr. D. Schnell, Otto-Willach-Straße 2, 5207 Ruppichteroth.
- 3.–4. **München:** Kurs (A) für Neuraltherapie. – Auskunft: Akademie für Neuraltherapie e. V., St.-Guido-Stiftsplatz 6, 6720 Speyer.
- 3.–10. **Oberlech:** XI. Fortbildungswoche des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V., Landesgruppe Bayern. – Auskunft: Dr. K. Rebhan, Blumenstraße 1, 8000 München 2.
- 4.–10. **München:** 7. Fortbildungstagung für Klinische Zytologie mit Mikroskopierkursen. – Auskunft: Dr. A. Wolf, Prinzregentenplatz 14, 8000 München 80.
7. **Beyreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. – Auskunft: Medizinaldirektor Dr. W. Raisch, Slegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
- 9.–11. **München:** 17. Internationale Wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzteverbandes. – Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzteverbandes, Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19.
- 9.–11. **Nürnberg:** 34. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer. – Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80.

- 9.-11. **Nürnberg:** 13. Fortbildungskongreß für Ärztliches Assistenzpersonal. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, Mühlbaureiße 16, 8000 München 80.
10. **München:** 11. Wochenendseminar des Deutschen Herzzentrums — Klinik für Herz- und Kreislaufkrankungen. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbaureiße 16, 8000 München 80.
- 10.-11. **Frankfurt:** Kleine Schmerzkonferenz. — Auskunft: Sekretariat Dr. D. Gross, Niederrader Landstraße 58, 6000 Frankfurt 71.
- 12.-16. **München:** 2. Weltkongreß für Dynamische Psychiatrie in Verbindung mit dem XV. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. — Auskunft: Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Wielandstraße 27-28, 1000 Berlin 15.
- 13.-16. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
14. **Bayreuth:** Fortbildungsveranstaltung des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth. — Auskunft: Medizinischer Direktor Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth.
17. **Erlangen:** Allergologische Fortbildungsveranstaltung. — Auskunft: Professor Dr. J. R. Kalden, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaureiße 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) 5 51 77-0, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., Augsburg Straße 9, 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Lerneranalyse medizinischer Zeitschriften e. V.



Praxisfinanzierung und Versicherung nach Maß

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

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

Rufen Sie uns bitte an. Es beraten Sie:

Herr Georg C. Klughardt, Tel. (0911) 83 42 89,
Herr Dipl.-Kfm. Karl-Heinz Melzer, Tel. (08721) 27 02,
Frau Ingrid Schulte-Rahde, Tel. (089) 70 40 44.
Anschrift: Stiftsbogen 132, 8000 München 70.

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

Meine Anschrift BA

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht X

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



BAYERISCHE Bayerischer
VERSICHERUNGSKAMMER Versicherungsverband

In Stein bei Nürnberg entsteht das markante

Arkadenhaus in 2 Bauabschnitten

i. Bauabschnitt seit 1982 bezogen mit einer Zahnarzt und einer Internistenpraxis (Erdgeschoß 3 Läden: Reisebüro — Wollstudio — Kindermoden)

ii. Bauabschnitt (fertig Ende 1983)

1. OG: Frauenarztpraxis

2. OG: 290qm Praxisräume sind noch frei (auch teilbar)

Auskunft erteilt: Architekturbüro Nöbler, Hauptstraße 90, Telsion (09 11) 67 62 72, 8504 Stein b./Nürnberg.

Praxisräume

(geeignet für Augenarzt) in 8470 Nabburg (ausgeschriebene Stelle) im Ortszentrum neben Kinderarztpraxis zu vermieten. Freie Grundrißwahl — Planung liegt vor.

Hans Dobler, Dipl.-Ing. (FH), Perschener Straße 44/46, 8470 Nabburg, Telefon (0 94 33) 551

Welcher Arzt hat Interesse in einem 1979 erbauten sehr schön gelegenen

Landhaushotel

bei Garmisch-Partenkirchen, mit Hallenbad, Sauna, Fitnessraum, Lift und großer Liegewiese seine spezielle Therapie in Anwendung zu bringen? 39 großzügige Zimmer mit Bad, größtenteils mit Wohntell und Balkon, sowie Praxis- und Therapieraum stehen zur Verfügung. Anfragen über Telefon (0 88 21) 5 37 75.

KRANKENHAUSZWECKVERBAND INGOLSTADT

Der Krankenhauszweckverband Ingolstadt sucht für das

Klinikum Ingolstadt

baldmöglichst den

Chefarzt

des Instituts für Strahlendiagnostik

Das Klinikum Ingolstadt mit 1050 Betten ist ein neuerichtetes Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München in den Fachbereichen Innere Medizin und Chirurgie.

Im Klinikum Ingolstadt gibt es neben dem Institut für Strahlendiagnostik das selbständige Institut für Strahlentherapie und radiologische Onkologie und das Institut für Nuklearmedizin.

Das Institut für Strahlendiagnostik verfügt über 4 zum Teil fernbediente Durchleuchtungsplätze, 6 Aufnahmeeinheiten, 2 Angiographieplätze, Mammographie, Xerographie, Ultraschall und einen Ganzkörpercomputertomographen sowie eigene diagnostische Einrichtungen im Notfallzentrum. Die Installation der digitalen Subtraktionsangiographie ist vorgesehen.

Gesucht wird ein dynamischer, einsatzfreudiger Radiologe, der langjährige Erfahrung in allen Gebieten der Strahlendiagnostik nachweisen kann, mit Führungs- und Organisationstalent. Besonderer Wert wird auf interdisziplinäre Kooperationsbereitschaft mit allen Kliniken und Instituten des Hauses gelegt. Bereitschaft und Fähigkeit zum Unterricht bei Schülern der 1984 in Betrieb gehenden Berufsfachschule für medizinisch-technische Radiologieassistenten werden vorausgesetzt.

Ingolstadt mit ca. 90 000 Einwohnern und einer zentralen Lage in Bayern ist eine Stadt mit großer wirtschaftlicher Bedeutung. Als Kulturzentrum der Region verfügt Sie auch über sämtliche weiterbildenden Schulen und bietet einen hohen Freizeitwert.

Bewerbungen richten Sie bitte ehestmöglich an die
Personalabteilung des

Krankenhauszweckverbandes Ingolstadt
Krumenauer Straße 25, 8070 Ingolstadt
Telefon (08 41) 8 80-11 00 oder 11 10

Praxiseröffnung

Dr. med. Dr. med. dent. Hans Spitzer

Arzt für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
Plastische Operationen

Nymphenburger Straße 148,
8000 München 19
(am Rotkreuzplatz)
Telefon (0 89) 16 888 99

Sprechzeiten: Mo. – Fr. 8 – 12 Uhr
und nach Vereinbarung
Belegärztliche Tätigkeit – Alle Kassen

Vermietung von Praxisräumen für Allgemeinarzt

In Oberfranken, Gemeinde mittlerer Größe (Kleinzentrum), beste Lage im Ortskern, Apotheke und Zahnarztpraxis im gleichen Gebäude geplant.

Anfragen unter Chiffre 2064/305 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,
8000 München 2

Praxisräume

In Regensburg für Augenarzt zu vermieten. Beste Lage. Fußgängerzone.

Anfragen unter Chiffre 2064/326
an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29,
8000 München 2

Praxisräume

120 qm
nahe Regensburg, Bestlage, frei.
Am Ort, 8200 Einwohner, großes
Hinterland, 3 Praktische, 1 Internist,
1 Gynäkologe, noch kein
Augen- und Kinderarzt etc.
Dr. med. Vierling,
Telefon (0 94 01) 35 35

Praxisräume in 8458 Sulzbach-Rosenberg

In bester Lega, Stadtzentrum, mit ausreichenden Parkplätzen zu vermieten. Freie Grundrißwahl. Niederlassung im Einklang mit dem Bedarfplan möglich.

Anfragen unter Chiffre 2064/328 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,
8000 München 2

Moderne gut eingeführte

Augenarztpraxis

im Raum München abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/306
an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29,
8000 München 2

Moderne Praxisräume

In Augsburg Stadtrandlage für
Allgemeinpraxis ab 1. 1. 1984 oder
später zu vermieten. Änderungsvorschläge können noch berücksichtigt werden.

Anfragen unter Chiffre 2064/307
an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29,
8000 München 2

Praxisräume in Dinkelsbühl

für Hautarzt zu vermieten; Stadtmitte; werden nach Wunsch ausgebaut.
Anfragen an Georg Habelt, Gedemennstraße 8, 8904 Dinkelsbühl,
Telefon (0 98 51) 4 88.

Nürnberg – 70 qm Praxisräume in Apothekenhaus

Stadtmitte – Königstraße. Anfragen: Telefon (09 11) 20 36 85

Praxisräume (190 qm, Neubau) in mittlerer Stadt in der schönen Oberpfalz an

Augenarzt

ab sofort oder später zu besten Bedingungen zu vermieten. Augenarztstelle ist zu besetzen.

Anfragen unter Chiffre 2064/349 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,
8000 München 2