Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Januar 1984

Zur Kenntnis genommen:

Im Abgesang des Jahres 1983 waren zwei Stimmen für uns von besonderer Bedeutung. Es ist das Gutachten der Sachverständigenkommission für die Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und das Gutachten der Sachverständigenkommission „Alterssicherungssysteme".

Was die Wirtschaftssachverständigen über die wirtschaftliche Entwicklung in der Bundesrepublik aussagten, reißt zwar niemand vom Stuhl, aber es ist ermutigend. Die Ergebnisse des Jahres 1983 und die Prognose für 1984 deuten darauf hin, daß es ganz langsam wieder aufwärts geht. Man möchte hinzufügen: hoffentlich! Sollte es nämlich zu größeren Streikaktionen kommen, wie sie die IG-Metall zur Durchsetzung der 35-Stunden-Woche angekündigt hat, dann dürfte sich der „Silberstreif am Horizont" allerdings wieder sehr rasch verdunkeln. Was im übrigen die 35-Stunden-Woche für das Gesundheitswesen bedeuten würde, kann man sich rasch ausmalen. 70 bis 80 Prozent der Kosten der Krankenhäuser sind Personalkosten! Auf die freipraktizierenden Ärzte käme ein Kostenschub zu, der uns größte Sorgen bereiten muß.

Die Sachverständigen haben sich diesmal ausführlich mit den Kosten der ärztlichen Versorgung im Krankenhaus und in der Praxis beschäftigt. Bei aller Hochachtung vor der wissenschaftlichen Qualifikation der Verfasser des Gutachtens kann man die Ausführungen zu diesem Thema nur mit zunehmendem Haarsträuben und Gänsehaut lesen.

Die Ärzte, so meinen die Gutachter, haben auf der Anbieterseite eine zentrale Stellung und sie hätten einen besonders großen Spielraum, Art und Menge der von ihnen erbrachten Leistungen selbst zu bestimmen. Vieles spräche dafür, „daß das gegenwärtig praktizierte System der Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung zu mehr Kosten führt. Ein Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern ist möglich und dürfte auch sinnvoll sein." Die Anbieterseite – das sind wir Ärzte – sollte bei den Preisentscheidungen strategisch geschwächt werden. Den Krankenkassen wird empfohlen, Krankenhäuser zu betreiben, Ärzte zu beschäftigen, Arzneimittel zu beschaffen. Einsparungen, die dabei erzielt werden, sollten „in Form von Beitragsermäßigungen an jene Versicherten weitergegeben werden, die ihre Gesundheitsversorgung diesem Angebot der Kassen anvertrauen". Es sollte auch den gesetzlichen Krankenkassen freigestellt werden, Selbstbeteiligungstarife anzubieten mit ermäßigtem Beitragssatz oder Rückvergütungen. Schließlich meinen die Sachverständigen, „ein erster kleiner und einfacher Reformschritt wäre deshalb, den Patienten in die Abrechnung der Gesundheitsleistungen zwischen Anbietern und Krankenkassen einzuschalten. Am einfachsten geschieht das, indem der Betroffene Rechnungen erhält, die er zur Begleichung an seine Krankenkasse weitergibt, anspruchsvoller wäre der Übergang zum Kostenerstattungsprinzip." Dies eine Auswahl besonders „markanter" Aussagen.

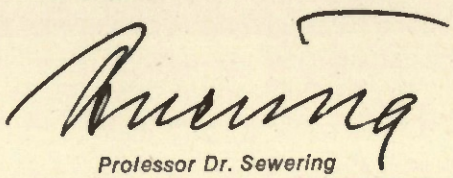
Man fragt sich ernsthaft, wer den Wirtschaftssachverständigen derart absurde Vorschläge eingeflüstert hat. Schon die Ausführungen über die Beitragsgestaltung zur gesetzlichen Krankenversicherung zeigen, daß ihnen das Grundprinzip völlig fremd ist. Die gesetzliche Krankenversicherung steht und fällt mit dem Solidarprinzip. Nur der Umstand, daß der junge, alleinstehende Versicherte prozentual den gleichen Beitrag zahlt wie der ältere Familienvater mit Kindern, macht es der Krankenversicherung möglich, diesen nicht höher, gar nach der Zahl seiner Kinder, belasten zu müssen. Die Jungen würden doch immer den billigeren Wahltarif vorziehen, um Geld zu sparen!

Oder wie stellt man sich den „Wettbewerb" zwischen Krankenhaus und freipraktizierendem Arzt in der ambulanten Versorgung vor? Bekanntlich werden Krankenhäuser aus Steuermitteln erbaut, Defizite zahlt ebenfalls der Steuerzahler. Und dennoch ist es eine Binsenweisheit, daß Ambulatorien teurer

sind als die freie Praxis, wo der Arzt alle Risiken allein trägt, keinen Urlaubsanspruch und keine Sozialleistungen hat. Oder will man den jungen Krankenhausärzten bange machen, indem man ihnen die Lust an der freien Praxis verdirbt? Welcher Hintergrund tut sich erst auf, wenn den Krankenkassen zu Eigeneinrichtungen mit angestellten Ärzten und eigenem Arzneimitteleinkauf geraten und vorgeschlagen wird, man solle Versicherten, die dies in Anspruch nehmen, auch noch Prämien zahlen? Geradezu absurd ist der Gedanke, den Versicherten die Rechnungen zu schicken, die sie dann an die Kassen weiterleiten sollen. Von einer Kassenabrechnung mit Wirtschaftlichkeitsprüfung durch paritätisch besetzte Ausschüsse haben die Gutachter offenbar keine Ahnung. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hatte im Vorjahr etwa 45 Millionen Fälle zu bearbeiten. Das wären nach dem Vorschlag auch 45 Millionen Arztrechnungen, die von den Kassenärzten per Post an die Versicherten und von diesen (mit wieviel „Verlusten"?) an die Kassen zu schicken wären. Pro Fall zwei Briefe, und damit 1,60 DM allein an Porto, vom Arbeits- und Verwaltungsaufwand bei Kassenärzten und Krankenkassen ganz zu schweigen. Mit einem Satz: Eine absurde Idee!

Alles in allem: „Schuster, bleib bei Deinem Leisten!" ist hier zutreffend, aber insgesamt für die Beurteilung der Aussagen dieses „Sachverständigengutachtens" viel zu mild.

Mehr Befriedigung, jedenfalls für uns Ärzte, löst das Gutachten „Alterssicherung" aus. Die Beamten werden – meines Erachtens zu Recht – anders urteilen. Jedenfalls hat sich die Sorge, es könnte ein Votum für die Staatsbürger-Einheitsversorgung herauskommen, nicht bestätigt. Die Kommission sprach sich – mit Mehrheit – für ein gegliedertes System der Alterssicherung aus. Das sinnvolle Nebeneinander von Rentenversicherung, betrieblicher, privater und berufsständischer Versorgung wurde befürwortet, seine Erhaltung empfohlen. Wir können damit für den Bestand unserer eigenen berufsständischen Versorgungsanstalt wieder beruhigt in die Zukunft blicken. Das Wahlrecht unserer jungen Ärzte, die sich noch in einem Angestelltenverhältnis befinden, zugunsten der Ärzteversorgung ist natürlich unverzichtbar. Wer diese gesetzliche Möglichkeit antastet, legt die Axt an die Wurzel des Versorgungswerkes. Bundesarbeitsminister Dr. Blüm hat dies anerkannt und versichert, daß so etwas nicht geschehen werde. Natürlich weiß niemand, was einmal die Zukunft bringt. In dieser Sache – Erhaltung der berufsständischen Versorgungswerke – hat uns das alte Jahr jedenfalls einen echten Lichtblick gebracht.



Professor Dr. Sewering

Abraham Lincoln, Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika (1861 bis 1865):

Ihr werdet die Schwachen nicht stärken, indem Ihr die Starken schwächt.

Ihr werdet denen, die ihren Lebensunterhalt verdienen müssen, nicht helfen, indem Ihr die ruiniert, die sie bezahlen.

Ihr werdet keine Brüderlichkeit schaffen, indem Ihr den Klassenhaß schürt.

Ihr werdet den Armen nicht helfen, indem Ihr die Reichen ausmerzt.

Ihr werdet mit Sicherheit in Schwierigkeiten kommen, wenn Ihr mehr ausgebt, als Ihr verdient.

Ihr werdet kein Interesse an den öffentlichen Angelegenheiten und keinen Enthusiasmus wecken, wenn Ihr dem einzelnen seine Initiative und seine Freiheit nehmt.

Ihr könnt den Menschen nie auf die Dauer helfen, wenn Ihr für sie tut, was sie selber für sich tun sollten und könnten.

Hypertonie — Hypotonie: neue Erkenntnisse und heutiger Stand der Therapie

70. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. Ellen Weber, Heidelberg:

Einführung

Genau vor zehn Jahren wurde bereits im Rahmen der Regensburger ärztlichen Fortbildung über Probleme der Hypertonie und Hypotonie referiert. Seitdem haben sich zur Behandlung des Bluthochdruckes die Diuretika und Beta-Rezeptorenblocker durchgesetzt. Hinzugekommen sind die Kalziumantagonisten — in Deutschland von dem Freiburger Physiologen Albrecht Fleckenstein in glänzender Weise ererbeitet — sowie eine Reihe von Substanzen aus der Gruppe der Vasodilatantien, die ursprünglich nur durch das Nepresol vertreten waren. Ferner wird heute über eine ganz neue Gruppe von Substanzen gesprochen, die ACE-Klasse.

Der niedergelassene Arzt soll mit diesen Referaten die Möglichkeit erhalten, die für ihn relevanten Dinge auszuwählen und gezielt einzusetzen.

Professor Dr. B. Krönig, Trier:

Der Nutzen der Hochdruckbehandlung — aktuelle epidemiologische Ergebnisse

Ausgehend von dem klassischen „Risikofaktorenkonzept" in der Entstehung und Unterhaltung kardiovaskulärer Folgeerkrankungen (z. B. koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt, Myokardinsuffizienz, zerebrovaskuläre Erkrankungen, periphere arterielle Verschlußkrankheit usw.) scheint es allgemein verständlich, daß durch die teilweise oder vollständige Elimination des Risikofaktors „arterielle Hypertonie" eine Senkung der Morbidität und Mortalität an kardiovaskulären Folgeerkrankungen zu erreichen sein dürfte.

Während diese Vorstellung durch entsprechende Studien an Patienten mit akzelerierter bzw. maligner Hypertonie seit gut zwanzig Jahren gesichert ist, ließ die Beantwortung der Frage, ob ein gleich günstiger Effekt bei der Behandlung von Patienten mit mittelschwerer und leichter Hypertonie zu erwarten ist, etliche Jahre auf sich warten.

Die epidemiologische Frage der Risikoerkrankung bei mittelschwerer und leichter Hypertonie ist in ihrem Ausmaß jedoch weit größer als bei Patienten mit starkem Hochdruck, da fast 90 Prozent des gesamten Kollektivs der leichten bis mittelschweren Form zuzuordnen sind.

Bei der Beantwortung der Frage, ob durch eine sinnvolle antihypertensive Therapie nicht nur die unmittelbar druckabhängigen Komplikationen (z. B. Hirnblutung, Aneurysma-Ruptur), sondern auch die weit häufigeren „arteriosklerotischen" Komplikationen (wie ischämischer zerebrovaskulärer Insult, koronare Herzkrankheit und Myokardinfarkt) verhindert werden können, kommen die jetzt vorliegenden Studien aufgrund unterschiedlicher Anlage und Durchführung zu teils divergierenden Ergebnissen.

Anhand der ausführlichen Analyse der diesbezüglichen Interventionsstudien (VA-I und -II, HDFP, ANBP und Oslo-Studie) läßt sich bezüglich des Nutzens einer Hochdruckbehandlung folgendes ableiten:

Unabhängig vom Schweregrad der Hypertonie wird eine eindeutige Reduktion der zerebrovaskulären Folgeerkrankungen und der unmittelbar druckabhängigen Konsequenzen der arteriellen Hypertonie erreicht. Bezüglich der positiven Effekte auf koronare Folgeerkrenkungen ist noch keine ganz eindeutige Stellungnahme zu beziehen, obwohl davon ausgegangen werden kenn, daß doch eine gewisse Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität zumindest bei mittelschwerer bis schwerer Hypertonie eintritt.

Die Therapieindikation, die sich aufgrund einer Reihe von Einzelmessungen herauskristallisieren sollte, ist zudem abhängig von eventuell zusätzlich bestehenden kardiovaskulären Folgeerkrankungen und ist indirekt proportional zum Alter des Probanden. Die Behandlungsindikation ist um so enger zu stellen, je höher die Blutdruckwerte initial liegen und je jünger der Petient ist. Die Aussage über das ektuelle Blutdruckniveau sollte von Einzelmessungen innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von zwei bis drei Monaten (bei einem Ausgengsblutdruck von etwa 160 bis 190 zu 90 bis 105 mm Hg) erfolgen. Die Beobachtungszeit sollte bereits intensiv genutzt werden zur Ausschöpfung der notwendigen Allgemeinbehandlung, wobei eine Beschränkung der täglichen Kochsalzzufuhr auf 5 bis 6 g und eine Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Personen anzustreben ist. Darüber hinaus wird sich die Dringlichkeit einer Behandlungsindikation nach dem Fehlen oder Vorhendensein eventueller kardiovaskulärer Vorerkrankungen richten, auch ist das gesamte Risikofaktorenspektrum in der Therapieentscheidung zu berücksichtigen.

Die Beantwortung der Frage einer eindeutigen Reduktion koronarer Komplikationen durch eine antihypertensive Behandlung auch bei leichteren Hochdruckstadien dürfte nach Abschluß der laufenden Studien möglich sein, wobei sich wahrscheinlich auch eine differentialtherapeutische Empfehlung (z. B. Vorzug von Beta-Sympathikolytika) ergeben wird.

Professor Dr. M. Anlauf, Essen:

Neue Erkenntnisse der Blutdruckregulation als Grundlage der Hypertoniebehandlung

Vergleicht man die Hämodynamik des Hypertonikers mit der des Normotonen, so sind zwar einige quantitative Unterschiede belegt, die Befunde zu der Frage, ob z. B. bei Belastung der Blutdruck bei Hypertonie stärker ansteigt als bei Normotonie, sind jedoch durchaus nicht einheitlich. Vergeblich wird man nach qualitativen Unterschieden suchen. Paradoxe Blutdruckreaktionen, wie z. B. der Blutdruckabfall unter körperlicher Belastung bei asympathikotoner Hypotonie, fehlen. Wie beim Normotonen steigt unter körperlicher Belastung der Blutdruck, in

Orthostase fällt er, die tagesrhythmischen Schwankungen sind erst bei sehr schweren Hochdruckformen reduziert. Wenn daher die Frage nach der Besonderheit der Hochdruckregulation bei Hypertonie gestellt wird, so ist jene Störung gemeint, die den Blutdruck dauerhaft euf ein erhöhtes Niveau einstellt, um das der Blutdruck im Mittel in ähnlicher Weise schwankt wie bei Normotonen. Es geht um chronische und nicht um ekute Fehlsteuerungen des Druckes.

Die Pathogenese der primären Hypertonie im Gegensatz zur sekundären Hypertonie ist nach wie vor unklar. Die Vielfalt der Organe und Systeme, die dauerhaft auf die Höhe des Blutdruckes Einfluß nehmen und zusätzlich aufeinander einwirken, hat Page in der sogenannten Mosaiktheorie zusammengefaßt. Sie ist weitgehend bestimmend für unsere pathophysiologischen Vorstellungen vom Hochdruck.

Der Physiologe Guyton hat jedoch in den sechziger Jahren dieser Theorie eine neue Gestalt gegeben, indem er sich nicht mehr mit einer qualitativen Betrachtung begnügte und alle bis dahin quantitativen Zusammenhänge zwischen den einzelnen blutdruckbestimmenden physiologischen Faktoren in einem Analog-Computermodell simulierte. Auf diese Weise wurde geprüft, welche Vorstellung von der Pathogenese der Hypertonie sich auch bei quantitativer Verwertung der wichtigsten experimentellen Daten bestätigen ließ. Auch das Guyton-Modell genügt bei weitem nicht mehr allen neuen Erkenntnissen.

An genetisch hypertonen Ratten konnte in den letzten Jahren die auch bei der Hypertonie des Menschen zu beobechtenden Phänomene – Natriumempfindlichkeit, gesteigerter Sympathikustonus und gesteigerte Reagibilität der Gefäße – näher erforscht werden. Ein Teil des Erklärungsmodells dieser Veränderungen in der Blutdruckregulation bei Hypertonie ist ein natriuretischer Faktor, der Infolge einer wahrscheinlich genetisch bedingten Störung der renalen Natriumausscheidung sezerniert wird. Seine chemische Darstellung steht allerdings noch aus. Als gesichert ist die eingeschränkte Fähigkeit der Nieren anzusehen, ein gesteigertes Kochsalzangebot in ähnlicher Weise auszuscheiden, wie dies bei Normotonen möglich ist. Durch diese Überlegungen wird die Wirksamkeit einer natriumarmen Diät sowie die der Diuretika, Kalziumantagonisten und Sympathikushemmstoffe zum großen Teil erklärt. Für das Verständnis der Wirkungen der Sympathikushemmstoffe beim Hochdruck sind in den letzten Jahren neue Erkenntnisse über die Rolle der Rezeptoren bei der sympathischen Erregungsübertragung wichtig geworden. Einige Befunde weisen dareuf hin, daß Veränderungen von Zahl und Empfindlichkeit der Rezeptoren an der Hochdruckentstehung beteiligt sein könnten. Zum Verständnis der Hochdruckpathophysiologie haben zahlreiche, in ihrer antihypertensiven Wirkung zum Teil zufällig entdeckte Pharmaka ebensoviel beigetragen, wie Anstöße zur Entwicklung neuer Antihypertensiva aus pathophysiologischen Erkenntnissen gewonnen wurden.

Dr. J. Mann, Heidelberg:

Erweiterte Möglichkeiten durch neue Antihypertensiva

Die wichtigsten Größen für die Regelung des Blutdruckes sind das Blutvolumen (und damit verbunden das Herz-Zeit-Volumen) sowie der periphere Widerstand. Über einen dieser Mechanismen senken Antihypertensiva den Blutdruck. Eine Verminderung des Blutvolumens und vor allem des Natriumbestandes wird therapeutisch durch Diuretika bewirkt. Für die antihypertensive Wirkung der Diuretika wird sehr früh ein Dosismaximum erreicht, d. h., eine Dosissteigerung wird keine zusätzliche Blutdrucksenkung bringen, aber ein gehäuftes Auftreten von Nebenwirkungen. Dies gilt allerdings nicht bei der Niereninsuffizienz, wo insbesondere Schleifendiuretika (Lasix®) bevorzugt werden.

Langfristig stehen ein direkter Einfluß auf die Gefäßwand – eine vasodilatatorische Wirkung – und eine Verminderung der Ansprechbarkeit der Gefäße auf vasopressorische Stimuli für die blutdrucksenkende Wirkung im Vordergrund. Am wichtigsten ist wohl die Hemmung der adrenergen Stimuletion. Dies kann einmal durch zentralwirkende Substanzen geschehen, die die sympathische Impulsdichte vermindern (z. B. Reserpin, Clonidin und Alpha-Methyldopa. Das am glatten Gefäßmuskel über Alpha-adrenerge Rezeptoren wirksame Noradrenalin wird spezifisch durch Prazosin (= Minipress®) blockiert. Der zweite wichtige Vasokonstriktor ist Angiotensin II, das ebenfalls spezifische Rezeptoren am Gefäßmuskel hat. Seine Wirkung kann man verhindern durch Blockade der Umwandlung von Anglotensin I in das eigentliche aktive Angiotensin II. Das entsprechende Medikament ist das Captopril (= Lopirin®), über das Professor Dr. K. O. Stumpe anschließend berichten wird. Schließlich gibt es eine Reihe von Vasodilatatoren, die auf bisher nicht ganz geklärte Weise den Gefäßmuskel direkt relaxieren. Dazu gehören das Hydralazin (= Nepresol®) und in neuester Zeit das Minoxidil (= Lonolox®).

Der größte Durchbruch in den letzten Jahren ergab sich außer durch das Captopril durch die sogenannten Kalziumantogonisten oder Blokker der langsamen Kalziumkanäle. Diese Substanzen, die den Einstrom von Kalzium in die glatte Gefäßmuskelzelle verhindern, werden sicher in nächster Zeit verstärkt zur Blutdrucksenkung herangezogen, ähnlich wie wir es zuvor mit den Beta-Rezeptorenblockern erlebt haben. Die Kalziumantagonisten sind nicht reine Vasodilatantien, sondern haben darüber hinaus Vorteile durch eine antianginöse Wirkung und durch die Tatsache, daß sie keine Tachykardie und Flüssigkeitsretention bewirken. Sie senken als Monotherapeutikum gut den Blutdruck. Deshalb werden in nächster Zeit Substanzen wie Verapramil (= Isoptin®), Gallopramil (= Procorum®), Nifedipin (= Adalat®) und Diltiazem (= Dilzem®) in der Hochdrucktherapie einen breiteren Raum einnehmen.

Der Alpha-l-adrenerge Antagonist Prazosin (= Minipress®) hat einen unangenehmen, sogenannten ersten Dosiseffekt, den man kennen muß (abrupter orthostatischer Blutdruckabfall!). In der Kombinationstherapie ist es eine sehr wertvolle Substanz, insbesondere zusammen mit Konversionsenzymhemmern. Hierdurch können die beiden wesentlichen vasopressorischen Systeme des Organismus ausgeschaltet wer-

den, d. h. das Renin-Angiotensin-System und der Sympathikus.

Auf die glockenförmige Dosiswirkungskurve von Clonidin (= Catapresan®) und die Gefahr der Überdosierung ist ebenso zu achten wie bei der ähnlich wirksamen Substanz Guanfacin (= Estulic®) und den sehr stark wirksamen Vasodilatator Minoxidil (= Lonolox®).

Professor Dr. K. O. Stumpe, Bonn:

Ein neues Prinzip in der Behandlung der Hypertonie: Hemmung des Angiotensin-Converting-Enzyms

Die beiden wichtigsten vasopressorischen Systeme des Organismus sind einmal der Sympathikus, der durch Noradrenalin über Alphaadrenerge Rezeptoren auf den glatten Gefäßmuskel einwirkt und zum anderen das Renin-Angiotensin-System. Der entsprechende Vasokonstriktor ist hier das Angiotensin II, das ebenfalls spezifische Rezeptoren am Gefäßmuskel hat. Seine Wirkung kann man durch Blockade der Umwandlung von Angiotensin I in das eigentliche aktive Angiotensin II mit Hilfe des Captopril (= Lopirin®) beeinflussen. Es handelt sich hierbei um einen sogenannten Angiotensin-Converting-Enzym-Hemmer. Zusätzlich scheint bei dem Wirkungsmechanismus dieser Substanz die mit Hemmung des „Converting-Enzyms" verbundene Induktion endogener vasodilatatorischer blutdrucksenkender Kinine verbunden zu sein. Der letztere Mechanismus ist noch nicht voll geklärt. Über die Hemmung der Angiotensin II-Bildung kommt es auch zu einer Abnahme der Aldosteronbildung in der Nebennierenrinde. Die Folge ist eine Verminderung der Natrium- und Wasserresorption, was wiederum eine Blutdrucksenkung zur Folge hat.

Am Anfang waren die ACE-Hemmer mit der Hypothek bestimmter Nebenwirkungen belastet, die möglicherweise einen weiteren Einsatz dieser Medikamente unmöglich gemacht hätten. Hierzu gehörten die speziellen Nebenwirkungen wie Hautrötung, Störung des Geschmacksempfindens, die Proteinurie und die Neutropenie. Die ersten beiden Nebenwirkungen sind unter den heute empfohlenen therapeutischen Dosen klinisch nicht relevant und in den selten beobachteten Fällen reversibel. Die Proteinurie tritt unter Gabe von sehr hohen Dosen (150 bis 800 mg Captopril pro Tag) in etwa 0,1 Prozent der Fälle auf und findet sich gehäuft bei Patienten mit vorgeschädigter Niere (bevorzugt eventuell bei abgelaufener oder okkulter membranöser Glomerulonephritis?). Da die Substanz ausschließlich renal eliminiert wird und bei eingeschränkter Nierenfunktion zur Kumulation neigt, ist dies bei der Behandlung zu berücksichtigen und kann zu Reduzierungen der normalerweise heute zwischen 25 und 75 mg liegenden Tagesdosis auf 6 bis 12 mg führen. Wegen der Kumulationsgefahr ist bei eingeschränkter Nierenfunktion deshalb auch heute noch in den ersten drei Monaten eine zweiwöchige Harn- und Blutbildkontrolle empfehlenswert. Die Neutropenie findet sich, wie die Proteinurie, bevorzugt bei niereninsuffizienten Patienten oder bei immunologischen Begleiterkrankungen, wie Sklerodermie oder Lupus erythematodes. Auch diese letzte Nebenerscheinung wird klinisch irrelevant bei den jetzt empfohlenen Tagesdosen unter 100 mg. Da alle bisher beobachteten Leukopenien klinisch mit grippalen Infekten einhergingen, sollte bei den unter Captopril-Behandlung auftretenden Erkältungssymptomen sicherheitshalber noch eine Blutbildkontrolle erfolgen.

Die ACE-Hemmer führen auch bei bisher therapieresistenten Hypertonien zu einer effektiven Blutdrucksenkung. Sie sind darüber hinaus sehr gut geeignet zur Behandlung der mittelschweren Hochdruckerkrankungen wegen der idealen hämodynamischen Wirkung (Abnahme des Blutdruckes durch Verminderung des peripheren Widerstandes ohne Beeinflussung des Herz-Zeit-Volumens und eine eher zunehmende periphere Durchblutung). Eine Toleranzentwicklung fehlt. Die subjektive Verträglichkeit ist ausgezeichnet. Das Prinzip der ACE-Hemmer ist möglicherweise das erste blutdrucksenkende Prinzip, unter dem sich die Patienten so wohl fühlen wie vor der Therapie (wenn nicht wohler)! Das Präparat sollte heute eingesetzt werden, wenn mit Diuretika und Beta-Rezeptorenblockern (auch in Kombination) keine ausreichende Blutdrucksenkung bei mittelschwerer Hypertonie erreicht werden kann.

Professor Dr. H. Holzgreve, München:

Aktualisiertes Stufenschema zur Hochdruckbehandlung

Immer wieder haben Experten und Fachorganisationen Richtlinien für die Auswahl von Antihypertensiva zur Erstbehandlung und für die Reihenfolge ihrer Kombination zusammengestellt. Die Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes hat dies erstmals im Jahre 1975 getan. Dieses Stufenschema zur Behandlung der Hypertonie in der Praxis wurde bisher einmal — im Jahre 1981 — modifiziert und geändert. Danach wird die Monotherapie mit einem Saluretikum oder Beta-Rezeptorenblocker begonnen. Bei unbefriedigendem Erfolg sollte auf einer zweiten Stufe die Kombination eines Saluretikums entweder wieder mit dem Beta-Rezeptorenblocker oder dem Reserpin versucht werden. Auf der dritten Stufe wird dann die Dreierkombination Saluretikum, Beta-Blocker und Dihydralazin (= Nepresol®) empfohlen. Anstelle des dritten Bestandteiles kann auch das Prazosin (= Minipress®) verwendet werden.

Als Alternative auf der dritten Stufe dienen Kombinationen zwischen einem Saluretikum und dem Clonidin (= Catapresan®) oder Alpha-Methyldopa (= Presinol®).

Besonders bei der leichteren und mittelschweren Hypertonie (mit diastolischen Werten bis 105 mm Hg) kommt zunächst dem Einsatz von Allgemeinmaßnahmen (Gewichtsreduktion, natriumarme Diät) eine besondere Bedeutung zu. Im März 1983 hat sich die Hochdruck-Liga in Deutschland erneut ganz ausführlich mit diesem Stufenplan befaßt. Sie fand keinen Anlaß, die bisherigen Empfehlungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt zu ändern. Das wichtigste Kriterium zur Auswahl der einzelnen empfohlenen Antihypertensiva und ihrer Kombinationen ist die jeweilige Nebenwirkungsrate in Relation zum blutdrucksenkenden Effekt („bei äquieffektiv blutdrucksenkenden Wirkungen"). Da die Hypertonie häufig ohne subjektive Beschwerden abläuft, ist nicht nur den objektiv bedeutsamen, sondern auch den subjektiv belästigenden Nebenwirkungen erhebliches Augenmerk zu schenken. Das vorbeschriebene Stu-

fenschema soll nicht die Vielzahl der Therapiemöglichkeiten aufzeigen, sondern dem Arzt in der Praxis eine Hilfestellung bei der Auswahl geeigneter Antihypertensiva bieten. Die Tatsache, daß sich viele, zunächst mit großem Enthusiasmus vorgetragene neue Therapieprinzipien nach einiger Zeit als fragwürdig erwiesen und zum anderen, daß die Umsetzung neuer Erkenntnisse in das alltägliche Therapiekonzept sehr langsam erfolgt, läßt es als günstig und diplomatisch erscheinen, daß allgemeine Therapieempfehlungen nur mit Bedacht und Umsicht sowie relativ langsam geändert werden. Die Liga hat keineswegs den Ehrgeiz, Vorläufer oder Wegbereiter neuer Therapiemöglichkeiten zu sein, sondern möchte der Vermittler endgültig abgesicherter, zweifelsfrei bestätigter Behandlungsprinzipien sein.

Während noch vor fünfzehn Jahren eine gezielte Polypragmasie empfohlen wurde, um die Nebenwirkungen der Einzelsubstanzen möglichst gering zu halten, neigt man heute nach dem Vorliegen besserer und nebenwirkungsärmerer Antihypertensiva wieder mehr zur Monotherapie. Hierfür scheint sich derzeit weltweit zunächst die Gabe eines Diuretikums oder Bete-Rezeptorenblokkers anzubieten. Beide Substanzengruppen liegen mit einer Nebenwirkungsrate von jeweils knapp zehn Prozent deutlich unter der anderer blutdrucksenkender Medikamente. Zur Alternative könnten in absehbarer Zeit allerdings die Kalziumantagonisten werden. Heftige Diskussionen gibt es immer wieder über die Stellung des Reserpin innerhalb des Stufenschemas. In einer großen Zahl von Ländern wird Reserpin kaum noch zur Blutdrucksenkung verwendet, auch wenn dieser Substanz eine gute antihypertensive Wirkung nicht abgesprochen werden kann. So erhält in Deutschland noch jeder zweite Hypertoniker ein Reserpin- bzw. Rauwolfia-Alkaloid. Hierfür dürfte nicht zuletzt auch die Preisgünstigkeit dieser Substanzgruppe entscheidend sein.

Im heute gültigen Stufenschema ist das Guanethidin (= Ismelin®) nicht mehr enthalten. Es galt seinerzeit als sogenanntes Reserveantihypertonikum für schwere Fälle, für die heute zweifellos bessere Substanzen zur Verfügung stehen. Derzeit noch in Wartestellung befinden sich das Captopril und das Minoxidil. Beide Substanzen mußten sich zunächst bei den schwersten Hypertonieformen bewähren. Zumindest das Captopril ist bereits dabei, sich von dem Odium der unter hoher Dosierung auftretenden Nebenwirkungen zu befreien und setzt sich in zunehmenden Maße auch bei leichten und mittelschweren Hypertonien durch. Die in letzter Zeit verstärkt empfohlenen Kalziumantagonisten müssen zur Blutdrucksenkung meist in relativ hoher Dosierung angewandt werden. Ob die hierunter auftretenden Nebenwirkungen (in mehr als zehn Prozent der Fälle Ödemneigung, migränoide Zephalgien und Obstipationen) nicht den breiten, allgemeinen Einsatz zu sehr behindern, bleibt abzuwarten.

(Schluß folgt)

Referent:
Dr. med. A. Paetzke, Perkstraße 27, 8501 Schweig bei Nürnberg

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bestellungen von Broschüren können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes", Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,— in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band gerichtet werden.

Band 59 „Therapeutische Fortschritte bei inneren Erkrankungen — Aktuelle Gastroenterologie — Fortschritte und Kontroversen in der Kardiologie"
(Vorträge der 21. Bayerischen Internistentagung, 1981)

Band 60 „Entzündliche Erkrankungen des Kolons-Kolorektale Tumoren — Allergische und immunologisch-bedingte Erkrankungen, Immuntherapie — Die Nachbehandlung des Krebskranken"
(Vorträge des 32. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1981)

Band 61 „Therapeutische Fortschritte bei inneren Erkrankungen — Gastroenterologie-Diabetes-Dialyse — Notfalldiagnostik und -therapie in der Inneren Medizin"
(Vorträge der 22. Bayerischen Internistentagung, 1982)

Band 62 „Kontroverse Ansichten in Diagnostik und Therapie — Obstruktive Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, etypische Pneumonien und diffuse Lungenerkrankungen — Rationelle Arzneimitteltherapie"
(Vorträge des 33. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1982)

79. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde

vom 12. bis 15. September 1983 in München

Für die Tagung im Deutschen Museum, mit der die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde zugleich ihr 100jähriges Jubiläum feierte, hatte Kongreßpräsident Dr. P. Schweier, München, als erstes Hauptthema die **Unfälle im Kindesalter** gewählt, wozu Professor J. Martinius, München, einen Beitrag über **bedingende Faktoren für den Kinderunfall** lieferte, in welchem er daran erinnerte, daß sich Kinder egozentrisch und impulsiv verhalten, daß sie kindergemäß hören und sehen und in ihrer Aufmerksamkeit eingeschränkt sind, wobei sie Situationen anders interpretieren als Erwachsene und Gefahren als solche oft nicht einschätzen können. Hat ein Kind eine frühkindliche Hirnschädigung erlitten, addiert sich dies zu den natürlichen dispositionellen Faktoren, die sich zwar nicht verhüten lassen, auf die man jedoch Einfluß nehmen kann. Wenn man die Art der Gegenstände analysiert, die mit der Unfallauslösung häufig unmittelbar involviert sind, so sind dies, nach Häufigkeit geordnet: Bälle, Fahrräder, Türen, Treppen, Stühle, Rollschuhe, Glas, Mopeds, Betten und Hunde.

Ein weiterer Faktorenbereich, die psychischen Einflüsse aus der sozialen Umgebung, ist erst neuerdings ins Blickfeld gerückt. Martinius berichtete von einer umfassenden epidemiologischen Studie in Göteborg, bei der eine soziale Belastung aus drei Familienmerkmalen abgeleitet wurde: finanzielle Unterstützung durch Sozialhilfe, Alkoholismus in der Familie und Kontakt mit dem Jugendamt. Kinder aus sozial benachteiligten Familien erlitten häufiger Unfälle im Wohnbereich, und zwar durchschnittlich in einem jüngeren Alter als Kinder ohne ein entsprechendes Handicap. Die Gruppe der wiederholt in Unfälle verwickelten Kinder scheint das Problem modellartig zu verdeutlichen: In ihren Familien finden sich häufig ernsthafte, speziell psychiatrische Erkrankungen, längerfristige Eheprobleme, schlechte Wohnbedingungen oder mehrfacher Wohnungswechsel. Ähnlich wie bei der Beschäftigung mit dem Problem „Kindesmißhandlung" sollte das Auftreten belastender Faktoren aus dem familiären Bereich den Arzt sensibilisieren, auch was die Unfallgefährdung der Kinder betrifft.

In seinem Vortrag über **Psychopharmaka in der pädiatrischen Praxis** legte Professor G. Heimann, Köln, dar, daß die Skepsis und Zurückhaltung des Kinderarztes gegenüber Psychopharmaka begründet ist, weil nicht nur altersspezifische pharmakokinetische Besonderheiten, sondern vor allem quantitative und qualitative Unterschiede der Wirkung am Rezeptor zu erwarten sind. Solange das Zentralnervensystem Reifungs- und Entwicklungsvorgängen unterliegt, muß mit unterschiedlichen Arzneimittelwirkungen und -nebenwirkungen gerechnet werden.

Nach neueren klinisch-pharmakologischen Studien verläuft die Dosis-Wirkungs-Beziehung bei Kindern völlig anders als bei Erwachsenen. So kann man beim Kind schon nach relativ niedrigen Dosen psychotrope Arzneimittelwirkungen beobachten, aber auch nicht mehr tolerierbare spezifische und allgemeine systemische Nebenwirkungen treten in dieser Altersgruppe bereits bei niedrigeren Dosen auf. Hinzukommt noch, daß in Abhängigkeit von der Dosis und damit von der Konzentration im Organismus sehr verschiedene Leitsymptome beeinflußt werden können. So sprechen beispielsweise Kinder mit Enuresis und Hyperkinesien bereits auf relativ niedrige Dosen des Antidepressivums Imipramin (Tofranil) an, während zur Behandlung depressiver Zustände wesentlich höhere Dosen erforderlich sind, wobei auch eine längere Latenzzeit des Wirkungseintritts besteht.

Obwohl es bisher ein altersspezifisches klinisch-pharmakologisches Basiswissen für Psychopharmaka nur in Ansätzen gibt, wäre es nach Heimanns Ansicht dennoch falsch, Kindern diese Arzneimittel grundsätzlich vorzuenthalten, wenn dadurch nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung geistig-seelische Reifungsprozesse gefördert werden können. Immerhin existiert ein begrenzter Indikationskatalog für definierte psychiatrische Krankheitsbilder und auch für einige pädiatrische Allgemeinerkrankungen.

Zur Gruppe der Neuroleptika wurde gesagt, daß sie aus psychiatrischer Indikation, z.B. bei frühkindlichem Autismus, bei endogenen oder exogenen Psychosen oder bei schweren Zwangsneurosen, eingesetzt werden können. Ihr Anwendungsprinzip läßt sich am Beispiel des frühkindlichen Autismus erläutern. So hat Campbell bei zwei- bis siebenjährigen Kindern mit dieser Erkrankung eine Placebokontrollierte und doppelblind angelegte Studie durchgeführt, wobei er Haloperidol (Haldol u.a.) allein oder Verhaltenstherapie allein sowie eine entsprechende kombinierte Behandlung getestet hat. Dabei ergab sich, daß das Neuroleptikum allein die sogenannten Rückzugssymptome und die Stereotypie günstig zu beeinflussen vermochte, das Sprechverhalten wurde ausschließlich durch Verhaltenstherapie gebessert, die Sprachanbahnung hingegen wurde am ehesten gefördert, wenn beide Prinzipien zur Anwendung kamen. Aus diesem Beispiel wird deutlich, daß Psychopharmaka stets durch heilpädagogische oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen ergänzt werden müssen, sie sind Hilfsmittel, nicht jedoch eigentliche Therapie.

Die Behandlung hyperkinetisch impulsiver Kinder mit Stimulantien vom Typ des Ritalin gehört nach Heimanns Darstellung zu den am besten untersuchten Therapiekonzepten. Es lassen sich damit zahlreiche psychische Begleitsymtome der minimalen zerebralen Dysfunktion bessern, euch das Lernverhalten und die Lernfähigkeit werden gefördert, vor allem bei Kindern, die neben einer Hyperaktivität auch kognitive Wahrnehmungsstörungen und klinisch-neurologische Auffälligkeiten zeigen. Wenn höhere Dosen als 0,3 mg/kg KG verwendet werden, treten Nebenwirkungen, wie Schlaf- und Appetitlosigkeit, Kopf- und Bauchschmerzen, und bei Langzeitanwendung sogar Wachstumsstörungen auf. Steht nur die Verhaltensauffälligkeit

im Vordergrund, so bleibt ein Therapieerfolg durch Ritalin vielfach aus.

Zu den **Möglichkeiten und Grenzen einer Prävention von Zahnerkrankungen im Kindesalter** äußerte sich Dozent Dr. H. E. Bergmann, Berlin, dahingehend, daß bei der Entstehung der Zahnkaries kariogene Streptokokken bei entsprechender kariogener Ernährungsweise eine wichtige Rolle spielen. Daraus lassen sich für die Prävention drei Ansatzpunkte ableiten, nämlich

1. die Infektionsbekämpfung durch Entfernung von Plaques, d. h. durch Mundhygiene,

2. die Beeinflussung des Ernährungsverhaltens und

3. die Verbesserung der Widerstandsfähigkeit der Zähne.

In mehreren Untersuchungen konnte gezeigt werden, daß Mundhygiene ohne Aufsicht keinen sicheren Effekt hat, hingegen führten entsprechende Maßnahmen unter Aufsicht von ausgebildeten Helferinnen innerhalb von zweieinhalb Jahren zu einem deutlichen Rückgang der Gingivitis, der Effekt auf die Zahnkaries war mit einer Abnahme von 15 Prozent allerdings nicht signifikant.

Bei der Diskussion über Ernährungsfragen werden die stark kariogenen Zucker wie Saccharose, Glukose und Fruktose den weniger kariogenen Zuckern Laktose und Mannit gegenübergestellt, während Xylit und Xylose in dieser Richtung als unbedenklich gelten. Der Ersatz der kariogenen Zucker durch Austauschstoffe wie Sorbit oder Xylit ist derzeit nicht möglich. Hingegen kann durch Kaugummis, die solche Zuckeraustauschstoffe enthalten, die orale Zukker-Clearance verkürzt werden, wenn ein solcher Kaugummi nach Zuckergenuß regelmäßig verwendet wird.

Die Widerstandsfähigkeit der Zähne hängt u. a. mit der Mineralstoffversorgung vor und nach dem Zahndurchbruch zusammen. In den dreißiger Jahren fanden amerikanische Untersucher heraus, daß bei einer Fluoridkonzentration des Trinkwassers von etwa 1 mg/l die Häufigkeit von Schmelzflecken an den Zähnen und die Verbreitung der Karies wesentlich geringer war als in Gegenden mit geringerem oder fehlendem Fluoridgehalt des Trinkwassers. Aufgrund dieser Beobachtung wird heute in mehr als 30 Ländern dem Trinkwasser Fluor zugesetzt, was zu einem Rückgang der Karieshäufigkeit um 40 bis 80 Prozent geführt hat; in der Bundesrepublik wird dieses Verfahren jedoch nicht praktiziert.

Hierzulande stehen für die Kariesprophylaxe derzeit Fluortabletten (z. B. Fluoretten), fluoridhaltige Zahnpasten sowie sonstige lokale Fluoridanwendungen zur Verfügung. Die Wirksamkeit von Fluor in Tablettenform ist durch zahlreiche prospektive Studien erwiesen. Nach den jüngsten Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, die auf einer Vereinheitlichung der Dosis im Kindergarten hinauslaufen, sollten Kinder im Vorschulalter täglich 0,75 mg einer Fluoridtablette erhalten. Wird die Medikation ganz dem Elternhaus überlassen, so kann nur mit einer Compliance von etwa fünf Prozent gerechnet werden. Deshalb erscheint es zweckmäßig, die Kariesprophylaxe Schulen und Kindergärten zu übertragen, um die erforderliche Breitenwirkung zu erzielen. Auch bei bester Prävention bleibt der Zahnarzt, d. h. seine regelmäßige Überwachung, seine Individualprophylaxe und die Behandlung verbleibender Zahnkrankheiten, unersetzlich.

Aus einem Erfahrungsbericht, den Dr. T. v. Lilien, Köln, vorlegte, war zu entnehmen, daß sechs Kinder im Alter von sieben Monaten bis zehn Jahren, bei denen eine schwere, **renal bedingte Hypertonie** bestand, die auf die herkömmlichen antihypertenisven Pharmaka nicht ansprach, mit Captopril (Lopirin) behandelt wurden. Die Dauer der Captoprilthерapie reichte von zwei Tagen bis 29 Monate, sie führte bei allen sechs Kindern zu einer guten Blutdruckeinstellung. Die Captoprildosierung wurde individuell austitriert, sie begann mit 0,15 mg/kg pro Dosis alle sechs bis zwölf Stunden und wurde auf maximal 2 mg/kg alle acht Stunden gesteigert. Mit Ausnahme von Furosemid und Propranolol konnten die übrigen Antihypertensiva eingespart werden. v. Lilien bezeichnete Captopril als ein potentes und sicheres Antihypertensivum bei Kindern mit renalem Hochdruck. Wegen der noch relativ geringen Erfahrung im Kindes- und besonders im Säuglingsalter sollte das Medikament aber nur unter strenger Indikationsstellung eingesetzt werden, obwohl man erwarten kann, daß das Indikationsgebiet in Zukunft breiter werden wird.

Professor W. Stögmann, Wien, sprach über die **Epidemiologie und Therapie der Skabies,** die in Europa epidemisch auftritt, und zwar mit Morbiditätsschwankungen, die einem Zyklus von etwa 30 Jahren Dauer folgen: 15 Jahre Epidemie, 15 Jahre Pause. Diese Zyklen entstehen entsprechend dem Durchseuchungsgrad bzw. der Immunitätslage der Bevölkerung.

Es gibt drei Sonderformen der Krätze, nämlich die „gepflegte" Skabies bei sorgfältiger Körperpflege mit nur diskreten Hautveränderungen, aber starkem Juckreiz, die nodöse Skabies mit stark juckenden, braunroten, papulonodösen Infiltraten als Zeichen einer Hyperergie und schließlich eine krustöse Form mit Erythrodermie und starker Krusten- und Schuppenbildung bei anergischer Reaktionslage.

Das Mittel der Wahl zur Behandlung der Skabies ist Jacutin, das wegen seiner Neurotoxizität im Kindesalter fraktioniert eingesetzt werden sollte: Bei Kindern von ein bis drei Jahren sollte an vier aufeinanderfolgenden Tagen der halbe Körper je sechs Stunden lang, bei Vier- bis Zehnjährigen an zwei Tagen der ganze Körper über zwölf Stunden lang und bei den über Zehnjährigen einmal über 24 Stunden der ganze Körper mit dieser Substanz eingerieben werden.

Referent:

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

Personalia

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Professor Dr. med. Max Eder, Vorstand des Pathologischen Instituts der Universität München, Thalkirchner Straße 36, 8000 München 2, wurde mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Hilmar Leiblein, ehemaliger Chefarzt des Kreiskrankenhauses München-Pasing, Planegger Straße 4, 8000 München 60;

Professor Dr. med. Hellmut Mehnert, Ärztlicher Direktor des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40.

Staatsmedaille für soziale Verdienste

Der Bayerische Staatsminister für Arbeit- und Sozialordnung, Dr. F. Pirkl, verlieh am 25. November 1983 die Staatsmedaille für soziale Verdienste u. a. an:

Professor Dr. med. Ulrich Geßler, Direktor der 4. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten, Kontumazgarten 14-18, 8500 Nürnberg 80;

Dr. med. Heinrich Petry, Werksarzt bei den Stadtwerken Nürnberg, Siebenbürger Straße 35, 8401 Schwarzenbruck;

Medizinaldirektor a. D. Dr. med. Siegfried Raith, langjähriger Chefarzt und Leiter der Infektionsabteilung des Städtischen Krankenhauses Passau, Leonhardstraße 7, 8390 Passau.

Verleihung der Peter-von-Aspelt-Medaille an Walter Albrecht

Mit der Peter-von-Aspelt-Medaille wurde Walter Albrecht, Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Denninger Straße 37, 8000 München 80, ausgezeichnet.

Mit dieser Auszeichnung, gestiftet von der Bezirksärztekammer Rheinhessen, wurden die Verdienste gewürdigt, die sich Albrecht um die Ärzteschaft, insbesondere durch das Zustandekommen des Staatsvertrages zwischen Rheinland-Pfalz und Bayern und die dadurch bedingte Eingliederung der Ärzteschaft der Bezirksärztekammer Rheinhessen in die Bayerische Ärzteversorgung erworben hat.

Die Verleihung der Peter-von-Aspelt-Medaille fand im Rahmen der Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Rheinhessen am 23. November 1983 in Mainz durch deren Vorsitzenden, Sanitätsrat Dr. Metzner, statt.

Dr. med. Klaus-Michael Hahn, Chirurg, Belgradstraße 5, 8000 München 40, wurde anläßlich der Jahreshauptversammlung 1983 des Bundesverbandes Deutscher Belegärzte e.V. (BDB) erneut zum Bundesvorsitzenden gewählt und Dr. med. Michael Schalkheuser, Urologe, Erdinger Straße 19, 8250 Dorfen, zum stellvertretenden Vorsitzenden.

Dr. med. Hedda Heuser-Schreiber, Brünnsteinstraße 13, 8203 Oberaudorf, wurde mit dem Publizistik-Preis „Medizin und Wort 1982" und der „Gerhard-Jungmann-Medaille" ausgezeichnet.

Dr. med. Sebastian Maier, Direktor des Bezirkskrankenhauses Regensburg, Universitätsstraße 84, 8400 Regensburg, wurde in Anerkennung seiner Verdienste um die Oberpfalz mit der Verdienstmedaille ausgezeichnet.

Ernst-von-Bergmann-Plakette für V. Vojta

Der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hermann Braun, überreichte bei einem Festakt am 2. Dezember 1983 anläßlich des 15jährigen Bestehens der Aktion Sonnenschein — Hilfe für das mehrfach behinderte Kind — und des Kinderzentrums München im Hörsaal des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität München die Ernst-von-Bergmann-Plakette an den stellvertretenden Direktor des Kinderzentrums München, MU Dr./Univ. Prag Válav Vojta, Güllstraße 3, 8000 München 2.

MU Dr./Univ. Prag Vojta hat sich um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht. Von 1961 bis zu seiner Emigration im August 1968 Ordinarius für Kinderneurologie der Pädiatrischen Fakultät der Karls-Universität Prag, erwarb er sich in der Bundesrepublik und darüber hinaus im internationalen Bereich durch seine Konzeption der Früherkennung der Zerebralparese sowie seine spezifische neurologische Therapie eine solche Anerkennung, daß die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie ihm im Jahre 1974 den Heine-Preis verlieh. Ab April 1975 Leiter der Krankengymnastischen Abteilung des Kinderzentrums München, beeinflußte er die deutsche Kinderheilkunde im hohen Maße durch die von ihm geschaffene Systematik der Frühdiagnostik bei Kindern mit motorischen Störungen und die kinesiologische Therapie. Von seinen zahlreichen Publikationen ist vor allem in deutscher Sprache sein Buch „Cerebrale Bewegungsstörungen im Säuglingsalter" zu einem Standardwerk der Kinderheilkunde geworden, das bisher bereits in mehreren Auflagen erschien und inzwischen in verschiedene Sprachen übersetzt wurde. Auf vielen Kongressen und Lehrgängen im In- und Ausland hat Dr. Vojta seine diagnostischen und therapeutischen Methoden vorgetragen. So hält er in den Osterseminar-Kongressen in Brixen seit über zehn Jahren in Hauptseminaren Vorträge über seine Methoden, zugleich auch Sonderseminare, in denen er diese demonstriert. Weiterhin hat er allein im Jahr 1982 Lehrgänge in Japan, Indien und Argentinien durchgeführt und so dem Ansehen der deutschen Kinderheilkunde gedient. Seine diagnostische und therapeutische Methode wird auf der ganzen Welt als Leistung der deutschen Medizin gewertet.

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Hof/Saale:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:
1 Augenarzt

Rehau, Lkr. Hof/Saale:
1 Augenarzt

Coburg:
1 HNO-Arzt

Coburg:
1 Hautarzt

Kulmbach:
1 Hautarzt

Wunsiedel:
1 Hautarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:
1 Kinderarzt

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

Mittelfranken

Erlangen-Sieglitzhof:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Leonhard/Sündersbühl/ Großreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

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

Nürnberg-St. Johannis:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ansbach:
1 Augenerzt

Gunzenhausen:
1 Augenerzt

Fürth:
1 Chirurg
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Dinkelsbühl, Lkr. Ansbach:
1 Frauenarzt

Nürnberg:
1 Internist
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Lkr. Ansbach:
1 Nervenarzt

Gunzenhausen:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (0911) 4627-526.

Unterfranken

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

Erlenbach/Klingenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Augenarzt

Gemünden, Lkr. Main-Spessart:
1 Augenarzt

Kerlstadt/Merktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 HNO-Arzt

Elsenfeld, Lkr. Miltenberg:
1 Hautarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Lkr. Miltenberg, Planungsbereich Obernburg:
1 Internist

Erlenbach/Klingenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Ebern/Haßfurt/Hofheim, Lkr. Haßberge:
1 Kinderarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Nervenarzt

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

Oberpfalz

Kötzting, Lkr. Cham:
1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenerzt

Lkr. Cham:
1 HNO-Arzt

Lkr. Tirschenreuth:
1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Cham:
1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Stadt Weiden:
1 Hautarzt

Furth i. Wald, Lkr.Cham:
1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Cham:
1 Kinderarzt

Vohenstreuß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:
1 Nervenerzt

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

Niederbayern

Viechtach, Lkr. Regen:
1 Augenerzt

Lkr. Rottal-Inn:
1 Hautarzt

Lkr. Regen:
1 Nervenerzt

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

Schwaben

Bad Wörishofen, Lkr. Unterallgäu:
1 Frauenerzt

Königsbrunn oder Bobingen, Lkr. Augsburg:
1 HNO-Arzt

Gersthofen, Lkr. Augsburg:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstella Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (0821) 31 30 31.

Europa-Politik aus bayerischer Sicht

Das klägliche Scheitern des Athener EG-Gipfels hat einer rund dreistündigen Debatte im Landtag unverhoffte, neue Aktualität gegeben. Im Vorfeld der Wahlen zum Europaparlament im kommenden Frühjahr debattierten die Parlamentarier anhand zweier von CSU und SPD eingebrachter Interpellationen Probleme der europäischen Einigung; und eben die Sorgen, die dabei geäußert wurden, sollten sich wenig später konkret bewahrheiten.

Für die CSU begründete der Abgeordnete Paul Wünsche die Große Anfrage mit der Feststellung, Bayern sehe als ein Land im Zentrum Europas seine politischen und wirtschaftlichen Interessen aufs engste mit der EG verknüpft. Noch viele Probleme seien allerdings ungeklärt: so die Ländermitsprache bei der Übertragung von Vollmachten an Brüssel oder die Länderbeteiligung am Zustandekommen von EG-Vorschriften, die in ihre Kompetenz eingreifen; darüber hinaus das Problem des innerstaatlichen Vollzugs Brüsseler Politik und auch das Gewicht der Landesparlamente im Bereich der EG-Gesamtpolitik. Kritisch bemerkte der CSU-Abgeordnete, daß die regionale EG-Strukturförderung erheblich in Länderkompetenzen eingreife. Sie werde begleitet durch einen perfektionistischen und komplizierten „Bürokratismus" der Regelungen. Auch die Agrarmarktordnungen müßten durchgreifend korrigiert werden, wobei die Zukunft der bäuerlichen Betriebe gesichert sein müsse. Wie in der Energiepolitik ein europäisches Konzept notwendig sei, so könnten auch die Umweltprobleme nur grenzübergreifend gelöst werden.

Während die CSU in den Mittelpunkt ihres Fragenkatalogs institutionelle Probleme der europäischen Einigung gestellt habe, lege die Opposition — so der SPD-Fraktionschef Dr. Helmut Rothemund — den Schwerpunkt auf Dinge, „die den Bürger in Europa wirklich bewegen": die Bewahrung des Friedens, die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit, den Schutz der Umwelt, die Sicherung der Bürgerrechte und die immer unverständlicher werdende Agrarpolitik. Im Rahmen der Sicherheitspolitik sei die Zugehörigkeit zur NATO zwar selbstverständlich, man müsse aber auch sehen, „daß europäische und amerikanische Sicherheitsinteressen nicht immer identisch sein müssen". Ein europäisches Sicherheitskonzept müsse deshalb den Gedanken der „Sicherheitspartnerschaft" umfassen, d. h., daß Sicherheit nicht gegen, sondern nur mit der anderen Seite erreicht werden kann. Zum Abbau der Arbeitslosigkeit in Europa, von der zur Zeit rund zwölf Millionen Menschen betroffen sind, ist nach Ansicht Rothemunds eine „aktive Beschäftigungspolitik" in den wichtigsten EG-Ländern erforderlich. Europa brauche einen „Beschäftigungspakt", der auf Investitionen und Arbeitszeitverkürzung beruhen müsse. Für die Weiterentwicklung der Europäischen Gemeinschaft komme es heuer entscheidend auf die Reform der Agrarpolitik an, die in diesem Jahr 68 Prozent des EG-Haushalts verschlinge. Auch für Helmut Rothemund machten die Probleme der Umweltpolitik ganz besonders deutlich, wie sehr man auf europäische Kooperation — auch mit Osteuropa — angewiesen ist.

Für die Staatsregierung beantwortete der zuständige Minister Schmidhuber die beiden Interpellationen, wobei er zunächst die Vorteile unterstrich, die der gemeinsame Markt für seine Mitglieder gebracht habe. Jeder sechste Arbeitsplatz in Bayern hänge vom Export in EG-Länder ab. Der Agrarmarkt sichere die Versorgung der Bevölkerung mit Nahrungsmittel auf qualitativ und quantitativ hohem Niveau und garantiere den Landwirten ein angemessenes Einkommen. Allerdings bereite die gegenwärtige Situation der Gemeinschaft der Staatsregierung Sorge. Der Minister erwähnte in diesem Zusammenhang die deutlich verschlechterten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, erhebliche Ungleichgewichte innerhalb der EG mit unterschiedlichen Finanzbeiträgen der einzelnen Mitglieder und die Ausschöpfung des festgelegten Finanzierungsrahmens. Der Wille zur Integration habe abgenommen, institutionelle Schwächen lähmten die Entscheidungsfähigkeit der Gemeinschaft und eine Flut perfektionistischer Regelungen schränke die Europa-Begeisterung ein.

Jeder Fortschritt in der europäischen Einigung mindert zwangsläufig die Bundes- und Länderkompetenzen, fuhr der Minister fort. Das treffe die deutschen Länder mehr als andere Regionen der Mitgliedsstaaten. Dabei müsse aus deutscher Sicht am Kernbereich der föderalistischen Struktur festgehalten werden. Aber es sei auch möglich, die „integrationspolitische Kraft der deutschen Länder" für die EG fruchtbar zu machen. Allerdings müsse ihre staatliche Eigenständigkeit institutionell abgesichert sein. Schmidhuber schlug „ein Denkmodell" aus einer Kombination von Regionalprinzip und föderalistischem Prinzip vor. Bayern würde dann eine europäische Region mit klaren Zuständigkeiten im europäischen Rahmen.

Zudem müßte neben dem Europaparlament zusätzlich eine eigene Länderkammer als Regionalvertretung eingerichtet werden. Für einen solchen Regionalismus sah Schmidhuber eine wachsende Bereitschaft. Auf die SPD eingehend, räumte der Minister ein, daß sich auf dem Arbeitsmarkt noch keine durchgreifende Entspannung abzeichne. Die größte wirtschaftlich-soziale Herausforderung sei die Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze, wobei Beschäftigungsprogramme auch auf europäischer Ebene nicht weiterhelfen könnten. Der Weg aus der Krise zurück zur Vollbeschäftigung führe nur über eine Modernisierung der europäischen Wirtschaft. Auf jeden Fall gelte es, protektionistischen Tendenzen in der EG entgegenzutreten, den an die Grenzen der Finanzierbarkeit stoßenden Haushalt umzustrukturieren und die „Vorschriftenflut aus Brüssel" auf das Notwendige zu beschränken. Sichtlich skeptisch meinte Minister Schmidhuber: „Bei nüchterner Betrachtung muß man einräumen, daß ein Vierteljahrhundert nach der Gründung der Europäischen Gemeinschaften der Enthusiasmus für Europa weitgehend erloschen ist."

Michael Gscheidle

Ausblick auf 1984

Die Bundesregierung hat zwei schwere Entscheidungen hinter sich gebracht: Die Pershing-Raketen werden stationiert, und der Haushalt 1984 mit den dazu gehörenden Sanierungsgesetzen ist glatt über die Hürden der Gesetzgebung gebrecht worden. Die Opposition hat zu beiden schwierigen Fregen keine überzeugende Alternative geboten. Nach den Regeln der politischen Logik müßte dies eigentlich die Regierung Kohl/Genscher stärken, zumat der versprochene und erhoffte wirtschaftliche Aufschwung in Gang gekommen ist.

Wenn dennoch die Regierung Kohl/Genscher sich am Jahreswechsel nicht breiter Zustimmung sicher sein kann, so hat dies sicherlich mehrere Gründe. So hat der „Fell Lambsdorff" für das politische Klima gewiß Bedeutung. Der Ausgang dieser Affäre, die Schatten nicht nur euf eine Reihe von Akteuren in Politik und Wirtschaft, sondern auch euf bestimmte Medien und die Justiz wirft, ist offen. Sicher ist wohl nur, daß Lembsdorff es sehr schwer haben wird, sich im Amt zu halten. Was ein Ausscheiden Lembsdorffs für die Koalition bedeuten würde, ist leicht voreuszusagen: ein Eckpfeiler dieser Koalition bräche zusammen. Sie würde geschwächt, aber das Bündnis würde halten, es sei denn, Strauß und seine CSU wollten die Gelegenheit nutzen, der F.D.P. endgültig den Garaus zu mechen. Damit kann man nicht rechnen. Strauß ist nicht so stark, wie er tut.

Schlimmer wäre ein Rücktritt Lambsdorffs für die F.D.P. Er hat die politische „Wende" im Herbst 1982 betrieben und den Kurs der Pertei bestimmt. Auch seine politischen Gegner in der F.D.P. wissen, daß sie es vor ellem Lambsdorff zu danken haben, deß sich die F.D.P. in der März-Wahl behaupten konnte. Er steht für eine liberale Wirtscheftspolitik, obwohl er in der Koalition viele, zu viele Kompromisse mitgetragen hat. Zwar wird sich für des Wirtscheftsressort ein anderer Mann finden lassen, eber wohl keiner seiner Statur. In der F.D.P. wird Lembsdorff aber nicht zu ersetzen sein.

Lambsdorffs Schwächung oder Sturz würde euch Kohl treffen. Angesichts des Drängens der CSU kann Kohl eine Kabinettsumbildung nicht brauchen. Eine Stärkung seiner Position könnte sich ellein Stoltenberg versprechen, der unangefochten zur Nr. 1 in der Wirtschafts- und Finanzpolitik eufrücken müßte. Stoltenbergs Stellung hat sich auch dadurch gefestigt, daß er mit großer Festigkeit seinen Konsolidierungskurs durchhält. Das verschaftt ihm Respekt selbst bei jenen, die sich in manchen Fragen andere Entscheidungen gewünscht hätten. Jedenfalls läßt sich Ende 1983 das Fazit ziehen, daß die Staatsfinanzen wieder unter Kontrolle, wenn auch noch nicht in Ordnung sind. Anfang 1983 mußte noch mit einer Neuverschuldung von rund 41 Mittiarden DM gerechnet werden; am Jahresende sind es zwischen 36 und 37 Milliarden DM. Stoltenbergs Hausheltsentwurf sah für 1984 noch eine Netto-Kreditaufnahme von 37,3 Milliarden DM vor; jetzt wird mit Aussicht euf Erfolg eine Neuverschuldung von 33,6 Milliarden DM engesteuert.

Auch in der Wirtschaft wēchst die Zuversicht, daß die Jahre der Rezession und der Stagnetion überwunden sind. Im laufenden Jehr dürfte eine, reale Wachstumsrate von gut ein Prozent erreicht werden. Das war vor einem Jahr fast von niemandem erwartet worden. Hinter dieser bescheidenen Wachstumsrate verbirgt sich ein Anstieg von minus eins auf fast plus zwei Prozent im Jahresverleuf. Fast alle Prognosen stimmen darin überein, daß das erreichte Wachstumstempo sich 1984 fortsetzen wird. Des würde bedeuten, daß sich eine reale Wechstumsrate von efwa 2,5 Prozent, möglicherweise sogar von drei Prozent ergibt. Diese Konjunktureinschätzung verdient Vertrauen; sie beruht nicht nur euf Hoffnungen, sondern euf Fekten.

Dazu gehört vor ellem, daß sich die Weltkonjunktur lengsam bessert. Die Aufträge aus dem Ausland steigen an. Dies müßte früher und später euch auf die inländische Investitionsneigung durchschlagen. Die Konjunktur-Lokomotive ist zunächst in Amerika in Fahrt gekommen. Kenada zieht mit, und euch in Japan nimmt das Wechstum zu. In Europa geht es in England, der Bundesrepublik und den Niederlanden aufwärts. Dies alles wird noch nicht ausreichen, die hohe Arbeitslosenquote nachhaltig zu senken. Aber euch em Arbeitsmerkt scheint der negetive Trend gebrochen zu sein. Seit zwei Monaten sinken die saisonbereinigten Arbeitslosenzehlen.

Das verhältntsmäßig günstige Konjunkturbild könnte freilich durch Arbeitskämpfe beeinträchtigt werden, wenn wichtige Gewerkschaften, wie die IG Metall, versuchen sollten, eine allgemeine Verkürzung der Wochenarbeitszeit durchzusetzen. Hier liegen Gefahren für die wirtschaftliche Entwicklung. Die Arbeitnehmer, so ergeben elle Umfragen, sind mehr en einer Verkürzung der Lebensarbeitszeit interessiert. Dies hat die Bundesregierung dazu gebracht, ein Rahmengesetz für ein terifliches Vorruhestandsgeld vom 59. Lebensjahr an vorzulegen. Jede Verkürzung der Arbeitszeit kostet Geld, viel Geld sogar. Das wird die Unternehmen und die öffentlichen Kessen belasten. Der Vorschlag ist daher nur schwer mit den Zielen der Bundesregierung in Übereinstimmung zu bringen, zumel die Vorstellung, deß junge Arbeitnehmer die älteren ertahrenen Facharbeiter leicht ersetzen können, naiv erscheint. Auch wird es schwer sein, das Prinzip der Freiwilligkeit sowohl für Arbeitnehmer als auch für die einzelnen Arbeitgeber durchzuhelten.

Trotz dieser Bedenken wird man Verständnis dafür haben müssen, daß sich die Bundesregierung entschlossen hat, den Gewerkschaften eine Alternative zur Forderung nach der 35-Stunden-Woche anzubieten. Ob dieses Angebot reicht, um die Tarifauseinandersetzungen zu entschērfen, ist schwer vorauszusagen. Die Terifrente soll 65 Prozent des vorherigen Arbeitsentgelts betragen; das sind gut 70 Prozent des vorherigen Netto-Verdienstes. Die Tarifparteien sind frei, höhere Leistungen zu vereinbaren. Aber der Zuschuß der Nürnberger Bundesenstalt wird auf 40 Prozent der Terifrente bis zu 65 Prozent des vorherigen Arbeitsentgelts begrenzt. Die Bedenken gegen dieses Modell werden dadurch verringert, daß allenfalls noch der Jahrgeng 1929 in fünf Jahren davon Gebreuch machen kann.

Die Bundesregierung wird sich nicht mit dem Erreichten begnügen dürfen, wenn sie am Wahltag 1987 eine überzeugende Bilanz vorlegen will. Der Konsolidierung haben strukturelle Reformen zu folgen. Das gilt für das Steuersystem, für den Femilientastenausgleich, die Rentenversicherung und woht auch für die Krankenversicherung. Auf diesem Feld steht für 1984 die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung en. Die widerstreitenden Interessen werden nur schwer unter einen Hut zu bringen sein.

bonn-mot

Bayerische Landesärztekammer

Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Fernsprecher (089) 4147-1

Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

vom 1. Januar 1978 (BayÄBl. 1977, Sondernummer Dezember, S. 22 ff.) in der Fassung der Beschlüsse des 32. Bayerischen Ärztetages vom 14. Oktober 1979 (BayÄBl. 1979/1179) und des 36. Bayerischen Ärztetages vom 1. Oktober 1983 (BayÄBl. 1983/881)

Gelöbnis

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis en Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre."

§ 1
Berufsausübung

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, daß der Arzt seine Aufgebe nech seinem Gewissen und nech den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.

(2) Aufgabe des Arztes ist es, des Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit eus. Er darf keine Grundsätze enerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beechten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.

(3) Der Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(4) Der Arzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten.

(5) Der Arzt darf seinen Beruf nicht im Umherziehen eusüben. Er darf individuelle ärztliche Beratung oder Behandlung weder brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch im Fernsehen oder Tonrundfunk durchführen.

(6) Der Arzt ist in der Ausübung seines Berufes frei. Er kann die ärztliche Behandlung ablehnen, insbesondere dann, wenn er der Überzeugung ist, daß das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Petienten nicht besteht. Seine Verpflichtung, in Notfällen zu helfen, bleibt hiervon unberührt.

(7) Ärzte sollen sich in der Regel nur durch Ärzte des gleichen Gebietes vertreten lassen.

§ 2
Schweigepflicht

(1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft els Arzt envertraut oder bekenntgeworden ist, zu schweigen. Dazu gehören euch schriftliche Mittellungen des Patienten, Aufzeichnungen über Petienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Der Arzt hat die Pflicht zur Verschwiegenheit auch seinen Familienangehörigen gegenüber zu beechten.

(3) Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung euf den Beruf en der ärztlichen Tëtigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dieses schriftlich festzuhelten.

(4) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenberung zum Schutze eines höheren Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt.

(5) Der Arzt ist auch dann zur Varschwiegenheit verpflichtet, wenn er im amtlichen odar privaten Auftrag einas Dritten tätig wird, es sai denn, daß dam Batroffenen vor der Untersuchung odar Behandlung bekannt ist oder aröffnet wurda, inwiaweit die von dem Arzt getroffenen Feststallungan zur Mittailung an Dritta bestimmt sind.

(6) Wenn mahrera Ärzta gleichzaitig oder nacheinandar densalben Patiantan untersuchen oder behandaln, so sind sia untereinandar von der Schweigapflicht insoweit bafrait, als das Einvarständnis des Patientan anzunehmen ist.

(7) Zum Zwacka der wissenschaftlichen Forschung und Lehra dürfen der Schweigepflicht untarliegende Tatsachen und Befunde nur sowait mitgeteilt werden, als dabei dia Anonymität des Patienten gasichert ist oder diesar ausdrücklich zustimmt.

§ 3
Zusammenarbeit der Ärzte

(1) Der Arzt ist zu kollagialer Zusammenarbeit mit denjenigen Ärzten verpflichtet, dia glaichzaitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchan oder behandeln.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, einen weiteren Arzt hinzuzuziehen odar den Patienten an einen anderen Arzt zu überweisen, wenn dies nach seiner ärztlichen Erkenntnis angezeigt erscheint und der Patient einverstanden odar sain Einverständnis anzunehmen ist.

Den Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiasen zu werden, solt der behandalnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.

(3) Überweist dar Arzt den Patienten an einen anderen Arzt, so hat er ihm dia erhobenen Befunde zu übarmittaln und ihn über dia bisheriga Behandlung zu informieren, es sei denn, daß der Patient etwas anderes bestimmt. Dies gilt insbesondera auch bei der Krankenhauseinwaisung und Krankenhausentlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.

§ 4
Verpflichtung zur Weiterbildung

Der zur Weiterbildung ermächtigte Arzt hat im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten ainen ärztlichen Mitarbaiter, unbeschadet dessen Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dam gewählten Weiterbildungsgang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weiterzubilden.

§ 5
Erhaltung des ungeborenen Lebens

Der Arzt ist grundsätzlich varpflichtet, das ungeborena Laben zu erhalten. Der Arzt kann nicht gegen sein Gewissen gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.

§ 6
Sterilisation

Für Sterilisationan sind medizinischa, genetische oder soziala Gründa zulässiga Indikationen.

§ 7
Fortbildung

(1) Der Arzt, dar seinan Beruf ausübt, isl verpflichtat, sich beruflich fortzubildan und sich dabei übar die für saina Berufsausübung jawails geltenden Bastimmungen zu untarrichtan.

(2) Geeigneta Mittel der Fortbildung sind insbesondera:

a) Teilnahme an allgemeinen oder besonderan Fortbildungsveranstaltungan (Kongressa, Seminara, Übungsgruppen, Kursa, Kolloquien).

b) Klinischa Fortbildung (Vorlesungen, Visiten, Demonstrationen und Übungen).

c) Studium der Fachlitaratur.

d) Inanspruchnahma audiovisuellar Lahr- und Larnmittal.

(3) Dar Arzt hat in dem Umfanga von dan aufgezeigten Fortbildungsmöglichkeitan Gebrauch zu machen, wia es zur Erhattung und Entwicklung der zur Ausübung seines Barufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

(4) Dar Arzt muß eina den Absätzan (1) bis (3) entsprachende Fortbildung gegenüber der Bayarischen Landesärztekammer (Kammer) in gealgneter Form nachweisen können.

§ 8
Haftpflichtversicherung

Der Arzt ist verpflichtet, sich hinraichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahman sainer baruflichen Tätigkait zu versichern.

§ 9
Ausübung der Praxis

(1) Die Ausübung des ärztlichen Berufes in eigener Praxis ist an die Niederlassung gebunden. Diesa ist durch ein Praxisschild entsprechend § 27 kenntlich zu machen. Ort und Zeitpunkt der Niederlassung sowia jede Veränderung hat der Arzt dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband unverzüglich mitzuteilen.

(2) Dem Arzt ist es nicht gestattet, an mehreren Stallen Sprechstunden abzuhalten. Der zuständige Ärztlicha Bazirksverband kann, soweit es dia Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert, die Genehmigung für Zweigpraxis (Sprechstunde) erteilen.

(3) Der Arzt ist verpflichtet, saina Sprechstunden nach den örtlichan und fachlichen Gegabanhaiten seiner Praxis festzusetzen und dia Sprechstunden auf einem Praxisschild bekanntzugeben und grundsätzlich ainzuhalten.

§ 10
Verträge

(1) Anstellungsverträga dürfen von Ärzten nur abgeschlossen werden, wenn dia Grundsätze dieser Berufsordnung gawahrt sind. Dabei muß insbesondera sichergestellt sein, daß der Arzt in seiner ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von Nichtärzten unterworfen wird.

Sofern Weisungsbafugnis von Ärzten gagenüber Ärztan bestaht, sind die Empfänger dieser Weisungen dadurch nicht von ihrer ärztlichan Verantwortung entbunden.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, alle Verträge über seina ärztlicha Tätigkeit vor ihram Abschluß der Kammer vorzulegen, damit geprüft werden kann, ob dia beruflichen Balange gawahrt sind.

§ 11
Ärztliche Aufzeichnungen

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getrottenen Maßnahmen die ertorderlichen Autzeichnungen zu machen. Ärztliche Autzeichnungen sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) Ärztliche Aufzeichnungen sind zehn Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschritten eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Eine längere Aufbewahrung ist auch dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Ertahrung geboten ist.

(3) Eine nach den Grundsätzen des § 2 zulässige Herausgabe von ërztlichen Autzeichnungen, Krankenblättern, Sektionsbetunden, Röntgenaufnahmen und anderen Untersuchungsbetunden soll an nichtärztliche Stellen oder an Ärzte, die nicht an der Behandlung beteiligt sind, in Verbindung mit der Erstattung eines Berichts oder Gutachtens erfolgen, wenn es für das Verständnis dieser Unterlagen erforderlich ist.

(4) Der Arzt soll dafür Sorge tregen, daß seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde nach Aufgabe der Praxis in gehörige Obhut gegeben werden.

(5) Aufzeichnungen im Sinne des Absatzes 1 auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürten besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, vorzeitige Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

§ 12
Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutechten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu vertahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Der Zweck des Schriftstückes und sein Empfänger sind enzugeben.

Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer engemessenen Frist ebzugeben.

Dies gilt auch für die Ausstellung von Zeugnissen tür Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung.

§ 13
Ausbildung von Mitarbeitern

Der Arzt hat bei der Ausbildung seiner Mitarbeiter die für die Berutsausbildung bestehenden gesetzlichen Vorschriften zu beachten.

§ 14
Ärztliches Honorar

(1) Die Honorartorderung des Arztes muß engemessen sein. Für die Berechnung ist die Gebührenordnung die Grundlage. Der Arzt hat dabei die besonderen Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitautwend, sowie die örtlichen Verhältnisse nech billigem Ermessen zu berücksichtigen.

Hierbei derf er die üblichen Sätze nicht in unlauterer Weise unterschreiten.

Bei Abschluß einer Honorervereinberung (§ 2 GOÄ) hat der Arzt euf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zehlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.

(2) Der Arzt kann Verwandte, Kollegen, deren Angehörige und unbemittelte Patienten unentgeltlich untersuchen und behandeln oder diesen Personen das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Der Arzt soll seine Honorartorderungen im allgemeinen mindestens vierteljährlich stellen. Sie sind autgrund seiner Aufzeichnungen aufzugliedern, so daß eine Nachprütung möglich ist.

(4) Der Arzt dart ein Gutachten über die Angemessenheit der Honorarforderung eines enderen Arztes nur im emtlichen Auftrag oder mit Genehmigung der Kammer abgeben.

§ 15
Kollegiales Verhalten

(1) Der Arzt hat seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten Achtung zu erweisen. Die Verpflichtung des Arztes nach § 12 Setz 1 bleibt unberührt, bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse, euch soweit es die Behendlungsweise eines anderen Arztes betrifft, mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem berutlichen Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen über seine Person sind berutsunwürdig.

(2) Es ist berutsunwürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber durch unlautere Handlungsweise zu verdrängen.

(3) Ärzte, die andere Ärzte zu ërztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren.

(4) In Gegenwart von Petienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tëtigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt euch für Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenanstalten.

(5) Nachuntersuchungen erbeitsuntähiger Patienten eines Arztes dürfen von einem enderen Arzt hinsichtlich der Arbeitstähigkeit nur im Benehmen mit dem behandelnden Arzt durchgeführt werden. Die Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst in der Sozialversicherung oder amtsärztliche Autgeben werden hiervon nicht berührt.

§ 16
Behandlung von Patienten anderer Ärzte

(1) In seiner Sprechstunde dart der Arzt jeden Patienten behandeln. Wird der Arzt von einem Petienten in Anspruch genommen, der bereits in Behandlung eines anderen Arztes steht, so hat er daraut hinzuwirken, daß der vor ihm zugezogene Arzt durch den Patienten oder dessen Angehörige verständigt wird.

(2) Wird ein Arzt in einem Nottall zu einem Patienten gerufen, der bereits in Behandlung eines anderen, nicht erreichbaren Arztes steht, so hat er nach der Notfallbehandlung diesen baldmöglichst zu unterrichten und ihm die weitere Behandlung zu überlassen.

(3) Nech Entlassung aus stetionärer Behandlung soll der Patient dem Arzt zurücküberwiesen werden, in dessen Behandlung er vor der Krankenhauseinweisung stand, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist. Wiederbestellung zur ambulanten Behandlung oder Überwachung ist nur mit Zustimmung des behandelnden Arztes gestettet.

(4) Der Arzt darf den von einem anderen Arzt erbetenen Beistand ohne zwingenden Grund nicht ablehnen.

(5) Der Arzt soll Patienten, die ihm von einem enderen Arzt überwiesen worden sind, nach Beendigung seiner Behandlungstätigkeit wieder zurücküberweisen, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist.

(6) Bei Konsilien sollen die beteiligten Ärzte ihre Beratung nicht in Anwesenheit des Patienten oder seiner Angehörigen ebhalten. Sie sollen sich darüber einigen, wer das Ergebnis des Konsiliums mitteilt.

§ 17
Vertreter und ärztliche Mitarbeiter

(1) Der Arzt muß seine Praxis unbeschedet einer zulässigen Vertretung persönlich ausüben.

(2) Die Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen.

(3) Die Beschättigung eines Vertreters in der Praxis ist dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband anzuzeigen, wenn die Behinderung, die die Vertretung auslöst, insgesemt länger als drei Monate im Kalenderjahr dauert.

(4) Der Arzt, der sich vertreten lassen will, hat sich darüber zu vergewissern, daß die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters ertüllt sind.

(5) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zugunsten seiner Witwe oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kelenderviertelјahres durch einen anderen Arzt fortgeführt werden.

(6) Die Beschäftigung eines ärztlichen Mitarbeiters setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Sie ist dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband enzuzeigen.

§ 18
Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu gewähren.

§ 19
Gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit

Der Zusammenschluß von Ärzten zur gemeinsemen Ausübung des Berufes, zur gemeinschaftlichen Nutzung von Praxisräumen, diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen ist der Kammer anzuzeigen.

Bei allen Formen gemeinsemer Berufseusübung muß die treie Arztwahl gewährleistet bleiben.

§ 20
Ärztlicher Notfalldienst

(1) Der niedergelessene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag kann ein Arzt aus schwerwiegenden Gründen vom Notfelldienst ganz, teilweise oder vorübergehend befreit werden. Dies gilt insbesondere

1. bei körperlichen Behinderungen,
2. bei besonders belestenden familiären Pflichten,
3. bei Teilnahme en einem klinischen Bereitscheftsdienst mit Notfallversorgung.

(2) Für die Entscheidung über den Antrag nech Absetz 1 Satz 2 ist der Ärztliche Kreisverbend zuständig, dessen Mitglied der Antragsteller ist, soweit die Kemmer einen Nottalldienst selbst eingerichtet het. Setz 1 gilt euch, wenn der Notfalldienst von einem anderen Träger eingerichtet wurde, der Antragsteller eber mit diesem Träger selbst in keinerlei mittelbarer oder unmittelbarer Rechtsbeziehung steht.

(3) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im einzelnen sind die von der Kemmer erlassenen Richtlinien maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnehme am Notfelldienst gilt für den testgelegten Notfalldienstbereich.

(4) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Petienten in dem Umfange Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustend erfordert.

(5) Der Arzt hat sich auch für den Notfalldienst tortzubilden, wenn er nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist. § 7 gilt sinngemäß.

§ 21
Werbung und Anpreisung

(1) Jegliche Werbung und Anpreisung ist dem Arzt untersegt. Insbesondere ist es standesunwürdig,

e) öffentliche Danksagungen oder enpreisende Veröffentlichungen zu veranlassen oder zuzulassen,

b) Arzneimittel, Heilmittel oder Verfahren der Krenkheitserkennung und -behandlung durch Veröffentlichung in Wort und Ton, Schrift und Bild in einer Weise zu behandeln, die geeignet ist, für die eigene Praxis zu werben.

(2) Standesunwürdig ist es auch, eine anerkannte Weiterbildung in einem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich euf dem Praxisschild anzuzeigen, wenn der Arzt in diesem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich nicht tätig ist.

(3) Dem Arzt ist auch jede mittelbare Werbung verboten, indem er Krankenhäuser, Sanatorien, Institute, Kliniken oder andere Unternehmen veranlaßt, unter seinem oder unter Hinweis auf seinen Namen für ihre Arzneimittel, Heilmittel, Heilmethoden oder Heilerfolge zu werben. Der Arzt ist verpflichtet, bei derartiger Werbung, die ohne seine Mitwirkung erfolgt ist, auf das betreffende Unternehmen einzuwirken, damit eine Werbung in der durch diese Berufsordnung für unzulässig erklärten Weise unterbleibt.

Als mittelbare Werbung sind solche Anzeigen und Ankündigungen nicht anzusehen, in denen ein Krankenheus, Sanatorium, Institut oder eine Klinik neben dem Hauptindikationsgebiet iediglich zutreffendenfalls den ärztlichen Inhaber oder leitenden Arzt mit seinem Namen und seiner Arztbezeichnung engibt. Diese Ausnahme liegt nicht vor, wenn sich eus den Umständen des Einzelfalles ergibt, daß der Arzt die Bezeichnung als Krenkenhaus, Sanatorium, Institut oder Klinik zum Zwecke der Umgehung des Werbeverbotes für seine Tätigkeit benutzt. Ein solches Verhalten ist verbotene Werbung nach Absatz 1 Setz 1.

(4) Der Arzt darf nicht dulden, daß Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit

engefertigt und mit Verwendung seines Namens oder seiner Anschrift veröffentlicht werden.

(5) In Veröffentlichungen ist der Arzt zu verantwortungsbewußter Objektivität verpflichtet.

§ 22
Arzt und Öffentlichkeit

(1) Die Veröffentlichung wissenschaftlicher Berichte in Verbindung mit dem eigenen Namen in Fachzeitschriften sowie die Unterrichtung anderer Ärzte über die Möglichkeit, spezielle diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch den unterrichtenden Arzt durchführen zu lassen, sind zulässig.

(2) Die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen medizinischen Inhalts in Presse, Funk und Fernsehen ist zutässig, wenn und soweit die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Informationen begrenzt und die Person des Arztes nicht werbend herausgestellt wird.

§ 23
Arzt und Nichtarzt

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Er dert diese auch nicht als Zuschauer bei ärztlichen Verrichtungen zulassen. Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder einem medizinischen Assistenzberuf betinden, und Angehörige von Petienten, für deren Anwesenheit eine ärztliche Begründung besteht, werden hiervon nicht betroffen.

(2) Ein unzulässiges Zusemmenwirken im Sinne von Absatz 1 liegt nicht vor, wenn der Arzt zur Erzielung des Heilerfolges am Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst die Mitwirkung des Nichtarztes tür notwendig hält und die Verantwortungsbereiche von Arzt und Nichtarzt klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

(3) Der Arzt dart sich durch einen Nichtarzt weder vertreten tassen noch eine Krankenbehandlung oder Untersuchung durch einen Nichtarzt mit seinem Namen decken.

§ 24
Verordnung und Empfehlung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln von dem Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschattliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.

(2) Der Arzt darf Ärztemuster nicht gegen Entgelt weitergeben.

(3) Der Arzt hat die Pflicht, im Rahmen seiner Möglichkeiten dem Arzneimittelmißbrauch entgegenzuwirken, der mißbräuchlichen Anwendung von Arzneimitteln keinen Vorschub zu leisten sowie Vorkehrungen gegen den Diebstahl von Arztstempeln und Rezepttormularen zu treffen. Er soll an der Bekämpfung des Heilmittelschwindels mitwirken.

(4) Dem Arzt ist es nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund en bestimmte Apotheken oder Geschäfte zu verweisen, oder mit Apotheken oder Geschäften zu vereinbaren, daß Arznei-, Heil- und Hilfsmittel unter Decknamen oder unklaren Bezeichnungen verordnet werden. Der Arzt soll bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln ohne sachlich gebotenen Grund keine Erzeugnisse bestimmter Hersteller nennen.

(5) Die Tätigkeit ärztlich-wissenschaftlicher Mitarbeiter der Industrie soll sich auf eine fachliche Information von Ärzten über Wirkung und Anwendungsweise von Arznei-, Heil- und Hiltsmitteln beschränken. Es ist diesen Ärzten nicht gestattet, bei Apothekern, Händlern oder anderen Nichtärzten um Bestellungen zu werben.

(6) Der Arzt soll ihm aus seiner Verordnungstätigkeit bekenntwerdende Arzneimittelnebenwirkungen der Arzneimittelkommission mitteilen.

§ 25
Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Dem Arzt ist es nicht gestettet, über Arznei-, Heil- und Hiltsmittel, Körperptlegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten, Gutachten oder Zeugnisse auszustellen, die zur Werbung bei Laien verwendet werden sollen. Der Arzt hat eine solche Verwendung seiner Gutachten und Zeugnisse dem Emptänger ausdrücklich zu untersagen.

(2) Dem Arzt ist es verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unleuterer Weise für gewerbliche Zwecke, z. B. für einen Firmentitel oder zur Bezeichnung eines Mittels, herzugeben.

§ 25a
Arzt und Industrie

(1) Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil-, Hiltsmitteln oder medizinisch-technischen Geräten erbringen (z. B. bei der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung), darf das hierfür bestimmte Honorar einen angemessenen Umtang nicht überschreiten und muß der erbrachten Leistung entsprechen.

(2) Dem Arzt ist es untersegt, Werbegaben eiler Art von solchen Herstellern entgegenzunehmen. Dies gilt nicht tür solche Gegenstände, welche lediglich einen geringen Gebrauchswert tür die berufliche Tätigkeit des Arztes darstellen.

(3) Bei Intormationsveranstaltungen solcher Hersteller hat der Arzt zu berücksichtigen, daß alleine der Informationszweck im Vordergrund bleibt und ihm keine unangemessene Aufwendung für Bewirtung und vergleichbare Vorteile (z. B. Reiseaufwendungen) entgegengebrecht werden.

§ 26
Anzeigen und Verzeichnisse

(1) Anzeigen in Zeitungen über die Niederlassung oder Zulassung dürfen eußer der Anschritt der Praxis nur die für die Schilder des Arztes gestetteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb der ersten drei Monate nach der Niederlassung oder nach der Autnahme der Kassenpraxis veröffentlicht werden.

(2) Im übrigen sind Anzeigen in Zeitungen nur bei längerer Abwesenheit von der Praxis oder bei Krankheit sowie bei der Verlegung der Praxis und bei der Änderung der Sprechstundenzeit oder der Fernsprechnummer gestattet. Derartige Anzeigen dürfen höchstens zweimal je Anlaß veröttentlicht werden.

(3) Form und Inhalt dieser Zeitungsanzeigen müssen sich nach den örtlichen Gepflogenheiten richten.

(4) Ärzte dürfen sich, abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Verzeichnisse mit werbendem Charakter aufnehmen lassen.

§ 27
Praxisschilder

(1) Der Arzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und die Bezeichnung als Arzt oder eine Bezeichnung nach der Weiterbildungsordnung anzugeben und Sprechstunden anzukündigen.

Das Schild darf Zusätze über medizinische akademische Grade, ärztliche Titel, Privatwohnung und Fernsprechnummer sowie einen Zusatz über die Zulassung zu Krankenkassen enthalten. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.

(2) Die Bezeichnung „Professor" darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch das entsprechende Landesministerium verliehen worden ist. Dasselbe gilt für die von einer ausländischen medizinischen Fakultät einer wissenschaftlichen Hochschule verliehene Bezeichnung „Professor", wenn sie entsprechend den in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Regeln verliehen wurde.

(3) Die nach Abs. 2 Satz 2 führbare, im Ausland erworbene Bezeichnung ist in der Fassung der ausländischen Verleihungsurkunde zu führen.

(4) Ärzte, die ihren Beruf in einer Gemeinschaftspraxis ausüben, haben dies mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis" anzuzeigen.

(5) Ärzte, welche Geburtshilfe ausüben, dürfen den Zusatz „Geburtshelfer" auf ihrem Praxisschild führen.

(6) Das Führen anderer Zusätze ist untersagt.

§ 28
Anbringung der Schilder

(1) Das Praxisschild soll der Bevölkerung die Praxis des Arztes anzeigen. Es darf nicht in aufdringlicher Form gestaltet und angebracht sein und das übliche Maß (etwa 35 x 50 cm) nicht übersteigen.

(2) Bei Vorliegen besonderer Umstände, z. B. bei versteckt liegenden Praxiseingängen, darf der Arzt mit Zustimmung des zuständigen Ärztlichen Kreisverbandes weitere Arztschilder anbringen.

(3) Bei Verlegung der Praxis kann der Arzt an dem Haus, aus dem er fortgezogen ist, bis zur Dauer eines halben Jahres ein Schild mit einem entsprechenden Vermerk anbringen.

(4) Schilder an der Privatwohnung des Arztes sollen den sonst bei Privatwohnungen üblichen Schildern entsprechen.

§ 29
Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln

Für die Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln gelten die Bestimmungen des § 27 sinngemäß. Krankenhausärzte dürfen ihre Dienstbezeichnung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken, Stempeln und Privatrechnungen angeben.

§ 30
Freier Dienstleistungsverkehr im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft

Diese Berufsordnung gilt auch für Ärzte, die im Geltungsbereich dieser Berufsordnung nur vorübergehend Dienstleistungen in ihrem Beruf erbringen und Staatsangehörige eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaft sind.

§ 31
Übergangsbestimmung

Wer bei Inkrafttreten dieser Änderung die Bezeichnung „Professor" führt, darf dies auch weiterhin, wenn die Bezeichnung von einer deutschen Behörde verliehen worden ist. Für die im Ausland erworbene Bezeichnung „Professor" gilt die in § 27 (2) getroffene Regelung auch für die vor Inkrafttreten dieser Vorschrift geführten Bezeichnungen.

Würzburg, 1. Oktober 1983

gez. Professor Dr. S e w e r i n g
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Durch Beschluß des 36. Bayerischen Ärztetages vom 1. Oktober 1983 (BayÄBl. 1983/882) ist die letzte Fassung der Berufsordnung mit dem 1. Januar 1984 in Kraft getreten.

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen
Eine Hilfe zur Schnellorientierung – Herausgegeben von Professor Dr. F.-C. Loch

Leitsymptom: Blaurote schmerzhafte Schwellung der Glans penis

Der Notfall: Paraphimose

bearbeitet von Dr. Schmidt und Professor Dr. K. Haubensak, Minden

Symptomatik:

Schmerzhafte Schwellung des distalen Penisanteils (Glans und vom oedematös-glasigen inneren Vorhautblatt bedeckter Penisanteil). Schnürring durch zu engen Ring am Übergang des äußeren zum inneren Vorhautblatt, der sich durch Retraktion der Vorhaut im Sulcus coronarius festgeklemmt hat. Distal des Schnürrings blau-rote Glans, bei längerem Bestehen Gefahr der Ulceration im Schnürringbereich und später gangränöse Veränderungen der Glans. Starker lokaler Schmerz. Oft behinderte Miktion im Sinne der Harnröhrenobstruktion. Proximaler Penisschaft immer unauffällig.

Anamnese:

Meist akutes Ereignis durch Retraktion einer relativ engen Praeputialöffnung über die Glans penis bei erigiertem Glied (Mißverhältnis zwischen Glansgröße und Durchtrittsöffnung). Sie ist sowohl beim Kind als auch im Greisenalter Folge entzündlich chronischer Vorhautveränderungen, sie entsteht durch das forcierte Zurückziehen einmal beim Versuch der Reinigung, zum anderen beim GV oder masturbatorischen Praktiken oder aber auch durch ärztliches Personal, z. B. bei der Reinigung des Dauerkatheters, wenn die Vorhaut zwar zurückgestreift, aber dann nicht mehr vorgezogen worden ist.

Sofortdiagnostik:

Blickdiagnose typisch. ‚Spanischer Kragen'. In seltenen Fällen mit entsprechender Anamnese und bei ulcerösen Praeputialveränderungen ist der Ausschluß einer venerischen Erkrankung erforderlich.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Schnelle, unblutige Reposition versuchen. Vorher mindestens 5 Minuten anhaltende Kompression der Glans penis und des inneren Vorhautblattes mit Zwirnhandschuhen oder durch Umwickeln mit einer Gazekompresse. Gelingt es, das Lymphoedem auszupressen, schieben die Daumen beider Hände die Glans penis zurück und der zweite und dritte Finger zieht gleichzeitig das äußere Vorhautblatt vor. Die reponierte Phimose wird durch einen überklebten Pflasterstreifen gehalten.

Gelingt die Reposition nicht leicht, hilft gelegentlich

a) ein mehrfaches Auswickeln der oedematösen Glans penis mit schmaler Gummibinde von distal nach proximal mit anschließender Reposition

b) — die Lokalanaesthesie der Peniswurzel (ohne Adrenalinzusatz) insbesondere bei stärkeren Schmerzen

c) — die lokale Infiltration des Oedems mit 150 IE Hyaluronidase in 5—10 ml physiologischer NaCl-Lösung.

Bei Erfolglosigkeit obiger Maßnahmen umgehende chirurgische Schnürringspaltung.

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

Bei Kindern ist eine Narkose zur Reposition erforderlich. Operative sofortige Revision ist im Kindesalter sinnvoll. Bei hochgradigen eitrig-entzündlichen Lokalveränderungen am Penis ist ein Repositionsversuch kontraindiziert.

Nach Repositionsschwierigkeiten sofortige Krankenhauseinweisung bzw. Vorstellung beim Facharzt zur dorsalen Incision des Schnürrings immer notwendig. Die kosmetisch optimale Circumcision hat in entzündlichen Fällen immer sekundär zu erfolgen.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Nach Reposition Verordnung von Antiphlogistica und lokal abschwellenden feuchten Verbänden sinnvoll. Nach Abklingen der akuten Symptome ist auf einer operativen Sanierung zu beharren. Im allgemeinen ist die radikale Circumcision, mindestens aber die plastische Erweiterung durch eine dorsale Längsincision mit Quervernähung der Eingriff der Wahl.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Bei verschleppter Paraphimose mit entzündlichen und derben bis gangränösen Veränderungen unbedingt Serologie zum Ausschluß einer venerischen Erkrankung und histologische Untersuchung des Operationspräparates zum Ausschluß einer symptomatischen Paraphimose bei Peniskarzinom wichtig.

Amtliches

Unbezahlte ärztliche Tätigkeit und Weiterbildung

Die Bayerische Landesärztekammer wird zunehmend gefragt, ob es für Ärzte in Weiterbildung möglich ist, die in der Weiterbildungsordnung vorgeschriebenen Zeiten als unbezahlt tätiger Arzt (vielfach fälschlich als „Gastarzt" bezeichnet) an einer Klinik abzuleisten.

Dazu wird auf folgendes hingewiesen:

Nach Art. 24 Abs. 4 des Kammergesetzes in der Fassung vom 9. Mai 1978 (BayGVBl. 1978/67) und gleichlautend nach § 3 Abs. 5 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978 muß die Weiterbildung ganztägig sein und in hauptberuflicher Stellung erfolgen. Schon daraus geht hervor, daß eine „Gastarzttätigkeit" grundsätzlich nicht auf die Weiterbildung angerechnet werden kann, weil sie nicht in hauptberuflicher Stellung als Assistenzarzt auf einer entsprechenden Planstelle erfolgt. In der Regel wird die Ärztekammer ihre Entscheidung über die Zulassung zur Prüfung nicht davon abhängig machen, daß der Arzt eine Verdienstbescheinigung vorlegt. Entscheidend ist für die Kammer vielmehr das Zeugnis des zur Weiterbildung ermächtigten leitenden Arztes. In Zweifelsfällen wird sie aber zusätzlich die Vorlage des Anstellungsvertrages verlangen.

Die Kammer muß darauf hinweisen, daß sich für den Chefarzt, der in einem Zeugnis unzutreffend eine Tätigkeit in hauptberuflicher Stellung bescheinigt, rechtliche Konsequenzen ergeben können. Jeder unbezahlt tätige Arzt, dem in einem Zeugnis dennoch eine Tätigkeit in hauptberuflicher Stellung bescheinigt wird, kann unter Umständen nachträglich Gehaltsansprüche gegen den Krankenhausträger geltend machen. Hat der Krankenhausträger danach rückwirkend Gehaltsansprüche zu befriedigen, kann er den ein derartiges Zeugnis ausstellenden Chefarzt gegebenenfalls regreßpflichtig machen.

Äskulap und Pegasus

Bericht über das VIII. Kumpfmühler Symposion

Trotz des räumlichen Entgegenkommens von cfr. Paschke muß ich mich auf kurze Hinweise beschränken. Alle Referate erscheinen aber im „Deutschen Apotheker", zum Schluß euch zusemmengefaßt in einem Sonderheft, das bei dem Veranstalter der Kumpfmühler Symposien, unserem cfr. Max Josef Zilch, Kartheuser Straße 14, 8400 Regensburg, bezogen werden kann. Ich bedanke mich bei den Referenten, die mir verabredungsgemäß eine Ablichtung schickten.

Das VIII. Kumpfmühler Symposion: „Heilende Dienste — Heilsame Kräfte" war der „Abschluß für die geistige, theoretische und philosophische Vorbereitung" hin zur „großen Therapie", auf die folgende Symposien ausgerichtet werden sollen.

Die große Ausstrahlung der Kumpfmühler Symposien zeigt sich auch darin, daß sich immer bedeutende Referenten, nicht nur eus Medizin, Theologie, Naturwissenschaften und Kunst, sondern auch aus Politik und Wirtscheft zur Verfügung stellen.

Bei einem Festebend im Reichssaal des Alten Rathauses sprechen neben Oberbürgermeister Friedrich Viehbacher euch S. E. Bischof Manfred Müller Grußworte. Ebenso richtete der Bezirkstagspräsident, Dipl.-Ing. Spitzner, bei einem Besuch Grußworte an das Symposion.

Dr. med. Max Josef Zilch, der Initiator und Gestalter der bisherigen Symposien, wollte mit ihnen „Entwicklungshilfe für ärztliche Bildung leisten". „Ärztliche Bildung bringt die Verbesserung des Mutterbodens, in den dann die Ausbildung um so leichter eingepflanzt werden kann. — Bildung muß Herzensbildung einschließen und damit Tugenden, welche die materialistische Gesinnung überwinden, auf daß im Zentrum des Wesens ärztlicher Bildung Liebe aufleuchten kann."

Cfr. Zilch begrüßte seinerzeit sehr das Buch „Lebendige Heilkunde" von Professor Heinrich Schipperges, der beim II. Kumpfmühler Symposion das Hauptreferat unter dem Titel „Die Ambivalenz der Wissenschaft bei Friedrich Nietzsche" hielt (1972) und seit dieser Zeit eng mit dem Symposion verbunden ist.

Von den zahlreichen Begrüßungsworten kann ich nur kurze Ausschnitte aus dem verlesenen Grußwort des Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz, Dr Hermann Braun, bringen: „Herr Dr. med. Zilch hat sich mit der Schaffung dieses Symposions große Verdienste erworben. — Das diesjährige Thema ist von hoher Aktualität."

„... wegen der rasanten technischen und wissenschaftlichen Entwicklung ... wird es zunehmend eine bedeutende Aufgabe der mit der modernen Technik umgehenden Ärzte sein, mit um so mehr Güte, Liebe und Zuwendung den Patienten die Inhumanität der Umwelt nicht spüren zu lessen."

Das Eingangsreferat hielt der Referent (Dr. Stetter) über das Thema „Die heile Welt".

Es fällt uns schwer, bei der Fülle von Kriegen, Katastrophen, Unfällen usw. von einer heilen Welt im ganzen zu sprechen, obgleich eine solche Ablehnung nicht so selbstverständlich ist, wie es zunächst eussieht; denn für viele Gläubige ist die Welt „in einem höheren Sinn geordnet" (Professor Lützeler, Bonn). Es gibt aber zweifellos viele heile Teilwelten, besonders einzelner Menschen, auch bei Behinderten und chronisch Krenken, wofür u. a. Professor V. Frankl, Wien, Beispiele gebracht hat. Unsere ärztliche Erfahrung, daß ein objektiv gleich erscheinender Zustand von Krankheit oder Behindertsein von den einzelnen Patienten ganz verschieden erlebt und bewertet wird, gilt für jedes menschliche Erleben. Man könnte für „heile Welt" auch einfach Glück oder Refugium sagen. Aber „heile Welt" ist ein nicht mehr wegzudiskutierendes Schlegwort, das von revolutionären Weltveränderern ausschließlich negativ „besetzt" ist. Dagegen wende ich mich, da es unmenschlich ist, den Menschen jede Hoffnung euf ein kleines eigenes Glück zu nehmen. Erlebtes Glück ist von gleicher Wertigkeit, wie das Sein der Dinge: es ist wirklich.

Dr. Max Fischer, Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen, sprach sehr überzeugend über „Schutz der Umwelt – heilender Dienst am Menschen". Die ganzheitliche Betrachtungsweise der Kumpfmühler Symposien werde jetzt auch von der Landesregierung voll geteilt. „Aspekte des Umweltschutzes ... scheinen mir unerläßliche Bestandteile jener ‚großen Therapie', als deren Wegbereiter sich dieses Kollegium versteht."

Schon in der Schule müsse Verantwortungsgefühl motiviert werden „durch Liebe, Achtung und Ehrfurcht vor der Schöpfung". Fischer zeigte an vielen Beispielen, wie die Bayerische Staatsregierung durch eine weitsichtige Umweltpolitik „heilende Kräfte" freisetzt.

Willy Lersch, Präsident der Industrie- und Handelskammer Regensburg, hatte das Thema „Die Selbstheilungskräfte der Wirtschaft – ihre Bedeutung für die Lösung unserer aktuellen Probleme." Die Quintessenz dieses sehr beeindruckenden, emotionsfreien Referats war, daß sich die Organisationsform der Marktwirtschaft überall bewährt hat, wo sie – ohne Eingriffe von außen – mit Hilfe des Preismechanismus, durch den Angebot und Nachfrage zum Ausgleich kommen, ihre Probleme selbst bewältigen konnte.

„Je größer der Bereich ist", der diesen Selbststeuerungskräften entzogen wird, desto „schwieriger wird es für den in der Marktwirtschaft verbleibenden Teil, mit den Problemen fertigzuwerden, weil er zwangsläufig soviel an Lesten euterlegt bekommt, daß er seine Anpassungsfähigkeit immer mehr einbüßt."

Aus dem weiteren Programm zunächst vier aus theologischer und philosophischer Sicht gestaltete Beiträge: Professor Dr. Dr. Hans Pfeil, Bamberg, sprach über „Die heilende Kraft echter Bildung" – ein Referat von großer und eindringlicher Klarheit! Neben der notwendigen Ausbildung für den Beruf und einer guten Allgemeinbildung, die aber nicht eine bloße Vielwisserei, ein oberflächliches Allerwelts – und Neuigkeitswissen ohne Ordnung und Tiefe sein darf, steht „die rechte Menschenbildung,

– die allein den Namen Bildung im eigentlichen Sinn verdient; denn sie bildet den Menschen so, daß er betähigt und gewillt ist, ein seinem Wesen und seiner Bestimmung entsprechendes, wahrhatt menschliches Leben zu führen. – Bildung ist eine Angelegenheit, die den ganzen Menschen engeht, also neben dem Verstend auch Herz und Gemüt, sowie Wille und Cherakter, ein lebenslanger Prozeß, der beständige Anstrengung erfordert." Solche Bildung ist nicht an Gescheitheit oder Gelehrtheit gebunden. Da es en ihr weitgehend fehlt, kommen viele nicht zu einer Sinnfindung ihres Daseins, leiden unter Sinnlosigkeit mit der Folge von Jugendkriminelität, Drogensucht und Selbstmord (V. Frankl).

Professor Dr. med., Dr. phil., Dr. med. h.c. Heinrich Schipperges behandelte souverän das Thema „Heilkräfte der Tugenden". Er zeigte, daß „Edelwörter" wie Tugend und Taugen keine antiquierten Begriffe sind, sondern notwendigerweise in den ärztlichen Alltag von heute und in die „große Therapie" von morgen übersetzt werden müssen.

Seit alters wußte man, daß es neben „Heilmitteln" immer auch „Heilkräfte" gab: „Heilende Kräfte im Licht und im Wasser, im Wort und in der Musik, in der behandelnden Hand, nicht zuletzt in uns selber, in jener Urkraft eigener Natur, einer so genz natürlichen Tauglichkeit, welche die Alten eben ‚virtus' nannten, Tugend als Taugen. – Wir haben eine ganze Hierarchie der Risikofaktoren zu profilieren vermocht, dabei eber vergessen, daß es euch positive Faktoren gibt, Restitutionstaktoren, heilende, eben gesundmachende Kräfte, die freilich eine ‚Umwertung der Werte' erforderlich machen." Nietzsche hat die „Umwertung eller Werte" gefordert, zunächst einmal „die physiologische" medizinische „Beleuchtung und Ausdeutung". In einem historischen Rückblick wird den Begriffen Taugen und Tugend „auf die Spur gekommen, die Auswirkungen der ‚Untugenden', die Risikofaktoren, und schließlich die Restitutionsfaktoren" werden untersucht.

Privatdozent Dr. phil. habil. Schmukker – von Koch, Philosophisches Institut der Universität Regensburg, sprach über „Tugend und Heil". Er „überraschte" zunächst damit, daß er „einen Aspekt im vielschichtigen und umfassenden Begriff des Heils" herausgriff, „dessen Zusammenhang mit dem Begriff des Heils heute vielen nicht mehr bewußt ist". Seine These: „Der Wille zur Schönheit ist im fortgeschrittensten Stadium der technisch-wissenschaftlichen Zivilisation an die Sittlichkeit verwiesen."

„Die wechsende Macht des Häßlichen in der Moderne" ist nicht Folge der Technik, sondern mit dem „Verschwinden des Zusammenhengs von Sittlichkeit und Schönheit eus dem ästhetischen Bewußtsein der Moderne" wurde „ein chaotisches Niemandsland geschatten, in dem es für die Technik keine Orientierung mehr geb". Das „sinnlich Schöne" darf nicht „els einzige und höchste Gestalt des Schönen hypostasiert werden". „Moderne Technik wäre in eine Symbolwelt zu integrieren, die die Kunst neu zu entwerfen hätte", die zeigt, daß „ein Gnadenhaftes euch alle technischen Werke umgibt". – Sehr interessante Aspekte, die zum Nachdenken anregen!

Professor Dr. Heinrich Zoller, Basel, hatte als Thema gewählt: „Die heilenden Kräfte in der Schönheit der Natur".

Nach dem „Heillosen des technokretischen Fortschritts" wird „das Heilsame im vorgegebenen Raum" behandelt, gesehen in „medizinischen, ökologischen und ästhetischen Signeturen der Natur". Dann folgt der Abschnitt „Die umfassende Allverwandtschaft": es werden eufgezeigt die Schönheit spiraliger Gestalten, von Kreisen und Kugeln, die in der Natur in vielfältigster Form vorkommen, der Strahlengestalt vieler Blüten.

„Eine Natur, die an jedem beliebigen Ort sich zur größtmöglichen charakteristischen Gestaltfülle entwickelt, deren Sinn kann es nicht sein, nur zu funktionieren und sich in blindem Drange fortzupflanzen; vielmehr besteht deren wahrhaftiger Sinn in einer allgemeinen Doxologie ‚(Lobpreisung)' vor der Person der unendlichen Dimension".

Dem großartigen Vortrag – den man lesen muß! – folgten viele Beispiele der Schönheit in der Natur in prächtigen Dias.

(Ende des 1. Teils)

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

Wenn Sie Ihre Fortbildung für 1984 planen:

Der Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in

Bedgastein

findet statt

vom 11. bis 23. März.

Kongresse — Allgemeine Fortbildung

Fortbildungsveranstaltung über das Mammakarzinom

em 28. Januar 1984 in München

Veranstelter: Projektgruppe Memmekarzinom im Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität

Thema: Vorstellung des von der Projektgruppe Memmakarzinom im Tumorzentrum München erarbeiteten Manuals über „Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Mammakerzinome"

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 12.30 Uhr

Ort: Klinikum Großhadern, Großer Hörseal am Ende der Besucherstraße, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

Privatdozent Dr. H. Seuer, Frau Dr. M. Albrecht, Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 7095-4563 bzw. 7095-2497 oder 7095-2494

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes

vom 15. bis 22. Januar 1984 in Oberstdorf

Fortbildungslehrgang

Leitung: Dr. P. Konopka, Augsburg, Dr. W. Hornbacher, Oberstdorf

Thema: Skilanglauf, Ski alpin und Eislauf aus internistischer und orthopädisch-traumatologischer Sicht sowie aus der Sicht des Trainers

Auskunft und Anmeldung:
Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1, Telefon (0611) 1566-385

vom 21. Januar bis 4. Februar 1984 in Madonna di Campiglio

Fortbildungslehrgang

Leitung: Dr. B. Grüneweld, Bad Pyrmont

Thema: Wintersport als Risiko und Chence aus sportmedizinischer Sicht

Auskunft und Anmeldung:
Deutsches Reisebüro GmbH, Direktion, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1, Telefon (0611) 1566-385

1. Erlanger Neuroendokrinologie-Tag

am 4. Februar 1984 in Erlangen

Veranstalter: Neuroendokrinologische Arbeitsgemeinscheft der Universität Erlangen-Nürnberg

Thema: Diagnostik und Therapie der Hypophysentumoren

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: 15.00 Uhr

Ort: Hörsaal im Kopfklinikum der Universität, Schwabachanlage 6, Erlangen

Anmeldung nicht erforderlich

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsem mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V., Landesverband Südbeyern

am 16. Februer 1984 in München

Themen: Hepetitis els Berufskrenkheit (Medizineldirektor Dr. M. Hirschberger, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin) — Aktueller Stand der Hepetitisimpfung (Privatdozent Dr. J. Abb, Max-v.-Pettenkofer-Institut der Universität München) — Diskussion

Zeit und Ort: 18.00 Uhr c.t. — Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/It, Zimmer 251, München 2

XVII. Kolloquium „Respiration"

em 18. Januer 1984 in München

Theme: Hypoxie im Tierbereich — Grundlagen für die klinische Beurteilung (Professor Dr. J. Piiper, Max-Plenck-Institut für Experimentelle Medizin, Abteilung Physiologie, Göttingen) — Diskussion

Zeit und Ort: 17.00 Uhr c.t. — Klinikum Großhedern der Universität, Hörseel V, Marchioninistraße 15, München 70

am 28./29. Januar 1984 in München-Grünweld

Fortbildungslehrgang

Leitung: Dr. H. Pabst, Dr. M. Kleine, beide München

Theme: Orthopädische und internistische Grundlegen der Sportmedizin

Auskunft und Anmeldung:
Dr. H. Pebst, Ebertstreße 1, 8022 Grünweld, Telefon (089) 641440

17. Erlanger Fortbildungstage in praktischer Medizin

am 24./25. Februar 1984 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. L. Demling, Professor Dr. K. Bechmann, beide Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krenkenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3374

bei allen Erscheinungsformen vegetativer Störungen

Neurovegetalin®

Zusammensetzung
1 Dragée enthält: Ergotamintartrat 0,1 mg, Ergotoxinphosphat 0,12 mg, Hyoscyamin 0,087 mg, Scopolaminiumbromid 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, Gefäßerkrankungen, schwere Zerebralsklerose, Engwinkelglaukom, akute hepatische Porphyrien, 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

VERLA-PHARM Arzneimittelfabrik 8132 TUTZING

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, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-288

Augenheilkunde

Fortbildungeveranstaltung der Erfenger Univereität em 14. Jenuer 1984

Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Kopfklinikum

Direktor: Professor Dr. G. Naumenn

Thema: Diagnostik und Therapie bei der endokrinen Orbitopathie

Beginn: 9.30 Uhr c. t.

Ort: Großer Hörseel des Kopfklinikums, Schwabachaniage 6, Erlangen

Auskunft:
Professor Dr. H. E. Vöicker, Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabechanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3001

Fortbildungeverenstaltungen der Münchener Univereität em 7. März, 28. März und 18. April 1984

Augenklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München

Direktor: Professor Dr. O.-E. Lund

Beginn: jeweils 16.00 Uhr — Ende: jeweils ca. 18.00 Uhr

Ort: Augenklinik der Universität München, Hörseal, Methildenstraße 8, München 2

7. März 1984
Thema: Früherkennung von Sehfehlern und Schielen bei Kindern in der eilgemeinen und pädiatrischen Praxis

28. März 1984
Thema: Entzündliche Erkrankungen des äußeren Auges

18. April 1984
Thema: Okulärer Kopfschmerz in der Allgemeinpraxis

Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. O.-E. Lund, Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (089) 5160-3801

Chirurgie

Altöttinger Fortbildungstege „Aktuelle Medizin" am 28. Jenuer 1984

Kreiskrankenhaus Altötting

Leitender Cheferzt: Professor Dr. H. Bauer

Beginn: 9.00 Uhr — Ende: ca. 13.00 Uhr

Ort: Aula der Staatlichen Reelschule, Justus-von-Liebig-Streße, Altötting

Thema: Die Struma (Epidemiologie der blanden Struma — Diagnostik — Bildgebende Verfahren: Szintigraphie, Ultraschall — In vitro-Hormondiagnostik — Zytologie und Schnellschnitt — Konservetive Therapie — Chirurgische Therapie: Kalter Knoten und blende Struma — Heißer Knoten und Hyperthyreose — Rezidivstruma: Prophylaxe und Therapie — Rundtischgespräch)

Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. H. Bauer, Mühldorfer Straße 16A, Kreiskrankenhaus, 8262 Altötting, Telefon (08671) 4031

Fortbildungskurs vom 6. bis 10. Februer 1984 der Technischen Universität München

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Direktor Professor Dr. J. R. Siewert

Beginn: täglich 7.45 Uhr — Ende: 16.00 Uhr bzw. 18.00 Uhr

Teilnehme em Operationsprogramm in der Thorax-, Gefäß-, Neurochirurgie, der gastroenterologischen und Plastischen Chirurgie, der chirurgischen Onkologie und Endoskopie, der Treumatologie — Röntgenbesprechung interessanter Fälle — Klinische Visiten auf allen Stationen — Referate und Forumsdiskussionen zu speziell ausgewählten Themen — Pathologisch-anetomische Konferenz

Begrenzte Teilnehmerzehl (42) — um rechtzeitige Anmeldung wird gebeten

Januar — März 1984

14. Januar
Augenheilkunde, Erlangen

16. Januar
Neurochirurgie, Günzburg

21. Jenuar
Innere Medizin, Würzburg

23. Januar
Neurochirurgie, Günzburg

28. Januar
Chirurgie, Altötting

28./29. Januar
Innere Medizin, Bad Neustadt

30. Januar
Neurochirurgie, Günzburg

4. Februar
Kinderheilkunde, Würzburg

6. Februar
Neurochirurgie, Günzburg

6. bis 10. Februar
Chirurgie, München

11./12. Februar
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Erlangen

17./18. Februer
Rediologie, Erlangen

7. März
Augenheilkunde, München

14. März
Innere Medizin, Würzburg

28. März
Augenheilkunde, München

Auskunft und Anmeldung:
Dr. J. Lange, Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 4140-1

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

18. HNO-Fortbildungseeminar der Erlenger Universität em 11./12. Februer 1984

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität Erlengen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. M. E. Wigand

Beginn: 9.30 Uhr — Ende: ca. 16.00 Uhr

Thema: Leitsymptom Schwindel (außer den Referaten finden praktische Kurse in Audiologie, Neurootologie, Endoskopie, Phoniatrie und Operetionskurse für plastische und endonasale Nebenhöhienchirurgie statt)

Begrenzte Teilnehmerzehl

Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. M. E. Wigand, Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität Erlengen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-5156

Innere Medizin

Fortbildungsveranstaltung „Gastroenterologie in der Praxis" der Würzburger Universität am 21. Januar 1984

Medizinische und Chirurgische Klinik der Universität Würzburg

Direktoren: Professor Dr. K. Kochsiek, Professor Dr. E. Kern

Leitung: Professor Dr. H. Kasper

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 17.00 Uhr

Thema: Diagnostik und Therapie von Gallenwegs- und Lebererkrankungen

Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. H. Kasper, Medizinische Klinik der Universität, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 201-1

---

9. Ernährungswissenschaftliches Seminar am 28./29. Januar 1984 in Bad Neustedt

Kurparkklinik Bad Neustedt

Leitung: Professor Dr. Dr. F. Matzkies

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

Themen: Grundlagen der Ernährungslehre – Angewandte Ernährungslehre – Praxis der Diätetik

Auskunft und Anmeldung:
Fräulein Peschke, Kurparkklinik, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon (09771) 5048

Fortbildungsveranstaltung „Ernährungsmedizin und Diätetik" der Würzburger Universität am 14. März 1984

Medizinische Klinik der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. K. Kochsiek

in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für klinische Diätetik

Leitung: Professor Dr. H. Kasper

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 17.00 Uhr

Themen: Therapie von Diabetes mellitus und Fettsucht – Qualitätssicherung in der Diätetik, Süßstotte, Ernährungsaufklärung der Bevölkerung

Auskuntt und Anmeldung:
Professor Dr. H. Kasper, Medizinische Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 201-1

Kinderheilkunde

Pädietrisches Seminar der Würzburger Universität am 4. Februar 1984

Kinderklinik der Universität Würzburg, Luitpoldkrankenhaus

Direktor: Protessor Dr. H. Bartels

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 16.00 Uhr

Ort: Hörseal der Kinderklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg

Themen: Praktische Probleme der Kinder- und Jugendgynäkologie – Differentialdiagnose und Therapie des Hochwuchses – Die Chirurgie kranio-fazieler Fehlbildungen aus der Sicht des Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgen und aus pädiatrisch-neurotogischer Sicht – Probleme des Wasser- und Elektrolythaushaltes bei Neugeborenen und Säuglingen – Klinische Demonstrationen aus der Neonatologie – Immunmangel im Kindesalter, Diagnose und Therapie

Auskunft und Anmeldung:
Professor Dr. H. Bartels, Kinderklinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 201-3701

Neurochirurgie

Fortbildungsveranstettungen em 16. Januer, 23. Januar, 30. Januar und 6. Februer 1984 in Günzburg

Neurochirurgische Abteilung der Universität Ulm im Bezirkskrankenheus Günzburg

Chetarzt: Professor Dr. K. Schmidt

Beginn: jeweils 20.00 Uhr – Ende: jeweils 22.00 Uhr

Ort: Bezirkskrankenhaus, Günzburg

16. Januar 1984:
Thema: Neuralgien im Bereich des Kopfes

23. Januar 1984:
Thema: Operetive Maßnehmen bei benignen Schmerzen

30. Januar 1984:
Thema: Operative Maßnahmen bei matignen Schmerzen

6. Februar 1984:
Thema: Stereotaxie

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. P. C. Potthoff, Neurochirurgische Abteilung der Universität Ulm im Bezirkskrankenhaus Günzburg, 8870 Günzburg, Telefon (08221) 96442

Radiologie

Fortbildungsverensteltung des Rediologischen Zentrums (Abteilung Diegnostik) des Klinikums Nürnberg em 17./18. Februar 1984 in Erlangen

Leitung: Protessor Dr. E. Zeitler

Beginn: Freitag, 9.00 Uhr – Ende: Semstag: 17.30 Uhr

Ort: Siemens AG, Vortragssaal, Henkestraße 127, Erlangen

17. Februer 1984

9.00 – 13.00 Uhr
Diagnostik des Schädelhirntraumas – Nasennebenhöhlendiagnostik – Diagnostik der Sellaregion – Atlanto occipital-Region – Dünnschicht-Computertomographie

14.30 – 18.00 Uhr
Nativdiagnostik des Schädels heute – Penorameeufnahme – Sialographie – Dakryo-Zystographie

18. Februar 1984

8.30 – 12.45
Schläfenbeindiagnostik – Konventionelle Schädeltomographie – CT-Diagnostik des Innenohrs – Grundzüge der Hirntumordiagnostik – Digitale Subtraktionsangiographie der Hirnarterien

14.00 – 17.30 Uhr
Gefäßbedingte Hirnläsion – Systematrophien und Stoffwechselerkrankungen im CT – Spezielle Neuroanatomie des ischämischen Schleganfells – Diagnostik der Subarachnoidalblutung und Ihre Ursachen – Abschließende Diskussion

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

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns verenstaltet em

18. Februer 1984
7. April 1984
7. Juli 1984
29. September 1984
17. November 1984

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

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschättsstelle, Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-788, Frau Klockow, zu richten bis 10. Februar, 30. März, 29. Juni, 21. September und 9. November 1984.

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Oktober 1983 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im Oktober ging die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen deutlich zurück. Die auf 100 000 Einwohner bezogene Erkrankungsziffer senk von 98 im September auf 69, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Dagegen stieg wie alljährlich zu dieser Jahreszeit die Zahl der Erkrankungen an Virushepatitis, und zwar von 18 im September auf 27 im Oktober, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung. Dabei nahm vor allem die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis A zu, während die an Hepatitis B konstant blieb.

Erkrankungen an Meningitis/Enzephelitis traten im Oktober mit 7 Fällen je 100 000 Einwohnern etwas häufiger auf als im September (5 Fälla).

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Oktober 1983 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Maningitis/Enzephelitis								Enteritis infectiose				Virushepetitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningoenzephelitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepelitis B		nicht bestimmbare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	4	1	4	1	7	–	1	–	218	1	52	–	54	–	27	1	13	–
Niederbayern	4	–	–	–	–	–	3	–	44	–	9	–	4	–	3	–	4	–
Oberpfalz	–	–	5	–	–	–	2	–	65	–	14	–	3	–	5	–	–	–
Oberfranken	2	–	2	–	–	–	4	–	34	–	12	–	9	–	6	–	–	–
Mittelfranken	–	–	4	–	1	1	5	–	92	–	46	–	20	–	14	–	5	–
Unterfranken	1	–	2	–	–	–	1	–	67	–	7	–	7	–	7	–	3	–
Schwaben	1	–	2	–	–	–	2	–	58	–	19	–	26	–	11	–	7	–
Bayern	12	1	19	1	8	1	18	–	578	1	159	–	123	–	73	1	32	–
Vormonat	7	–	13	2	18	–	18	1	1036	7	193	–	64	–	92	4	32	2
München	3	–	4	1	3	–	–	–	72	1	23	–	24	–	12	1	6	–
Nürnberg	–	–	3	–	1	1	–	–	23	–	5	–	7	–	7	–	1	–
Augsburg	–	–	–	–	–	–	–	–	9	–	2	–	4	–	3	–	1	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	7	–	4	–	–	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	–	–	–	–	–	–	4	–	3	–	–	–	–	–	–	–
Fürth	–	–	1	–	–	–	1	–	16	–	2	–	2	–	–	–	–	–
Erlangen	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	9	–	–	–	1	–	–	–

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellen-Ruhr		Malarie		Ornithose		Angeborene Toxoplasmose		Angeborene Listeriose		Tetenus						Tollwutverdacht 2)
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20
Oberbayern	3	–	4	–	41	–	5	1	–	–	–	–	3	–	–	–					34
Niederbayern	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					1
Oberpfalz	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					26
Oberfranken	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–					22
Mittelfranken	–	–	–	–	11	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	1					13
Unterfranken	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–					19
Schwaben	–	–	2	–	9	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–					25
Bayern	3	–	6	–	67	–	8	1	3	–	2	–	3	–	–	1					140
Vormonat	10	–	10	–	134	–	8	–	1	–	1	–	–	–	–	–					186
München	3	–	2	–	23	–	1	1	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Nürnberg	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					4
Augsburg	–	–	–	–	2	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–					1
Regensburg	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Würzburg	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Fürth	–	–	–	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					1
Erlangen	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					1

*) 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 infectiose 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.

Wirtschaftsinformationen

Sparplan und versichern — flexibel mit festem Bonus

Es gibt tatsächlich noch Möglichkeiten, auf dem Gebiet der Sparpläne wie der Lebensversicherung etwas Neues zu bieten. So hat jetzt eine Bank den Nachteil der Sparpläne behoben, wonach der ursprünglich zugesicherte Bonus gestrichen wird, wenn das Konto vor dem Ende der Laufzeit aufgelöst wird. Vermutlich ist es die verblüffend einfache Konstruktion, die dieser Möglichkeit zugrunde liegt, daß niemand vorher darauf gekommen ist.

Die Bank nimmt Einmaleinlegen an, festgelegt auf zwei bis zehn Jahre. Ebensogut können Sie ratenweise monatlich zwischen zwei und 25 Jahren sparen. Die ganze Zeit lang werden Ihre Einlegen immer mit dem niedrigsten, dem Sparzins für Einlagen mit der gesetzlichen Kündigungsfrist von drei Monaten, verzinst. Dadurch ist es möglich, Ihnen von Ihrem Konto innerhalb von je 30 Tagen bis zu 2000 DM ohne Kündigung und drei Monate nach einer Kündigung Ihr ganzes Guthaben auszuzahlen.

Zum Ausgleich für den entgangenen höheren Zins, den Sie für Spareinlagen mit längerer Kündigungsfrist bekommen, legt Ihnen die Bank einen mit den Jahren steigenden Bonus drauf. Er beträgt beispielsweise nach fünf Jahren neun Prozent. So kommen Sie auf eine Rendite von 6,17 Prozent.

Die Werte für längere Zeiträume lauten: 10 Jahre, 27 Prozent Bonus, 7,01 Prozent Rendite, 15 Jahre, 51 Prozent Bonus, 7,22 Prozent Rendite, 20 Jahre 83 und 25 Jahre 125 Prozent Bonus, in beiden Fällen 7,27 Prozent Rendite. Der Bonus wird immer von Ihren tatsächlichen Einzahlungen aus errechnet, also ohne die Zins- und Zinseszins-Gutschriften.

Wenn Sie wollen, versichern Sie Ihr Sparziel durch eine Risiko-Lebensversicherung mit fallender Summe. Das heißt, die Versicherungssumme nimmt genau um die Beiträge ab, um die sich das Guthaben jeweils erhöht. Die Prämie dafür haben Sie lediglich etwa zwei Drittel der vereinbarten Laufzeit zu zahlen. Durch die Versicherung vermindert sich die Rendite Ihrer Anlage um ca. ein halbes Prozent.

Dazu ein Beispiel: Wenn ein Dreißigjähriger monatlich 100 DM 25 Jahre lang auf einen solchen Renditesparplan einzahlt und der Spareckzins während der ganzen Dauer auf dem relativ niedrigen Stand von drei Prozent bleibt, summieren sich seine Einlagen am Ende der Laufzeit auf 30 000 DM und die Zinsen auf 14 462 DM. Der 125prozentige Bonus beträgt denn 37 500 DM, das gesemte Guthaben also 81 962 DM.

Die Sparziel-Versicherung kostet in diesem Fall über nur 17 Jahre hinweg monatlich 34,50 DM, demnach insgesamt 7038 DM. Das Gesamtguthaben mindert sich daher auf 74 924 DM, wenn Sie davon diese Beiträge abziehen.

Einen Bonus als feste Größe legt Ihnen seit kurzem auch eine Lebensversicherungsgesellschaft auf die Versicherungssumme. Sie nennt ihn Todesfall-Bonus, weil er im Todesfall fällig wird. Dieser Bonus erhöht die Versicherungssumme bei 12 bis 14 Versicherungsjahren um 30, 15 bis 19 Jahren um 40, 20 bis 24 Jehren um 60, 25 bis 29 Jahren um 80 und 30 und mehr Jahren um 100 Prozent.

Falls die Gewinnenteile, die ja für den Bonus herangezogen werden, in dem Zeitraum tatsächlich höher als der Bonus ausgefallen waren, wird der höhere Betrag gezahlt. Natürlich werden die Gewinnanteile der Versicherungssumme zugeschlagen, wenn der Versicherte das Ableufdetum seines Vertreges erlebt, sein Geld also selbst bekommt.

Diese Gesellschaft hat jetzt auch das günstigere Risiko der Frauen in der Lebensversicherung genau kalkuliert und daraus folgernd für Frauen eine eigene Beitragsstaffel eingeführt. So kann der Beitrag für Frauen zur Versicherung auf den Erlebens- und Todesfall, zur sogenannten gemischten oder Kapital-Lebensversicherung bis zu 30 Prozent unter dem für gleichaltrige Männer liegen. In der Risiko-Lebensversicherung macht dieser Unterschied sogar bis zu 40 Prozent aus.

Dieses günstigere Risiko ist durch die längere Lebenserwartung der Frauen begründet. Nach neueren Erkenntnissen soll sich diese Differenz übrigens inzwischen vermindert haben.

Horst Beloch

Wenn Weise entgleisen

Hypothese: Ein sozialpolitisch aktives Gremium aus Ärzten und Zahnärzten beurteilt periodisch die Situation, wie die voraussichtliche Entwicklung in diesem Bereich. Weil sie sehr eng vom Konjunkturverleuf abhängt, befeßt sich jener Kreis eingehend damit — unter sozialpolitischen, vor ellem unter den Prämissen der gesetzlichen Rentenversicherung.

Entsetzt, bei näherem Hinsehen zu erkennen, in welchem Desaster men ihnen bisher zu feben zugemutet hat, fordern die geistigen Nachkommen des Hippokrates, das Geld sofort abzuschetfen, bevor es eine Ketastrophe auslösen könnte. Sie raten vielmehr, jedem Haushelt Bedarfsscheine für seinen Lebensunterheit euszugeben enalog den Krenkenscheinen. Das Äquivalent datür ist vom Arbeitgeber einer öffentlich-rechtlichen Daseinstinanzierungskesse enzuweisen.

Der nunmehr geldlose Erwerbstätige sucht in bestimmten Abständen einen Konsumer-Konsulenten freier Wehl auf. Mit Hilfe seiner wissenschattlich gesicherten diegnostischen Methoden vermag er, den individuellen Bedart seiner Kessen-Klienten zu ermittein.

Auf Berechtigungsscheinen ordnet der Konsumer-Konsulent seinen Klienten zu, was sie in welcher Menge und Quelität gegen Hingabe jener Berechtigungsscheine bei einer von ihnen zu bestimmenden Abgabestelle zu beziehen haben.

Diese Rezepturen sind bedarfs- und nicht beitragsbezogen ausgestellt. Der Klient geht hin, nimmt, weil er muß, vermag die Kosten, teilweise die Qualität nicht zu erkennen, aber erhebt bei seinem Konsumer-Konsulenten euch mit ellen möglichen Behauptungen Maximalforderungen eus dem Argwohn hereus, zu kurz zu kommen und mit seinem eigenen Arbeitserfolg endere zu finanzieren.

Hypothese. Sozialpolitisch kundige Ärzte und Zahnärzte werden sich hüten, das System der gesetzlichen Krankenversicherung zur Besis für Retschläge für die konjunktureile Entwicklung zu bestimmen.

Der Sechverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschettlichen Entwicklung, die sogenannten tünf Weisen, hat sich degegen in seinem tetzten Jahresgutechten ausführlich mit der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen befaßt. Wes debei herauskam, ist so grotesk wie die hier geschilderte Hypothese.

Prosper

Buchbesprechungen

Lipidetoffwechsel und Atherosklerose

Hereusgeber: Prof. Dr. G. Assmann, 92 Abb., 93 Tab., DM 68,—. F. K. Schatteuer Verlag GmbH, Stuttgart.

Die Folgekrankheiten der Atherosklerose bilden ein zentrales Thema der heutigen Medizin; sie beschäftigen den praktizierenden Arzt genauso wie den Kliniker und den Forscher in den Laboratorien. Man weiß schon sehr viel, aber noch nicht alles über die Atherosklerose. Zweifelsohne spielen die Fettstoffwechselstörungen in der Ätiologie der Atheroskferose eine sehr wichtige Rolle. Die Pathogenese der meisten Lipoproteinstoffwechselstörungen konnte schon weitgehend aufgeklärt werden. In der vorliegenden Monographie ist der aktuelle Wissensstand auf dem Sektor der Fettstoffwechsel- und Atherosklerosefarschung zusammengefaßt. Dabei wurden die Teilaspekte, die unmittelber für die klinische Diagnostik und Therapie von Fettstoffwechselstörungen von Bedeutung sind, in den Vordergrund gestellt und mit zahlreichen Tabellen und Abbildungen zur raschen Information belegt.

Dr. med. K. Pollak, München

Säuglingsernährung heute

Pädiatrie: Weiter- und Fortbildung

Herausgeber: H. Ewerbeck, Redaktion R. Grüttner, 195 S., 50 Abb., 57 Teb., geh., DM 34,—. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York.

Dieses Buch stellt die wichtigsten Ergebnisse der Forschungen eus den letzten 10 bis 20 Jahren vor. In- und euslöndische Autoren referieren über ihr Gebiet der künstlichen wie natürlichen Ernährungsweise, u. a. Eisenbedarf, Kuhmilchintoleranz und Beikost. Die Stillfreudigkeit nimmt in Europa allgemein zu. Entscheidend ist die Unterstützung und Anleitung durch das gesamte Krenkenhauspersonal. Aus Finnlend kommt die Empfehlung, ein gestilltes Kind nur mit dem Löffel beizufüttern. Hier wie in der Schweiz steigt die Stillhäufigkeit mit dem soziafen Status der Mutter. Rauchen übt einen negativen Einfluß eus.

Dr. med. A. Mössmer, Landshut

Geeetzliche Krankenvereicherung heute — Erfehrungen eus der Kostenexplosion und Steuerungeeufgaben in den 80er Jehren

Hereusgeber: Ph. Herder-Dorneich, 376 S., div-Sachbuchreihe Bend 30, DM 28,—. Deutscher Instituts-Verleg GmbH, Köln.

Dieses Buch het die Ökonomie des Gesundheitswesens zum Gegenstand; zwei Begriffe spielen eine zentrale Rolle: slack und Rationalitätenfelle. Sleck bedeutet soviel wie „Luft", Reserve usw., auf die, ohne irgendwelche Einbußen in der Gesundheitsversorgung hinnehmen zu müssen, eventuell verzichtet werden könnte. Eine Rationalitätenfelle entsteht dann, wenn sich zwei Systeme unterschiedlicher Rationalitöt genz oder teilweise überdecken. Dies trifft vor allem für die Umfegenfinanzierung im System der gesetzlichen Krenkenversicherung zu. Hiervon ausgehend, werden die möglichen Steuerungsmechanismen und deren abwechselnde Handhebung diskutiert.

Elementare Phermekologie

Herausgeber: Prof. Dr. O. Strubelt, 146 S., Teschenbuch, DM 16,80. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart-New York.

Das Taschenbuch bringt in Anlehnung en den Gegenstendskatafog für den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung die Kenndaten wichtiger Arzneimittel. Nach didaktischem Prinzip bewußt systemetisiert und schematisiert, enthält es die pharmekologischen Kenndaten der Substenzgruppen in sechs Abschnitten: Wirkungsmechanismus — Wirkung — Nebenwirkung — Kinetik — Indikation — Kontraindiketion.

Eine sehr übersichtliche Zusammenstelfung für den Studenten der Medizin; für den klinisch tätigen Arzt wohl nicht gedacht.

Dr. med. W. Englert, Waldaschaff

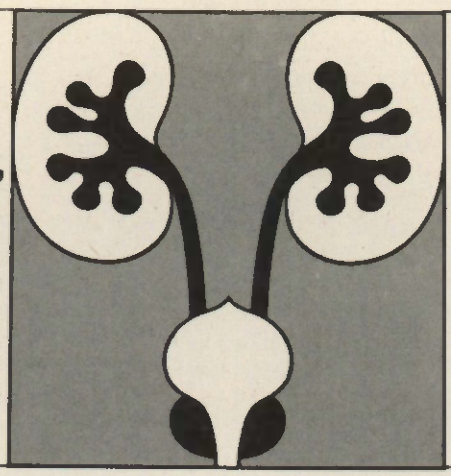
Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett

Herausgeber: Prof. Dr. H. Stamm, 270 S., 37 Abb., DM 52,—. Verleg Urban & Schwarzenberg, München

Für den Arzt, der nur gelegentlich eine Schwangerschaftsvorsorge durchführt oder die Betreuung in Zusemmenarbeit mit einem Gebietserzt vornimmt, ist in der Reihe „Praxis der Allgemeinmedizin" Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett ein prektisches, kurzgefeßtes und doch übersichtliches Buch erschienen. — Es ist kein Lehrbuch, aber ein praktisches Repetitorium.

Dr. med. Karl-Udo Ebner, Deggendorf

Glomeruläre Nephropathien, chronisch renale Hypertonie, Entzündungen und Spasmen der Harnwege.



SOLIDAGO® ›Dr. Klein‹

die Kapillarpermeebilität normefisieren, die Kepillerresistenz erhöhen.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. ff. aus Herb. Sofidag. virg. 50 g (stand. auf 1 mg Quercitrin pro ml), -Potentill. anserin. 17 g, -Equiset. arv. 12 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Fruct. Petrosef. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.
Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.
Handeleformen und Preiee incl. MWSt.: Tropfen: Flasche 20 ml DM 7,48, 50 ml DM 14,95, 100 ml DM 25,43.

Dr. Gustev Klefn, Arzneipflenzenforschung, 7615 Zell-Hermersbach/Schwerzwald

Präkenzerosen

Herausgeber: H. Denk/K. Karrer, 65 S., 19 Abb., 4 Teb., kart., DM 16,—. Verleg für Medizin, Dr. E. Fischer GmbH, Heidelberg.

Der erste Vortrag bringt eine prägnante Zusammenfassung neuerer Erkenntnisse über die 2-Stufen-Therepie der Krebsentstehung. Es folgt ein Beitrag über den Wert der Enzymdiegnostik während der experimentelfen Blasenkarzinogese. Das dritte Kapitel beschättigt sich mit Präfeukämien und -lymphomen, das fünfte mit Prëkanzerosen des Magen-Darmtraktes in knepper Form. Das letzte Kepitel handelt von Präkanzerosen der Mamma, wobei auch auf wichtige praktische Fragen zur Therapieplanung eingegangen wird. Dieser Abschnitt ist für jeden Arzt lesenswert, der mit Mammakarzinomen zu tun hat. Obwohl die Präkanzerosen nicht vollständig ebgehendelt werden (es fehlen z.B. die dermatologischen Formen), kenn das Büchlein jedem onkologisch interessierten Arzt empfohfen werden, der sich für die Probleme der Krebsentstehung, der Frühdiagnostik sowie die differentialtherepeutischen onkologischen Probleme besonders interessiert.

F. v. Bültzingslöwen, Donaustauf

Berge und Seen

Herausgeber: K. Schubert/H. Heyn, 192 S., davon 96 S. Kunstdruckteil, 48 z. T. doppelseitige Farbtafeln, Leinen, DM 65,—. Rosenheimer Verlagshaus Alfred Förg, Rosenheim.

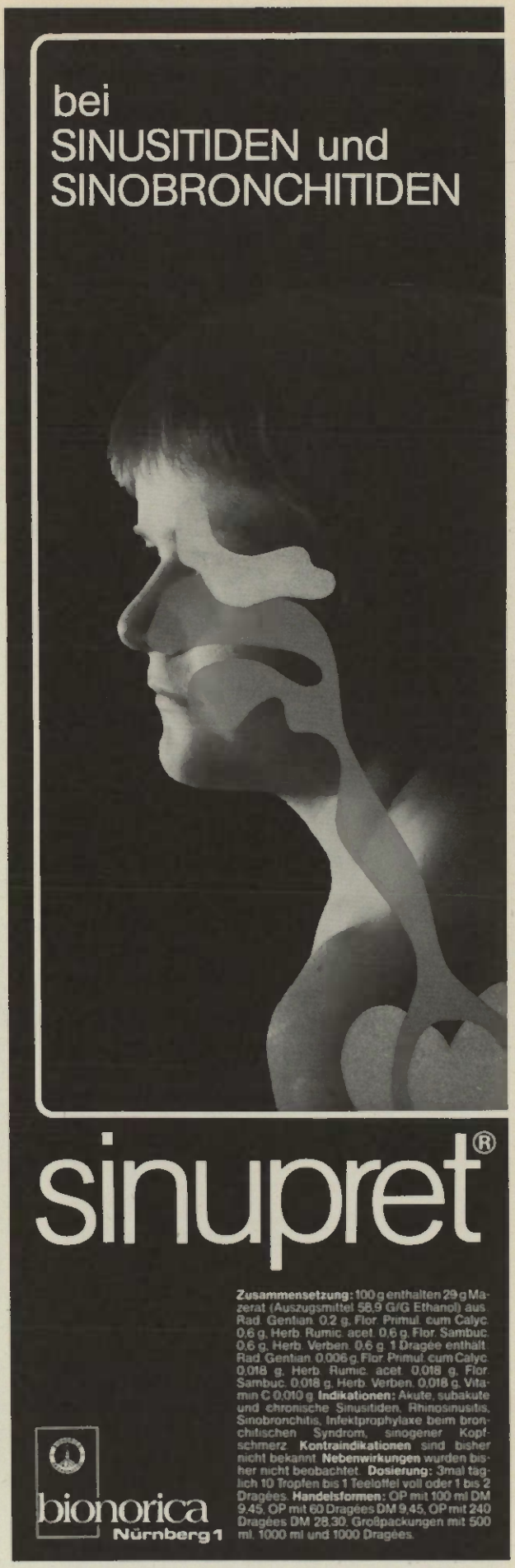
Schuberts Bilder sind Maferei mit der Kamera. Durch sein Objektiv gesehen verliert die Landschaft Ihre Gegenständlichkeit und wird zur Empfindung. Ergänzt werden diese Bilder durch literarische Impressionen von J. W. Goethe bis Chr. Morgenstern, die Heyn zusammengetragen hat. Wer das Land der Berge und Seen liebt, wird sich bezeubern lassen von den Stimmungen dieses Fotokunstbandes.

Des Große Lexikon der Musik
Band 9 und 10: Geschichte der Musik

Herausgeber: G. Abraham, Übersetzung aus dem Englischen von K. L. Nicol, 776 S., 64 Bildtafeln, über 300 Notenbeispiele, Leinen, je Band 148,—. Verlag Herder, Freiburg-Besel-Wien.

Dem Autor ist es In diesem Werk gefungen, einen chronofogisch-synoptischen Überblick über den gesamten Bereich der Musikgeschichte vorzulegen, der sowohl für den Musikwissenschaftler als euch für den gebildeten Laien von Interesse und Nutzen ist. Die Darstellung beginnt in Band 9 mit der Entstehung und Entwicklung der Musik in Westasien und im östlichen Mittelmeerreum. Der Autor zeigt dann, wie in Mittelalter und Renaissence die Musik Westeuropas die Vorherrschaft erlangte, die schließlich in der frühen Neuzeit auf Italien überging. Während in der Zeit der Reformation und Gegenreformation die geistfiche Musik im Mittelpunkt steht, gewinnt in der Folgezeit die weltliche Musik immer mehr an Bedeutung.

Welchen Aufstieg die deutsche Musik seit dem 18. Jahrhundert nehm, macht der Autor in den Hauptkapiteln von Band 10 deutlich. Mit der Musik zwischen den Weltkriegen und den Gegenströmungen nach 1945 beschließt der Autor seine Darstellung. In beiden Bänden finden sich „Intermezzi", die der arabischen, indischen und ostaslatischen sowie der Musik des Schwarzen Afrika und Amerika gewidmet sind. — Mehr als 300 Notenbeispiele, zahlreiche, euf 64 Kunstdrucktafeln zusammengestellte Abbildungen und ein ausführliches Register illustrieren und veranschaulichen den Text.



ZFA

Zeitschrift für Allgemeinmedizin

Ganz sicher für die Praxis

Ausgabe 1 vom 10. 1. 1984

A? B? Non A/Non B?
Welche Verlaufsformen nehmen die verschiedenen Hepatitis-Arten, wie erkennen Sie atypische Formen?

Schutzimpfungen gegen Virushepatitis
Wer soll wann womit geimpft werden – wie zuverlässig ist der Schutz?

Kennen Sie die Frühzeichen der chronischen Polyarthritis?

»Weichteilrheuma« –
viele Diagnosen, welche Therapie?

und natürlich wie immer
ZFA-Magazin und

ZFA TELEX ZFA TELEX

mit aktuellen Meldungen
in jeder Ausgabe

HIPPOKRATES VERLAG GMBH

Wegweiser Medizinische Ketestrophenhilfe — Hendbuch für den Ketestrophenschutz

Hereusgeber: Ärztekammer Niedersachsen, 272 S., 32 Abb., fester Einbend, DM 47,—. Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei, Hennover.

Spezifische Aus- und Fortbildung in der medizinischen Ketastrophenhilfe ist in der Bundesrepublik nicht gesetzlich normiert. Regelungen euf Lendesebene (Landeskatestrophenschutzgesetz von Rheinland-Pfelz) steilen die Ausnahme der. Eine hervorregende Ergänzung zu dem vom Bundesminister des Inneren herausgegebenen Leitladen lür die ärztiiche Versorgung im Katastrophenlell stellt der vorliegende Wegweiser dar. Diesem Buch liegt das Modell zugrunde, des von der Ärztekammer Niedersachsen und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bei Großunfällen und zivilen Ketastrophen entwickelt worden ist. Neben detaillierten versorgungstektischen Richtlinien wird speziell euf die Problematik der präklinischen und der klinischen Versorgung Verletzter im Katastrophenfall eingegangen. Das Buch ist dementsprechend nicht nur für elle Ärzte in Praxis und Klinik, sondern für elle am Katestrophenschutz Beteiligten els wesentliche Orientierungshilfe zu empfehlen.

Professor Dr. med. H. Beuer, Altötting

Die Wirbelbogengeienke ausschließlich Okzipito-Zervikeiregion

Herausgeber: H. Junghanns, 200 S., 136 Abb., 22 Teb., kert., DM 120,—. Hippokretes Verlag GmbH, Stuttgart.

Mit dieser Zusammenstellung mechen sich die Herausgeber verdient um die Übermittiung neuerer Erkenntnisse über physiologische und pathologische Verhältnisse en den Wirbelbogengeienken. Diese häufig vernechlässigte Region wird dem Leser mit ausgezeichnetem Bildmaterial von Anatomen und Orthopäden in Morphoiogie und Biochemik nahegebracht.

Aus der Sicht des Röntgendiegnostikers ist die Veröllentlichung von besonderem Wert, da wertvoile Anregungen sein diagnostisches Konzept bereichern, das bei den Intervertebralgelenken über die Stendardeulnahmetechniken hinausreichen muß. — Gebietsübergreifend berichten Orthopäden, Traumatologen und Internisten über die Wirbelbogengeienkpathologie einschließlich Fernwirkungen.

Ein Viertel des Voiumens der Publiketion ist den vielfältigen Ansätzen der Therapie zwischen einerseits physikalischer Therepie und Akupunktur sowie andererseits chirurgischer intervention und Strehlenanwendung gewidmet.

Dr. med. T. Lensch, Germering

Die zerebreien Bewegungsstörungen im Säuglingseiter

Herausgeber: Dr. V. Vojta, 250 S., 311 Abb., 44 Teb., kert., DM 48,—. Ferdinand Enke Veriag, Stuttgart.

Die neubearbeitete Dritteuilage des vorliegenden Buches bietet einen klaren Überblick über Diagnostik, Prophylaxe, Therapie und Prognose der besprochenen Krankheitsbilder. Das Buch ist klar und übersichtlich gegliedert und mit didektisch euszeichneten Fotos ausgestattet. Detaillierte Tabellen und ein eusführliches Literaturverzeichnis geben die Möglichkeit zu eingehender Beschäitigung mit dem Problemkreis. Das Buch kann els klar gefaßte Einlührung eilen medizinischen Fechdisziplinen vorbehaltlos empfohlen werden.

Dr. med. S. Thürmer, Betzenstein

Kongreßkalender

Rückfragen nur bei den jeweils engegebenen Auskunftsstellen. – Angaben im Kongreßkalender ohne Gewähr.

Februar 1984

4. **Würzburg:** Würzburger pädietrisches Seminar. – Auskuntt: Professor Dr. H. Barteis, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.

6. **Günzburg:** Neurochirurgische Fortbildungsveranstaltung. – Auskunft: Sekretariat Professor Dr. P. C. Pottfhoff, Neurochirurgische Abteilung der Universität Ulm im Bezirkskrankenhaus, 8870 Günzburg.

6. 2.–2. 3. **Berlin:** Strehlenschutzkurs für Ärzte. – Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.

6. 2.–2. 3. **München:** Weiterbildungslehrgang für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin" bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin" – Kurs A. – Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.

6.–9. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strehlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. Auskunft: Sekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

6.–10. **München:** Fortbildungskurs „Chirurgie" der Technischen Universität München. – Auskunft: Dr. J. Lange, Ismeninger Streße 22, 8000 München 80.

6.–11. **Bad Gastein:** Internetionale Gasteiner Fortbildungswoche. – Auskunft: Universitätsprofessor Dr. F. Moser, Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Landeskrankenhaus, A-8036 Graz.

8.–11. **Düsseldorf:** 11. Internetioneles Krenkenhaussymposion. – Auskunft: Deutsches Krenkenhausinstitut, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf.

10.–12. **Hannover:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen im medizinischen Bereich. – Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, Berliner Allee 20, 3000 Hannover 1.

11.–12. **Erlangen:** 18. HNO-Fortbildungsseminar. – Auskunft: Professor Dr. M. E. Wigend, Waldstreße 1, 8520 Erlangen.

13.–24. **Bad Neuheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs – A 2. – Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin, Terrassenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.

17.–18. **Erlengen:** Fortbildungsveranstaltung des Radiologischen Zenfrums – Abteilung Diagnostik – des Klinikums Nürnberg. – Auskunft: Bayerische Lendesärztekammer, Freu Wanger, Mühlbaursfreße 16, 8000 München 80.

18. 2.–3. 3. **Bad Hofgastein:** 24. Wintersportlehrgang des Sportverbendes Hessen. – Auskunft: Professor Dr. D. Böhmer, Marienburgstreße 2, 6000 Frenkfurt.

20.–23. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mif Rönfgenstrahlen für Ärzte. – Auskunft: Sekreteriat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.

22.–24. **Frankfurt:** 8. Fortbildungskurs für Sexualmedizin. – Auskunft: Professor Dr. V. Sigusch, Theodor-Stern-Kaf 7, 6000 Frankfurt 70.

23.–25. **Heidelberg:** 8. Nephrologisches Seminar. – Auskunff: Reha-Zentrum für chronische Nierenkrenke, Frau M. Waffa, Bergheimer Straße 56 e, 6900 Heidelberg.

24.–25. **Erlangen:** Fortbildungsfege in Praktischer Medizin. Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatf, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.

24.–25. **Stuttgart:** Inferdisziplinärer Fortbildungskongreß. – Auskunff: Deutsche Akedemie für medizinische Fortbildung e.V. Kessel/Bad Nauheim, Carl-Oefemann-Weg 4, 6350 Bad Nauheim.

26. 2.–3. 3. **Hennover:** Symposion „Fortschritte in der Unfallchirurgie". – Auskunff: Privefdozent Dr. N. Haas, Konstanty-Gutschow-Straße 8, 3000 Hennover.

28. 2.–3. 3. **Kühtal:** 17. Winterkongreß über Fortschritte in Diagnostik und Therapie. – Auskuntt: Dr. C. Böhm, Im Hahnböhl, 6101 Seeheim.

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Beyerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekemmer (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 – verentwortlich für den redektionellen inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaurstraße 18, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 55177-0, Fernschreiber: 05/23662, Telegrammadresse: etlaspress. Für den Anzeigenteil verentwortlich: Alexander Wisetzke.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner jr., Augsburger Streße 9, 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrolotografie sowie des Recht der Übersetzung in Fremdsprechen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranelyse medizinischer Zeitschriften e.V. LA-MED

Bei der Stiftung Juliusspital Würzburg
einer katholisch geprägten Stiftung des öffentlichen Rechts
ist ab 1. August 1984 die Stelle des

Chefarztes der Chirurgischen Klinik

wegen Eintritts des derzeitigen Chefarztes in den Ruhestand neu zu besetzen.

Die Stelle ist im Stellenplan als Beamtenstelle ausgewiesen. Sie kann gegebenenfalls auch im Angestelltenverhältnis besetzt werden. Der Stelleninhaber erhält neben seiner festen Besoldung die Liquidationsberechtigung nach Maßgabe der Gesetze.

Das Juliusspital ist nach dem Bayerischen Krankenhausbedarfsplan ein Krankenhaus der zweiten Versorgungsstufe (Schwerpunktkrankenhaus). Seine chirurgische Klinik hat 180 Betten.

Das Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg. Es ist zum berufsgenossenschaftlichen Verletzungsartenverfahren zugelassen. Der jetzige Stelleninhaber ist zur vollen Weiterbildung im Fachgebiet ermächtigt.

Gesucht wird ein Arzt mit überdurchschnittlicher persönlicher und fachlicher Qualifikation und langjährigen Erfahrungen im Bereich der Chirurgie. Erwartet werden gute Führungseigenschaften und Organisationstalent, sowie die Bereitschaft zur vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den übrigen Abteilungen des Hauses und den niedergelassenen Ärzten.

Es sollen sich nur Bewerber mit möglichst breiter klinischer Erfahrung auf dem Hauptgebiet der Allgemeinen Chirurgie (eventuell mit Teilgebiet Gefäßchirurgie und/oder Wiederherstellungs-Chirurgie) melden, die sich in der Fachrichtung Chirurgie habilitiert haben und den Anforderungen der Berufsgenossenschaften für das Verletzungsartenverfahren und D-Arztverfahren genügen.

Bewerbungen werden schriftlich erbeten bis 15. Februar 1984. Es wird gebeten beizufügen: Selbstgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Belege über die bisherigen ärztlichen Tätigkeiten sowie über akademische Grade, beglaubigte Zeugnisabschriften, ein Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten und ein amtsärztliches Zeugnis.

Von einer persönlichen Vorstellung bitten wir zunächst abzusehen. Wir werden die in Betracht kommenden Bewerber unsererseits rechtzeitig dazu auffordern.

Oberpflegamt der Stiftung Juliusspital,
Juliuspromenade 19, 8700 Würzburg

Im **Kreiskrankenhaus 8482 Neustadt a. d. Waldnaab**
ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines/einer

Anästhesisten/Anästhesistin

neu zu besetzen.

Das Kreiskrankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab, Grundkrankenhaus mit zur Zeit 155 Betten und den drei Fachrichtungen: Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe ist seit 1976 erweitert und auf den modernsten technischen Stand gebracht.

Der Aufbau einer zentralen Anästhesieabteilung ist vorgesehen. Die Bezahlung mit Bereitschaftsdienstvergütung erfolgt nach den tariflichen Bestimmungen des BAT einschließlich aller sozialen Leistungen der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes.

Neustadt a. d. Waldnaab liegt in einer landschaftlich reizvollen Gegend mit hohem Freizeitwert in unmittelbarer Nähe der kreisfreien Stadt Weiden i. d. Opf.

Alle weiterführenden Schulen befinden sich am Ort. Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir behilflich.

Bewerbungen sind zu richten an den
Leitenden Arzt des Kreiskrankenhauses Neustadt a. d. Waldnaab,
OMD Dr. F. Meyer, Telefon (0 96 02) 771
bzw. **Landratsamt Neustadt a. d. Waldnaab, Telefon (09602) 79254**

Deutscher Arzt, vier Jahre Klinik, sucht ab 3./1984, eventuell früher,

Allgemeinpraxis

zur Übernahme im süddeutschen Raum. Vorher Mitarbeit angenehm.
Anfragen unter **Telefon (0 41 21) 51 77** oder Chiffre 2064/7 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Der Wiener Ärzteball 1984

Die Wiener Ärztekammer veranstaltet am Samstag, den 28. Januar 1984 in den Räumen der **Hofburg** den traditionellen

Wiener Ärzteball.

Wir bieten den bayerischen Ärzten eine Wochenende-Reise nach Wien zum Besuch des Ärzteballs mit folgenden Leistungen an:

Übernachtung im 1. Klasse Hotel Astoria — Gala-diner — Tisch- und Logenplätze im Festsaal — Begleitprogramm —

Fordern Sie unser Reiseprogramm an:
Deutsch-österreichische Gesellschaft der Musikfreunde e. V.
z. Hd. Frau Dr. med. Gerlind Souza-Offtermatt — Verdistraße 3
8011 Baldham bei München — Telefon: (0 81 06) 63 30

Labor für hämatologische Zytologie

Ab 1. Januar 1984 führe ich sämtliche zytologische Untersuchungen von Blut- und Punktat-Ausstrichen jeglicher Art im eigenen Labor für

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte durch (keine KV-Abrechnung)

Nähere Informationen auf Anfrage: Professor Dr. med. H. J. Kabelitz, Labor für hämatologische Zytologie, Parsifalstr. 28, 8580 Bayreuth, Tel. (09 21) 2 75 38

Hinweis für Auftraggeber von Immobilienanzeigen

Bei Veräußerung oder Vermietung von Praxen oder in Planung befindlicher Praxen werden Allgemein- oder Gebietsärzte zur Niederlassung gesucht. — Für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist der Bedarfsplan maßgebend, welcher bei den Dienststellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eingesehen werden kann. — Unter diesem Aspekt werden die Anzeigen veröffentlicht, korrigiert oder abgelehnt.

Anschriften der Bezirksstellen der KVB:

München Stadt und Land, Brienner Straße 23, 8000 München 2
Oberbeyern, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80
Niederbayern, Lilienstraße 5—7, 8440 Straubing
Oberpfalz, Yorckstraße 15-17, 8400 Regensburg
Oberfranken, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth
Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg
Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg
Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg

Rubrikanzeigen im Bayerischen Ärzteblatt

Folgende Rubrikanzeigen erscheinen monatlich auf diesen Seiten:

Bayerische Kurkliniken und Sanatorien stellen sich vor
Praxis- und Laborbedarf
Stellenangebote
Stellengesuche
Praxisübergaben
Praxisgesuche
Bekanntmachungen

Nutzen auch Sie die Möglichkeit mit Ihrer Anzeige den bayerischen Arzt gezielt zu informieren.

Anzeigenmarketing: Atlas Verlag und Werbung GmbH, Sonnenstr. 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 551 77 212.