



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

Nummer 12
41. Jahrgang
Dezember 1986

4x

Nifedipin-ratiopharm®

Aus Liebe zur Qualität

5 mg / 10 mg / 20 mg / Tropfen

Nifedipin-ratiopharm® Tropfen/Nifedipin-ratiopharm® 5 Kapseln/Nifedipin-ratiopharm® 10 Kapseln/Nifedipin-ratiopharm® 20 Retardkapseln

Zusammensetzung: 1 ml Nifedipin-ratiopharm® Tropfen (20 Tropfen) enthält 20 mg Nifedipin. 1 Kapsel enthält 5/10 mg Nifedipin. 1 Retardkapsel enthält 20 mg Nifedipin. **Besonderung:** Nifedipin-ratiopharm® 5 Kapseln: Bei koronarer Herzkrankheit (Belastungsangina, Prinzmetal-Angina, Variantangina, Crescendo-Präinfarkt-Angina und Angina pectoris nach Herzinfarkt): 3 x täglich 2 - 4 Kapseln. Zur einleitenden Behandlung oder bei Patienten mit niedrigem Nifedipinbedarf: 3 x täglich 1 Kapsel. Nifedipin-ratiopharm® Tropfen und Nitidipin-ratiopharm® 10 Kapseln: Richtdosis bei koronarer Herzkrankheit 3 x täglich 10 - 20 Tropfen bzw. 3 x täglich 1 Kapsel. Bei Hypertonie 3 x täglich 10 - 20 Tropfen bzw. 3 x täglich 1 Kapsel. Nifedipin-ratiopharm® 20 Retardkapseln: Erw.: Belastungsangina: 3 x täglich 1 Retardkapsel. Prinzmetal-Angina, Variantangina, Crescendo-Präinfarkt-Angina, Angina pectoris nach Herzinfarkt: 2 x täglich 1 Retardkapsel. Hypertonie: 2 x täglich 1 Retardkapsel. **Art und Dauer der Anwendung:** Tropfen/Kapseln/Retardkapseln unabhängig von den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Tropfen/Kapseln: Bei Einzeldosen mit 20 Tropfen (= 20 mg), oder 4 Kapseln zu 5 mg, oder 2 Kapseln zu 10 mg (= 20 mg) Einahmeabstand von 2 Stunden nicht unterschreiten. Retardkapseln: Einahmeabstand von 4 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem Angina-pectoris-Anfall 1 - 2 Kapseln Nifedipin-ratiopharm® 5 oder 1 Kapsel Nifedipin-ratiopharm® 10 zerbeißen, Kapselhülle im Mund belassen, Kapselhülle kann später geschluckt werden. Tropfen wegen der Lichtempfindlichkeit von Nifedipin sofort nach Entnahme aus der Flasche einnehmen. **Indikationen:** Nifedipin-ratiopharm® 5/10/20, Nifedipin-ratiopharm® Tropfen: Koronare Herzkrankheit: Belastungsangina, Ruheangina einschließlich vasospastischer Angina pectoris (Prinzmetal-Angina), instabile Angina (Crescendo-Präinfarkt-Angina) und Angina pectoris nach Herzinfarkt (außer in den ersten 8 Tagen nach dem akuten Myokardinfarkt). Nifedipin-ratiopharm® 10/20, Nifedipin-ratiopharm® Tropfen: Hypertonie. **Kontraindikationen:** Herz-Kreislauf-Schock, Schwangerschaft und Stillzeit, schwere Hypotonie mit systolischen Blutdruckwerten von weniger als 90 mm Hg. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, Flush und Wärmegefühl, vereinzelt Übelkeit, Schwindel, Müdigkeit, Hautreaktionen, Parästhesien, hypotone Kreislaufdysregulation, Herzklappen, gelegentlich Beinödeme. Äußerst selten reversible Gingivahyperplasie. Äußerst selten ca. 15 - 30 Minuten nach der Einnahme Schmerzen im Bereich der Brust (unter Umständen Angina-pectoris-artige Beschwerden). Vorsicht bei Dialysepatienten mit maligner Hypertonie und irreversiblen Nierenversagen mit Hypovolämie. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Antihypertensiva, ß- Rezeptorenblocker, Cimetidin. **Packungsgrößen und Preise:** Nifedipin-ratiopharm® 5 Kapseln: DP 30 Kapseln (N 1) DM 8,85, OP 50 Kapseln (N 2) DM 11,80, OP 100 Kapseln (N 3) DM 21,80/Nifedipin-ratiopharm® 10 Kapseln: DP 30 Kapseln (N 1) DM 12,45, OP 50 Kapseln (N 2) DM 19,90, OP 100 Kapseln (N 3) DM 39,80/Nifedipin-ratiopharm® 20 Retardkapseln: OP 30 Retardkapseln (N 1) DM 17,90, OP 50 Retardkapseln (N 2) DM 27,95 OP 100 Retardkapseln (N 3) DM 49,95/Nifedipin-ratiopharm® Tropfen OP 30 ml DM 21,85.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 33 80, 7900 Ulm (Donau)

11/86

Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen: „Hypnotika-Intoxikation“ - Seite 537f.

Inhalt:

Sewering/Braun/Dehler/Fuchs: Zum Jahresende 501

39. Bayerischer Ärztetag in Bad Reichenhall

Sewering: Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer 502

Breun: Ergänzung des Tätigkeitsberichtes 516

Aus den Ausschüssen 517

Mütter- und Säuglingssterblichkeit 527

Finanzen 527

Änderung der Meldeordnung 527

Ärztetage 1988 527

Entscheidungen 528

Müller-Pleitenberg: 14. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Angiologie 535

Der Notfall: Hypnotika-Intoxikation 537

Bericht über die Vorstandssitzung der Kammer 557

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern 539

Amtliches: Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzleute zur Bayerischen Landesärztekammer 540

Meldeordnung 540

Personalia 541

Kongresse: Allgemeine Fortbildung 542

Blaulichtärzte 543

Klinische Fortbildung in Bayern 544

Bericht aus Bonn 546

Wirtschaftsinformationen 548

Schnell informiert 549

Weihnachtsaufruf „Ärzte helfen Ärzten“ 550

Äskulap und Pegasus 554

Meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Bayern - Oktober 1986 556

Buchbesprechungen 558

Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzleute zur Bayer. Landesärztekammer - in der Mitte herausnehmbar -

Zusammensetzung: 1 Filmtablette Rytmonorm® 150 mg enthält 150 mg Propafenonhydrochlorid. 1 Filmtablette Rytmonorm® 300 mg enthält 300 mg Propafenonhydrochlorid. 20 ml der Injektionslösung enthalten 70 mg Propafenonhydrochlorid und 1,076 g Glucose-Monohydrat für Injektionszwecke zur Herstellung der Blutisotonie. **Indikationen:** Alle Formen von ventrikulären und supraventrikulären Extraastolien, ventrikulären und supraventrikulären Tachykardien und Tachyarrhythmien, auch bei WPW-Syndrom. **Kontraindikationen:** Manifeste Herzinsuffizienz, Kardiogener Schock (außer arrhythmiebedingt), Schwere Bradykardie, Präexistente höhergradige sinuatriale, atrioventrikuläre und intraventrikuläre Störungen der Erregungsleitung, Sinusknotensyndrom (Bradykardie-Tachykardie-Syndrom), Manifeste Störungen des Elektrolythaushaltes. Schwere obstruktive Lungenerkrankungen. Ausgeprägte Hypotonie. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft und während der Stillzeit ist die Verordnungsung von Rytmonorm kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Gelegentliche Übelkeit, Magendarmstörungen, Geschmackstörungen, Kopfschmerzen, Perästhesien. Bei schweren Intoxikationen, wie z.B. Sulzidversuch: Krämpfe. Vereinzelt visuelle Symptome und Schwindelgefühl. Bei älteren Patienten gelegentlich orthostatische Kreislaufregulationsstörungen. Treten visuelle Symptome, Müdigkeit oder Kreislaufstörungen mit RR-Abfall auf, kann das Reaktionsvermögen beeinträchtigt sein. In seltenen Fällen Bradykardia, SA-, AV-Blockierungen (Gegenmaßnahmen: Atropin, Orciprenalin) und intraventrikuläre Leitungsstörungen (Gegenmaßnahme: Elektrotherapie). Bei atark vorgeschädigtem Myokard ist eine unerwünscht starke Beeinträchtigung der Erregungsüberleitung oder Myokardkontraktibilität möglich. Eine unzureichend behandelte Herzinsuffizienz kann sich verschlechtern. In seltenen Fällen kann eine Cholestase als Zeichen einer individuellen Überempfindlichkeitsreaktion von hyperergisch-allergischem Typ auftreten. Bei hoher Dosierung von Fall zu Fall Verminderung der Potenz und der Samenzellzahl. Da die Behandlung mit Rytmonorm lebenswichtig sein kann, darf Rytmonorm wegen dieser Nebenwirkung nicht ohne ärztlichen Rat abgesetzt werden. Bei Anwendung hoher Dosen können Reentry-Mechanismen induziert werden, die imstande sind, Kammerflattern oder -flimmern auszulösen. Alle aufgeführten Nebenwirkungen sind voll reversibel und verschwinden nach einigen Tagen entweder von selbst oder nach Reduzierung der Dosis, gegebenenfalls Absetzen des Medikaments.

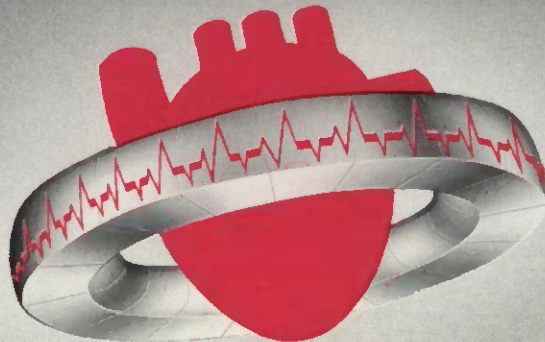
Dosierung und Anwendungsweise: Filmtabletten: Für die Einatellungsphase und die Erhaltungstherapie hat sich eine Tagesdosis von 450 bis 600 mg (1 Filmtablette Rytmonorm 150 mg 3mal täglich bis 1 Filmtablette Rytmonorm 300 mg 2mal täglich) bewährt. Die Ermittlung der individuellen Erhaltungsdosis sollte unter kardiologischer Überwachung mit mehrmaliger EKG- und Blutdruckkontrolle erfolgen (Einstellungsphase). Bei Verlängerung der QRS-Dauer (über 20%) oder der frequenzabhängigen QT-Zeit soll die Dosis reduziert oder bis zur Normalisierung der EKG ausgesetzt werden. Rytmonorm soll bei Patienten in höherem Lebensalter oder mit stark vorgeschädigtem Myokard in der Einstellungsphase besonders vorsichtig – einschleichend – dosiert werden. **Injektionslösung:** siehe wissenschaftlichen Prospekt. **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln:** Bei gleichzeitiger Anwendung von Lokalanästhetika (z.B. bei Schrittmacherimplantation, chirurgischen oder zahnärztlichen Maßnahmen) sowie Antiarrhythmika mit gleicher Hauptangriffspunkten muß mit einer Wirkungsverstärkung gerechnet werden. Die gleichzeitige Gabe von Rytmonorm mit Amlodaron ist nicht indiziert, da sie zu messigen Verlängerungen der QT-Zeit führen kann. **Zur besonderen Beachtung!** Bei eingeschränkter Leber- und/oder Nierenfunktion können therapeutische Dosen zur Kumulation führen. Unter EKG-Kontrolle können jedoch auch solche Fälle gut mit Rytmonorm eingestellt werden. **Lagerung:** Rytmonorm, Injektionslösung, darf nicht unter 15° C gelagert werden. **Handelsformen:** Rytmonorm® 150 mg: 20 Filmtabletten (N1) DM 24,65, 50 Filmtabletten (N2) DM 49,07, 100 Filmtabletten (N3) DM 84,60. Rytmonorm® 300 mg: 20 Filmtabletten (N1) DM 40,15, 50 Filmtabletten (N2) DM 83,45, 100 Filmtabletten (N3) DM 142,82. Originalpackung mit 5 Ampullen

Rytmonorm® DM 32,26. Stand: Dezember 1985. Knoll AG, 6700 Ludwigshafen Unternehmen der BASF-Gruppe



100 IM DIENST
DER
JAHRE GESUNDHEIT

Arrhythmie- Schutz



Bei ventrikulären und supraventrikulären Arrhythmien

rytmonorm®

Propafenon

Das Normo-Rhythmikum



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

Dezember 1986

Zum Jahresende

Im Dezember liegt es nahe, das zu Ende gehende Jahr noch einmal wie einen Film vor sich selbst ablaufen zu lassen. Auch die Versuchung, gewissermaßen ein bißerl durch das Schlüsselloch zu schauen, was das neue Jahr wohl bringen könnte, entspricht der Natur des Menschen. Auf einen Rückblick können wir verzichten, denn wir haben alle bayerischen Kolleginnen und Kollegen im Laufe des Jahres fortlaufend über die aktuellen Ereignisse und politischen Pläne unterrichtet, welche die ärztliche Berufsausübung und die Gesundheits- und Sozialpolitik betreffen.

Der Bayerische Ärztetag im Oktober gab uns – wie jedes Jahr – reichlich Gelegenheit zu einem gesundheitspolitischen Meinungsaustausch und einer umfassenden Erörterung von Stand und Entwicklung der ärztlichen Berufsausübung in unserem Land. Die Berichterstattung darüber begann bereits in der November-Ausgabe des „Bayerischen Ärzteblattes“. Sie wird in diesem Heft sowie im Januar und Februar fortgesetzt.

In dieser Ausgabe eingehftet finden Sie auch die Namen der neugewählten Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer für die Wahlperiode 1987 bis 1991. Sie werden am 17. Januar 1987 zur Konstituierenden Vollversammlung zusammentreten und den Vorstand der Kammer wählen.

Allen Kolleginnen und Kollegen, die uns in den letzten vier Jahren bei unserer Arbeit unterstützt haben,

gilt unser Dank. Aber auch bei den Kolleginnen und Kollegen, die andere Auffassungen und Argumente vertreten haben, bedanken wir uns. Sie haben zur lebendigen Meinungsbildung beigetragen. Soweit sie mit ihrer Meinung nicht durchgedrungen sind, werden sie sicher verstehen, daß in demokratischen Strukturen die Mehrheiten entscheiden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, es ist wohl für jeden von uns erkennbar, daß sich die Gesundheitspolitik unseres Landes in einer schweren Krise befindet, deren Tiefpunkt mit Sicherheit noch nicht erreicht und ein „Licht am Ende des Tunnels“ noch keineswegs erkennbar ist. Ihre gewählten Vertreter haben mit aller Kraft versucht, die Auswirkungen der Krise auf die Ärzteschaft einzudämmen, wo immer das möglich war. Im Mittelpunkt der Sorgen steht dabei die Überfüllung unseres Berufes. Es ist nur ein geringer Trost, wenn wir – um uns blickend – feststellen, daß die Ärzte in den anderen europäischen Ländern gleiche oder gar noch größere Probleme haben als wir.

Wir dürfen uns dennoch nicht unterkriegen lassen. Die Älteren unter uns erinnern sich, daß wir schon Zeiten überstanden haben, die wohl noch schlechter waren.

Ihnen allen und Ihren Familien gelten unsere besten Wünsche für das kommende Jahr.

Professor Dr. Or. h. c. Sewering

Or. Braun

Or. Oehler

Or. Fuchs

Vollversammlung des 39. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung:

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Referat von Professor Dr. Dr. h. c. Hans J. Sewering

Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen, meine Herren!

Ich möchte einleitend – wie immer – auf den Geschäftsbericht (s. „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 9/1986, Mittelteil nach Seite 356) verweisen und aus Gründen der Zeitökonomie keine Einzelheiten, die darin schon berichtet sind, ansprechen. Ich hoffe, Sie hatten Gelegenheit, sich mit dem Bericht einigermaßen vertraut zu machen. Ich werde auch Themen, die gestern abend angesprochen wurden, heute nicht wiederholen; es sei denn, es ergibt sich aus der Diskussion. Es wurden ja gestern abend, wie Sie gemerkt haben, sowohl von Herrn Minister Neubauer wie von mir einige wichtige gesundheitspolitische Fragen angesprochen, die sicherlich in den nächsten Wochen Gegenstand intensiver Gespräche sein werden.

Neuaufgabe „Arztrecht in Bayern“

Hinweisen darf ich Sie, daß wir die dritte Auflage unseres Arztrechtes in Bayern herausgebracht haben. Ich hoffe, daß das Heft noch rechtzeitig bei Ihnen eingegangen ist. Eine Neuaufgabe hat sich als notwendig erwiesen, weil sich in den vergangenen Jahren doch eine ganze Menge geändert hat. Ich befürchte allerdings, daß die nächste Auflage schon etwa in zwei Jahren folgen muß, weil wir vor weiteren Änderungen stehen sowohl in der Bundesärzteordnung als auch vor allem im nächsten Jahr in der Weiterbildungsordnung und in der Berufsordnung. Aber eine Neuaufgabe konnte nicht mehr länger verschoben werden, sonst stiften wir Verwirrung; wer nachschaut, will ja dann auch wissen, ob das wirklich der neueste Stand ist.

Entwicklung der Arztzahlen

Nun, unsere größte Sorge gilt nach wie vor, oder ich möchte eher sagen zunehmend der Entwicklung der Arztzahlen. Es ist erschreckend, wenn man einmal einen Rückblick macht.

Bei meiner Amtsübernahme im Jahre 1955 – nun, dies sind allerdings mehr als 31 Jahre – hatten wir in ganz Bayern insgesamt 13 721 Ärzte! Ende 1985 waren es dann 36 312 und der letzte Stand ist sogar schon wieder höher. Wir machten nochmal eine Ermittlung vor dem Ärztetag und haben nunmehr 29 319 *berufstätige* Ärzte; insgesamt ist die Zahl der Ärzte etwa 38 000. Das sind Entwicklungen, die erschrecken. Bitte bedenken Sie: 1975 – also vor elf Jahren – entfiel ein berufstätiger Arzt auf 510 Einwohner, Ende 1985 war die Relation 1:380 und inzwischen – Mitte September 1986 – verzeichnen wir ein weiteres Absinken auf nunmehr 1:etwa 375, und das geht rasant weiter!

Der Anteil der Ärztinnen, Sie können das dem Geschäftsbericht entnehmen, ist in der freien Praxis 22 Prozent, im Vorjahr 20 Prozent. Bei den Assistenzärzten ist der Anteil der Ärztinnen jetzt 28 Prozent gegenüber 26 Prozent im Vorjahr. Wir beobachten in der freien Praxis, das ist eine beunruhigende Feststellung, eine rasche Zunahme der Zahl der Kassenärzte und entsprechend ein laufendes Absinken sowohl der Fallzahlen als natürlich auch der Umsätze. Das zeigt sich vor allem in Ballungsgebieten wie München und Oberbayern in erschreckender Form. Auch in anderen Regierungsbezirken zeigen sich bereits ähnliche Entwicklungen. Wir hatten in Bayern am 30. Juni dieses Jahres 13 762 Ärzte, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnahmen, darunter 12 451 freipraktizierende Ärzte. Ich habe ja dem Herrn Minister gestern schon meine Auffassung dargelegt. Er hat aus der Sicht der Bevölkerung gemeint, daß diese Zunahme der Ärzte sehr positiv zu bewerten sei. Das, glaube ich, muß man doch etwas in Zweifel ziehen. Man wird natürlich sagen müssen, daß wir zunächst einmal die Zunahme, vor allem in der freien Praxis, begrüßt haben, weil wir ja zu einer Verbesserung gelangen konnten und wollten. Aber das hat alles irgendwo seine Grenzen.

Wir müssen immer wieder – und das habe ich gestern schon betont – darauf hinweisen, daß es nicht ein Problem des Portemonnaies in erster Linie ist, sondern ein Problem der Arbeitsplätze. Wenn 12 000 Approbationen ausgedruckt werden und nur 5000 Assistentenstellen frei werden, dann ist das eine außerordentlich gefährliche Entwicklung.

Gastärzte

Hier muß ich gleich auf ein Problem eingehen, das uns größte Sorge bereitet. Ich höre zunehmend, daß an den Kliniken immer mehr junge Ärzte mitarbeiten oder auch zuschauen – das läßt sich schlecht abgrenzen –, die unbezahlt, also sogenannte Gastärzte sind. Daraus ergibt sich natürlich eine ganze Reihe von Problemen. Der unbezahlte Gastarzt darf ja in der Klinik keine regulären Arbeiten übernehmen, denn wenn er voll zum Dienst eingeteilt wird (darauf haben wir wiederholt hingewiesen) und er ist unbezahlt, kann er nachträglich seine Bezahlung einklagen. Hieraus können sich erhebliche Haftungsprobleme für Chefärzte ergeben, wenn sie aus Kollegialität Zeugnisse erstellt haben, damit der Kollege diese Zeit vielleicht auf die Weiterbildung angerechnet bekommt. Wenn dann vor dem Arbeitsgericht die Bezahlung eingeklagt wird, kann der Chefarzt von seinem Krankenhausträger in Haftung genommen werden. Das gilt sowohl dann, wenn der Gastarzt wirklich zum Dienst eingeteilt war und ebenso, wenn unter Umständen auch einmal ein Gefälligkeitszeugnis ausgestellt worden ist. Wir müssen immer wieder betonen, daß die Weiterbildung in einer Planstelle und hauptberuflich erfolgen muß. Wer sich in Weiterbildung befindet, leistet an der Klinik volle ärztliche Tätigkeit, ist eingebaut in die Arbeit der Klinik, ist bezahlt und angestellt, nicht für seine Weiterbildung, sondern für die Versorgung der Patienten und nur unter diesen Voraussetzungen kann diese ärztliche Tätigkeit als Weiterbildung angerechnet werden. Das hat zur Fol-

ge, daß die Zahl derer, die eine Weiterbildung absolvieren können, gemessen an den Stärken der Jahrgänge, außerordentlich gering geworden ist und laufend zurückgehen wird.

Weiterbildung

Nun ist schon wiederholt die Frage gestellt worden: Soll man dann eventuell die Anforderungen an die Weiterbildung herabsetzen, also weniger verlangen, die Anforderungen reduzieren, weniger Leistung verlangen, oder soll man sogar die Weiterbildungszeit verkürzen, damit ein schnellerer Wechsel erfolgt und mehr junge Ärzte eine Weiterbildung betreiben können?

Meine Damen und Herren, ich habe schon wiederholt darauf hingewiesen und auch im vorigen Jahr betont, daß die Weiterbildungsordnung unter keinen Umständen zu einem berufspolitischen Instrument gemacht werden darf. Mit der Weiterbildung erfüllen wir eine öffentliche Aufgabe, und unsere Bürger haben ein Recht darauf, zu erwarten, daß derjenige, welcher eine Gebietsbezeichnung führt, wirklich eine gründliche berufliche Erfahrung gesammelt hat. Damit verbietet es sich aus Gründen der Nachwuchslenkung, etwa die Weiterbildung zu „verdünnen“, billiger zu machen, damit mehr Ärzte weitergebildet werden können. Das ist eine harte, aber notwendige Feststellung. Die Weiterbildung ist kein Privileg für die Ärzte, sondern sie ist eine Verpflichtung gegenüber unserer Bevölkerung. Und das, glaube ich, kann nicht oft genug betont werden, denn ich verstehe natürlich, daß der eine oder andere sagt – dies tun aber auch Verbände –, wir könnten doch die Weiterbildung kürzer machen, dann bekommt der nächste schneller eine Stelle, aber das geht nicht. Die Anforderungen an die Weiterbildung dürfen wir nicht reduzieren. Das ist ein Gebot, das wir stets beachten müssen. An die Weiterbilder, also an die Chefärzte der Kliniken möchte ich den Appell richten, immer zu bedenken, daß die Weiterbildungszeiten Mindestzeiten sind, daß durch Vermehrung der Planstellen, Abbau von Überstunden, weniger Bereitschaftsdienst natürlich der einzelne Kollege auch weniger Gelegenheit hat, seine Weiterbildung zu betreiben. Es muß also sehr ernsthaft überlegt werden, ob das Zeugnis für die abgeschlossene Weiterbildung tatsächlich nach der Mindestweiterbildungszeit aus-

gestellt werden kann. Wenn wir in den operativen Fächern bestimmte Operationszahlen, in anderen entsprechende Leistungszahlen verlangen, dann müssen wir sicher sein können, daß der junge Arzt in der Weiterbildung diese Operationen oder Leistungen auch tatsächlich durchgeführt hat, natürlich unter Aufsicht und Leitung des Weiterbilders. Man kann eine Magenoperation nicht in vier Abschnitte teilen, damit vier Kollegen notieren können, sie hätten eine Magenoperation durchgeführt. Ich greife dieses Beispiel nicht aus der Luft, sondern wir haben gerade in dieser Hinsicht einige Sorge. Nun ist natürlich die berechtigte Frage: Was geschieht mit denjenigen, die keine

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, dankte zum Abschluß des 39. Bayerischen Ärztetages dem Ärztlichen Kreisverband Berchtesgadener Land sowie dem Ärztlichen Bezirksverband Oberbayern und damit allen Kolleginnen und Kollegen aus dieser Region für ihre Gastfreundschaft, wobei er – begleitet von starkem Beifall – besonders die Kollegen Dr. H. Krauss und Dr. A. Platel erwähnte.

Mit einem herzlichen Dank an alle Mitarbeiter der Kammer für den guten organisatorischen Ablauf schloß Professor Dr. Dr. h. c. Sewering den 39. Bayerischen Ärztetag.

Planstelle finden? Das wird ja eine zunehmende Zahl sein. Schon heute müssen wir befürchten, daß von 12 000 etwa 60 Prozent kein Glück haben, daß sie vor verschlossenen Türen stehen. Ich habe ja wiederholt darauf hingewiesen, daß es der Idealfall wäre, wenn jeder junge Arzt nach seiner Approbation erst einmal mehrere Jahre in ein Krankenhaus gehen und berufliche Erfahrung sammeln könnte.

Als wir in den sechziger Jahren die derzeitige Approbationsordnung gemacht haben, gingen wir ganz selbstverständlich davon aus, daß zwar während des Medizinstudiums eine gute

theoretische und praktische Ausbildung vermittelt werden soll, aber selbstverständlich jeder frisch Approbierte zunächst einmal für mehrere Jahre ins Krankenhaus geht. Die ganzen Schwierigkeiten sind erst in den letzten Jahren entstanden und deswegen habe ich auch volles Verständnis dafür, wenn immer wieder die Forderung nach einer Pflichtweiterbildung erhoben wird. Jeder junge Arzt sollte vor der Kassenzulassung einige Jahre im Krankenhaus gearbeitet haben. Aber hier haben wir nun einmal die Hindernisse, an denen wir nicht vorbeikommen. Das sind die fehlenden Planstellen für eine Pflichtweiterbildung; es müßten ja Planstellen für approbierte Ärzte sein und für die Festschreibung einer Pflichtweiterbildung fehlen uns auch die rechtlichen Grundlagen. Es liegt auf der Hand, daß, würde man heute eine Pflichtweiterbildung für alle Ärzte vor der Kassenzulassung vorschreiben, natürlich ein „Flaschenhals“ entstünde. Nur ein Teil hätte Gelegenheit, diese Pflichtweiterbildung zu absolvieren. Im Laufe der nächsten zwei, drei Jahre würde es wohl nur noch ein Drittel sein, während dann Tausende die Voraussetzungen für die Kassenzulassung nicht mehr erfüllen könnten. Ich sage ganz ausdrücklich: im Interesse einer qualitativ hochwertigen kassenärztlichen Versorgung wäre das sinnvoll. Aber es ist natürlich eine Frage, ob sich jemand findet, ob sich der Gesetzgeber jemals dazu bereit findet, solche Normen zu setzen, die von vorneherein festschreiben, daß es Tausende arbeitsloser Ärzte gibt. Im Grunde genommen wäre das dieselbe Entwicklung, wie wir sie ja bei den Lehrern, aber auch bei anderen akademischen Berufen heute bereits haben. Es gibt eben nur eine bestimmte Zahl von Planstellen, und wer keine bekommt, der hat Pech gehabt.

Zulassungsordnung

Hinsichtlich des geltenden Rechtes schaut man natürlich in erster Linie auf die Zulassungsordnung. Es wird derzeit eine Vorbereitungszeit von 18 Monaten verlangt, aber die entsprechende Vorschrift in der Zulassungsordnung ist recht allgemein gehalten. Es sind 18 Monate ärztliche Tätigkeit, und zwar mindestens sechs Monate bei einem Kassenarzt und ein Jahr soll „im wesentlichen“ im Krankenhaus abgeleistet werden. Dieser Begriff „im wesentlichen“ ist sehr ela-

stisch. Er beginnt mit „ein Tag mehr wie sechs Monate“ bis „knapp ein Jahr“. Und auch hier frage ich mich manchmal, ob tatsächlich alle diejenigen, die ihre Kassenzulassung beantragen, wirklich diese sechs Monate regulär in einer Kassenpraxis abgeleistet haben. Es war seinerzeit der Wunsch, in der Zulassungsordnung Genaueres über diese Zeit festzuschreiben, also Mindestzeiten für operativ und nicht-operativ. Das war nach dem geltenden Kassenarztrecht nicht möglich.

Pflichtweiterbildung – AiP

Hinsichtlich einer im allgemeinen Arztrecht verankerten Pflichtweiterbildung habe ich ja schon wiederholt ausgeführt, daß nach dem Grundgesetz der Bundesrepublik – und hier ist eine Änderung nicht zu erwarten – der Bund nur die Zulassung zum Beruf des Arztes regelt, während im Landesrecht die Berufsausübung geregelt wird. Der junge Arzt erhält aufgrund des Bundesrechtes seine Approbation und damit das Recht der vollen Berufsausübung. Damit ist im Landesrecht leider kein Raum, um dann noch eine Pflichtweiterbildung zu verankern. Das ist die Problematik. Es gäbe natürlich die Möglichkeit einer Grundgesetzänderung und man könnte dann im Bundesrecht die gesamte Ausbildung regeln. Etwa: erste Stufe bis zur Teilapprobation, also Studium, dann eine zweite Stufe bis zu einer – wenn Sie so wollen – Pflichtausbildung in einem Gebiet und dann, es gibt ja solche Modelle, eine dritte Stufe, die zu den „höheren Weihen“ der Weiterbildung führt. Aber ich glaube, daß niemand daran denken wird, hier etwa das geltende Recht oder gar die Verfassung zu ändern. Natürlich wäre auch der Gedanke zu prüfen, die Zulassungsordnung zu ändern und die Vorbereitungszeit auf zwei Jahre zu verlängern, also die EG-Richtlinie, auf die ich noch zu sprechen komme, über die Zulassungsordnung zu realisieren. Das würde dann allerdings bedeuten, daß nur solche Ärzte erfaßt werden, die Kassenärzte werden wollen. Bundesregierung und Bundestag haben aber erkannt, daß das Studium heute bei diesen hohen Studentenzahlen eine ausreichende, vor allem praktische Ausbildung nicht gewährleistet. Deshalb wurde Anfang 1985 die Bundesärzteordnung geändert und der Arzt im Praktikum (AiP) eingeführt. Vorgesehen sind zwei

Jahre mit einer auf 18 Monate verkürzten Übergangsregelung. Notwendig wären dafür – bei einer Jahrgangsstärke von 12 000 – zunächst 18 000, später 24 000 Stellen für diese Ärzte im Praktikum. Sie sollen durch Drittelung von Planstellen für Assistenzärzte gewonnen werden. Tarifverhandlungen, mit welchen die genauen materiellen Bedingungen für diese Zeit festgelegt werden sollen, haben allerdings noch nicht stattgefunden. Hinsichtlich der neuen EG-Richtlinie „Allgemeinmedizin“ vertritt die Bundesregierung die Auffassung, daß die AiP-Zeit der dort geforderten ergänzenden allgemeinmedizinischen Ausbildung entspricht, sofern sechs Monate in der Praxis eines Allgemeinarztes abgeleistet werden.

Approbationsordnung – Bundesärzteordnung

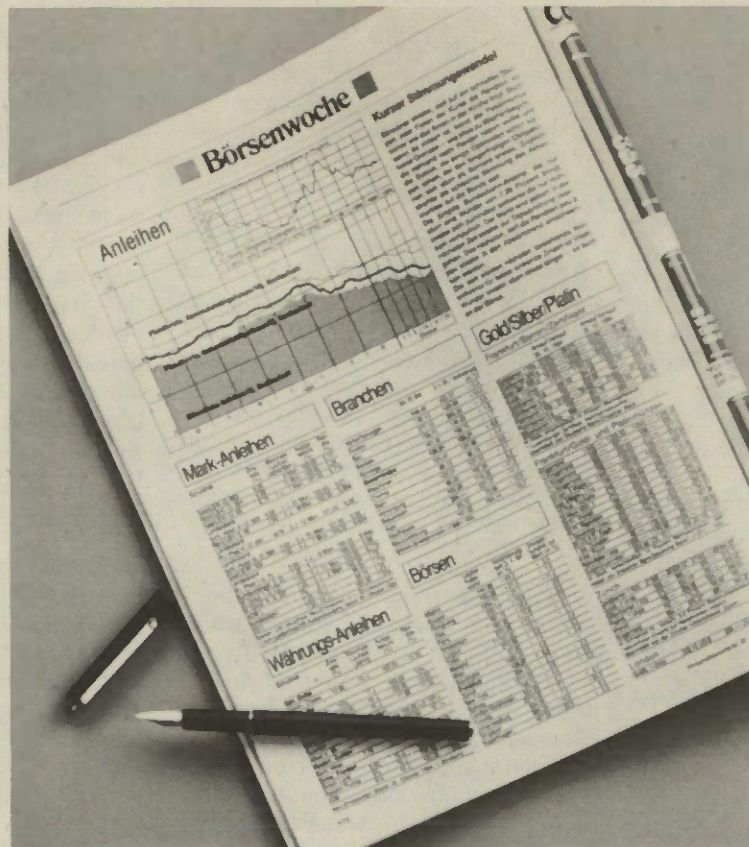
Nachdem also im März 1985 vom Bundestag der „Arzt im Praktikum“ geschaffen wurde, legte dann im September 1985 das Bundesgesundheitsministerium den ersten Entwurf zur Änderung der Approbationsordnung vor. In diesem Entwurf wurden nicht nur die Voraussetzungen für den Arzt im Praktikum geregelt, sondern auch eine Reihe anderer Bestimmungen geändert. So wurde z. B. die Kleingruppe definiert mit fünf Studenten, das Prüfungssystem sollte geändert, ein Teil der schriftlichen Prüfungen sollte in mündliche Prüfungen umgewandelt werden. Für die AiP-Zeit waren zwölf Monate im konservativen und sechs im operativen Bereich vorgesehen.

Diese Bündelung vieler Überlegungen zur Änderung der Approbationsordnung hat dann breiten Widerstand ausgelöst. Es wurde ein Sturm gegen diesen Entwurf entfacht, und man hat ihn dann auch nicht weiter verfolgt. Dieser Entwurf zur Änderung der Approbationsordnung ist also ganz einfach sanft entschlafen. Erst mit Datum vom 14. August 1986 hat die Bundesregierung dann den Entwurf einer 5. Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung zugeleitet, in der man sich auf die Regelung der Durchführung der AiP-Zeit beschränkte. In diesem Entwurf steht noch das alte Datum: Inkrafttreten der AiP-Zeit am 30. Juni 1987. In der Begründung wird ausgeführt, „da es dringend der Vorschriften für die Durchführung der Praxisphase nach dem Medizinstu-

dium bedarf, die bereits in der zweiten Jahreshälfte 1987 anläuft, muß die 5. Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte sobald wie möglich erlassen werden. Weitergehende Änderungen, insbesondere die Konkretisierung der Anforderungen an den Kleingruppen-Unterricht am Patienten, Neuregelungen für die inhaltliche Gestaltung der Ausbildung, Neuordnungen für das Prüfungswesen müssen einer folgenden Änderungsverordnung vorbehalten bleiben“. Das war, ich darf wiederholen, am 14. August dieses Jahres.

Zu dieser Zeit war bereits das Gerücht im Gange, daß es zu einer Verschiebung der AiP-Zeit kommen soll. Mit Brief vom 1. September, also nicht einmal drei Wochen später, hat das Bundesgesundheitsministerium einen großen Zahl von Adressaten den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung zugeleitet und dieser trägt sogar das Datum vom 24. August. Also am 14. August legt das Bundesgesundheitsministerium einen Entwurf für die Änderung der Approbationsordnung vor, betont, daß das sehr eilt, weil die AiP-Zeit schon Mitte 1987 in Kraft treten soll. Zehn Tage später schickt das gleiche Ministerium einen Entwurf zur Änderung der Bundesärzteordnung hinaus mit dem Ziel, diese AiP-Zeit um ein Jahr zu verschieben. Hier fragt man sich wirklich, wo noch eine Linie erkennbar sein soll. Wer in diesem Hause Politik macht, ist völlig unerfindlich.

In der Begründung zum Gesetzentwurf „Änderung der Bundesärzteordnung, Verschiebung um ein Jahr“ heißt es dann: „Für die Durchführung der zunächst 18monatigen, später zweijährigen Tätigkeit als Arzt im Praktikum, die durch das Vierte Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung eingeführt worden ist, werden zunächst ca. 18 000, später ca. 24 000 Stellen in Krankenhäusern, ärztlichen Praxen und den anderen in § 4 Absatz 4 der Bundesärzteordnung genannten Einrichtungen benötigt. Die Bundesregierung hält es für angezeigt, durch Änderung des Artikels 2 § 1 des Vierten Gesetzes zur Änderung der Bundesärzteordnung den Zeitpunkt für das erstmalige Anlaufen der Praxisphase um ein Jahr hinauszuschieben, damit die Stellen rechtzeitig bereitstehen.“ Also konfuser kann man eigentlich Politik nicht mehr betreiben. Ob das



Wir haben etwas gegen Geheimtips bei der Geldanlage: Klare Informationen, fundierte Empfehlungen!

Ob Aktien, Obligationen, Sparbriefe – eine optimale Anlagestrategie kann man nur gemeinsam entwickeln: Sie sagen uns, wie lange Sie Ihr Geld anlegen wollen, wie Ihre steuerliche Situation aussieht, wie es um Ihren Anlage-Mut bestellt ist. Auf dieser persönlichen Grundlage erarbeiten wir Ihnen unsere

Anlageempfehlung, informieren über Chancen und Risiken. Wenn Sie zu den Anlegern gehören, die sich nicht auf Geheimtips verlassen möchten, sondern fundierte Entscheidungshilfen vorziehen – unser Anlageberater erwartet Sie.



Raiffeisenbank

en der Frau Ministerin liegt oder an wem immer, möchte ich dahingestellt sein lassen.

Nun, man fragt sich aber, was mögen wohl die Gründe sein? Ich kann mich noch sehr gut erinnern, als die derzeit gültige Approbationsordnung damals in Kraft gesetzt werden sollte – die Bundesgesundheitsministerin, Frau Strobel, war dafür verantwortlich –, da marschierten Tausende von Medizinstudenten vor dem Bundesgesundheitsministerium auf. Es war eine Riesendemonstration der Medizinstudenten gegen diese neue Approbationsordnung. Frau Strobel ließ sich seinerzeit nicht beeindrucken. Die Approbationsordnung ist in Kraft getreten. Und die Studenten von jetzt – das sind natürlich nicht mehr die gleichen – marschieren wieder auf am Bundesgesundheitsministerium und verteidigen die gleiche Approbationsordnung, die ihre Vorgänger bekämpften und sie protestieren nun gegen die nächste Änderung. Frau Süßmuth hat sich offensichtlich von diesen Protesten doch mehr beeindrucken lassen als ihre seinerzeitige Amtsvorgängerin. Ob sie mit der Verschiebung des AiPs um ein Jahr die Hoffnung verbindet, daß von den „Protestanten“ dieser Tage dann einer CDU wählt, möchte ich dahingestellt sein lassen.

Mit der Änderung der Bundesärzterordnung wegen der Zeitverschlebung soll auch Paragraph 3 ergänzt werden. Dieser Paragraph 3 Absatz 1 Nummer 4, um den es hier geht, besagt, daß die Approbation als Arzt auf Antrag zu erteilen ist, wenn der Antragsteller nach einem Studium der Medizin an einer wissenschaftlichen Hochschule von mindestens sechs Jahren, von denen mindestens acht, höchstens zwölf Monate auf eine praktische Ausbildung in Krankenanstalten entfallen müssen, die ärztliche Prüfung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestanden hat. Hier soll nun nach den Worten „nach ärztlicher Prüfung“ der Klammersatz „(Abschluß des Medizinstudiums)“ eingefügt werden. Diese Einfügung als solche hätte mit Sicherheit keinen Menschen gestört, denn sie ist in Übereinstimmung mit der EG-Richtlinie. Wenn man in der Begründung geschrieben hätte, daß es sich um eine Klarstellung in Hinsicht auf die in Kraft getratene EG-Richtlinie handelt, dann hätte sich auch wohl niemand daran gestört. Im Vorblatt dieses Gesetzentwurfes wird aber als Ziel-

setzung ausgeführt: „Es soll ferner verdeutlicht werden, daß mit dem Bestehen der ärztlichen Prüfung der erfolgreiche Abschluß des Medizinstudiums erreicht ist. Dies dient der Klarstellung, daß Absolventen eines Medizinstudiums, die eine Tätigkeit als Mediziner anstreben, die nicht der ärztlichen Tätigkeit zuzurechnen ist und die eine Approbation als Arzt nicht voraussetzt, die Tätigkeit als Arzt im Praktikum nicht abzuleisten brauchen.“ Ein völlig überflüssiger Hinweis, denn das ist die gleiche Rechtslage, die wir bereits hatten während der Medizinalassistentenzeit oder früheren Medizinalpraktikantenzeit.

Schon nach früheren Approbationsordnungen, zuletzt der von 1953, war es ja möglich, daß sich Mediziner nach Beendigung des Medizinstudiums und bestandenem Staatsexamen einem theoretischen Fach zugewandt haben, sei es Physiologie oder Pharmakologie oder auch Anatomie, ohne die Medizinalassistentenzeit abzuleisten. Sie hätten ja lediglich zwei Jahre wissenschaftliche Arbeitszeit verloren, obwohl sie nie die Absicht hatten, am Patienten tätig zu werden. Insofern hätte es also des Hinweises des Bundesgesundheitsministeriums gar nicht bedurft. Was aber vor allem die Proteste ausgelöst hat, stand dann in der Begründung: „Länder und Hochschulen haben im Rahmen des Paragraphen 18 Absatz 1 des Hochschulrahmengesetzes die Möglichkeit, Hochschulgrade aufgrund von staatlichen Prüfungen zu verleihen, die einen berufsqualifizierenden Abschluß bedeuten oder ein Hochschulstudium abschließen. Im Interesse von Absolventen eines Medizinstudiums, die ihre Ausbildung mit dem Abschluß ihres Hochschulstudiums beenden und nicht das Berufsziel Arzt haben, sollten die Möglichkeiten für ein solches Vorgehen geprüft werden.“ Das Hochschulrahmengesetz (HRG), seit 1976 in Kraft, also seit zehn Jahren, und die Hochschulen haben Hochschulgrade in allen möglichen Fächern eingeführt. Diplom-Ingenieure, Diplomchemiker und Diplomvolkswirte sind ja gängige Begriffe. Der Paragraph 18 HRG lautet: „Aufgrund der Hochschulprüfung, mit der ein berufsqualifizierender Abschluß erworben wird, verleiht die Hochschule den Diplomgrad mit Angabe der Fachrichtung, auf Antrag des Absolventen ist der Studiengang anzugeben. Die Hochschule kann den Diplomgrad auch aufgrund einer

staatlichen Prüfung oder einer kirchlichen Prüfung, mit der ein Hochschulstudium abgeschlossen wird, verleihen. Im übrigen bestimmt das Landesrecht, welche Hochschulgrade verliehen werden.“ Von dieser Möglichkeit haben die Länder also schon früher Gebrauch gemacht, aber sie waren klug genug, weder in den Rechtswissenschaften noch in der Medizin solche Hochschulgrade einzuführen, denn niemand wollte einen *Diplommediziner* oder einen *Diplomjuristen*, weil das nur zur Verwirrung Anlaß gegeben hätte. Man fragt sich natürlich, warum nun ausgerechnet jetzt Frau Süßmuth oder ihr Haus den Ländern die Nase daraufstößt, daß sie vielleicht doch auch beim Medizinstudium einen solchen Diplomgrad einführen sollten. Vielleicht verbindet man damit die Hoffnung, daß dann einige mehr abspringen und keine AiP-Stelle suchen. Vielleicht will man sich damit auch von der Verpflichtung freimachen, genügend AiP-Stellen bereitzustellen. Es könnte ja durchaus sein, daß sich der Staat dann auf den Standpunkt stellt, der Mediziner habe ein abgeschlossenes Hochschulstudium, denn das steht expressis verbis so im Gesetz. Einen Anspruch auf eine AiP-Stelle kann er deshalb nicht geltend machen. Das wäre dann eine Art Entlastungsversuch, denn man hat natürlich die Sorge, 18 000 oder gar 24 000 Stellen nicht bereitstellen zu können. Der Bund hat ja keine Möglichkeit, auf die Krankenhäuser einen entsprechenden Druck auszuüben. Der Protest war fast einhellig gegen diese Zielsetzung gerichtet. Ich muß aber ausdrücklich darauf hinweisen, daß die Forderung, den Klammersatz zu streichen, an der Rechtslage überhaupt nichts ändert, denn die Länder konnten aufgrund abgeschlossener Prüfung schon bisher Diplomgrade verleihen. Der Klammersatz schafft also keine neue Rechtslage. Insofern könnte er in Hinblick auf die EG-Richtlinie stehenbleiben. Was wir tun müssen, ist, daß wir nun die Länderregierungen ansprechen und dafür Sorge tragen, daß sie jetzt nicht auf die Idee kommen, vielleicht doch noch für die Medizin einen solchen Diplomgrad einzuführen. Wir müssen hier natürlich auch Sorge tragen, daß die Medizinischen Fakultäten mit uns an einem Strick ziehen – ich hoffe, daß von seiten der Fakultäten keine Absicht besteht, auf die Länder einzuwirken, einen *Diplommediziner* einzuführen. Wenn ein Mediziner wissenschaftlicher Assistent in einem

kostensenkende
Marken-Präparate

**AZU-
CHEMIE**

Die Phlogont-Serie

Das bewährte Rheuma-Programm

Diclo-Phlogont®

50 g DM 8.25 50 g DM 8.85
100 g DM 12.95 100 g DM 13.85



**Salbe
Thermal Salbe
Die externe Ergänzung**

Mehr Sicherheit durch Wirkstofftrennung – intern/extern

Diclo-Phlogont®-25/50 Tabl., Diclo-Phlogont® retard, Diclo-Phlogont®-50/100 Zäpfchen, Diclo-Phlogont® Ampullen. **Zus.:** 1 magensaftresist. Tabl.: Diclofenac-Na 25/50 mg, 1 Retardtabl. Diclofenac-Na 100 mg, 1 Zäpfchen: Diclofenac-Na 50/100 mg, 1 Ampulle: Diclofenac-Na 75 mg. **Indik.:** Diclo-Phlogont Tabletten, Zäpfchen, Retardtabletten: Entzündl. aktiv. degenerative und entzündl. rheumat. Erkrankungen des Bewegungsapparates, Arthrosen, chron. Polyarthrit, M. Bechterew, Neuralgien, Lumbago, Ischialgie, Weichteilrheumatismus, nicht-rheumat. entzündl. Schmerzzustände, Gichtanfall. Diclo-Phlogont Ampullen: Akute, schwere Schmerzen in diesen Indikationsgebieten. **Kontraindik.:** Magen- und Darmulcera, Schwangerschaft, Stillzeit, Kinder unter 8 Jahren, Porphyrie, Überempfindlichkeit gegen ASS oder andere nichtsteroidale Antirheumatika, Patienten mit Leberfunktionsstörungen, Bluthochdruck oder Herzinsuffizienz überwachen. Patienten mit Asthma, Heuschnupfen, Nasenpolypen, chron. Atemwegsinfektionen und/oder Überempfindlichkeit gegen Schmerz- und Rheumamittel durch Asthmaanfälle gefährdet. Diclo-Phlogont retard: Kinder unter 12 Jahren. **Nebenwirk.:** Gastrointest. Störungen, okkulte Blutungen, Kopfschmerzen, Erregung, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Schwindel, Überempfindlichkeit, z. B. Hautreaktionen, Bronchospasmen). In der Langzeitbehandlung: Störung der Hämatopoese, Leberschäden, Seltene Magen- oder Darmgeschwüre, u. U. mit Blutung oder Durchbruch. **Wechselw.:** Lithiumpräparate, Digoxin, Diuretika, Kortikoide. **Dos.:** 25 mg Tabl.: Erw. Init. 3 x tägl. 1-2 Tabl., Erhaltungsdosis: 3-4 Tabl. tägl., Kinder ab 8 Jahren 2-3 mg/kg Körpergew. tägl. 50 mg Tabl.: Nur für Erw. Init. 3 x 1 Tabl. tägl., Erhaltungsdosis: 2 Tabl. tägl. **Retardtabl.:** 1 Tabl. tägl., ggf. zusätzl. 1 Tabl. Diclo-Phlogont-50. **50 mg Zäpf.:** Erw. 2-3 Zäpf. tägl. 100 mg Zäpf. : Erw. 1 Zäpf./Tag. **Ampullen:** Möglichst einmalige Injektionsbehandlung. Weiterbehandlung oral oder rektal. Tagesdosen 50-150 mg. Kinder ab 8 Jahren 2-3 mg/kg Körpergewicht. **Phlogont® Salbe.** **Zus.:** (2-Hydroxyethyl)-salicylat 10,0 g. **Indik.:** Degenerative und entzündl.-rheumat. Muskel- und Gelenkerkrankungen, Lumbago, Ischialgie, Sport- und Unfallverletzungen mit Prellungen, Zerrungen, Stauchungen. **Kontraind.:** Salicylsäureüberempfindlichkeit. **Dos.:** mehrmals täglich einmassieren. **Phlogont®-Thermal Salbe.** **Zus.:** (2-Hydroxyethyl)-salicylat 10,0 g, Benzylnicotinat 2,5 g. **Indik.:** Degenerative und entzündl.-rheumat. Muskel- und Gelenkerkrankungen, bei denen eine intensive Durchblutungsförderung angezeigt ist. Lumbago, Ischialgie, Sport- und Unfallverletzungen mit Prellungen, Zerrungen, Stauchungen. **Kontraind.:** Salicylsäureüberempfindlichkeit. **Hinw.:** Nicht auf Schleimhäute oder in die Augen bringen. **Dos.:** mehrmals täglich einmassieren.

Handelsformen und Preise: Diclo-Phlogont®-25 Tabletten: 20 Tabl. (N 1) DM 5.60, 50 Tabl. (N 2) DM 11.95, 100 Tabl. (N 3) DM 19.85; Diclo-Phlogont®-50 Tabletten: 20 Tabl. (N 1) DM 8.90, 50 Tabl. (N 2) DM 19.60, 100 Tabl. (N 3) DM 34.80; Diclo-Phlogont®-50 Zäpfchen: 10 Stk. DM 5.75, 50 Stk. DM 26.70; Diclo-Phlogont®-100 Zäpfchen: 10 Stk. DM 9.95, 50 Stk. DM 42.60; Diclo-Phlogont® retard Tabletten: 20 Tabl. (N 1) DM 13.85, 50 Tabl. (N 2) DM 29.15, 100 Tabl. (N 3) DM 56.25; Diclo-Phlogont® Ampullen: 3 Amp. DM 5.60, 30 Amp. DM 39.85; Phlogont® Salbe: 50 g Tube DM 6.25, 100 g Tube DM 12.95; Phlogont®-Thermal Salbe: 50 g Tube DM 8.85, 100 g Tube DM 13.85.

Azuchemie, 7016 Gerlingen.

Grundlagenfach werden will, muß er promoviert haben und kann nach dem Artikel 47 des Hochschulrahmengesetzes wissenschaftlicher Assistent in theoretischen Grundlagenfächern werden und damit auch eine Hochschullaufbahn beginnen. Er kann nur später nicht direkt am Patienten tätig werden, weil er keine Approbation als Arzt besitzt. Die Einführung eines Diplommediziners könnte zwangsläufig zu einer erheblichen Verwirrung in der Bevölkerung führen. Man muß sich das einmal an einem Beispiel bewußt machen: In den Rechtsvorschriften für die Heilpraktiker, die Regelung ist ja sehr locker, ist festgelegt, „er führt die Bezeichnung Heilpraktiker“. Hochrangige Juristen, wie auch Herr Ltd. Ministerialrat Scholz, sind der Auffassung, der Satz: „er führt die Bezeichnung Heilpraktiker“, heiße nicht, er muß sie führen, sondern er kann sie führen. Bis jetzt blieb gar nichts anderes übrig, denn wenn er Josef Huber aufs Schild schreibt, weiß ja niemand, daß er Heilpraktiker ist. Das heißt, er ist derzeit de facto gezwungen, Heilpraktiker auf sein Schild zu schreiben. Wenn aber der Diplommediziner eingeführt würde, eröffnen sich neue Möglichkeiten. Er kann auf sein Schild schreiben:

„Josef Huber“, wenn er promoviert hat, sogar „Dr. med. Josef Huber, Diplommediziner“ und darunter „Heilpraktiker“. Oder nur „Diplommediziner“ und macht eine Praxis als Heilpraktiker. Die Bevölkerung muß doch dadurch Irreführt werden! Wie soll noch jemand wissen, ob der Diplommediziner nun etwas besseres als der praktische Arzt ist, oder was eigentlich sonst!

Schon an diesem Beispiel sehen Sie, wie gefährlich es wäre, eine solche Bezeichnung einzuführen. Es gibt noch eine schönere: „Magister der Medizin“ wurde von einigen erwähnt. Das würde natürlich noch wohlklingender sein als die nüchterne Bezeichnung „Diplommediziner“. Nun, ich hoffe also, daß die Länder vernünftig bleiben und nach wie vor von der Möglichkeit des Hochschulrahmengesetzes, das wie gesagt, seit zehn Jahren besteht, keinen Gebrauch machen.

Promotionen

Aber zu den Promotionen muß ich Ihnen eine kleine Information geben.

Ich habe Herrn Jürgens gebeten, noch vor dem Ärztetag einmal aus der Datenverarbeitung herauszuziehen, wieviele Kollegen eigentlich noch promovieren. Mir fällt in der letzten Zeit auf, daß ich zunehmend Urkunden für Gebietsärzte unterschreibe, bei denen es oben nicht mehr heißt „Dr. med. Sowieso“, sondern „Der Arzt“ und dann kommt der Name. Wenn man fast jeden Tag Mappen mit Urkunden unterschreibt, dann springt einem das ins Auge. Daraufhin haben wir also eine Statistik gemacht. Dabei zeigt sich, daß in der Gruppe der 25- bis 30jährigen Ärzte, die gerade aus dem Studium kommen, rund 59 Prozent nicht promoviert haben. Die Gruppe der derzeit 31- bis 35jährigen hat zu rund 38 Prozent nicht promoviert. Bei den 36- bis 40jährigen beträgt der Anteil der Nicht-Promovierten 22 Prozent. Wenn Sie vergleichen: Die alten Jahrgänge hatten eine Rate der Nicht-Promovierten, die bei rund vier Prozent lag. Das war immer so die übliche Größenordnung. Nun kann man annehmen, daß von der jüngsten Gruppe, 25 bis 30 Jahre, ein Teil noch promovieren wird, aber wir beobachten – und ich sagte ja schon, auch bei solchen, die die Gebietsweiterbildung abgeschlossen haben – zunehmend Ärzte ohne Promotion. Ich glaube, daß das ein Trend ist und halte das – offen gesagt – für einen ganz bedenklichen Trend, denn eigentlich sollte jemand, der den ärztlichen Beruf ausübt, auch promoviert haben. Er läßt sich ja dann doch als „Herr Doktor“ enreden.

EG-Richtlinie „Allgemeinmedizin“

Meine Damen und Herren, ich habe schon kurz die EG-Richtlinie erwähnt. Seit Jahren ist davon die Rede, daß eine Richtlinie erlassen werden soll, die eine besondere Qualifizierung auch für die allgemeinmedizinische Tätigkeit vorschreibt. Mit Datum vom 1. August 1986 wurde nun die erwartete Richtlinie des Rates über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin beschlossen. In dieser Richtlinie ist festgelegt, daß derjenige, welcher in die Allgemeinmedizin gehen will, zunächst jedenfalls im Rahmen des Sozialversicherungssystems eine zweijährige „ergänzende Ausbildung“ als Vorbereitung auf die allgemeinmedizinische Tätigkeit durchlaufen muß. Mit dieser „ergänzenden Ausbildung“ kann erst begonnen werden, wenn ein mindestens sechsjähriges Studium im Rah-

men der in Artikel 1 der Richtlinie genannten Ausbildung abgeschlossen und als gültig anerkannt worden ist. Daher stammt der Begriff des „abgeschlossenen Studiums“ und deswegen wäre der Klammerzusatz in der Bundesärzteordnung weiter nicht zu beanstanden. Diese zwei Jahre sind dann folgendermaßen geregelt: „Sie ist mehr praktischer als theoretischer Art. Die praktische Ausbildung findet einerseits während mindestens sechs Monaten in zugelassenen Krankenhäusern mit entsprechender Ausrüstung und entsprechenden Abteilungen und andererseits während mindestens sechs Monaten in zugelassenen Allgemeinpraxen oder in zugelassenen Zentren für Erstbehandlung statt.“ Der Zusatz „oder in zugelassenen Zentren für Erstbehandlung“ mußte hier aufgenommen werden, weil wir ja EG-Länder haben, in denen die Primärvorsorge im wesentlichen in den Ambulatorien erfolgt, etwa in Griechenland, weitgehend auch in Portugal, zunehmend in Spanien. Der Trend zum Ambulatorium ist in den EG-Ländern außerordentlich stark. Es wird dann ausdrücklich betont, es sei unerheblich, ob diese Ausbildung in der Allgemeinmedizin im Rahmen der Grundausbildung des Arztes im Sinne des einzelstaatlichen Rechtes oder außerhalb desselben erfolgt. Das heißt also, wenn die AiP-Zeit kommt, entspricht sie der EG-Richtlinie, ja, sie geht sogar noch hinsichtlich der Art und Weise der Ausbildung darüber hinaus, denn für den AiP soll ja vorgeschrieben werden: mindestens sechs Monate in einem operativen, mindestens zwölf Monate in einem nicht-operativen Fach. Die EG-Richtlinie spricht nur von Krankenhäusern mit entsprechender Ausstattung. Wie sich das nun entwickelt, bleibt abzuwarten. Die EG-Richtlinie wird erst wirksam in fünf Jahren und voll wirksam erst in zehn Jahren. Die EG-Mühlen mahlen außerordentlich langsam. Ich möchte deswegen bei dieser Gelegenheit, nachdem ja diese Dinge noch alle im Fluß sind, daran erinnern, daß ich schon vor eineinhalb Jahren vorgeschlagen habe, wir sollten uns innerhalb der Körperschaften auf Bundesebene und der Verbände darüber einigen, daß wir gegenüber dem Gesetzgeber fordern, als Mindestvoraussetzung die abgeschlossene AiP-Zeit plus sechs Monate in einer Allgemeinpraxis vorzuschreiben. Ich glaube, wir hätten damit eine Basis gefunden, die realistisch gewesen wäre. Aber leider gehen die Mei-

Tremarit®

selektiv tremorwirksam



WANDER PHARMA GMBH ·
8500 Nürnberg
Tremarit® 5 mg · Tremarit® 15 mg

Zusammensetzung

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

Anwendungsgebiete

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

Gegenanzeigen

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Resthambildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Myasthenia gravis. Tierexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise für

eine keimschädigende Wirkung von Tremarit. Die Anwendung sollte jedoch in der Frühschwangerschaft nur unter sorgfältiger Risikoabwägung erfolgen.

Nebenwirkungen

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

Weitere Angaben zu Tremarit:

Dosierung und Anwendungsweise

Entscheidend für den Therapieerfolg ist die individuelle Dosierung, wobei die optimale Tremarit-Dosis grundsätzlich langsam aufgebaut werden sollte. Es empfiehlt sich folgende Vorgehensweise: 1. Behandlungswoche: 3 x ½ Tablette Tremarit 5 mg über den Tag verteilt · 2. Behandlungswoche: morgens 1 Tablette, mit-

Dieses Bild stammt aus der WANDER-Photoedition »IMAGO TREME« Photograph Albert T. Schaefer, Stuttgart

tags und abends je ½ Tablette Tremarit 5 mg · 3. Behandlungswoche: morgens und mittags je 1 Tablette, abends ½ Tablette Tremarit 5 mg · 4. Behandlungswoche: 3 x 1 Tablette Tremarit 5 mg pro Tag. Diese Steigerung der Tagesdosis in wöchentlichen Abständen um jeweils ½ Tablette ist fortzuführen, bis die individuell optimale Dosis erreicht ist. Für die anschließende Dauerbehandlung ist ggf. eine Umstellung auf Tremarit 15 mg-Tabletten sinnvoll. Erfahrungswerte für die optimale Tremarit-Dosis bei verschiedenen Krankheitsbildern:
● Alters- und habituellem Tremor: 10-20 mg
● Neuroleptika-Parkinsonoid: 20-30 mg
● Morbus Parkinson: 30-60 mg (gleichzeitige L-Dopa-Gaben können um ca. ½ reduziert werden).

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln
Amantadin, Chinidin und trizyklische Antidepressiva können die anticholinerge Wirkung von Tremarit verstärken.

Hinweise

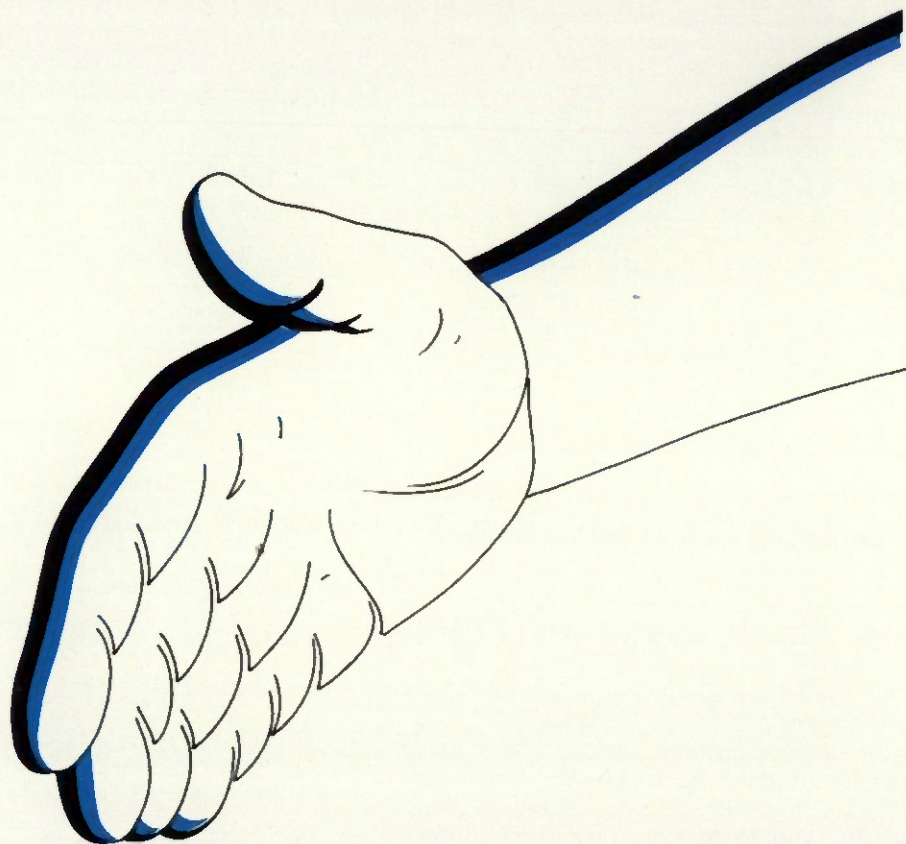
Wegen des gelegentlich zu Beginn der Behandlung auftretenden leichten Schwindels und Anpassungsstörungen des Auges ist eine mögliche Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und bei Präzisionsarbeit zu beachten. Antidot: Neostigmin 0,5-2,5 mg, ist intramuskulär oder langsam intravenös zu injizieren, kann gegebenenfalls wiederholt werden.

Handelsformen

Tabletten 5 mg: Originalpackungen zu 30 (N1), 50 (N2) und 100 Stück (N3) DM 15,05; DM 24,- und DM 40,95
Anstaltspackungen
Tabletten 15 mg: Originalpackungen zu 50 (N2) und 100 Stück (N3) DM 58,04 und DM 104,05
Anstaltspackungen
Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, August 1986

WANDER
PHARMA

Vertrauen aus Erfahrung



Gelonida® NA

Gegen stärkere Schmerzen, z. B. Kopfschmerzen

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Acetylsalicylsäure 250 mg, Paracetamol 250 mg, Codeinphosphat $\frac{1}{2}$ H₂O 10 mg. 1 Zäpfchen Gelonida® NA für Erwachsene enthält: Acetylsalicylsäure 500 mg, Paracetamol 500 mg, Codeinphosphat $\frac{1}{2}$ H₂O 20 mg. 1 Zäpfchen Gelonida® NA für Kinder enthält: Acetylsalicylsäure 125 mg, Paracetamol 125 mg, Codeinphosphat $\frac{1}{2}$ H₂O 5 mg. 5 ml Gelonida® NA Saft enthalten: Natriumsalicylat 125 mg, Paracetamol 125 mg, Codeinphosphat $\frac{1}{2}$ H₂O 5 mg. **Anwendungsgebiete:** Stärkere Schmerzen wie Kopf-, Zahn-, Regelschmerzen, Hals- und Ohrenscherzen, Muskel-, Gelenk-, Kreuz- und Nervenschmerzen, Stumpfschmerzen, Husten in Verbindung mit Fieber bei Erkältungskrankheiten. **Gegenanzeigen:** Ulcus ventriculi et duodeni; hämorrhagische Diathese, schwere Nierenschäden. Vorsicht bei gleichzeitiger Therapie mit Antikoagulanzen, bei Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenasemangel, bei Asthma, bei Überempfindlichkeit gegen Paracetamol, Salicylate, andere Antirheumatika/Antiphlogistika oder andere allergene Stoffe, bei chronischen oder wiederkehrenden Ulcera ventriculi et duodeni, bei vorgeschädigter Niere, in der Schwangerschaft, insbesondere in den letzten 3 Monaten. Vorsicht bei vorgeschädigter Leber. **Nebenwirkungen:** Magenbeschwerden, Magen-Darm-Blutverluste; selten allergische Reaktionen; sehr selten Thrombozytopenie. **Wirkungsweise:** Acetylsalicylsäure und Paracetamol vermindern die Schmerzempfindung und führen zu einer deutlichen Fiebersenkung. Codein wirkt analgetisch sowie sedativ und dämpft das Hustenzentrum. **Hinweise:** Erhöht werden die Wirkung von Antikoagulanzen, das Risiko einer Magen-Darm-Blutung bei gleichzeitiger Behandlung mit Kortikoiden, die Wirkungen und Nebenwirkungen aller nichtsteroidalen Rheumamittel, die Wirkung oraler Antidiabetika, die Nebenwirkungen von Methotrexat. Vermindert werden die Wirkungen von Spiranalactan, Furosemid, harnsäureausscheidenden Gichtmitteln. Zusammen mit Antikoagulanzen sollte Gelonida® NA nur unter Kontrolle der Gerinnungswerte angewendet werden. Individuelle Unterschiede in der Wirkung, - besonders in Verbindung mit Alkohol - können das Reaktionsvermögen beeinträchtigen. **Handelsformen und Preise:** Packung mit 10 Tabletten (N 1) DM 4,10 m. MwSt., Packung mit 20 Tabletten (N 2) DM 6,50 m. MwSt., Packung mit 100 Tabletten DM 26,55 m. MwSt., Packung mit 5 Zäpfchen für Erwachsene DM 5,95 m. MwSt., Packung mit 10 Zäpfchen für Erwachsene DM 9,95 m. MwSt., Packung mit 5 Zäpfchen für Kinder DM 4,75 m. MwSt., Packung mit 10 Zäpfchen für Kinder DM 7,30 m. MwSt., Packung mit 50 ml Saft DM 6,85 m. MwSt., Packung mit 100 ml Saft DM 12,45 m. MwSt., Anstaltspackungen.

Gödecke AG · 1000 Berlin 10

Stand: August 1986

GÖDECKE

Gödecke AG · 1000 Berlin 10

nungen nach wie vor hier sehr auseinander.

Reform des Medizinstudiums

Das Thema „Reform des Medizinstudiums“ kann ich heute ganz kurz abhandeln. Es wird natürlich dauernd darüber diskutiert, daß das Medizinstudium schon wieder reformiert werden soll, obwohl die derzeitige Approbationsordnung überhaupt noch nie richtig zum Tragen gekommen ist. Sie wurde ja überrollt von den viel zu hohen Studentenzahlen. Es gibt einen konkreten Entwurf einer Reform des Medizinstudiums. Er stammt von den SPD-reglierten Ländern und seine Hauptkennzeichen sind: Wegfall der naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer, Einführung von Wahlpflichtfächern, Reduzierung der Prüfungsfächer. Im dann noch verbleibenden vorklinischem Bereich, der nicht mehr scharf getrennt ist, sollen statt bisher neun nur noch fünf Fächer geprüft werden und im klinischen Bereich sollen die Prüfungsfächer von bisher 33 auf 13 reduziert werden. Das heißt, wir bekämen dann junge Ärzte, die weite Bereiche der Medizin während des Studiums überhaupt nicht mehr kennengelernt hätten. In diesem Entwurf spricht man von einer „Entrümpelung des Medizinstudiums“. Nun, ich würde eher sagen, man macht aus dem Medizinstudium eine handwerkliche Ausbildung, man entzieht ihr die naturwissenschaftlichen Grundlagen und führt damit zu einer völlig anderen Medizin; denn wenn wir so weit von den wissenschaftlichen Grundlagen weggehen, den jungen Arzt in die Praxis entlassen, obwohl er viele Bereiche der Medizin überhaupt nicht kennengelernt hat, dann kann das nicht mehr ein Medizinstudium sein, wie wir es uns vorstellen. Ich hoffe, daß dieser Entwurf keine Chancen hat. Aber man wird natürlich überlegen können, was sich verbessern läßt. Das Kernproblem bleibt nach wie vor die hohe Studentenzahl und so lange wir davon nicht herunterkommen, wird es auch keine sinnvolle Fortentwicklung geben. Für die Zulassung zum Medizinstudium hat man ein neues Verfahren entwickelt. Es gibt neben dem Abiturzeugnis auch eine Kombination Abiturzeugnis mit Testverfahren, zu dem sich ja, wie Sie gelesen haben, 35 000 Bewerber meldeten. Der Test ist, wenn Sie sich das einmal ansehen, recht interessant. Es gibt bereits Schnellkurse, wie man die Testfragen

am besten beantworten kann, damit man besteht. Das läßt sich also einüben. 15 Prozent der Studienbewerber sollen nach einem Auswahlgespräch zugelassen werden, das von Hochschullehrern mit den Bewerbern zu führen ist.

In München haben an der Medizinischen Fakultät gerade in dieser Woche solche Gespräche stattgefunden. In Hannover ist bereits eine Anfechtungsklage anhängig. Das Verwaltungsgericht Hannover hat auch eine Entscheidung erlassen. Nach der Meinung des Gerichtes ist dieser Test verfassungswidrig. Auch beim Verwaltungsgericht in Ansbach ist eine Klage eingereicht worden. Dieses Gericht hat sich für unzuständig erklärt. Wie die Seche weitergeht, wird man also abwarten müssen. Sie erinnern sich, daß ich schon vor einigen Jahren darauf hingewiesen habe, daß das ein Rattenschwanz von Verwaltungsgerichtsverfahren werden kann und damit eine immense Belastung der Medizinischen Fakultäten und ihres Lehrkörpers.

Sogenannte Münchener Krankenhausreform

Mit Aufmerksamkeit und Sorge beobachten wir Bestrebungen in der Landeshauptstadt München hinsichtlich einer, ich muß sagen „sogenannten Krankenhausreform“. Hier wurden Pläne erarbeitet, offenbar im Auftrag des Herrn Oberbürgermeisters, bei denen Ärzte überhaupt nicht beteiligt worden sind. Ich kann nur hoffen, daß aus dieser sogenannten Reform keine Konsequenzen gezogen werden. Die Ärzte der Münchener Krankenanstalten haben hier die volle Unterstützung der Bayerischen Landesärztekammer.

Paragraph 218 – Chefarztausschreibung

Aufregung und Empörung verursacht mit Recht die Ausschreibung einer Chefarztstelle an der Frauenklinik der Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg, in der gefordert wurde, daß die Bewerber für diese Chefarztstelle ihre Bereitschaft erklären müssen, Schwangerschaftsabbrüche auf der Grundlage des geltenden Rechtes durchzuführen. Der Paragraph 5 unserer Berufsordnung hat die Überschrift „Erhaltung des ungeborenen Lebens“. Der Arzt ist grundsätzlich

verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten, er kann nicht gegen sein Gewissen gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen. Bewirbt sich nun jemand um diese Stelle, dann hat er bereits eine Grundsatzentscheidung getroffen, nämlich die, daß er auf der Grundlage des geltenden Rechtes bereit ist, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Ich bin aber der Meinung, daß dieser Kollege – auch wenn er diese Erklärung abgibt – immer noch in jedem Einzelfall berechtigt und verpflichtet ist, nach dem Paragraphen 218 Fall für Fall zu prüfen, ob die Grundlagen des Gesetzes überhaupt beachtet worden sind. Wir sind uns doch völlig darüber klar, meine Kolleginnen und Kollegen, daß die Masse der Schwangerschaftsabbrüche aufgrund der sogenannten sozialen Indikation eben mit dem Gesetz, so wie es geschrieben steht, überhaupt nicht übereinstimmt. Aber kein Mensch kümmert sich darum, man läßt das einfach laufen. Es heißt ja schließlich im Gesetz (§ 218 a Abs. 2 Ziffer 3):

„... der Abbruch der Schwangerschaft sonst angezeigt ist, um von der Schwangeren die Gefahr einer Notlage abzuwenden, die

a) so schwer wiegt, daß von der Schwangeren die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und

b) nicht auf eine andere für die Schwangere zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

Sollten sich also Kollegen für diese Chefarztstelle bewerben aufgrund ihrer grundsätzlichen Bereitschaft zum Schwangerschaftsabbruch, und nachher im Einzelfall Schwangerschaftsabbrüche ablehnen, dann werden sie dafür die volle Unterstützung der ärztlichen Berufsvertretung in Bayern haben. Wir müssen unter Umständen hier einmal ein Exempel statuieren.

Es ist allerdings schon bedrückend, wenn man dann in den Nürnberger Zeitungen liest, der Stadtrat möchte dadurch verhindern, daß Tausende von Nürnberger Frauen in eine bestimmte Privatklinik wandern, wo jeden Tag reihenweise Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Das ist die andere Seite dieser Entwicklung, und rechtlich, das darf ich betonen, ist gegen den Text dieser Anzeige nichts zu unternehmen.

Gesundheitsvorsorge und Früherkennung

Melne Kolleginnen und Kollegen, Sie haben eine Reihe von Anträgen vorliegen und es ist Ihnen sicher aufgefallen, daß wir uns in den Anträgen, die aus der Mitte des Vorstandes kommen, ganz schwerpunktmäßig auf Gesundheitsvorsorge und Früherkennung konzentriert haben. Wir sind der Meinung, daß es wieder einmal Zeit ist, ganz nachdrücklich die Bevölkerung auf diese Möglichkeiten hinzuweisen und auch auf die Folgen, wenn von diesen Angeboten kein Gebrauch gemacht wird. Ich habe gestern abend dazu bereits einige Anmerkungen gemacht und möchte sie nicht wiederholen. Aber ich glaube, wir müssen gerade in der Öffentlichkeit immer wieder betonen, wie weit die Verantwortung der Ärzte geht und wie weit die des einzelnen Bürgers. Es ist einfach eine Unmöglichkeit und eine Unehrllichkeit, wenn man immer wieder liest, die Medizin sei so teuer geworden, wir geben so viele Milliarden aus, und in Wirklichkeit sterben die Leute am Herzinfarkt und an allen möglichen Erkrankungen. Das hat mit der Leistung der Medizin überhaupt nichts zu tun. Wir können nur anbieten. Der Bürger muß von den Angeboten Gebrauch machen. Vor allem müssen die Menschen bereit sein, ihr eigenes Verhalten zu ändern, sich also von den „Risikofaktoren“ frei zu machen! Ich habe gestern in unserer Pressekonferenz die anwesenden Journalisten und auch das Fernsehen dringend gebeten, diese Appelle an die Öffentlichkeit zu übernehmen und weiterzugeben, damit wir vielleicht wieder einen Anstoß geben können und die Zahlen sich verbessern. Es ist erschütternd, wie gering die Beteiligung ist! Denken Sie an die Rötelnimpfung – ich habe es gestern abend erwähnt –, daß die Beteiligung der jungen Mädchen vor der Pubertät lediglich bei 20 Prozent liegt. Ich hoffe also, daß es einen Anstoß gibt. Für die

praktizierenden Ärzte kann ich darauf hinweisen, daß wir bei unserem neuen Vertrag mit den RVO-Kassen in Bayern die Früherkennungsuntersuchungen und die Impfungen nicht in die Fall-Pauschalregelung einbezogen haben. Diese Leistungen werden außerhalb der Fall-Pauschale bezahlt mit einem Punktwert von derzeit 10,7 und ab 1. Januar 10,9 Pfennigen.

Änderung des Kammergesetzes

Daß das Kammergesetz inzwischen geändert wurde, ist Ihnen bekannt. Bei Kreisverbänden mit mehr als 2000 Mitgliedern muß eine Delegiertenversammlung gewählt werden, die die Funktionen der Mitgliederversammlung übernimmt. Ich brauche wohl nicht besonders zu betonen, daß diese Gesetzesänderung nicht das leiseste zu tun hat mit „Angst vor der Basis“, wie das im Münchener Raum von einigen hingestellt wurde. Uns geht es darum, daß die Selbstverwaltung funktionieren muß, und dies ist in großen Kreisverbänden über eine Mitgliederversammlung eben nicht mehr machbar. Man ist so vielen Zufällen ausgeliefert, daß eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben nicht mehr möglich ist. Das Ganze ist also auch keine „Lex München“, wengleich München der erste Kreisverband ist, der davon betroffen ist. München wird also im November für den Ärztlichen Kreisverband eine Delegiertenversammlung wählen und jeder andere Kreisverband, der die Zahl von 2000 Mitgliedern überschreitet, wird dann ebenfalls verpflichtet sein, eine Delegiertenversammlung zu wählen, die dann die Funktionen – ich sagte es schon – der Mitgliederversammlung wahrnimmt. Ich habe den Ärztlichen Kreisverbänden empfohlen, zu überlegen, ob es nicht in großen Kreisverbänden sinnvoll wäre, für die Vorstandswahl die Briefwahl einzuführen. Das war lediglich ein Vorschlag, denn

in keiner Weise soll auf einen Ärztlichen Kreisverband Einfluß genommen werden. Sie haben die freie Entscheidung, wie sie das halten wollen. Die Kreisverbände haben aber zum Teil Mitgliederzahlen, bei denen eben tatsächlich in der Mitgliederversammlung eine wirklich auf einer breiten Grundlage durchzuführende Wahl nicht mehr möglich ist. Das Kammergesetz bedingt, wie Sie inzwischen gehört haben, auch einige Änderungen in der Mustersatzung der Ärztlichen Kreisverbände. Wir haben für Sie inzwischen ein fertiges, neues Exemplar dieser Mustersatzung ausgearbeitet und ich glaube, Sie müßten es schon in Händen haben, daß Sie nicht lange suchen müssen, welche Änderungen zu erfolgen haben. Damit soll Ihnen die Arbeit erleichtert werden.

Ausblick

Lassen Sie mich abschließend noch eine sorgenvolle Frage ansprechen: Wie soll es denn eigentlich weitergehen?

Wir beobachten die immer mehr ansteigenden Arztlzahlen, wir haben mit Sicherheit – wie ich schon ausführte – bereits Tausende junger Ärzte, die keinen bezahlten Arbeitsplatz finden. Die Aussichten für eine signifikante Erhöhung der Zahl der Planstellen beurteile ich nicht sehr optimistisch. Es werden sicherlich einige mehr werden, aber mit Sicherheit nicht so viele, daß damit das Problem zu lösen ist. Wir sehen immer deutlicher die Auswirkungen der Überfüllung in der freien Praxis, Rückgang der Fallzahlen, sinkende Umsätze. Wir beobachten mit recht großer Sorge, wie Kollegen, die als Gebietsärzte tätig sind, versuchen, die Grenzen ihres Fachgebietes auszudehnen, um ihr Arbeitsfeld zu erweitern. Wir beobachten, wie sich Unzufriedenheit, Unruhe und Existenzangst bei den Kollegen ausbreitet. Die ärztliche Selbstverwaltung, vor allem die kassenärztliche, muß immer öfter ordnend eingreifen und sich damit unbeliebt machen. Bei den Kollegen ist davon die Rede, daß die Kassenärztliche Vereinigung ihr Feind sei und nicht ihre Organisation. Aber die Ordnungsfunktionen müssen nun einmal wahrgenommen werden. Wenn wir in die Zukunft blicken, müssen wir zugeben, daß sich noch kein Hoffnungsschimmer zeigt, daß etwa die Nachwuchszahl zurückgehen würde. Die Jahrgänge sind nach wie vor mit 12 000

Bayerische Ärzteversorgung

Der Bericht der Bayerischen Ärzteversorgung über das Geschäftsjahr 1985 sowie der Rechnungsabschluß 1985 wurden vom Landesausschuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 25. Oktober 1986 ausführlich diskutiert und zustimmend entgegengenommen.

Ein Exemplar des Geschäftsberichtes wird auf Wunsch jedem Mitglied gerne übersandt.

Postanschrift: Bayerische Ärzteversorgung, Postfach, 8000 München 22

isoptin[®]

Calcium-Antagonist

Für alle Formen der KHK
– individuell dosierbar
– patientengerecht

Isoptin[®] retard

2 x täglich

Isoptin[®] 120 mg
Isoptin[®] 80 mg
Isoptin[®] mite (40 mg)

3 x täglich

Isoptin[®] mite · Isoptin[®] 80 mg · Isoptin[®] 120 mg · Isoptin[®] retard

Zusammensetzung: 1 Filmtablette enthält 40 mg (Isoptin mite) bzw. 80 mg bzw. 120 mg Verapamilhydrochlorid. 1 Retardtablette Isoptin retard enthält 120 mg Verapamilhydrochlorid in spezieller galenischer Zubereitung mit kontinuierlicher Wirkstofffreisetzung. **Indikationen:** Koronare Herzerkrankung; chronische stabile Angine pectoris (klassische Belastungsangine); Ruheangina, einschließlich der vasospastischen (Prinzmetal-Angina, Variant Angine) sowie der instabilen Angine (Crescendo-, Präinfarkt-Angine); Angina pectoris bei Zustand nach Herzinfarkt. Hypertonie. Prophylaxe tachykarder Rhythmusstörungen. **Kontraindikationen:** Isoptin darf nicht angewendet werden bei: Herz-Kreislauf-Schock, kompliziertem frischem Herzinfarkt (Bradykardie, ausgeprägte Hypotonie, Linksinsuffizienz); schweren Erregungsleitungsstörungen (AV-Block II. und III. Grades, sinuatrialer Block) und Sinusknotensyndrom (Bradykardie-Tachykardie-Syndrom). Vorsicht ist geboten bei: AV-Block I. Grades, Sinusbradykardie < 50 Schläge/min, Hypotonie < 90 mm Hg systolisch, Vorhofflimmern/Vorhofflattern bei gleichzeitigem Vorliegen eines Präexzitations-syndroms, z.B. WPW-Syndrom (hier besteht das Risiko, eine Kammer tachykardie auszulösen), Herzinsuffizienz (vor der Behandlung mit Isoptin ist eine Kompensation mit Herzglykosiden erforderlich). Während einer Schwangerschaft (besonders im ersten Drittel) und in der Stillzeit sollte Isoptin nur bei zwingender Indikation eingenommen werden. **Nebenwirkungen:** Verschiedene Herz-Kreislauf-Effekte von Verapamil können gelegentlich, insbesondere bei höherer Dosierung oder entsprechender Vorschädigung, über das therapeutisch erwünschte Maß hinausgehen: Herabsetzung der Herzfrequenz (AV-Blockierung, Sinusbradykardie), des Blutdrucks (Hypotonie), der Herzkraft (Verstärkung von Insuffizienzsymptomen). Über Verstopfung wird des öfteren berichtet. Selten kann es zum Auftreten von Übelkeit, Schwindel bzw. Benommenheit, Kopfschmerz, Gesichtsröte, Müdigkeit, Nervosität und Knöchelödemen kommen. Einige Einzelbeobachtungen über allergische Hauterscheinungen (Hautrötung, Juckreiz) liegen vor, ferner über eine reversible Erhöhung der Transaminasen und/oder alkalischen Phosphatase, wahrscheinlich als Ausdruck einer allergischen Hepatitis. Die Behandlung des Bluthochdrucks mit diesem Arzneimittel bedarf der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle. Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol.

Dosierung: Der Wirkstoff Verapamil ist individuell, dem Schweregrad der Erkrankung angepaßt, zu dosieren. Erwachsene erhalten 1–2 Filmtabletten Isoptin mite bzw. 1 Filmtablette Isoptin 80 mg bzw. Isoptin 120 mg 3–4 mal täglich bzw. Isoptin retard 1–2 Retardtabletten 2 mal täglich. Eine Tagesdosis von 480 mg Verapamil sollte als Dauertherapie nicht überschritten werden; eine kurzfristige Erhöhung ist möglich. Bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion wird in Abhängigkeit vom Schweregrad wegen eines verlangsamten Arzneimittelabbaus die Wirkung von Verapamil verstärkt und verlängert. Deshalb sollte in derartigen Fällen die Dosierung mit besonderer Sorgfalt eingestellt und mit niedrigeren Dosen begonnen werden (z.B. bei Patienten mit Leberzirrhose zunächst 3 mal täglich 1 Filmtablette Isoptin mite). Kinder: Richtdosis bei Störungen der Herzschlagfolge: Ältere Vorschulkinder bis 6 Jahre: 2–3 mal täglich 1 Filmtablette Isoptin mite (80–120 mg/Tag); Schulkinder: 2–3 mal täglich 1–3 Filmtabletten Isoptin mite (Tagesdosis bis maximal 360 mg). Auskünfte zur sachgerechten Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern können Ärzte und Apotheker beim Hersteller (Tel. 0621/5890) erhalten. **Wechselwirkungen:** Bei gleichzeitiger Gabe von Isoptin und anderen herz-wirksamen Arzneimitteln (z.B. Betarezeptorenblocker, Antiarrhythmika) sowie Inhalationsanästhetika kann es zu einer gegenseitigen Wirkungsverstärkung auf Herz und Kreislauf kommen (AV-Blockierung, Bradykardie, Hypotonie, Herzinsuffizienz). In Kombination mit Chinidin sind bei Patienten mit hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie einzelne Fälle von Hypotonie und Lungenödem beschrieben worden. Die intravenöse Gabe von Betarezeptorenblockern sollte während der Behandlung mit Isoptin unterbleiben. Isoptin kann die Wirkung anderer Antihypertonika verstärken. Erhöhungen des Digoxin-Plasmaspiegels bei gleichzeitiger Gabe von Verapamil sind beschrieben. Deshalb sollte vorsorglich auf Symptome einer Digoxin-Überdosierung geachtet und gegebenenfalls die Digitalisspiegel bestimmt und nötigenfalls eine Reduzierung der Glykosiddosis vorgenommen werden. **Handelsformen:** Isoptin[®] mite: 20 Filmtabletten (N1) DM 7,32, 50 Filmtabletten (N2) DM 15,70, 100 Filmtabletten (N3) DM 27,20; Isoptin[®] 80 mg: 20 Filmtabletten (N1) DM 12,48, 50 Filmtabletten (N2) DM 26,48, 100 Filmtabletten (N3) DM 43,68; Isoptin[®] 120 mg: 20 Filmtabletten (N1) DM 15,48, 50 Filmtabletten (N2) DM 32,79, 100 Filmtabletten (N3) DM 56,44; Isoptin[®] retard: 20 Retardtabletten (N1) DM 17,56, 50 Retardtabletten (N2) DM 36,83, 100 Retardtabletten (N3) DM 63,10. Stand: April 1986. Knoll AG, 6700 Ludwigshafen, Unternehmen der BASF-Gruppe.

100 JAHRE IM DIENST DER GESUNDHEIT  **knoll**

Medizinstudenten besetzt und, wie ich vorhin schon erwähnt habe, zum letzten Test meldeten sich nicht weniger als 35 000 Abiturienten, die alle irgendwie den Wunsch haben, Medizin zu studieren. Manchmal habe ich schon den Eindruck, daß – ich will nicht sagen viele, aber doch nicht wenige – Kollegen immer noch nicht begriffen haben, in welcher Krise wir uns befinden. Sie meinen, das hört man auch gelegentlich in Versammlungen, die „Funktionäre“ müßten nur einmal richtig auf den Tisch schlagen, einmal richtig „klunkern“, dann würden der Staat und die Krankenhausträger sofort in die Knie gehen, würden Assistentenstellen eingerichtet werden, damit jeder ein Assistentengehalt bekommt, und dann würden die Krankenkassen weichen werden und sagen: Hier ist unser Geldschrank, wieviel wollt Ihr denn haben? Ja, das sind fast naive Vorstellungen in der Beurteilung der tatsächlichen Situation, in der wir uns befinden. Hätten wir normale Nachwuchszahlen, von denen wir seinerzeit ausgingen, nämlich maximal 6000 pro Jahr, dann fände jeder junge Kollege und jede Kollegin eine Assistentenstelle, dann gäbe es kein Problem, und dann hätten auch die Kassenärzte genügend Patienten und genügend Umsatz, natürlich bei entsprechendem Arbeitseinsatz.

Was wir jetzt erleben und zunehmend noch erleben werden, ist das Ergebnis der Bildungspolitik, die in den sechziger Jahren begonnen hat. Jetzt reifen die Früchte dieser unseligen Bildungspolitik, und das trifft nicht nur die Ärzte, das trifft alle akademischen Berufe, wenngleich es sich in unserem Beruf besonders drastisch zeigt. Die Folgen: arbeitslose, brotlose Akademiker, ein erschreckendes Absinken des Lebensstandards auch derjenigen akademischen Berufe, die noch Arbeit haben. Man kann also getrost sagen, das Leitmotiv dieser Bildungspolitik ist nun krasse Wirklichkeit geworden: Studieren kann fast jeder, Anspruch auf einen Arbeitsplatz hat keiner. Daß mit dem Massenstudium, mit dieser Art, junge Menschen auf die Gymnasien zu treiben, natürlich zugleich ein enormer Niveauverlust verbunden ist, brauche ich nur am Rande zu vermerken.

Die Folgen der Bildungspolitik werden verschärft durch die Auswirkungen der Wirtschafts- und Sozialpolitik. Die heute – meines Erachtens zu Recht – betriebene Politik ist ausge-

richtet auf Wirtschaftswachstum. Und zum Wirtschaftswachstum gehören der Export und der Konsum. Sie wissen ja, daß ganze Bereiche unseres Wirtschaftslebens mit Milliardenbeträgen subventioniert werden. Denken Sie an die Stahlindustrie, an den Kohlebergbau oder an die Landwirtschaft, die 60 Prozent des Haushalts der gesamten EG in Anspruch nehmen. Aus der Sicht der Wirtschaftspolitik sind also etwa die Rentenversicherung, die Krankenversicherung, die Arbeitslosenversicherung reine Belastungen. Die Beiträge zu diesem Bereich unserer sozialen Sicherung sind aus der Sicht des Wirtschaftspolitikers die sogenannten Lohnnebenkosten, die dazu beitragen, daß die Produktionskosten steigen und die Konkurrenzfähigkeit nachläßt, so daß also hier ein Spannungsfeld zwischen Wirtschaftspolitik und Sozialpolitik entstehen mußte, wobei der empfindlichste Bereich, wie Sie wissen, die Rentenversicherung ist. Der Beitrag lag in den fünfziger Jahren noch bei 7 Prozent, 1960 war er noch 14 Prozent und heute sind wir bei 18,7 Prozent. Wir waren vorübergehend schon bei 19,2 Prozent. Das wurde wieder etwas abgesenkt, aber dafür hat man den Beitrag zur Arbeitslosenversicherung wieder angehoben. Unsere Rentenversicherung macht seit vielen Jahren eine Gratwanderung, steht immer wieder vor dem finanziellen Abgrund und auch jetzt wird wieder prognostiziert, daß bis zum Anfang der neunziger Jahre wieder ein Defizit von mindestens 100 Milliarden DM zu erwarten ist.

Das ist die politische Wirklichkeit, die wir sehen müssen und wir sollten auch zugeben, daß die derzeitige Koalition und die Bundesregierung keineswegs etwa eine ideologisch geprägte arztfeindliche Politik betreiben. Davon kann keine Rede sein, sondern das ist das Spannungsfeld zwischen Wirtschafts- und Sozialpolitik, wobei natürlich viele sozialpolitischen Geschenke, die sowohl die Linke wie die CDU in den vergangenen Jahren gemacht haben, jetzt ihre Auswirkungen zeigen.

Wir würden uns, glaube ich, wundern, wenn es Ende Januar zu einem Machtwechsel in der Bundesrepublik käme und dann wirklich ideologisch bestimmte Politik in unserem Lande gemacht würde.

Vergessen dürfen wir nicht, daß es natürlich auch in diesem Bereich im-

mer, wenn ich es einmal so nennen darf, „menscheit“. Wir kennen doch die Landräte, die aus voller Überzeugung sagen: „Wieso soll denn ‚mein‘ Chefarzt mehr verdienen als ich, der bedeutende Landrat?“, oder auch die Abgeordneten, die meinen, sie verdienen ja viel weniger als die Ärzte, da könne man immer noch was holen. Das ist auch die Meinung vieler festbesoldeter Akademiker, die einem immer wieder sagen: „Also solange noch so viele Ihrer Kollegen mit dem Mercedes fahren, kann es Ihnen doch eigentlich gar nicht so schlecht gehen, wie Sie immer wieder behaupten!“ Und die Mandatsträger der ärztlichen Körperschaften müssen damit schon – fast möchte ich sagen – einen „Zweifrontenkrieg“ führen. Auf der einen Seite ringen wir mit dem Staat, mit den Körperschaften, mit der Politik, mit der Öffentlichkeit um das Lebensrecht der Ärzte, um Arbeitsplätze, um Arbeitsmöglichkeiten, um Möglichkeiten der Fortentwicklung der ärztlichen Versorgung und der ärztlichen Praxis und auf der anderen Seite müssen wir uns nach Innen gegenüber den Kollegen zur Wehr setzen, die uns vorwerfen, wir würden zu wenig tun, wir sollten einmal endlich den „starken Mann“ markieren.

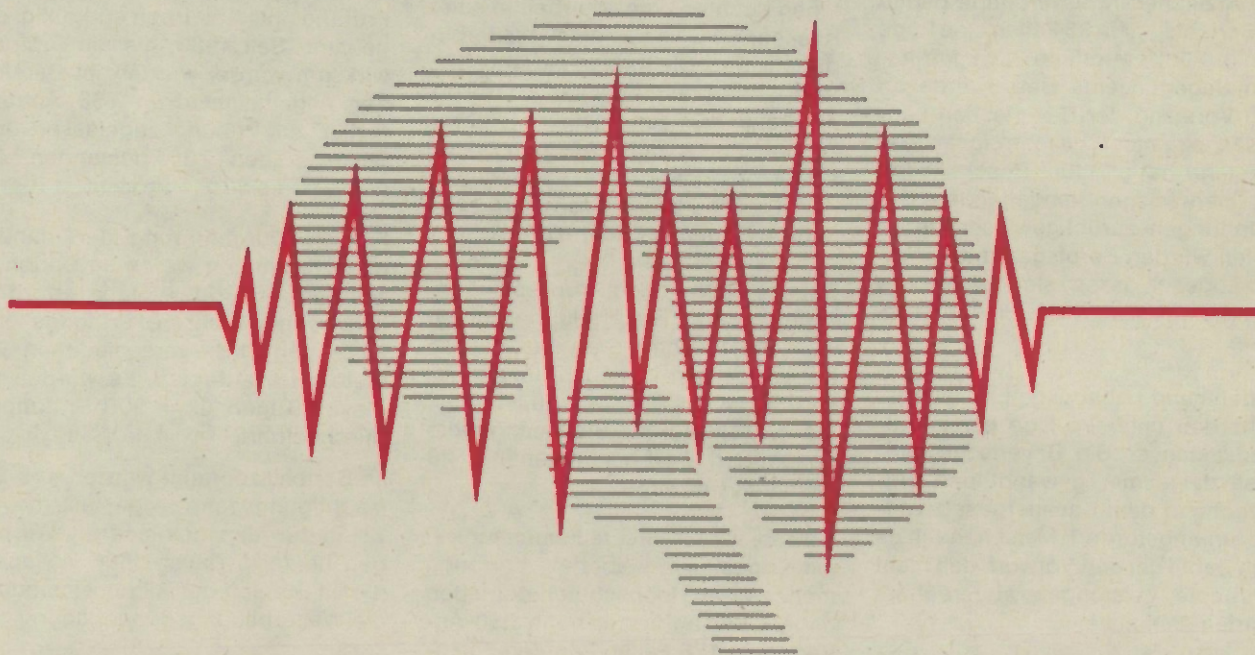
Wenn heute manchmal erklärt wird, es wäre doch viel schöner, wenn diese Körperschaften mit ihrer Pflichtmitgliedschaft verschwinden könnten, dann kann ich nur sagen, für die Ärzte unseres Landes würde es ein bitteres Erwachen geben, wenn sie diese Körperschaften, Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung, eines Tages nicht mehr hätten.

Meine Damen und Herren, ich glaube, wir müssen einfach hinnehmen, daß ein schöner Sommer – und wir hatten Jahre, die man als schönen Sommer bezeichnen kann – vorübergeht und daß es auch einen bitteren Winter geben kann. Ich meine, wir müssen unseren Kolleginnen und Kollegen immer wieder sagen, daß wir für das Funktionieren dieses Gesundheitswesens in der Verantwortung stehen, auch wenn die Verhältnisse sich so verschlechtern. Wir müssen unsere Kraft dafür einsetzen – und das ist mein Appell an alle, die Verantwortung tragen in den Körperschaften und Verbänden –, daß unser Berufsstand diesen kalten Winter übersteht. Es muß der Tag kommen, an dem auch für unseren so gebeutelten ärztlichen Berufsstand wieder die wärmende Sonne scheint!

kostensenkende
Marken-Präparate

**AZU-
CHEMIE**

Der nootrope Cerebralaktivator
verbessert die Hirndurchblutung,
erhöht die Konzentrations-
und Merkfähigkeit



Cerebroforte[®]

Piracetam 800 mg

Zus.: 1 Filmtabl. enth.: Piracetam 800 mg. **Indik.:** Als unterstützende Maßnahme bei himogen. Syndrom im höheren Alter, wenn reduz. Aktiviertheit (vermind. Aktivität, gesteig. Ermüdbarkeit und Konzentrationsschwäche) vorliegt. **Kontraind.:** Depressionen mit Unruhezuständen, psychomotor. Unruhezustände anderer Ursache. Erste 3 Monate der Schwangerschaft. **Hinw.:** Bei Niereninsuff. Patienten regelm. Kontrolle der Kreatininwerte, bei Leberkranken Überwachung des Leberstatus (Transaminasen). **Nebenwirk.:** Psychomotor. Unruhe, Nervosität, Übererregbarkeit, Gereiztheit, Agitation, Angst, Stimmungsschwankungen, Verwirrtheit, Desorientiertheit, eingeschränkte Urteilsfähigkeit, Schlafstörungen (Schlaflosigkeit), verstärktes Schwitzen, Herzklopfen. Vereinzelt Aggressivität, sexuelle Erregung, Steigerung des Appetits, erhöhter Speichelfluß, Übelkeit, Erbrechen. **Wechselwirk.:** Antriebssteigernde Wirkung anderer Medikamente (z. B. Amphetamine, Ephedrine und stimulierende Pharmaka) sowie von Schilddrüsenhormonen kann verstärkt werden. **Hinw.:** Nach Alkoholgenuß, auch in geringer Menge, kann unter Einnahme von Piracetam in therapeut. Dosen das Verhalten im Straßenverkehr erheblich gestört sein. Daher sollte unter Piracetam-Einnahme kein Alkohol getrunken werden. **Dos.:** 3 x tägl. 1 Filmtablette (2,4 g Piracetam/Tag). Auf besondere Anordnung des Arztes kann die Dosis im Einzelfall bis 9,6 g/Tag betragen. Über die Dauer der Anwendung entscheidet der Arzt. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** 30 Tabl. DM 19,65, 60 Tabl. DM 34,80, 90 Tabl. DM 46,75. Azu-chemie, 7016 Geringer

Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

Vizepräsident Dr. H. Braun

Berufsordnung

Einen erheblichen Aufwand im Rahmen der Berufsordnung veranlassen nach wie vor die Anfragen wegen des Gebührenrechts. Ca. 1060 Anfragen gingen im Berichtszeitraum ein; davon wurden rund 160 an die Ärztlichen Kreisverbände abgegeben, die übrigen wurden von der Kammer selbst bearbeitet. Es handelt sich dabei überwiegend um Anfragen von Privatversicherungen und Beihilfeträgern. Anfragen von Patienten und Ärzten nehmen im Verhältnis einen kleineren Umfang in Anspruch.

Die Ärztlichen Kreisverbände haben im Berichtsjahr in 35 Fällen eine Rüge erteilt. Fünf betroffene Kollegen haben dagegen eine Beschwerde an den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer eingereicht. Der Vorstand hat alle fünf Beschwerden mit mehrseitigen eingehenden Begründungen zurückgewiesen. In 17 Fällen wurden Berufungsverfahren abgeschlossen; sie endeten alle mit einem Verweis oder einer Geldbuße.

Zunehmend haben sich Ermittlungsbehörden unter Vorlage der Ermittlungsakten an die Bayerische Landesärztekammer gewandt und entsprechend dem Kammergesetz Gutachten angefordert. Meist handelt es sich dabei um den Vorwurf, daß nicht erbrachte Leistungen abgerechnet worden sein sollen.

Begreiflicherweise nehmen, wegen des zunehmenden Konkurrenzdruckes, die Verstöße gegen das Werbeverbot zu. Bei den ganz wenigen unbeherrschbaren Kollegen, die schon wiederholt durch Berufsgerichte verurteilt wurden und trotzdem weiter Werbung betreiben, wurde in unserem Auftrag ein Rechtsanwalt eingeschaltet, um unlauteren Wettbewerb nach dem „Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb und gegen das Heilmittelwerbegesetz“ zu verfolgen. In allen bisher abgeschlossenen Fällen konnte ein positives Ergebnis erzielt werden.

Seit vielen Jahren wurde immer wieder die Frage gestellt, was mit den Praxisunterlagen bei Praxisaufgabe geschehen muß. Die Bayerische

Landesärztekammer hat nun unter Abwägung aller Gesichtspunkte und unter Berücksichtigung der ärztlichen Schweigepflicht ein Unternehmen gefunden, das in der Lage ist, Unterlagen ordnungsgemäß zu archivieren, wenn keine andere Möglichkeit gefunden werden kann.

Vertreter-/Famulaturvermittlung

Unsere Vertretervermittlungsstelle ist nach wie vor stark in Anspruch genommen. Im Berichtszeitraum wandten sich 827 Kolleginnen und Kollegen an uns mit der Bitte um Vermittlung eines Praxisvertreters. 732 Kollegen suchten eine Mitarbeit in einer Kassenpraxis bzw. eine Weiterbildungsstätte. Die Kammer konnte 586 Vertretungen sicherstellen – das sind 71 Prozent. 91 Antragsteller (elf Prozent) nahmen sich zwischenzeitlich selbst einen Vertreter. 45 Kollegen (fünf Prozent) zogen ihren Antrag aus anderweitigen Gründen zurück.

Bei der Suche nach Arbeitsmöglichkeiten und Weiterbildungsstätten wurden 412 Anträge an uns gestellt. Da die Stellen in den Krankenhäusern meist voll besetzt sind, standen dieser Zahl nur 77 Stellenangebote gegenüber. Davon konnten nur 28 vermittelt werden.

Obwohl wir für unsere Famulaturvermittlungsstelle keinerlei Werbung mehr an den Hochschulen betrieben haben, kamen immer noch 250 Anfragen. In 176 Fällen konnten Famulaturstellen vermittelt werden. 50 Familien haben den Bewerbungsbogen nicht zurückgesandt, vier hatten selbst eine Famulaturstelle gefunden und zwei nahmen aus privaten Gründen Abstand von der Famulatur. Die Zahl der Kollegen, die sich bereit erklärten, Famulatur aufzunehmen, betrug am Stichtag 1. Juli 1986 447 Allgemeinärzte und 394 Ärzte aller Gebiete, zusammen also 841 Kollegen.

Allgemeinmedizin

1985 wurden durch die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns 255 praktische Ärzte und 172 Allgemeinärzte, das sind zusammen 427, zur Kassenarzt-tätigkeit zugelassen. Das bedeutet, daß sich 59 Prozent der Kollegen als

praktische Ärzte und 41 Prozent als Allgemeinärzte niederließen. Damit hat sich gegenüber dem Vorjahr die Zahl der voll weitergebildeten Allgemeinärzte gegenüber den praktischen Ärzten prozentual geringfügig reduziert. 95 Prozent der zugelassenen praktischen Ärzte hatten eine Teilweiterbildung zwischen ein und mehreren Jahren. Gleichgeblieben ist dagegen der Anteil der Ärzte, die keinerlei Weiterbildung aufzuweisen hatten, mit fünf Prozent. Diese letzte Gruppe wird in Zukunft wegfallen, da es ja inzwischen eine eineinhalbjährige Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis gibt. Im Berichtszeitraum wurden 294 Anträge auf Anerkennung als Allgemeinarzt gestellt. Davon legten 193 die Prüfung mit Erfolg ab, neun haben nicht bestanden. 35 erhielten die Anerkennung aufgrund der Übergangsbestimmungen ohne Prüfung und 18 wurden endgültig abgelehnt. Seit 1980, als die Prüfung wirksam wurde, wurden im Bereich der Allgemeinmedizin 758 Antragsteller zur Prüfung zugelassen und davon haben 738 bestanden, 20 nicht, das sind 2,7 Prozent.

Für die Durchführung der mündlichen Prüfungen waren im Berichtszeitraum 30 Prüfungstage erforderlich, wobei mehrere Prüfungskommissionen für die verschiedenen Gebiete parallel tagten. Es wurden an diesen Tagen über 900 Prüfungen durchgeführt.

Im Berichtszeitraum wurden 435 Ermächtigungsanträge gestellt, davon 121 in der Allgemeinmedizin. Wir haben heute in Bayern 506 Kollegen, die im Bereich der Allgemeinmedizin die Weiterbildungsermächtigung besitzen.

Auf alle Gebiete bezogen, hat die Bayerische Landesärztekammer seit Einführung der Prüfungen bis zum 1. Juni 1986 insgesamt 2736 Prüfungen durchgeführt. Sie können sich leicht vorstellen, meine Damen und Herren, welchen Arbeitsaufwand dies sowohl für die Geschäftsführung als auch für die Prüfungsgremien bedeutet.

Arzthelferinnen

Nun noch ein kurzes Wort zur Ausbildung unserer Arzthelferinnen. Wie Sie wissen, ist seit 1. August 1986 die neue Ausbildungsverordnung für Arzthelferinnen in Kraft. Damit wurde einer alten Forderung der Ärzteschaft entsprochen, die Ausbildungszeit von zwei auf drei Jahre zu verlängern.

Leider ist es uns in zähen Verhandlungen mit dem Kultusministerium nicht gelungen, dadurch den zweiten Berufsschultag im ersten Ausbildungsjahr wegzubekommen. Das liegt daran, daß nach der neuen Ausbildungsverordnung ein Berufsgrundschuljahr vorgesehen ist, u. a. mit allgemeinbildenden Inhalten. Der vorgeschriebene Unterrichtsstoff konnte daher an einem Unterrichtstag in allen drei Jahren nicht untergebracht werden. Durch die erreichte Kompromißlösung (zwei Unterrichtstage im ersten Jahr) ist es aber gelungen, das kooperative Ausbildungssystem zwischen Schule und Praxis aufrechtzuerhalten. Nähere Ausführungen dazu würden den Rahmen meines Berichtes sprengen. Die genaue Ausbildungsverordnung wurde übrigens im April-Heft dieses Jahres des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht. Die Zahl der Ausbildungsplätze ist im Berichtsjahr um 28 vermehrt worden. Zur Zeit gibt es in Bayern 6586 Auszubildende in 4763 Arztpraxen. 1985 haben 3237 Auszubildende die Abschlußprüfung abgelegt; davon haben 165, das sind 5,1 Prozent, nicht bestanden.

In Zukunft muß mit höchster Wahrscheinlichkeit mit einer Reduzierung der Ausbildungsplätze gerechnet werden. Das liegt einmal an den schwächeren Geburtsjahrgängen und an einem Rückgang der Zahl von Mädchen, die Ausbildungsplätze in Arztpraxen suchen, zum anderen aber auch sicher an der zunehmend schlechter werdenden wirtschaftlichen Situation der niedergelassenen Ärzte. Schon in den letzten Jahren konnten viele, die die Prüfung bestanden hatten, nicht weiterbeschäftigt werden.

Nach Bekanntwerden der neuen Ausbildungsverordnung hat der Berufsausschuß der Kammer, der sich bekanntlich paritätisch aus sechs Arbeitgebervertretern, sechs Arbeitnehmervertretern und sechs nicht stimmberechtigten Berufsschullehrern zusammensetzt, am 12. März 1986 getagt. Er hat sich mit den Konsequenzen der dreijährigen Ausbildung befaßt und insbesondere die Verteilung der Fächer auf die dreijährige Ausbildung erörtert. Der Vorgabe des Kultusministeriums, das Berufsgrundbildungsjahr in kooperativer Form in die Ausbildung zur Arzthelferin umzusetzen, wurde zugestimmt. Auch der vorgelegte Unterrichtsplan und Ausbildungsplan wurde akzeptiert.

Aus den Ausschüssen

Nach den Referaten von Professor Dr. Dr. h. c. Sewering und Vizepräsident Dr. Braun berichteten die Vorsitzenden der von der Kammer eingerichteten Ausschüsse über Schwerpunkte ihrer Arbeit

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Dr. E. Thäfe

Gestatten Sie mir ein paar Vorbemerkungen vor dem eigentlichen und unmittelbaren deskriptiven Teil dieses Geschäftsberichtes, dies insbesondere darum, weil die Aktualität bei dem großen Aufwand, der mit der ärztlichen Fortbildung betrieben wird, durch eine schon fast unübersehbare Präsentation von Veranstaltungen aller Art, von Büchern, Zeitschriften, Filmen, Kassetten und Bildplatten, uns doch die Frage nahelegt, ob hier der einzelne Arzt auch in seiner freien Wahl nicht überfordert wird. Ist er noch in der Lage, in diesem Angebot, das für ihn Nützliche, Passende und mit der größten Erfolgsaussicht Versehene zu erkennen?

Schon bei der Frage muß man der Antwort mit etwas Skepsis entgegensehen, wenn es sich nicht die Fortbildungsakademien auch zu ihrer Aufgabe gemacht haben, in diese Vielzahl eine gewissen Systematisierung mit einem gezielten Einsatz der Fortbildungsmöglichkeiten zu bringen. Ich meine dieses bezüglich des Zeitpunktes der Veranstaltung, bezüglich der Spezialgebiete und somit der Fortbildungsthematik, bezüglich der aktuellen Erkenntnisse – ich erinnere hier besonders an das interdisziplinäre Forum in Köln, das unter der Generalthematik „Was ist neu, was ist obsolet und was ist wieder neu in der ärztlichen Fortbildung?“ dieses Problem anspricht.

Wir haben in der Vergangenheit in der bayerischen Akademie unser besonderes Augenmerk auch auf die gezielte Abgrenzung der körperschaftsgetragenen Fortbildungsveranstaltungen gerichtet. So sehr wir die Unterstützung unserer Veranstaltungen durch Sachinformationen, z. B. verschiedene Erkenntnisse bei Arzneimittelwirkungen und Nebenwirkun-

gen durch die Pharmaindustrie, zu schätzen wissen, so sehr müssen wir eine gezielte Werbewirkung aber ablehnen.

Auch die gelegentlich großzügig angekündigten neuen Formen ärztlicher Fortbildung, sei es in kleineren Gruppen, sei es in Form von Seminaren, bietet bei näherer Betrachtung jedoch kaum etwas Neues, da zum Teil nach wie vor die „Partnerschaft“ mit einer Arzneimittelfirma besteht, ohne eine „Industriehörigkeit“ unterstellen zu wollen.

Wir sind uns in der Akademie selbstverständlich auch völlig klar darüber, daß eine reine Pharmainformation von einer Werbung nicht immer so streng zu trennen ist, wie es wünschenswert wäre.

Trotzdem bin ich gebeten worden, nochmals an alle Fortbildungsverantwortlichen von dieser Stelle aus zu appellieren, eine Pharmawerbung nicht zuzulassen.

Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung hat im Berichtszeitraum am 18. Oktober 1985, am 23. Januar 1986 und am 18. Juni 1986 satzungsgemäß getagt. Über die abschließlichen Aktivitäten der ärztlichen Fortbildung durch die Berufsvertretung der Ärzte Bayerns ist bereits im „Bayerischen Ärzteblatt“ ausführlich informiert worden, so daß ich in diesem Zusammenhang darauf nochmals verweisen darf.

Gestatten Sie mir zum besseren Verständnis noch ein Zitat der Akademie aus dem Geschäftsbericht von 1984: „Es müssen Ordnungsstrukturen geschaffen werden und andererseits eine Art Gütesiegel für offizielle von Körperschaften durchgeführte Fortbildungsveranstaltungen. Es sollte bei Respektierung weitgehendster Liberalität vor allem die Einflußnahme auf die Bestimmung der Thematik und der Referenten vom Veranstalter nicht nur erhalten, sondern auch für die Zukunft noch weiterhin differenzierter gestaltet werden. Die bloße Übernahme einer durch die Phar-

maindustria vorgeschlagenen mittelbaren oder unmittelbaren Werbeveranstaltung konnte und kann nicht die Zustimmung der körperschaftseigenen Fortbildung finden.“ Soweit aus dem Bericht von 1984. Zwischenzeitlich haben wir dieses Ansinnen dank der Mitarbeit und Zustimmung des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer aktualisiert oder fixiert, in dem der Vorstand beschlossen hat, daß ärztliche Fortbildungsveranstalter, die den Zusatz „Im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer – Akademie für ärztliche Fortbildung“ oder „In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer – Akademie für ärztliche Fortbildung“ wünschen, Vorbildungen erfüllen müssen:

1. Vorherige Absprache von Zeit, Ort, Themen und Referenten mit den jeweils zuständigen ärztlichen Körperschaften (Kreisverbände, Bezirksverbände und/oder Ärztekammer).
2. Verpflichtung, daß Ihre Veranstaltung nicht der Medikamentenwerbung dient.
3. Verpflichtung zur Einhaltung der Empfehlungsvereinbarungen der Arbeitsgemeinschaft der Akademien.

Bei den hier angeführten Empfehlungsvereinbarungen sind einige Richtlinien als Hilfestellung für die Organisatoren von Fortbildungsveranstaltungen und für die Referenten herausgegeben worden. Dabei handelt es sich um die Teilnehmerzahl, Vortragsdauer, Diskussionsleitung, Tischvorlagen, Dias, Filme, Seminare usw. Auch daraus mögen Sie, bitte, entnehmen, daß das, was hier und da als neu von Fortbildungsveranstaltungen propagiert wird, nicht nur längst bekannt, sondern auch als praktikabler Vorschlag den Fortbildungsveranstaltungen offeriert wird.

In der Jullisitzung der Akademie, die aus organisatorisch und zeitlichen Gründen ihren Niederschlag noch nicht im „Bayerischen Ärzteblatt“ finden konnte, haben wir uns im wesentlichen mit folgenden Themen befaßt:

Die zeitlichen Überschneidungen regionaler und überregional angeregter Fortbildungsveranstaltungen wurden von den Mitgliedern außerordentlich bedauert, da dies naturgemäß die Besucherzahl der Kollegen bei den Einzelveranstaltungen erheblich reduziert. Auch hier wurde

wieder besonders auf den Kammerbeschuß vom 28. Juli 1985 verwiesen, nach dem ja die vorherige Absprache über Zeit und Thematik der Veranstaltung mit den jeweiligen Kreis- oder Bezirksverbänden erfolgen sollte.

Die Neuauflage der Referentenliste war ein besonders intensiver Gesprächsgegenstand, an dem sich sämtliche Mitglieder des Ausschusses mit regen Diskussionsbeiträgen beteiligten. Es wurde einstimmig beschlossen, daß Anfang 1987 alle Referenten der jetzt vorliegenden Liste mit dem Tenor persönlich angeschrieben werden sollten, daß sie den dem Schreiben beigelegten Kammerbeschuß vom 20. Juli 1985 vollinhaltlich und ohne Abstrich akzeptieren. Somit könne er weiter in der Referentenliste erscheinen.

Bei den Schwerpunktthemen wurde zunächst dem Vorschlag des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung gefolgt: endoskopische Verfahren, Indikationen, Möglichkeiten und Grenzen in der Pneumologie und Gastroenterologie, die Diagnose und Therapie der Depressionen und die Diagnose und Therapie bei Ulkuskrankheiten als interdisziplinäre Aufgabe. Als zusätzliches Schwerpunktthema für das Jahr 1987/88 sah es der Ausschuß für vorrangig an, daß bei geeigneten Krankheitsbildern die Referenten auf die Lebensführung und die ernährungsphysiologischen Gesichtspunkte in Vorsorge und Therapie eingehen sollten.

Bevor ich meine Ausführungen schließe, möchte ich noch einen Zukunftsaspekt unserer Akademietätigkeit bzw. unserer Akademieaufgaben anführen, der sich – wie anfangs erwähnt – mit dem Nachweis durchgeführter Fortbildung beschäftigen sollte. Ich bin nicht überzeugt, daß die zukünftige reglementierte Abgabe von nur zwei Arzneimustern pro Medikament und pro Jahr eine auffällige Reduzierung der Arzneimittelpreise, aber auch die – wie vom Gesetzgeber wohl gewollt – Reduzierung übertriebener Arzneimittelwerbetätigkeit herbeiführen wird.

Meines Erachtens wird das Gegenteil der Fall sein, vor allen Dingen, was die Arzneimittelwerbung anbelangt. So besteht für uns um so mehr die Verpflichtung, vermehrte Anstrengungen zu einer Abgrenzung von diesen Veranstaltungen, aber andererseits

auch zum Nachweis der Teilnahme an den körperschaftsgetragenen Fortbildungsveranstaltungen zu unternehmen.

Zum Abschluß meiner Ausführungen bedanke ich mich bei allen Mitgliedern der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung für ihre Aufgeschlossenheit, da durch sie auch im vergangenen Jahr erneut eine außerordentliche Arbeit bewältigt werden konnte. Ich bedanke mich bei Kollege Stordeur, bei dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und unserem Kammerpräsidenten für die aufgeschlossene Hilfe, die konstruktiven Vorschläge und für die zustimmenden Beschlüsse der Anträge der bayerischen Akademie.

Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“

Professor Dr. D. Kunze

Der Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“ war im letzten Jahr wiederum mit vielen Problemen befaßt. Sie können Näheres dem Geschäftsbericht im „Bayerischen Ärzteblatt“ entnehmen; einige dieser Themen möchte ich aber doch hier noch einmal aufgreifen.

Der Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“ muß sich, das ergibt sich wohl aus der Natur der Sache, im Grunde auch mit all den Fragen befassen, die den ärztlichen Nachwuchs beschäftigen. Das Krankenhaus und mit ihm die Krankenhausärzte sind es ja in der zeitlichen Abfolge zu allererst, die von der „Nachwuchswelle“ betroffen sind. Dort sind zunächst die Probleme zu bewältigen, die sich daraus ergeben, daß eine sinnvolle Steuerung des ärztlichen Nachwuchses durch Zugangsregelungen zum Studium aus rechtlichen Gründen nicht möglich sein soll.

Die Diskussion um die ärztliche Ausbildung und die unterschiedlichen Ansätze, nur hinreichend qualifizierten Kolleginnen und Kollegen eine selbständige ärztliche Tätigkeit zu gestatten, berühren – jedenfalls mittelbar – die Position der angestellten und beamteten Krankenhausärzte; deshalb mußte sich unser Ausschuß

auch mit diesen Fragen beschäftigen. Es ist nicht meine Absicht, die verschiedenen Lösungsansätze in ihrem Für und Wider vorzustellen und damit hier eine Diskussion zu entfachen, wie sie seit dem Deutschen Ärztetag 1979 in Nürnberg unter zunehmender Verhärtung der Fronten geführt wird. Gegenstand meines Referates sollen nur die jüngsten Initiativen sein, die im politischen Raum erneut für Gesprächsstoff gesorgt haben.

Einleitend allerdings doch noch eine Bemerkung, die nicht auf ihre ungeteilte Zustimmung stoßen wird: Über ärztliche Ausbildung und insbesondere ihre Qualität wird immer dann diskutiert, wenn ein Überangebot an Ärzten droht. Dieser Zusammenhang läßt nicht nur in den Augen der unmittelbar Betroffenen auch sachlich durchaus berechtigte Zweifel am gegenwärtigen Ausbildungsergebnis als bloßen Vorwand erscheinen!

Unser Ziel muß es sein, den ärztlichen Nachwuchs durch eine Intensivierung der praktischen Ausbildung während des Studiums, in noch angemessener Zeit zu einem Abschluß zu führen, der grundsätzlich eine selbständige und selbstverantwortliche ärztliche Tätigkeit zuläßt.

Es ist bekannt, daß die patientenbezogene Kapazität unserer Hochschulen und Lehrkrankenhäuser bei etwa 7000 Medizinstudenten pro Jahr liegt. Es muß verfassungsrechtlich möglich sein, die Zahl der Studienanfänger unter Berücksichtigung dieser tatsächlichen Ausbildungskapazität unserer Hochschulen entsprechend zu begrenzen. Daß unsere Politiker in der Kapazitätsfrage nur immer wieder resignierend wiederholen, man sehe keine Steuerungsmöglichkeiten, zeugt nicht gerade von dem Mut, sachliche Einsichten im politischen Raum auch dann durchzusetzen, wenn es sich um angeblich unpopuläre Maßnahmen handelt. Was ist das Grundrecht auf einen Ausbildungsplatz wert, wenn die Ausbildung wegen unzulänglicher Ausbildungsmöglichkeiten immer weiter verlängert werden muß und am Ende dann noch das Grundrecht der freien Berufswahl durch die Aufrichtung immer neuer Hürden in Frage gestellt wird?!

Alla derzeit diskutierten Möglichkeiten, dem ärztlichen Nachwuchs nach dem Studienabschluß eine weitere curricular-geregelte Phase der praktischen Qualifizierung abzufordern,

dürfen aus unserer Sicht nur als Suche nach einer Übergangsregelung betrachtet werden.

Bis vor wenigen Wochen konnte man davon ausgehen, daß mit der Einführung einer zweijährigen Praxisphase im Anschluß an das erfolgreich abgeschlossene Medizinstudium, also durch die Schaffung des AiP – vergleichbar im Grunde dem früheren Pflichtassistenten – eine solche Übergangsregelung gefunden wäre. Der Bundesgesetzgeber hat zu diesem Zweck nicht nur eine Änderung der Bundesärzteordnung bewirkt, sondern – ich werde auf die Problematik noch zu sprechen kommen – auch noch ein „Gesetz über die Befristung von Anstellungsverträgen mit Ärzten in Weiterbildung“ durch Bundestag und Bundesrat gebracht, um entsprechende „Ausbildungsplätze“ an den Krankenhäusern bereitzustellen.

Die Verzögerung der Vorlage einer Ausbildungsordnung (AO) hat man auch damit zu rechtfertigen versucht, die Tarifvertragsparteien, also Bund, Länder und Gemeinden einerseits und die Gewerkschaften, insbesondere der Marburger Bund andererseits,

hätten sich noch nicht auf die Arbeitsbedingungen des AiP geeinigt. Die Gemeinden, die in ihren Krankenanstalten den entscheidenden Beitrag zur Realisierung des AiP zu leisten haben, und die Gewerkschaften waren aber bei den Tarifverhandlungen der Auffassung, die Arbeitsbedingungen könnten allenfalls dann tarifvertraglich vereinbart werden, wenn im politischen Raum endlich Klarheit über die rechtliche und tatsächliche Stellung des AiP geschaffen ist. Ein Standpunkt, der zweifelsfrei berechtigt ist: Man kann keine Arbeitsbedingungen regeln, keine Vergütungvereinbarungen treffen, wenn gar nicht abzusehen ist, was der „auszubildende Arbeitnehmer“ denn nun eigentlich tun darf und tun soll.

Vor einigen Wochen hat nun das Bundesministerium für Familie, Jugend und Gesundheit mit einer Vorlage überrascht, die nicht nur die Einführung des AiP in den Sommer 1988 um ein Jahr verschiebt, sondern in der die Länder dazu aufgefordert werden, den erfolgreichen Studienabschluß durch das Staatsexamen mit der Verleihung eines Diploms zu honorieren. Zweifelsfrei hat diese Möglichkeit schon bisher aufgrund

Warum werden weltweit immer mehr Herz-Patienten mit Magnesium behandelt?

Nachdem sich die synthetischen Ca-Antagonisten bei der Behandlung von Herz- und Gefäßerkrankungen bewährt haben, setzt sich weltweit die Begleitbehandlung von Herz-Patienten mit Magnesium durch.

Epidemiologische Untersuchungen konnten zeigen, daß der zunehmende Magnesium-Mangel mit der Sterberate an ischämischen Herz-Erkrankungen einhergeht.

Das wachsende Interesse an der Magnesium-Therapie spiegelt sich in der weltweit zunehmenden Zahl an Veröffentlichungen wider.

Es konnte gezeigt werden, daß Magnesium schützt vor:

- Herzmuskel-Nekrosen
- Koronarspasmen
- Angina Pectoris
- Arteriosklerose
- Herzinlarkt

magnerot[®]

magnesiumorotat

Kardioprotektives Magnesium mit hoher Bioverfügbarkeit.

Biologische
Elektrolyt-Therapie



Wörwag Pharma GmbH
Stuttgart

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 500 mg Magnesiumorotat (entsprechend 2,7 mval oder 32,8 mg Magnesium).

Anwendungsgebiete: Schutztherapie gegen Herzinfarkt, Herzmuskel-Nekrosen, Koronarspasmen, Angina Pectoris, atherosklerotische Durchblutungsstörungen, Wadenkrämpfe, Tetanie, Eklampsie. Allg. Magnesium-Mangelerkrankungen.

Kontraindikationen: Urämische Niereninsuffizienz, Myasthenia gravis.

Darreichungsformen, Packungsgrößen, Preise: 50 Tabletten und 200 Tabletten, DM 19,90 und DM 58,45.

hochschulrechtlicher Ermächtigungen bestanden, die Länder haben aber aus sachlich anerkannter Überlegungen von dieser Möglichkeit nicht Gebrauch gemacht.

Wenn nun seitens des Bundesgesundheitsministeriums auf die Vergabe von Diplomen gedrängt wird, muß man dahinter Unrat vermuten! Für mich gibt es nur einen plausiblen Grund für die überraschende Initiative: Unter den Befürwortern der Praktikumsphase für den AiP war man sich stets darin einig, daß die Ausdehnung der Ausbildung bis zur Erteilung der (Voll-)Approbation eine zumindest globale Stellengarantie durch Bund und Länder bedingt. Wenn nun nach den Vorstellungen aus dem Hause Süßmuth das Medizinstudium künftig durch ein Diplom abgeschlossen werden kann, wird ja ein vorgegebenes Ziel des eigentlichen Studiums erreicht.

Aus dem „Medizinstudenten“ ist zwar kein Arzt geworden, aber doch ein fertiger Mediziner. Wenn man nun darüber hinaus eine Reihe von Berufen dahin (dis-)qualifiziert, daß sie von einem solchen „Mediziner“ ausgefüllt werden können, die den Nachweis einer „Approbation zum Arzt“ also nicht voraussetzen, könnte man sich vielleicht um die Stellengarantie für den „Arzt im Praktikum“ herumdrücken. Allerdings müßte man den Herrn jetzt wohl umtaufen: Er müßte „Mediziner im Praktikum zum Arzt“ – oder neudeutsch „MiPzA“ – genannt werden! Wenn zunächst zu diesem Vorhaben vereinzelt Beifall auch von ärztlichen Verbänden zu hören war, ist nun erfreulicherweise doch eine andere Bewertung festzustellen. Wenn ich es recht übersehe, ist es eigentlich nur noch der NAV, der den „Diplom-Mediziner“ für ein brauchbares Denkmodell hält.

Ich will angesichts der inzwischen wohl eindeutig ablehnenden Mehrheit die Argumente dieser Frage nicht erneut vor Ihnen ausbreiten, meine aber, der Bayerische Ärztetag sollte als die erste bedeutende berufspolitische Veranstaltung nach der Gesetzesinitiative des Hauses Süßmuth den Plänen um die Einführung des Diplom-Mediziners eine eindeutige Absage erteilen!

Zwei Fragen werden immer drängen-der:

Ich habe schon erwähnt, daß im Juli ein Bundesgesetz über die „Befri-

stung der Anstellungsverhältnisse von Ärzten in Weiterbildung“ in Kraft getreten ist. Begründet wurde die Notwendigkeit eines solchen Gesetzes damit, daß nur durch die Befristung von Anstellungsverträgen die notwendigen Ausbildungsplätze für den „Arzt im Praktikum“ geschaffen werden könnten. Nicht nur der Marburger Bund als gewerkschaftliche Vertretung der Krankenhausärzte, auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Chefarztverband haben ihre Bedenken gegen eine solche Gesetzesregelung lautstark – aber leider erfolglos – artikuliert.

Von den verfassungsrechtlichen Bedenken, die ärztlichen Arbeitnehmer unter Sonderrecht zu stellen, will ich hier nicht sprechen. Diese Frage wird sicher alsbald die Gerichte beschäftigen. Wesentlicher als diese rechtlichen Bedenken erscheint uns die Tatsache, daß die Weiterbildung zum Arzt, die bisher Gegenstand allein innerärztlicher Beziehungen war, nun zum Gegenstand arbeitsrechtlicher Vereinbarungen wird.

Bisher war Weiterbildung, wenn Sie so wollen, „Abfallprodukt“ eines auf den Austausch von Arbeit und Vergütung gerichteten Vertragsverhältnisses. Künftig tritt beim befristeten Vertrag neben den Anspruch auf Vergütung auch der Anspruch auf Weiterbildung.

Diesen Vorgang könnte man natürlich auch positiv bewerten: Der Krankenhausträger, der zwar befristet anstellt, Weiterbildung aber nicht entsprechend den Weiterbildungsrichtlinien vermittelt, macht sich einer Vertragsverletzung schuldig, wird also möglicherweise ersatzpflichtig! Es ist interessant, daß einige Krankenhausträger den Pferdefuß offensichtlich schon erkennen. Im Umkreis von München ist ein Landkreis, der Verträge in den letzten Jahren immer befristet hatte – allerdings konsequenterweise auch die Chefarzte nur befristet beschäftigen wollte! –, dazu übergegangen, die befristeten Verträge in unbefristete umzuwandeln und Neueinstellungen nurmehr unbefristet vorzunehmen.

Unsere Sorge: Die Befristung wird zum Instrument der Disziplinierung. Allenfalls der bequeme, jedenfalls nicht der unbequeme Mitarbeiter wird vielleicht über die Befristungsdauer hinaus beschäftigt. Anpassung und Duckmäusertum greifen um sich, qualifizierte ärztliche Mitarbeiter wer-

den, weil sie als ältere Angestellte auch teurer zu sein pflegen, selbst dann in die Praxis gedrängt, wenn sie am Krankenhaus langfristig oder jedenfalls noch längere Zeit tätig bleiben wollen. Die Schwierigkeiten für den ärztlichen Nachwuchs, einen Arbeitsplatz am Krankenhaus zu finden, werden einfach in die Zeit nach dem Auslaufen der befristeten Verträge verschoben. Eine Lösung unserer Probleme stellt dies wahrhaft nicht dar!

Ein Trost bleibt: Wer keine Gebietsanerkennung anstrebt, muß unbefristet beschäftigt werden! So jedenfalls der Bayerische Staatsminister des Innern, der ein kritisch-bittendes Schreiben des Marburger Bundes während des Gesetzgebungsverfahrens mit einem freundlich-ablehnenden Brief beantwortete, in dem sich folgender abschließender Satz findet: „Der Arzt, der sich im Krankenhaus nicht weiterbilden will, muß unbefristet eingestellt werden.“ – Sollen unsere jungen Kollegen, die sich nun um eine Anstellung bemühen, etwa in ihrem Bewerbungsschreiben betonen, daß sie sich nicht weiterbilden möchten?

Immer drängender wird das sogenannte „Gastarzt-Problem“. Immer mehr Kollegen sind bereit und werden letztlich genötigt, ihre erste ärztliche Berufserfahrung als Gastärzte, richtiger wohl „Volontärärzte“, zu erwerben. Eine nicht geringe Zahl unter Ihnen, meine verehrten Kolleginnen und Kollegen, wird in den vierziger und fünfziger Jahren selbst unter den unwürdigen Bedingungen des „Volontärarzt-Status“ an unseren Krankenhäusern mißbraucht worden sein. Der ganze Berufsstand muß sich dagegen zur Wehr setzen, daß Kolleginnen und Kollegen ohne angemessene Vergütung Arbeitsleistungen erbringen sollen. Wir halten es für standesunwürdig, wenn etwa der leitende Arzt einer Klinik oder Fachabteilung von sich aus oder auf gelinden Druck eines Krankenhausträgers versucht, die Finanzierungsprobleme in unserem Krankenhaus durch die Beschäftigung von Volontärärzten zu lösen.

Das gilt im übrigen gleichermaßen für die gar nicht so seltenen Fälle, in denen sich ein junger Kollege oder eine Kollegin die spätere Ganztagsstelle dadurch erkaufen muß, daß er als angeblich Teilzeitbeschäftigter bei halber Vergütung eine mehr als ganztägige Arbeitsleistung zu erbringen hat!

Halten wir uns in diesem Zusammenhang vor Augen, daß das Mißverhältnis zwischen der wirtschaftlichen und sozialen Lage solcher mißbrauchter junger Ärzte zur Einkommenssituation der übrigen Ärzteschaft einen gefährlichen gesellschaftlichen Zündstoff liefert.

Natürlich bekommt man gelegentlich von älteren Kollegen zu hören, man habe das ja selbst durchgemacht und es habe einem nicht geschadet. Ich halte diese Argumentation für oberflächlich und bedenklich: Unter den allgemeinen Bedingungen der Nachkriegsjahre war die Ausnutzung des „weiterbildungswilligen Nachwuchses“, verglichen mit der Situation anderer Berufe, keine außergewöhnliche Erscheinung. Heute müssen solche Bedingungen eine systemsprenkende Wirkung entwickeln. Nach dem Prinzip „nach mir die Sintflut“ sollte niemand verfahren. Die Sintflut könnte schneller kommen, als diejenigen glauben, die nach diesem Grundsatz denken und handeln.

Lassen Sie mich abschließend noch eine Anmerkung zur Fortschreibung der „Münchener Krankenhausreform“ machen. Bekanntlich hat ein sogenannter Expertenkreis – dem bemerkenswerterweise nicht ein einziger Arzt angehörte! – im Auftrag des Oberbürgermeisters der Landeshauptstadt Vorschläge zur Reform im Krankenhauswesen der Stadt München erarbeitet. Bewährte Regelungen der früheren Münchener Krankenhausreform sollen beseitigt werden, letztlich soll die Verwaltungsspitze des einzelnen Krankenhauses bedenklich Einfluß auf ärztliche Entscheidungen gewinnen. Gemeinsam mit dem Krankenhausausschuß haben wir die möglichen negativen Wirkungen der vorgeschlagenen Maßnahmen erörtert. Professor Zimmer wird auf diese Frage wohl näher eingehen. Der Vorstand der Landesärztekammer hat Ihnen einen Beschlusantrag zu diesem Fragenkomplex vorgelegt; wir bitten Sie um Zustimmung.

Über den Bereich der Landeshauptstadt München hinaus würden wir uns allerdings wünschen, daß die Ärztlichen Kreisverbände auf die Entscheidungen Einfluß zu nehmen versuchen, die die Krankenhäuser ihres Zuständigkeitsbereichs betreffen. Die Krankenhausärzte haben als Mitglieder unserer Kammer Anspruch darauf, daß ihre Interessen mit dem gleichen Nachdruck vertreten wer-

den, wie die unserer niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

Die Mitglieder des Ausschusses „Angestellte und beamtete Ärzte“ würden sich wünschen, daß ihrer großen Berufsgruppe in den Kreisverbänden die gleiche Beachtung zuteil wird, für die wir dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und dem Kammervorstand zu danken haben.

Krankenhausausschuß

Professor Dr. F. Zimmer

Organisations- und Strukturplan Im Krankenhauswesen der Landeshauptstadt München

Im vergangenen Berichtsjahr kam der Krankenhausausschuß zu drei Sitzungen zusammen. Die erste Sitzung fand gemeinsam mit dem „Ausschuß für angestellte und beamtete Ärzte“ statt. Wir diskutierten als einzigen Tagungspunkt den „Bericht über die Beurteilung der Organisationsstruktur des Krankenhausreferates, insbesondere der Städtischen Krankenhäuser“ der Landeshauptstadt München, der im Auftrag des Oberbürgermeisters Kronawitter, von einer „Projektgruppe“ der Verwaltung ohne ärztliche Beteiligung erstellt wurde.

Die Autoren beschränkten sich nicht, wie man aus der Überschrift annehmen müßte, auf die Darstellung ihrer Meinungen zur Organisationsstruktur des Krankenhausreferates und der Städtischen Krankenhäuser, sondern machten für die aufgezeigten Probleme auch Lösungsvorschläge. Soweit ihre Ausführungen den Krankenhausbereich betreffen, handelt es sich um den Versuch einer Fortschreibung der Münchener Krankenhausreform aus dem Jahr 1972 durch Verwaltungsangehörige, ohne andere kompetente Berufsgruppen wie Ärzte und Schwestern einzubeziehen. Widersprüchliche Darstellungen und Falsch einschätzungen der Autoren lassen allzu deutlich ihre eingeschränkte Kompetenz und Erfahrung erkennen und stießen bei den meisten am Krankenhaus Beschäftigten auf heftige Kritik.

Die vielbeachtete Münchener Krankenhausreform von 1972 war das Werk einer konstruktiven Zusammenarbeit von Vertretern aller Funktionsbereiche eines Krankenhauses, ein Werk der Verwaltung mit den Ärz-

ten, Schwestern und Angehörigen der verschiedenen Dienste. Eine Anpassung der heutigen Krankenhausstrukturen an die Erfordernisse unserer Zeit kann nur dann gelingen, wenn – wie damals – wieder alle Beteiligten zusammenhelfen, Lösungen für aufgetretene Probleme zu finden. Ohne die Mitarbeit von Schwestern und Ärzten, die die originären Aufgaben eines Krankenhauses, nämlich die Behandlung und Versorgung von Patienten, zu erfüllen und außerdem ihre Interessen wahrzunehmen haben, sind sinnvolle Strukturveränderungen gar nicht denkbar. Hauptziel der Münchener Krankenhausreform war, die Verantwortlichen eines Krankenhauses zur Zusammenarbeit zu bringen. Das kommt besonders deutlich in der damals gewählten Organisationsform der Krankenhausleitung zum Ausdruck, wo die verschiedenen Berufsgruppen ihre Zielvorstellungen darstellen, miteinander diskutieren und zu einer Meinung und Entscheidung zusammenführen müssen, die sie dann in gemeinsamer Verantwortung zu tragen haben.

Dieses bewährte demokratische System wird jetzt von der „Projektgruppe“ als nicht effizient und das demokratische Prinzip verfälschend abgelehnt und soll durch ein neues Modell abgelöst werden, in dem die letzte Entscheidung ein Krankenhausdirektor nach Abwägung der unbeeinflußt vorgetragenen Meinungen und Argumente der einzelnen Berufsgruppen ganz allein treffen soll.

Dieser Krankenhausdirektor soll von der Ausbildung her eine Verwaltungskraft, ein Betriebswirt, ein Volkswirt oder ein Jurist sein, der nur dem Krankenhausreferat unterstellt ist. Da dieser „allgewaltige“ Krankenhausdirektor dann auch die volle Verantwortung für die ganze Betriebsführung zu tragen hat, müßten ihm auch die dafür erforderlichen Entscheidungsbefugnisse an die Hand gegeben werden, wie Personalentscheidungen, Dienstzeit- und Bereitschaftsdienstzeitregelungen, Arbeitsplatzbewertung und ähnliches. Zu den Entscheidungsbefugnissen gehören dann auch zwangsläufig die notwendigen Kontrollbefugnisse in allen Bereichen, auch im ärztlichen Bereich. Ausdrücklich wird dazu festgestellt, daß die Überprüfung der ökonomischen Effizienz von medizinischen Leistungen Sache der Verwaltung ist.

Solche hier nur exemplarisch aufgeführten Forderungen für eine Neu-

strukturierung von Krankenhäusern und viele andere mehr waren Anlaß für folgende Beschlüsse der beiden Ausschüsse:

1. Im Rahmen des Bayerischen Ärztetages auf die Gefahren hinzuweisen, die drohen, wenn im Krankenhaus einseitig von der Verwaltung Reformen angestrebt werden ohne Beteiligung der für den nicht administrativen Bereich kompetenten Berufsgruppe

und

2. die Delegierten zu bitten, eine Entschließung zu verabschieden, durch die der Münchener Stadtrat auf die Notwendigkeit, den ärztlichen Sachverstand bei der Fortschreibung der Krankenhausreform einzubeziehen, aufmerksam gemacht wird.

In seiner zweiten Sitzung befaßte sich der Krankenhausausschuß mit dem Entwurf zum Bayerischen Krankenhausgesetz, das inzwischen verabschiedet wurde. Die Grundsätze der Krankenhausplanung mit der Gliederung in vier Versorgungsstufen und der Möglichkeit zur Tätigkeit im Belegarztsystem wurden für ebenso sinnvoll erachtet wie die Notwendigkeit einer Krankenhausplanung.

Bei der Zusammensetzung des Bayerischen Krankenhausplanungsausschusses erscheinen aber die Ärzte mit ihrer für eine Krankenhausplanung unverzichtbaren Fachkompetenz und Verantwortung unterrepräsentiert. Zu ihren Aufgaben gehört es, die Notwendigkeit und Erfordernisse von Krankenhäusern im Rahmen der ambulanten und stationären Gesamtversorgung der Bevölkerung darzustellen und dabei außerdem die Belange der Patienten zu vertreten. Während die Krankenhausträger durch sechs und die Kostenträger durch drei Institutionen in diesem Ausschuß vertreten werden, gibt es dort nur eine ärztliche Institution. Gemessen an den Aufgaben der einzelnen Interessenvertretungen erscheint deshalb die Zusammensetzung des Planungsausschusses nicht ausgewogen.

Im Übrigen konnte mit Genugtuung festgestellt werden, daß das Bayerische Krankenhausgesetz im Gegensatz zu den Vorlagen anderer Länder sich durch beispielhafte Zurückhaltung gegenüber Bestimmungen zur Struktur und Organisation der Krankenhäuser auszeichnet, indem es sich auf Ausführungsvorschriften

zur Krankenhausplanung und Investitionsförderung beschränkt und auf staatliche Bevormundung und Eingriffe in die Inneren Strukturen der verschiedenen Trägergruppen verzichtet.

Koordination zwischen ambulanter und stationärer Patientenversorgung und Kostenersparnis im Krankenhaus

Ein ewig aktuelles Thema, nämlich die Verbesserung der Koordination ambulanter und stationärer Versorgung von Patienten war ein Tagesordnungspunkt der dritten Sitzung des Krankenhausausschusses in diesem Jahr. In der Vergangenheit stellte die Beteiligung von Krankenhausärzten an der kassenärztlichen Versorgung ein tragfähiges Bindeglied zwischen der ambulanten und stationären ärztlichen Behandlung dar. In den letzten Jahren wurden durch gesetzliche Bestimmungen und Entwicklungen im kassenärztlichen Bereich die Beteiligungen bzw. Ermächtigungen von Krankenhausärzten immer mehr eingeschränkt oder gar widerrufen. Dies wirkte sich sehr nachteilig auf die Verzahnung der beiden großen Versorgungsgebiete aus. Sie beschränkt sich mehr und mehr auf einen bloßen Austausch von Daten und Befunden, der trotz aller Aktivierungsbemühungen der letzten Jahre mit Appellen und Grünen Tüten in beiderlei Richtungen, zum und vom Krankenhaus, weiterhin unbefriedigend ist und wegen unvermeidlicher Informationslücken erhebliche Nachteile für die Patienten mit sich bringt.

Die Bemühungen um eine Verbesserung der Verbindungen zwischen den beiden großen Versorgungsbereichen gelten vor allem der zügigen optimalen Weiterbehandlung von Patienten, die von dem einen in den anderen Bereich wechseln. Sie gelten aber auch der Einsparung von Kosten durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Reduzierung der Verweildauer u. ä.

Es gibt viele gute Argumente und auch kollegiales Verständnis für die sich immer mehr zuspitzenden Probleme, sowohl im niedergelassenen als auch im Krankenhausbereich. Bei aller Gegensätzlichkeit können sinnvolle Lösungen für eine bessere Zusammenarbeit und zur Kostenersparnis aber nur gemeinsam gefunden werden.

Wie dringend notwendig Verbesserungen in diesem Bereich sind, hat sich auf der letzten Herbstsitzung der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen erwiesen. Es wurden Maßnahmen zur besseren Verzahnung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung diskutiert, die von der Einbeziehung der Krankenhäuser in die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung bis zur Beteiligung von Krankenhausärzten an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch niedergelassene Ärzte für

a) konsiliarische Beratung niedergelassener Kassenärzte in der Fragestellung einer stationären Behandlungsbedürftigkeit und

b) für ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenbehandlung in Problemfällen

reichen.

Aus Kostengründen wurde gefordert, daß eine geplante stationäre Behandlung schon vor der Krankenhauseinweisung dort abgeklärt werden kann, wo sie gegebenenfalls durchgeführt werden soll. Dies gilt besonders für risikoreiche Operationen, deren Indikation letztlich nur jener Arzt stellen kann, der sie auch ausführt und damit die volle Verantwortung übernimmt. Dazu ist aber in den meisten Fällen eine teure stationäre Untersuchung nicht erforderlich, sondern oft nur eine unvergleichlich viel billigere einmalige Konsultation.

Ein weiteres, sehr wirksames Mittel zur Kostendämpfung im Krankenhaus stellt die poststationäre Behandlung dar. Damit kann der Krankenhausarzt Patienten schon vor Abschluß seiner Behandlung entlassen, sobald eine stationäre Versorgung nicht mehr nötig ist, und damit teure Behandlungstage sparen.

Außerdem kann der Krankenhausarzt auf eine poststationäre Untersuchung schon deshalb nicht verzichten, weil sie für die Selbst- und Qualitätskontrolle unabdingbar erforderlich ist. Einerseits gehört es zu den Pflichten eines Arztes, auch des Krankenhausarztes, die Ergebnisse seines Handelns selbstkritisch zu überprüfen, andererseits ist es Aufgabe der Kammern und der kassenärztlichen Vereinigungen, die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Ohne Überprüfung der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen ist eine Entwicklung ärztlicher Erfahrung und Fähigkeit überhaupt nicht möglich. Im Gegensatz zu anderen Ländern hat

Esberitox[®] N

Das pflanzliche Immunstimulans



*Nachgewiesene Wirkung
auf das Immunsystem**

* Standardisierte Auszüge aus Baptisia, Echinacea und Thuja

Zusammensetzung: 10 ml Esberitox N Lösung enthalten: Herb. Thujae occid. rec. 0,5 ml Perc. 1 = 5, Rad. Baptisiae finct. 1 ml Perc. 1 = 5, Rad. Echinaceae lang. et purp. 1 + II 1,5 ml Perc. 1 = 10. Enthält 29 Vol.-% Alkohol. 1 Tablette entspricht 0,5 ml Lösung mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g pro Tabl., 2 ml Injektionsflüssigkeit entsprechen 1 ml Lösung. 1 Suppositorium entspricht 0,5 ml Lösung.
Indikationen: Esberitox N wird eingesetzt zur Therapie akuter und chronischer Atemwegsinfekte (viral oder bakteriell bedingt), als Begleittherapie zu einer Antibiotikabehandlung bei schweren bakteriellen Infekten wie Bronchitis, Angina, Laryngitis, Otitis, Sinusitis, bei bakteriellen Hautinfektionen, bei Herpes simplex labialis. Zur Therapie der Infektanfälligkeit aufgrund einer temporären Abwehrschwäche. Zur Behandlung von Leukopenien nach Strahlen- oder Zytostatika-Therapie.
Dosierung und Anwendungsweise: Erwachsene: 3x täglich 50 Tropfen bzw. 3 x 3 Tabletten. Säuglinge und Kinder je nach Alter: 3x täglich 10-30 Tropfen oder 1 bis 1½ Tabletten. Intensiv-Behandlung über 14 Tage jeweils 1-2 Ampullen Esberitox N zu 2 ml i.m. oder i.v./Tag. Rektal: Säuglingen 1-2 Zäpfchen, Kindern ab 1 Jahr täglich 2-3 Zäpfchen einführen. Erwachsene 3x täglich 1 Zäpfchen.
Kontraindikationen: Bisher keine. **Nebenwirkungen:** Bei bestimmungsgemäßem Gebrauch sind spezifische Nebenwirkungen bisher nicht aufgetreten. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Lösung 20 ml DM 7,-, 50 ml DM 14,50, 100 ml DM 22,70 Anstaltsp. 500 ml; Tabletten 50 St. DM 7,-, 100 St. DM 13,55; Anstaltsp. 1000 St.; Ampullen 5 x 2 ml DM 10,10; Anstaltsp. 100 x 2 ml; Suppositorien 10 St. DM 7,-; Anstaltsp. 100 St.
Stand: Januar 1986



Schaper & Brümmer

3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)

Naturstoff-Forschung und -Therapie

Fordern Sie unsere
Esberitox[®] N-Dokumentation an:

Bitte ausschneiden und absenden an:
Schaper & Brümmer · 3320 Salzgitter 61

Absender: _____

bel uns eber der Krankenhausarzt keine Möglichkeit zur poststationären Behandlung oder Untersuchung. Dies stellt eine ärztlich unverständliche Einschränkung verantwortungsbewußter krankenhausesärztlicher Tätigkeit dar, für die es keine Rechtfertigung gibt.

Der Krankenhausausschuß hält deshalb im Interesse der im Krankenhaus zu behandelnden Patienten, zur Durchführung einer verantwortungsbewußten Qualitätskontrolle und zur Kostendämpfung im Krankenhaus eine definierte Beteiligung von Krankenhausärzten an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch niedergelassene Ärzte für die vor- und nachstationäre Behandlung für unbedingt erforderlich.

Auswirkungen der neuen Bundespflegegesetzverordnung

Auf derselben Sitzung wurden auch die Auswirkungen der neuen Bundespflegegesetzverordnung behandelt. Besonders betroffen sind die Belegärzte durch die Regelung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in § 2 Abs. 3 Nr. 2, der bestimmt, daß die dafür entstehenden Kosten nunmehr von den Belegärzten allein zu tragen sind. Diese Bestimmung gefährdet ernsthaft die belegärztliche Tätigkeit. Offenbar ist in Erkenntnis dieser Auswirkungen der Verordnungsgeber der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) inzwischen bereit, eine Gebühr für Bereitschaftsdienste im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit in die Gebührenordnung aufzunehmen.

Die Bundespflegegesetzverordnung schreibt jetzt außerdem vor, daß vom Belegarzt veranlaßte Leistungen, die außerhalb des Hauses erbracht werden, nicht vom Krankenhausträger zu vergüten sind, also nicht in den Pflegegesetz eingehen dürfen. Da zu dieser Verordnung kontroverse Meinungen unter den Kostenträgern bestehen, hält der Krankenhausausschuß im Interesse einer ungestörten belegärztlichen Tätigkeit eine rasche Klärung der angesprochenen Probleme für dringend erforderlich und bittet die Delegierten des Bayerischen Ärztetages um Unterstützung einer entsprechenden Entschliebung.

Schließlich bestimmt die neue Bundespflegegesetzverordnung in § 16 die Einführung einer *anonymisierten Diagnosestatistik* mit Angaben über durchgeführte Operationen sowie zu

Verweildauer und Alter der Patienten mit dem erklärten Ziel, nicht etwa den Ärzten, sondern den Krankenkassen Informationen über Patienten und ihre Erkrankungen und damit über wesentliche Grundlagen für eine bessere Beurteilung der Selbstkosten des Krankenhauses, auch im Vergleich mit anderen Krankenhäusern, zu geben. Dabei sollen die jeweiligen „Hauptdiagnosen“ der entlassenen Patienten nach dem dreiteiligen ICD-Schlüssel und nach Fachabteilungen erfaßt werden. Eine einzige „Hauptdiagnose“ genügt aber nicht, um den Leistungsaufwand der Krankenhausbehandlung eines Patienten auszuweisen, der ganz wesentlich von den Nebendiagnosen und Grundkrankheiten abhängig ist. Allein deshalb ist diese Diagnosestatistik ungeeignet für Informationen der Kassen zur Beurteilung der Selbstkosten eines Krankenhauses. Völlig unbrauchbar wird sie schließlich wegen der mangelnden Sicherstellung einer einheitlichen Verschlüsselung. Nicht einmal der Begriff „Operation“ ist definiert. Dazu kommt, daß diese Statistik nur von Ärzten erstellt werden kann, die dazu teure EDV-Anlagen brauchen, so daß die Einführung der Diagnosestatistik zu spürbaren Kostensteigerungen im Krankenhaus führt.

Die Diskussion im Krankenhausausschuß hat auf alle Fälle gezeigt, daß die vom Gesetz geforderte Statistik in der vorliegenden Form weder den Zeitaufwand noch die Kosten rechtfertigt und keine Aussage zur Art und zum Umfang der erbrachten Leistungen ermöglicht oder die Struktur eines Krankenhauses erfaßt. Zu fordern wäre eine Diagnosestatistik mit „verknüpften“ ökonomischen und medizinischen Daten, die sowohl allen Bereichen des Krankenhauses als auch den Kassen brauchbare und vergleichbare Daten liefert.

Die ärztliche Tätigkeit am Krankenhaus wird – wie diese Ausführungen zeigen – immer mehr durch gesetzliche Bestimmungen und Verordnungen belastet, die in zunehmendem Maße nachteilige Auswirkungen auf die Behandlung und Versorgung der Patienten haben. Statistiken, bürokratische Erfordernisse, forensisches Denken, nichtärztliche Dienstaufgaben und vieles mehr drohen die Kreativität ärztlicher Zuwendung zum Patienten zu ersticken und zwingen zur Besinnung auf unsere eigentlichen ärztlichen Aufgaben und den Sinn unseres ärztlichen Handelns.

Ausschuß für Hochschulfragen

Professor Dr. W. Ch. Hacker

Der Ausschuß für Hochschulfragen hat in der Berichtszeit drei Sitzungen abgehalten, die sich mit folgenden Schwerpunkten beschäftigten:

- Approbationsordnung – Arzt im Praktikum
- Vertiefen des Kontaktes zwischen den Lehrkrankenhäusern und den Medizinischen Fakultäten
- Auswahlkompetenz der Medizinischen Fakultäten für Studienbewerber
- Novellierung des Bayerischen Hochschulgesetzes

Der Ausschuß hat sich erneut dafür ausgesprochen und eingesetzt, daß die zukünftigen Ärzte im Praktikum sozial abgesichert sein müssen, daß ihre Kompetenzen im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit klar definiert werden und daß die Einsatzbereitschaft der Kliniken bei Inkrafttreten der AIP-Regelung voll und ganz erhalten bleiben muß.

Da festgestellt wurde, daß die in den Verträgen zwischen dem Freistaat Bayern und den Lehrkrankenhäusern niedergelegte Verpflichtung auf Einbeziehung der leitenden Ärzte der Lehrkrankenhäuser in die Fakultätsarbeit über Fragen der Ausbildung und des Studiums praktisch nicht erfolgt, hat der Ausschuß den Präsidenten und den Vorstand der Kammer gebeten, hier bei den Dekanen der Medizinischen Fakultäten zu intervenieren, damit die in den Verträgen festgelegte Einbeziehung der Lehrkrankenhäuser in die Fakultätsarbeit auch nachvollzogen wird. Der Ausschuß hat weiter beschlossen, in der kommenden Legislaturperiode einmal jährlich ein informatives Gespräch mit je einem Vertreter der Lehrkrankenhäuser durchzuführen, um deren Nöte und Sorgen zu kennen, bei denen eventuell der Ausschuß für Hochschulfragen und die Bayerische Landesärztekammer hilfreich eingreifen können.

Der Ausschuß kam überein, daß eine Beteiligung der Hochschullehrer an den Auswahlgesprächen für Studienbewerber nur dann sinnvoll ist, wenn die Sachentscheidungen der an dem Gespräch beteiligten Hochschullehrer nicht justitabel sind.

In der Diskussion um die Novellierung des Bayerischen Hochschulgesetzes wurde die Meinung vertreten, sich dafür einzusetzen, daß einmal die unglückliche sogenannte Eingangsstufe für die Beamten auf Widerruf – Akademische Räte auf Zeit –, die Position der wissenschaftlichen Hilfskraft, fortfällt und daß eine Eingangsstufe für Ärzte an den Medizinischen Fakultäten geschaffen werden muß, die es ermöglicht, einmal die Angestelltenlaufbahn und zum anderen die Laufbahn eines Beamten auf Widerruf zu wählen.

Hilfssausschuß

Dr. Dr. E. Graßl

Als erstes herzlichen Dank allen bayerischen Kolleginnen und Kollegen in Stadt und Land, die durch ihren Beitrag auch den Hilfsfonds finanzieren! Sie geben ihm dadurch die Möglichkeit, bedürftigen Kollegen, aber vor allem Arztwitwen und -waisen eine Lebensgrundlage zu schaffen. Der betreute Personenkreis ist relativ alt und wird jedes Jahr kleiner; in letzter Zeit sind mehr unterstützte Mitglieder verstorben, als dazugekommen sind. Jetzt ist es bereits soweit, daß die Ärzte oder deren Witwen in der Bayerischen Ärzteversorgung adäquate Leistungen erhalten. Dazugekommen sind nur einige jüngere Ärzte aus der DDR bzw. deutschsprachige Kollegen aus den Oststaaten, denen bis zur Arbeitsaufnahme ein Darlehen gewährt wird.

Im Jahre 1985 sind fünf Arztwitwen verstorben, eine Arztwitwa ist dazugekommen. Im ersten Halbjahr 1986

wurden 75 Personen – 8 Ärzte und 67 Arztwitwen und -waisen – unterstützt; 1982 waren es noch 98 Personen. 1985 wurden dafür DM 453 239,- aufgebracht.

Die Altersstruktur im ersten Halbjahr 1986 zeigt, daß überwiegend Hochbetagte unterstützt wurden:

– 49 Jahre = 3 Personen
 50 – 59 Jahre = 2 Personen
 60 – 69 Jahre = 4 Personen
 70 – 79 Jahre = 22 Personen
 80 – 90 Jahre = 35 Personen
 91 – 95 Jahre = 6 Personen
 darüber = 3 Personen

Sehr erfreulich ist das Anwachsen der Spenden für die Weihnachtsbeihilfen, und dafür sei allen Spendern besonderer Dank gesagt!

Die Spenden, die aufgrund des jährlichen Weihnachtsaufrufes in der November-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ (mit Zahlkarte) eingehen, und sonstige Einnahmen dafür decken die Unkosten, mit denen allen Empfängern mit monatlicher Unterstützung sowie einem weiteren kleinen Kreis von Bedürftigen eine Weihnachtsfreude gemacht wird – immer mit freundlichen Wünschen übersandt. – 1985 wurden dafür DM 26 150,- ausgegeben (pro Person DM 300,-).

An Weihnachtsspenden sind eingegangen:

1981 = DM 16 000,-, 1982 = DM 12 345,-, 1983 = DM 11 465,-, 1984 = DM 19 124,-, 1985 = DM 17 400,-.

Im Laufe des jeweiligen Jahres erhielt der Hilfsfonds noch zweckgebunden folgende Spenden:

DM 1700,- für 1981, DM 6214,- für 1982, DM 3909,- für 1983, DM 3570,- für 1984 und DM 12 500,- für 1985.

Dürfen wir auch in diesem Jahr die Kollegen wieder um eine offene Hand für diese steuerlich absetzbaren Weihnachtsgaben bitten?

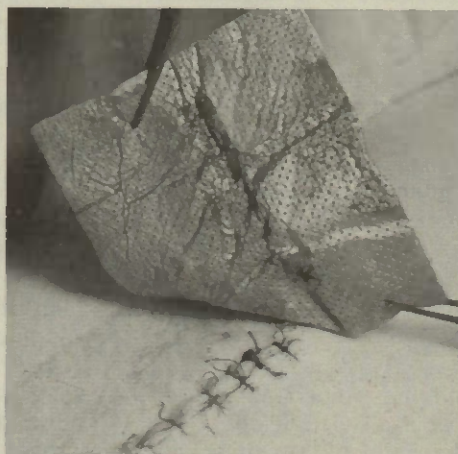
Jährlich wird vom Hilfssausschuß die große Adventsfeier des Vereins „Die Arztfrau“ im Casino des Ärztehauses Bayerns ausgerichtet; dazu sind die Damen eingeladen. Der volle Saal zeigt immer wieder, wie beliebt der Nachmittag bei den Arztfrauen und -witwen geworden ist. Dabei wird euch ein Scheck des Hilfsfonds in Höhe von DM 1500,- überreicht sowie ein Scheck des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München und der Bezirksstelle München der KVB. Vorstand und Mitglieder des Vereins „Die Arztfrau“ kümmern sich intensiv durch Besuche, Briefe und Geschenke um kranke, einsame und verarmte Arztwitwen und -waisen, vor allem in München, Nürnberg, Augsburg und Passau.

Neuerdings schickt der Hilfsfonds auch eine kleine Spende an einen Zusammenschluß von Arztfrauen im Bereich Sulzbach-Rosenberg, der auch sozial tätig ist.

Der Hilfsfonds der Bayerischen Landesärztekammer ist eine vorbildliche Selbsthilfeeinrichtung der bayerischen Ärzte und somit ein Garant dafür, daß kein Kollege in Bayern in Not und bei Schicksalsschlägen allein dasteht.

Herzlichen Dank nochmals allen bayerischen Kolleginnen und Kollegen, daß sie dies ermöglichen!

Lohmann



Metalline®

Schmiegsam weiche und glatte Wundauflage mit guter Drainage, hauchfein aluminiumbedampft, deshalb kein Verkleben mit der Wunde. Durch gesicherte Wundruhe und schonenden, schmerzlosen Verbandwechsel wird der Heilungsprozess positiv beeinflusst.

Metalline-Kompressen
Metalline-Drain- und Trachea-Kompressen
Metalline-Tücher, Betttücher,
 u. a. Spezialitäten.

LOHMANN GmbH & Co. KG · D-5450 Neuwied 12

320060566

Gemeinsame Kommission Daten- schutz

Dr. K. Rösch

Zu Beginn des Berichtes darf ich auf den letzten Ärztetag zurückkommen. Dort wurde u. a. eine Entschlie-ßung zum Datenschutz gefaßt, wo-nach beim zuständigen Ministerium erreicht werden sollte, daß die Ver-sorgungsämter Ihre Ersuchen um Aushändigung der Krankengeschich-ten nicht wie bislang an die Verwal-tungen, sondern an den ärztlichen Dienst der Krankenhäuser richten. – Unserem Anliegen wurde entspro-chen.

Für den Bereich des *Rettungswesens* ist durch eine neue Anlage B zur Mu-sterdienstanweisung für den Ret-tungsdienst die Schweigepflicht des Rettungsdienstpersonals klargestellt worden. Vor allem sind die Tatbe-stände der befugten Weitergabe von Patientendaten nunmehr präzise auf-geführt.

Auch das Rettungsdienstpersonal kann sich z. B. in einem Strafverfah-ren auf ein Zeugnisverweigerungs-recht berufen, wenn der Einsatz zu-sammen mit einem die Notfallbe-handlung leitenden Arzt durchgeführt wurde.

Nun zu den letzten Tätigkeitsberich-ten des Bundes- bzw. Landesdaten-schutzbeauftragten. Der *Bundesda-tenschutzbeauftragte* befaßte sich u. a. auch mit den ärztlichen *Entlas-sungsberichten* nach Abschluß medi-zinischer Rehabilitationsmaßnah-men. Bezüglich der Übersendung des Kurentlassungsberichtes an den Hausarzt des Patienten vertritt der Bundesdatenschutzbeauftragte den Standpunkt, daß das Einverständnis des Patienten nötig ist. Dabei ist je-doch zu beachten, daß eine rechts-wirksame Einwilligung die Kenntnis dessen voraussetzt, was mit dem Ent-lassungsbericht offenbart werden soll. Eine schon bei Kurantritt abver-langte Einwilligung soll daher nicht genügen.

Das scheint mir etwas überzogen. Denn dann würde ja auch die Zustim-mung bei Kurentlassung nur nützen, wenn dem Patienten der Entlas-sungsbericht zur Kenntnis gegeben wird.

Für die Wirksamkeit einer Einwilli-gung sollte es reichen, wenn der Patient zwar nicht jeden einzelnen Laborwert, jedes EKG, jede Blut-druckmessung usw. kennt, aber ge-nerell von der Art der medizinischen Daten, die weitergegeben werden sollen, in etwa eine Vorstellung hat. Beim Entlassungsbericht – auch wenn er noch nicht erstellt ist – wird der Patient in der Regel davon ausgehen, daß darin die von den vorbehandelnden Ärzten und die während der Kur erhobenen Befunde sowie die Beschreibung der Therapie bzw. der Therapieerfolge während der Kur und Empfehlungen zur weiteren Behand-lung enthalten sind.

Davon unberührt bleibt ja die ohnehin bestehende Möglichkeit des Patien-ten, die Weitergabe bestimmter Krankheitsdaten zu Ende der Kur auszuschließen, so z. B., wenn wäh-rend der Kur interkurrente Erkran-kungen diagnostiziert bzw. behandelt wurden, die der Patient nicht offenba-ren will.

Aus dem Bericht des *Bayerischen Lan-desdatenschutzbeauftragten* muß ich nun ein zweites Mal auf die *Anforde-rung von ärztlichen Aufzeichnungen in Krankenhäusern durch die Versor-gungsbehörden* zurückkommen. Hier ist nun auch die Frage geklärt, in wel-chem Umfang der leitende Kranken-hausarzt den Versorgungsbehörden Einblick in die Patientenunterlagen geben darf.

Eine Auskunft, Einsichtnahme oder Übersendung bezüglich der Patien-tenunterlagen bedarf der Einwilli-gung des Patienten, die nicht das Krankenhaus, sondern die ersu-chende Stelle zu beschaffen und bei-zubringen hat.

Wenn Landesversicherungsanstalten, Versorgungsämter, Gerichte, Aus-führungsbehörden für die gesetzli-che Unfallversicherung, Gesundheits-ämter und andere Krankenhäuser Auskunft oder Einblick in die Kran-kengeschichte begehren oder um Übersendung der Unterlagen ersu-chen, kann sich der Krankenhausarzt mit einer entsprechenden Versiche-rung dieser Stellen, daß die Einwilli-gung des Patienten vorliege, begnü-gen.

Alle anderen ersuchenden Stellen haben aber die schriftliche Einwilli-gung des Patienten vorzulegen.

Dabei ist immer zu beachten, daß die ersuchenden Behörden nicht mehr an Patientendaten erfahren dürfen, als sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben überhaupt benötigen. Denn nur das deckt die Einwilligung des Patienten ab.

Notfalls bleibt nur der Weg, an-stelle der Einsicht bzw. Aktenüber-sendung eine mündliche oder schrift-liche Auskunft zu erteilen, bei der der Umfang der Offenbarung ja entspre-chend beschränkt werden kann.

Aus der *Rechtsprechung* ist über ein bedeutsames Urteil zur Frage der ärztlichen *Schweigepflicht* im Ver-hältnis Kassenarzt zur Kassenärztli-chen Vereinigung zu berichten.

Zum Rechtsstreit kam es, als ein Kas-senarzt sich weigerte, der Kassen-ärztlichen Vereinigung 17 Röntgen-aufnahmen nebst Befunden für na-mentlich aufgeführte Patienten zum Zwecke der Qualitätskontrolle nach den Radiologie-Richtlinien vorzule-gen. Der Arzt vertrat die Auffassung, daß die ärztliche Schweigepflicht dem entgegenstünde.

Das Bundessozialgericht stellte dazu fest, daß die in den Radiologie-Richt-linien enthaltene Vorlagepflicht des Kassenarztes nicht gegen höherrang-liges Recht, insbesondere nicht ge-gen die ärztliche Schweigepflicht verstößt. Denn die ärztliche Schwei-gepflicht verbiete nur die *unbefugte* Offenbarung von Patientendaten. Dem Kassenarztrecht ist jedoch die Befugnis und zugleich Verpflichtung des Arztes zu entnehmen, Patientan-daten innerhalb des kassenärztli-chen Versorgungssystems insoweit zu offenbaren, als dies zur Gewährlei-stung und Überwachung der kassen-ärztlichen Versorgung notwendig ist.

Die Sicherstellung der kassenärztli-chen Versorgung erstreckt sich ja auch darauf, daß der Versicherte die Leistungen nach den Regeln der ärzt-lichen Kunst erhält. Das macht die Überlassung von Röntgenaufnahmen und der dazugehörigen Befunde zur dementsprechenden Qualitätsüber-prüfung erforderlich.

Dem Urteil ist beizupflichten, insbe-sondere im Hinblick darauf, daß wir selbst den Anspruch vertreten, auch als Kassenärzte eine hohe Qualität der ärztlichen Versorgung bieten zu können.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Mütter- und Säuglingssterblichkeit

10 Jahre Qualitätssicherung in der Geburtshilfe in Bayern

Dr. F. Conrad, Vorsitzender der Kommission für Perinatalogie der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, gab zunächst einen Überblick*) über die Entwicklung dieses Beitrages der bayerischen Ärzteschaft zur freiwilligen Qualitätssicherung in der Geburtshilfe und legte am Ende die erfreuliche Bilanz zum derzeitigen Stand dar, wobei der Freistaat Bayern mit 7,3 pro Tausend die niedrigste Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland aufweist.

Im Anschluß an das ausführliche Referat von Dr. Conrad kam es zu einer kurzen Diskussion, an der sich zahlreiche Delegierte beteiligten. Insbesondere die Qualitätssicherung in der Chirurgie wurde dabei behandelt und eine Resolution zu diesem Thema an den Vorstand überwiesen.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

- 3.1 Rechnungsabschluß 1985
- 3.2 Entlastung des Vorstandes 1985
- 3.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1986
- 3.4 Haushaltsvoranschlag 1987
- 3.5 Änderung der Reisekostenordnung

Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Geißendörfer, erläuterte im einzelnen den Rechnungsabschluß des Geschäftsjahres 1985, der den Delegierten innerhalb der in der Satzung vorgesehenen Frist zugegangen war. Der Rechnungsabschluß 1985 wurde von dem Revisor, R. Weinzierl, der auf der Delegiertenversammlung im Jahre 1984 hiermit beauftragt wurde, geprüft und mit dem erforderlichen Prüfungsvermerk versehen. Die Delegierten billigten den Rechnungsabschluß 1985 – mit einzelnen Enthaltungen – einstimmig.

Gestützt auf einen einstimmigen Beschluß des Finanzausschusses stell-

te Dr. Geißendörfer anschließend den Antrag, dem Vorstand die Entlastung für das Geschäftsjahr 1985 zu erteilen. Auch dieser Antrag wurde von den Delegierten einstimmig – mit einzelnen Enthaltungen – angenommen. Nach § 15 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer ist von der Vollversammlung ein unabhängiger Prüfer für die Überprüfung der Betriebsführung und Rechnungslegung des Jahres 1986 zu bestellen. Hiermit wurde R. Weinzierl, Revisor der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, schon in den vergangenen Jahren beauftragt und ebenso auf Antrag von Dr. Geißendörfer auch für das Geschäftsjahr 1986 bestellt.

Im Anschluß hieran trug der Vorsitzende des Finanzausschusses detailliert den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1987 vor. Nach längerer Debatte wurde der Ansatz der Pos. 22 „Medizinische Assistenzberufe“ von DM 500 000,- auf DM 995 000,- erhöht. Dieser Mehrbetrag soll für eine Anhebung der Stundenvergütung der nebenamtlich an den Berufsschulfachklassen für Arzthelferinnen Unterrichtenden verwendet werden (DM 15,- mehr je Unterrichtsstunde, weiterhin unter Anrechnung der staatlichen Vergütungssätze). Der Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1987 wurde dann in dieser ergänzten Form vom 39. Bayerischen Ärztetag angenommen.

Unter Bezugnahme auf einen entsprechenden Beschluß des Vorstandes beantragte Dr. Geißendörfer abschließend eine Änderung der Reisekostenordnung, die u. a. den neuen Einkommensteuer-Richtlinien angepaßt wurde.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Änderung der Meldeordnung

Zur Vereinheitlichung der Verwaltungshandhabung hatten wir in Bayern schon immer eine Meldeordnung, in der die Meldepflichten bei den Ärztlichen Kreisverbänden einheitlich festgelegt waren. Zuletzt hatte der 31. Bayerische Ärztetag im Jahre 1978 in St. Englmar eine Meldeordnung mit Wirkung vom 1. Januar 1979 beschlossen.

Durch das Änderungsgesetz vom 14. August 1986 zum Kammergesetz in der Fassung vom 9. März 1978 argab sich nunmehr die zwingende Notwendigkeit, die derzeitige Meldeordnung diesen Vorschriften im einzelnen anzupassen.

Der hierfür zuständige Geschäftsführer Jürgens trug die einzelnen neuen Vorschriften detailliert vor, wobei es im wesentlichen um die Herausnahme der Bestimmungen über die früheren Medizinalassistenten, um hieraus resultierende redaktionelle Änderungen, Ergänzungen und Weglassungen ging.

Der vorgelegte Entwurf der Meldeordnung wurde von der Vollversammlung einstimmig angenommen. Die neue Meldeordnung tritt am 1. Januar 1987 in Kraft.

Der Text der Änderung der Meldeordnung ist unter „Amtliches“ in diesem Heft auf Seite 540 abgedruckt.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Termin und Bestätigung des Tagungsortes des 40. Bayerischen Ärztetages

Der 38. Bayerische Ärztetag hatte 1985 einstimmig beschlossen, den 40. Bayerischen Ärztetag – einen „Jubiläums-Ärztetag“ – vom 9. bis 11. Oktober 1987 in München durchzuführen. Dieser Bayerische Ärztetag findet damit erst am zweiten Oktober-Wochenende statt; seine Verlegung war im Hinblick auf das letzte Wochenende des Oktoberfestes 1987 (Hotelkapazitäten u. a.) zwingend geboten.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Wahl des Tagungsortes des 41. Bayerischen Ärztetages 1988

Nach der schon traditionellen Reihenfolge findet der 41. Bayerische Ärztetag in Mitteltranken statt. Der Vorsitzende des Ärztlichen Bezirksverbandes Mitteltranken, Dr. Bauer, sprach die Einladung aus, den 41. Bayerischen Ärztetag 1988 in Nürnberg durchzuführen. Diese Einladung wurde von der Vollversammlung einstimmig angenommen.

*) Der Wortlaut dieses Referates wird Anfang 1987 im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht.

Entschließungen des 39. Bayerischen Ärztetages

Aufruf an die niedergelassenen Ärzte zur Förderung der Impfungen, insbesondere der Rötelschutzimpfung

Der Bayerische Ärztetag bittet die niedergelassenen Ärzte dringend, bei ihren Patienten immer wieder auf die Durchführung der notwendigen Schutzimpfungen hinzuweisen.

Es ist erfreulich, daß bei Kindern für Polio, Diphtherie, Tetanus inzwischen eine Durchimpfungsrate von 80 bis 90 Prozent erreicht wurde. Bei Röteln liegt sie noch unter 20 Prozent! Hier muß die Aufklärungsarbeit der niedergelassenen Ärzte besonders einsetzen, dabei muß nachdrücklich darauf hingewiesen werden, daß diese neuerliche Impfung als Auffrischungsimpfung auch dann erforderlich ist, wenn dieses Mädchen schon als Kleinkind gegen Röteln geimpft wurde. Auf die Notwendigkeit der Tetanusimpfung, gegebenenfalls auch auf die Impfung gegen Zecken-Meningoenzephalitis, sollten auch Erwachsene hingewiesen werden.

Schutzimpfung gegen Röteln

Der Bayerische Ärztetag stellt mit größter Besorgnis fest, daß immer noch weniger als ein Fünftel der Mädchen vor der Pubertät gegen Röteln geimpft ist! Den Eltern muß bewußt gemacht werden, welche schwere Verantwortung sie übernehmen, wenn sie die rechtzeitige Durchführung dieser Impfung bei den Mädchen versäumen. Eine Rötelerkrankung während einer Schwangerschaft bei nichtgeimpften Frauen hat mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Folge, daß ein Kind mit Mißbildungen, vor allem an Augen, Ohren oder am Herzen geboren wird.

Der Bayerische Ärztetag ruft deshalb alle Eltern auf, bei ihren Töchtern vor der Pubertät die Rötelschutzimpfung durchführen zu lassen. Diese Impfung ist auch dann unbedingt notwendig, wenn das Mädchen bereits als Kleinkind gegen Röteln

geimpft wurde. Sie wird kostenlos von der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten und bei niedergelassenen Ärzten durchgeführt.

Vorsorgeuntersuchung für Männer vom 45. Lebensjahr an zur Früherkennung von Prostata- und Mastdermkrebs

Seit vielen Jahren bietet die gesetzliche Krankenversicherung den Männern ab dem 45. Lebensjahr eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des Mastdarms an, die von niedergelassenen Ärzten durchgeführt wird. Weniger als ein Viertel der Männer macht von dieser Untersuchungsmöglichkeit Gebrauch.

Der Bayerische Ärztetag macht die Männer darauf aufmerksam, daß der Krebs der Prostata und des Mastdarms die häufigsten Krebserkrankungen der Männer sind. Nur die Früherkennung eröffnet aussichtsreiche Heilungschancen.

Die Männer ab dem 45. Lebensjahr werden deshalb eindringlich aufgefordert, die kostenlos angebotene Krebsvorsorgeuntersuchung regelmäßig durchführen zu lassen.

Kindervorsorgeuntersuchungen

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet seit vielen Jahren kostenlose Vorsorgeuntersuchungen für Neugeborene und Kleinkinder bis zum vollendeten vierten Lebensjahr an, die von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden.

Leder gibt es Eltern, die bei ihren Kindern diese Untersuchungen überhaupt nicht oder nur lückenhaft durchführen lassen. Insbesondere bei den letzten Untersuchungen ist die Beteiligung völlig unzureichend.

Der Bayerische Ärztetag weist die Eltern nachdrücklich darauf hin, daß die Kinder-

vorsorgeuntersuchungen der Aufdeckung von Störungen und Schwächen – z. B. der Sinnesorgane – dienen, deren Behebung für das Leben der Kinder schickselhefte Bedeutung haben kann.

Verantwortungsbewußte Eltern dürfen deshalb keine der angebotenen Vorsorgeuntersuchungen für die Kinder versäumen.

Mutterschaftsvorsorge

Allen Frauen wird dringend empfohlen, bei einer Schwangerschaft die von der gesetzlichen Krankenversicherung angebotenen kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen. Dabei sollte die erste Untersuchung so früh wie möglich, die weiteren Untersuchungen nach Empfehlung des Arztes lückenlos durchgeführt werden. Das Risiko der Schwangerschaft und der Geburt für Mutter und Kind kann durch diese Untersuchungen und die Behandlung entdeckter Gesundheitsstörungen entscheidend verringert werden.

Nur wenn die Schwangeren frühzeitig und regelmäßig zur ärztlichen Vorsorgeuntersuchung gehen, wird es gelingen, die Mütter- und Neugeborenensterblichkeit auf ein unvermeidbares Minimum zu reduzieren.

Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen

Schon seit 1969 wird den Frauen in Bayern eine Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Unterleibs und der Brust kostenlos von der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten.

Die bayerischen Ärzte müssen mit Besorgnis darauf hinweisen, daß nur ein Drittel der Frauen, auch in den besonders gefährdeten Lebensjahren, diese unter Umständen lebensentscheidende Untersuchung durchführen läßt. Die Heilungsmöglichkeiten einer Krebserkrankung sind um so besser, je früher sie entdeckt wird.

Der Bayerische Ärztetag empfiehlt deshalb allen Frauen in Bayern, die Vorsorgeuntersuchung regelmäßig jedes Jahr durchführen zu lassen.

Fortschreibung der Münchener Krankenhausreform

Die Landeshauptstadt München hat mit der Krankenhausreform im Jahre 1972 einen beispielhaften und bundesweit beachteten Weg eingeschlagen, ihr Krankenhauswesen den medizinischen und

Wenn Sie Ihre Fortbildung für 1987 planen:

32. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 8. bis 20. März 1987 in Badgastein

Auskunft und Anmeldung: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 4102 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-2 21 bis -2 24

gesellschaftlichen Entwicklungen anzupassen. Sie hat diese Reform unter Mitwirkung der Krankenhausberufe – aber auch der Landesärztekammer als der öffentlich-rechtlichen ärztlichen Berufsvertretung – bewirkt. Bei der Bedeutung Münchens als dem größten kommunalen Krankenhausträger der Bundesrepublik Deutschland und der daraus resultierenden Auswirkungen auf unser gesamtes Krankenhauswesen, hält der Bayerische Ärztetag die Einbeziehung der Bayerischen Landesärztekammer in die Beratungen um die Fortschreibung der Reform für unverzichtbar. Als Grundlage für diese Zusammenarbeit liefen sich die am 22. September 1986 von der Vertreterversammlung aller Dienstkräfte der Münchener städtischen Krankenhäuser erarbeiteten Vorschläge zur Fortschreibung der Münchener Krankenhausreform an.

Transplantationen und Organspenden in Bayern

Der 39. Bayerische Ärztetag appelliert an die Mitwirkung aller Ärzte an den bayerischen Krankenhäusern, die Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren noch weiter zu intensivieren, damit die Möglichkeiten moderner Transplantationschirurgie möglichst vielen Patienten zugute kommen, deren Leben von einer Organspende abhängt. Es sollten für die niedergelassenen Ärzte Informationsmaterial und Spendereusweise zur Information ihrer Patienten zur Verfügung gestellt werden. Nur wenn es uns Ärzten gemeinsam gelingt, alle Möglichkeiten der Organexpantationen voll auszuschöpfen, können wir die Wartezeiten für Patienten effektiv verkürzen.

Wir alle wissen, daß die Transplantationschirurgie in den letzten zehn Jahren eine sprunghafte Entwicklung genommen hat – vor allem auf den Gebieten der Nieren-, Hornhaut-, Gehörknöchelchen- und Knochentransplantationen – ebenso beeindruckend sind die Fortschritte, die in der Transplantation des Herzens, der Bauchspeicheldrüse, der Leber und des Knochenmarks erreicht wurden. Parallel dazu zeichnet sich eine ebenso rasche Fortentwicklung im operativ-technischen wie auch im Immunsuppressiven Bereich ab. Wer ein Arzt euch nur einmal erlebt hat, wie die Einpflanzung einer Niere dem chronisch Nierenkranke ein lebenswertes Dasein und die soziale Eingliederung in die Gemeinschaft eröffnet, wer die segensreichen Auswirkungen der Übertragung von Hornhaut, Gehörknöchelchen und Knochen gesehen hat, wird aus seiner ärztlich humanen Verpflichtung heraus alles tun, um durch Aufklärung die Zahl der Organspenden und damit die Transplantationsmöglichkeiten zu fördern.

Gesetzliche Krankenkassen in Bayern und Ersatzkassen tragen zur Transplantation in beispielhafter Weise bei und haben im Rahmen ihrer Möglichkeiten alle Voraussetzungen für eine Steigerung der Zahlen geschaffen.

Eine Zunahme von Spenderorganen hilft, vorhandene Kapazitäten an den Zentren der Transplantationschirurgie in Bayern voll auszuschöpfen.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und den zuständigen Transplantationszentren kann auf verschiedenen Wegen erfolgen:

1. Durchführung der Hirntod-Diagnostik und der Organentnahme in eigener Regie.
2. Durchführung der Hirntod-Diagnostik und der Organentnahme durch mobile Ärzteteams, die von den Zentren angefordert werden können.
3. In Ausnahmefällen: Verlegung des Organspenders nach sicherer Todesfeststellung zur Organentnahme in das Zentrum.

Katastrophenmedizin

Seit Jahren bekennt sich die überwiegende Zahl der Ärzte uneingeschränkt zur Ausbildung in Katastrophenmedizin. Damit dies nicht nur Lippenbekenntnis bleibt, wird gefordert, Katastrophenpläne, insbesondere für nukleare Katastrophen, den örtlichen ärztlichen Kreisverbänden zugänglich zu machen, damit wirksame organisatorische Maßnahmen getroffen werden können. Theoretische Fortbildungsveranstaltungen allein genügen nicht!

Mehr Hilfe für die Angehörigen der Pflegebedürftigen

Die Pflege der hilfsbedürftigen Schwerbehinderten und der pflegebedürftigen alten Menschen stellt große Anforderungen an die Pflegenden. Sie müssen die eigenen Bedürfnisse zurückschicken, Urlaub sowie Freizeit sind eingeschränkt und durch die dauernden Belastungen ist ihre eigene Gesundheit bedroht.

Damit die Pflegepersonen auch einmal Urlaub machen und ausspannen können, sollten in allen Alten- und Pflegeheimen Plätze auf Zeit geschaffen werden, die pflegebedürftige auf kurze Zeit aufnehmen. In dieser Zeit können die Pflegenden auch Urlaub machen und sich erholen.

Der Bayerische Ärztetag ersucht die Träger der Alten- und Pflegeheime in Bayern, mehr Pflegeplätze auf Zeit zu schaffen und anzubieten.

Den Mütterorganisationen der Kirchen und Wohlfahrtsverbände wird herzlich gedankt für ihre Bereitschaft, Erholungskuren für Frauen, die Angehörige pflegen, bereitzustellen und ihre Zahl zu erweitern.

Vermeidung von Kinderunfällen durch mehr und bessere Spielplätze

Durch die Bemühungen der bayerischen Frauen- und Kinderärzte ist in zehn Jahren die Säuglingssterblichkeit von 15,3 auf 7,3 Promille zurückgegangen. Erfreulicherweise sind auch die Verkehrsunfälle der Kinder als Fußgänger oder Radfahrer durch Aufklärung, Verkehrserziehung, Schulweghelfer usw. gesunken. Noch sind es aber – zusammengezählt – ganze Schulklassen und ganze Städte von Kindern, die getötet, leicht- oder schwerverletzt wurden. Die Zahlen täuschen, da es durch den Geburtenrückgang weniger Kinder gibt. Das Risiko für jedes einzelne Kind bleibt. Hauptursache der Kinderunfälle ist die unbefriedigende Spielplatzsituation. Es gibt zu wenig gute, vor allem zu wenig wirklich gute und kindgerechte Spielplätze. Für mehr als zwei Drittel aller Kinder dient die Straße nach wie vor als Spielfläche, ermittelte die Bundesanstalt für das Straßenwesen.

Der Bayerische Ärztetag ersucht nicht nur die Behörden, die Hausbesitzer und vor allem die Architekten, sich mehr um eine kindgerechte Ausgestaltung der Spielplätze zu bemühen, sondern spricht vor allem die Eltern, Elterninitiativen und Familien an, sich persönlich mehr um die Spielplätze und die dort spielenden Kinder zu kümmern, an der Verbesserung der Spielflächen mitzuarbeiten und mitzuplanen und sie für die Kinder einziehend zu machen.

Arbeitsplätze für junge Ärzte

Die derzeit überhöhte Zahl von Medizinstudenten mit entsprechend hohen Zahlen jung approbierter Ärzte, die in den Beruf drängen, keinen Weiterbildungsplatz finden und in erschreckend hohen Zahlen arbeitslos sind, ist von der bayerischen Ärzteschaft nicht gewollt und von ihr auch nicht zu verantworten. Gleichwohl fühlen sich die Defizienten des 39. Bayerischen Ärztetages mit den jungen Kollegen in Beschaffung von Weiterbildungs- und Arbeitsplätzen solidarisch. Der 39. Bayerische Ärztetag appelliert

1. an die Bayerische Staatsregierung als Träger der Universitätskliniken, an die kommunalen, konfessionellen und privaten Krankenhausträger, den von den Klinikleitungen zur verantwortungsvollen Patientenbetreuung für notwendig

erechtigten Stellenplan nachzuvervollziehen, um Neueinstellungen und damit Abbau der hohen Zahl erbeitsloser Ärzte zu erreichen. In den Stellenplänen muß die Realisierung der höchst richterlichen Urteile um Dienstbefreiung nach Absolvierung von Nachtdiensten enthalten sein;

2. an die Bayerische Staatsregierung, sich bei der Bundesregierung dafür einzusetzen, daß die vakanten Arztstellen der Bundeswehr unverzüglich besetzt werden.

Überstunden an Universitätskliniken

Der 39. Bayerische Ärztetag stellt mit Entschlossenheit fest, daß

1. immer noch ein wesentlicher Anteil der an Universitätskliniken abgestellten Überstunden der wissenschaftlichen Hilfskräfte und der Beamten nicht voll honoriert wird, wenn ein Freizeitausgleich aus klinischen Gründen unmöglich ist;
2. auch unzureichend neue Planstellen an Universitätskliniken geschaffen wurden, um den Überstundenanteil auf ein erträgliches Maß zu reduzieren.

Der 39. Bayerische Ärztetag wendet sich mit der nachdrücklichen Bitte an die Bayerische Staatsregierung, hier eine Änderung zu schaffen.

Mutterpaß und Kindervorsorgeuntersuchungen

Die Bayerische Landesärztekammer möge in Wahrung ihrer Aufgabe bezüglich der beruflichen Belange der Ärzte unverzüglich dafür eintreten, daß der Mutterpaß des Bundesausschusses der Ärzte und Krenkenkassen vom Dezember 1985 solange nicht mehr in Umlauf gebracht werden darf, bis die darin abgedruckten „Hinweise für Schwangere“ den derzeit gültigen berufsrechtlichen Normen angepaßt worden sind.

„Diplom-Mediziner“

Der 39. Bayerische Ärztetag wendet sich nachdrücklich gegen alle Bestrebungen, als Abschluß des Medizinstudiums ein anderes als das Ziel „Arzt“ vorzusehen. Er ersucht die Bayerische Staatsregierung, sich allen Plänen zu widersetzen, den „Diplom-Mediziner“ oder andere irreführende Berufsbezeichnungen oder akademische Grade für Absolventen des Medizinstudiums einzuführen.

Antrag des Krankenhausausschusses der Bayerischen Landesärztekammer

Die seit 1. Januar 1986 geltende Bundespflegegesetzverordnung steht im Wider-

spruch zur Anlage C zum Gesamtvertrag – Ärzte in Bayern.

Nach Feststellung des Sozialministeriums haben generell Pflegesetzrechtsvorschriften (KHG-BPflV) Vorrang vor vertraglichen Vergütungsregelungen auf Länderebene. Dies hat zur Folge, daß von Belegärzten veranlaßte Leistungen, die nicht im eigenen Haus durchgeführt werden, über den Pflegesatz nicht mehr finanziert werden können.

Der 39. Bayerische Ärztetag tritt daher mit der Bitte an die kassenärztlichen Vertragspartner heran, für Bayern eine Regelung zu treffen, die es möglich macht, solche Leistungen weiterhin entweder über den Pflegesatz oder aber über die kassenärztliche Überweisungstätigkeit verrechnen zu können.

Musterberufsordnung § 5

Das Präsidium des Deutschen Ärztetages wird aufgefordert, dem Deutschen Ärztetag vorzuschlagen, bei der nächsten Änderung der Musterberufsordnung in § 5 den Satz „Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen“ ersatzlos zu streichen.

Anwendung der gentechnologischen Diagnostik bei der Früherkennung monogen-bedingter Leiden in der genetischen Beratung

Der Bayerische Ärztetag unterstützt den vom „Forschungsverbund Humangenetik“ erarbeiteten Arbeitsplan zur Anwendung der molekular-genetischen Diagnostik in der ärztlichen Arbeit der genetischen Beratung.

Eingangsvergütung

Der 39. Bayerische Ärztetag bittet die Bayerische Staatsregierung, für die ärztlichen Mitarbeiter an den Universitätskliniken und an den sonstigen Krankenhäusern des Landes von der Absenkung der Eingangsbesoldung von A 13 nach A 12 bzw. der Vergütung von BAT II a nach BAT III künftig abzusehen. Die bisher praktizierten Einzelfallentscheidungen sollten durch eine generelle Weisung ersetzt werden.

Gesundheitsvorsorge an Schulen

Der 39. Bayerische Ärztetag appelliert an die Staatsregierung, gemeinsamen Gesundheitsunterricht durch Lehrer und Ärzte an den Schulen des Freistaates in den Förderkatalog des Gesundheitsprogrammes der Bayerischen Staatsregierung aufzunehmen.

Ausbildung der Arzthelferinnen

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird ersucht, Verhandlungen mit dem Kultusministerium über die dreijährige Ausbildungszeit der Arzthelferinnen mit dem Ziel zu führen, daß die zweitägige Ausbildung in der Schule im ersten Jahr auf einen Tag, wie im Antrag des Bayerischen Ärztetages 1983 beschlossen, reduziert wird.

Das entspricht der Schulzeit bei den Azubi-Zahnerzthelferinnen und anderen Berufsgruppen.

Wissenschaftliche Hilfskräfte

Der 39. Bayerische Ärztetag registriert mit Bestürzung, daß es immer noch nicht gelungen ist, an Universitätskliniken für approbierte und promovierte Ärzte als Eingangsstufe zur Laufbahn des Akademischen Rates auf Zeit die unwürdige, wirtschaftliche und sozial minderwertig ausgestattete Position der wissenschaftlichen Hilfskraft zu ersetzen.

Der 39. Bayerische Ärztetag appelliert erneut an die Bayerische Staatsregierung, ihre Fürsorgepflicht zu erkennen und diesen Kreis der ärztlichen Mitarbeiter der Universitätskliniken endlich unter Bedingungen zu beschäftigen, die denen ihrer beamteten oder nach Tarifrecht beschäftigten Ärzte entsprechen.

Erweiterung der Promotionsmöglichkeiten

Der 39. Bayerische Ärztetag appelliert an die Medizinischen Fakultäten, die Promotionsmöglichkeiten voll auszuschöpfen bzw. noch zu erweitern.

Die wissenschaftlichen Stiftungen (z. B. DFG, VW, Thyssen-Stiftung) werden aufgefordert, vermehrt Promotionsstipendien zur Verfügung zu stellen.

Katastrophenmedizin

Seit Jahren bekennt sich die überwiegende Zahl der Ärzte uneingeschränkt zur Fortbildung in Katastrophenmedizin. Theoretische Fortbildungsveranstaltungen jedoch genügen nicht – sondern man muß das auch üben!

Qualitätssicherung

Der 39. Bayerische Ärztetag beauftragt den Kammervorstand, eine Kommission ins Leben zu rufen, die sich mit der Qualitätssicherung in der operativen Medizin beschäftigen soll.

14. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Angiologie in München

In seiner *Eröffnungsansprache* zu dieser Tagung, bei der in vier Parallelsitzungen fest 500 Vorträge bewältigt werden mußten, führte Professor Dr. P. C. Maurer, München, darüber Klage, daß die Angiologie in den medizinischen Fakultäten der deutschen Universitäten in Forschung, Lehre und Krankenversorgung nicht systematisch vertreten ist. Als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Angiologie forderte er die Bundesärztekammer auf, den nunmehr vorgelegten Weiterbildungskatalog zum nächstmöglichen Termin vor der Kommission für Weiterbildungsfragen zu behandeln und das Teilgebiet „interne Angiologie“ als Partnerdisziplin zu dem bereits seit zehn Jahren etablierten Teilgebiet „Gefäßchirurgie“ unverzüglich einzurichten.

In seinem Vortrag über den *Einfluß von Serotonin auf die Blutgefäße* legte Professor P. M. Vanhoutte, Rochester/Minn. (USA), dar, daß das in den Thrombozyten enthaltene 5-Hydroxytryptamin (= Serotonin) bei der Aggregation von Blutplättchen freigesetzt wird, und daß dies wahrscheinlich die Hauptquelle des auf das Gefäßsystem wirkenden Serotonins darstellt. Das von den aggregierten Plättchen freigesetzte Monoamin kann entweder von anderen Thrombozyten oder von Endothelzellen gebunden und gespeichert werden.

Serotonin besitzt sowohl vasokonstriktorische als auch vasodilatatorische Eigenschaften. Eine Vasokonstriktion kann durch eine direkte

Aktivierung der glatten Gefäßmuskulatur zustande kommen, was durch die in den meisten Gefäßen vorhandenen S_2 -serotonergen Rezeptoren vermittelt wird. Außerdem kann das Monoamin die Wirkung anderer endogener Vasokonstriktoren (Katecholamine, Angiotensin II und Prostaglandine) verstärken und überdies die Freisetzung von Noradrenalin aus adrenergen Nerven anregen. Die vasodilatatorischen Wirkungen von Serotonin, die insbesondere im Bereich der Widerstandsgefäße zu beobachten sind, werden mit einer Hemmung der adrenergen Neurotransmission an der präsynaptischen Strecke und mit einer Wirkung auf serotonerge Rezeptoren der Endothelzellen mit anschließender Ausschüttung von endothelialen Relaxationsfaktoren erklärt.

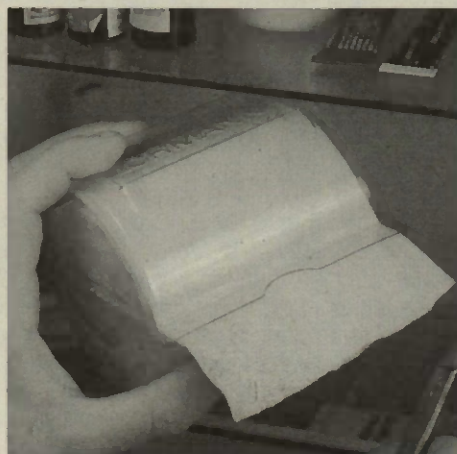
Wie Venhoutte betonte, sind die gefäßverengenden Eigenschaften von Serotonin auf gesunde Gefäße nur geringfügig, während sie durch akute oder chronische pathologische Zustände, insbesondere durch Hypoxie und Atherosklerose, verstärkt werden können. Diese Beobachtungen sowie die günstige Wirkung von S_2 -serotonergen Antagonisten (Ketanserin, Naftidrofuryl) bei Patienten mit peripheren Gefäßerkrankungen und auch die Daten über einen vermehrten Thrombozytenumsatz bei diesen Patienten deuten darauf hin, daß das von hyperaktiven Thrombozyten ausgeschüttete Serotonin zur Entwicklung einer Gewebshypoxie beitragen kann, welche der klinischen Symptomatik einer Gefäßinsuffizienz zugrunde liegt.

In einem ergänzenden Beitrag ging Professor J. A. Dormandy, London, auf die *hämorrheologischen Wirkungen des Serotonins und der serotonergen Antagonisten*, ein. Er erwähnte, daß zwischen den ischämischen Veränderungen in den Geweben und der Verschlechterung der Fließeigenschaften des Blutes in den betroffenen sauerstoffarmen Arealen ein Circulus vitiosus entstehen kann. Hierbei kann das Serotonin eine zentrale Rolle spielen, da es an der Thrombozytenaggregation und an der Ausschüttung verschiedener Substanzen, die den Sauerstoffmangel begünstigen, beteiligt sein dürfte. Die biochemische Grundlage einer möglichen serotonergen Wirkung auf die Verformbarkeit der Erythrozyten dürfte auf einer Erhöhung des Kalziumeinstroms beruhen.

Nach Dormandy leiten sich die meisten Anhaltspunkte für einen potentiellen hämorrheologischen Effekt von Serotonin von der Anwendung serotonerger Antagonisten ab, insbesondere von Ketanserin (in klinischer Prüfung). So konnten de Cree und Mitarbeiter in einem Doppelblindversuch bei 60 Patienten nach Myokardinfarkt mit einer oralen Einzeldosis von 60 mg Ketanserin gegenüber Placebo eine im Durchschnitt 14prozentige Besserung der Filtrierbarkeit des Blutes beobachten. Bei Messung der Erythrozytenfiltrierbarkeit in plättchenreichem Plasma wurde unter diesem Serotonin-Antagonisten eine 30prozentige Besserung festgestellt, während in der Placebogruppe keine Änderung zu verzeichnen war.

Dr. H. G. Hamann, Ulm, präsentierte die *vorläufigen Ergebnisse einer multizentrischen Studie*, an der sich seit 1983 elf chirurgische, neurologi-

Lohmann
TF



Gazin®

Gerollter Verbandmull ist zweckmäßiger als zickzackgelegter, keine Knicke stören beim Schneiden oder Applizieren, und er ist handlicher.

Ob in der Praxis oder in der Hand des Patienten: die Rolle bleibt im Klarsichtspender stets sauber unter Verschluss.

Gazin – natürlich aus der Apotheke

LOHMANN GmbH & Co. KG · D-5450 Neuwied 12

32294/0598

sche und internistische Zentren der Bundesrepublik beteiligen. Sie läuft unter dem Kurztitel CASANOVA (= Carotid Artery Stenosis with Asymptomatic Narrowing-Operation Versus Asasantin). Mit dieser Studie soll die bislang noch strittige Frage geklärt werden, ob Patienten mit einer asymptomatischen Stenose der Carotis interna bereits operiert oder als Alternative prophylaktisch mit aggregationshemmenden Pharmaka behandelt werden sollten. Bei 410 Patienten, die – einer Zufallsverteilung folgend – entweder operiert oder medikamentös mit ASS (3 x 330 mg/die) und Dipyridamol (3 x 75 mg/die) behandelt wurden, ergab sich, daß eine medikamentöse Behandlung der Operation zumindest gleichwertig ist; die endgültigen Ergebnisse dieser Studie sollen im Januar 1987 publiziert werden.

Im Rahmen eines Satelliten-Symposiums sprach Professor E. Ott, Graz, über die *Rezidivprophylaxe zerebraler ischämischer Episoden mit Pentoxifyllin (Trental 400)*, wobei er davon ausging, daß bei mehr als 40 Prozent dieser Patienten hämorrhologische Störungen in Form einer erhöhten Blutviskosität gemessen werden. Hierfür werden neben einem Anstieg des Hämatokrits und einer Hyperfibrinogenämie auch eine gesteigerte Aggregationsbereitschaft der Erythrozyten und Thrombozyten sowie ein Verlust der Erythrozytenflexibilität verantwortlich gemacht. Da für Pentoxifyllin antithrombotische Eigenschaften postuliert werden, wurden 58 Patienten, die wegen einer akuten zerebrovaskulären Insuffizienz im Strombereich der Carotis zur Aufnahme gekommen waren, in eine Studie einbezogen. Sie erhielten ab dem 20. Krankheitstag neben einer kardialen Basistherapie (Antihypertensiva, Antidiabetika) dreimal täglich Trental 400. Als Kontrollgruppe dienten 42 Patienten mit vergleichbarer Altersverteilung und klinischer Symptomatik, die wegen einer schlechten Compliance keine rheologische Therapie erhielten. Während der mehr als drei Jahre dauernden Beobachtungszeit traten in der hämorrhologisch behandelten Gruppe vier Rezidive auf, in der Kontrollgruppe war dies bei 16 Patienten der Fall. Aus diesen Ergebnissen zog Ott den Schluß, daß Pentoxifyllin als ein wirksames Therapeutikum für die Prophylaxe reversibler ischämischer zerebraler Episoden eingestuft werden kann.

Blaulichtärzte

**Einheitliches
Fortbildungskonzept
für Notärzte
in Bayern 1987**

– Programm siehe Seite 543 –

Aus dem Vortrag von Professor H. Sinzinger, Wien, über den *Einfluß von Ca-Dobesilat auf die Thrombozytenfunktion bei Patienten mit peripherer Gefäßerkrankung* war zu entnehmen, daß dieser Substanz, die bisher u. a. zur Behandlung der diabetischen Retinopathie verwendet wurde, verschiedene Wirkmechanismen zugeschrieben werden, nämlich eine Stabilisierung der endothelialen Integrität, eine Verhinderung der Plättchenaggregation und Thrombenbildung sowie eine mäßig ausgeprägte Blockierung der Zykllooxygenase. Deshalb wurden 25 Patienten mit peripherer Gefäßerkrankung im Stadium II nach Fontaine in einer doppelblinden, plazebokontrollierten Studie vier Wochen lang mit täglich 1500 mg Ca-Dobesilat (Dexium) behandelt.

Die Überprüfung einiger hämorrhologisch relevanter Parameter ergab, daß Ca-Dobesilat auf das Serum-Thromboxan und das Beta-Thromboglobulin einen mäßigen Einfluß ausübt und die Plättchenaktivität nur geringfügig vermindert wird, während die anderen Thrombozytenfunktionstests unbeeinflusst bleiben. Der auffälligste Befund war ein signifikanter Rückgang der Zahl der zirkulierenden Endothelzellen, was auf eine Stabilisierung der Gefäßoberfläche hinweist, sowie eine signifikante Verkürzung der Fibrinogen-Halbwertszeit, was als Anstieg der fibrinolytischen Aktivität zu bewerten ist. Hingegen fand sich in dieser Studie kein Anhaltspunkt für die von anderen Autoren geäußerte Vermutung, daß es sich bei diesem Medikament um einen Zykllooxygenase-Inhibitor handelt. Sinzinger interpretierte seine Untersuchungsergebnisse dahingehend, daß Ca-Dobesilat bei Patienten mit peripherer arterieller Gefäßerkrankung von thera-

peutischem Nutzen sein kann, weil es die Plättchenaktivität verringert und durch eine Verbesserung der endothelialen Integrität die hämodynamische Balance günstig beeinflusst.

Privatdozent Dr. C. Diehm, Heidelberg, berichtete über die *Möglichkeiten einer intravenösen Applikation von PGE₁ bei der Behandlung von fortgeschrittenen Stadien der arteriellen Verschlusskrankheit*. Er ging davon aus, daß diese Substanz bisher nur für die intraarterielle Applikation zugelassen ist, weil man damit rechnete, daß bei der Lungenpassage mindestens 90 Prozent des Medikaments inaktiviert werden. Es gab aber schon frühzeitig Hinweise, daß bei einer i. a.-Verabreichung auch die kontralaterale Extremität von einer solchen Medikation profitiert, erkennbar an der Erwärmung des kontralateralen Beines und an einer Besserung des Ruheschmerzes. Nachdem mehrere Autoren im In- und Ausland über günstige Erfahrungen mit der i. v.-Applikation von PGE₁ berichtet haben, wurde auch an der Heidelberger Klinik eine plazebokontrollierte Doppelblindstudie begonnen, in welche 50 Patienten mit arterieller Verschlusskrankheit im Stadium III einbezogen wurden. Sie erhielten 21 Tage lang je 60 µg PGE₁ (3 Ampullen Prostavasin) während einer durchschnittlich vierstündigen intravenösen Infusion. Bisher konnten die Behandlungsergebnisse von 23 Patienten ausgewertet werden. Dabei hat sich gezeigt, daß in der PGE₁-Gruppe eine Reduktion des Ruheschmerzes um 71 Prozent erreicht werden konnte, unter Plazebo waren es 44 Prozent. In der Verum-Gruppe wechselten 43 Prozent der Patienten von Stadium III in das Stadium II, in der Plazebogruppe waren es nur elf Prozent. Trotz der bei i. v.-Gabe erforderlichen höheren Dosierung von PGE₁ wurden nur bei sechs Patienten Nebenwirkungen beobachtet, vorwiegend handelte es sich um eine Rötung der Vene, die aber nach Infusionsende schnell wieder verschwand. Wegen des bei einem solchen potenten Vasodilatator möglichen Steal-Phänomens ist nach Diehms Erfahrungen eine individuelle Dosierung, das heißt eine Regelung der Infusionsgeschwindigkeit erforderlich.

Referent:

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



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Schläfrigkeit – Bewußtlosigkeit

Der Notfall: Hypnotika-Intoxikation

bearbeitet von Hans Maurer und Professor Dr. Karl Pflieger, Homburg/Saar

Symptomatik:

Der Patient durchläuft die vier Stadien einer Narkose (nach *Guedel*):

I. Anelgesie

Patient schläfrig, aber noch erweckbar

II. Exzitation

Patient bewußtlos, reagiert verstärkt auf Reize mit unkoordinierten Abwehrbewegungen

Brech- und Hustenreflex verstärkt (daher Aspirationsgefahr!)

Skelettmuskeltonus, Drüsensekretion erhöht

Pupillen wechselnd weit, reagieren auf Licht

Atmung unregelmäßig, meist frequent

III. 1 – 4 Toleranz

Patient bewußtlos, reagiert nicht auf grobe Reize

1) Schluck-, Brech- und Lidreflex erloschen
Pupillen eng, reagieren noch auf Licht
Atmung regelmäßig und tief

3) Auch Corneal und Hustenreflex sowie Drüsensekretion erloschen
Skelettmuskulatur atonisch
Pupillen zunehmend weiter, reagieren immer weniger auf Licht
Atmung zunehmend schwächer, beginnende Zyanose
Puls flach, zunehmend frequenter, Blutdruck zunehmend niedriger

IV. Asphyxie

Pupillen maximal weit, reagieren nicht auf Licht

Atemstillstand, Herz-Kreislauf-Stillstand

Anamnese:

1. Befragen von Angehörigen:

Unter welchen Erkrankungen leidet der Patient?

Nimmt er Medikamente?

Welche Medikamente waren oder sind im Hause?

War der Patient in der letzten Zeit depressiv?

Hat er Suizidgedanken geäußert?

Hat er schon einmal einen Suizid versucht?

Ist er in psychiatrischer Behandlung?

Hat er schwere Probleme?

2. Inspektion der Umgebung:

Abschiedsbrief?

Leere Arzneimittelpackungen?

Arzneimittelreste in einem Glas oder einer Spritze?

(ggf. in die Klinik mitschicken zur toxikologischen Analyse)

Kontrolle von Küche, Abfallkörben, WC!

Cave: Bewußte Irreführung möglich!

Sofortdiagnostik:

Bei jeder ungeklärten Bewußtseinsstörung ist an eine Intoxikation zu denken!
Reaktion auf grobe Schmerzreize? — Reflexe auslösbar?
Pupillenreaktion? — Blutdruck, Puls?

Atmung? (zentrale Atemdepression? Aspiration?)
Hautfarbe? (blau = Zyanose, hellrot = CO-HB, braun = Met-HB)
Einstichstellen? (Drogenabhängiger?)

Zusätzlich in der Klinik:

Folgende Asservate sofort mit einem Rettungsfahrzeug oder Taxi zur toxikologischen Analyse schicken (für das Saarland und Umgebung: an die Adresse der Verfasser — Tel. 06841/16-2425 — über Anrufbeantworter rund um die Uhr erreichbar):

1. Blut (10 ml mit EDTA- oder Citratzusatz)
2. erster Urin (mind. 30 ml, ggf. katheterisieren!)
3. erste Magenspülflüssigkeit
4. ggf. Medikamentenreste

Cave: Urin und Magenspülflüssigkeit nicht in ungereinigte Medikamentenflaschen füllen!

Laborwerte, EKG, EEG, etc.

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Vitalfunktionen erhalten (Notfall-ABC)

A = Atemwege freihalten (Zahnprothesen, Erbrochenes entfernen, Bewußtlose in stabile Seitenlage bringen, angefeuchteten Guedel-Tubus in Mundhöhle legen).

B = Beatmen (cyanotische Patienten sofort beatmen, Bewußtlose zusätzlich intubieren).

C = Circulation (bei Herzstillstand externe Herzmassage, Defibrillator einsetzen, wenn nicht vorhanden 0,5 mg Orciprenalin in 10 ml physiol. Kochsalzlösung i. v. (!) spritzen, bei hypovolämischem Schock sofort zentralen Zugang legen (Subclavia- oder Cavakatheter), Plasmaexpander (z. B. *Rheomacrodex*[®]) infundieren.

Anschließend den Patienten sofort in stabiler Seitenlage (Erbrechen!) in eine größere Klinik transportieren (ggf. unter ärztlicher Überwachung). Bei kurzem Transportweg keine Zeit damit verlieren, den Patienten erbrechen zu lassen.

Zusätzlich in der Klinik:

Magenspülung (auch noch viele Stunden nach Ingestion!), forcierte Diarrhoe, forcierte Diurese.

Die Gabe von zentralen Analeptika (z. B. *Bemegrid*) ist obsolet.

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

Bei jedem Vergiftungsverdacht sollte der Patient unter Aufsicht einer erfahrenen Begleitperson sofort in eine Klinik transportiert werden, die Erfahrung mit der Entgiftungstherapie hat. Auch der ansprechbare Patient (evtl. in der Anflutungsphase!) sollte zur Beobachtung in eine Klinik gebracht werden, da er nach kurzer Zeit bewußtlos und ateminsuffizient werden kann.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

In Abhängigkeit vom klinischen Bild und dem toxikologischen Analysenbefund können aufwendige Detoxikationsverfahren notwendig werden, wie z. B. eine Hämodialyse, Plasmapherese, Hämo-perfusion o. ä.

Cave: Der Patient sollte während der gesamten stationären Behandlung unter Beobachtung bleiben, da er nicht selten erneut einen Suizid versucht.

Nach der Entgiftungsbehandlung sollte der Patient einem Psychiater vorgestellt werden.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

Eine qualitative und quantitative toxikologische Analyse führt zusammen mit dem klinischen Bild zum Nachweis oder zum Ausschluß einer Intoxikation mit Hypnotika.

Differentialdiagnostisch ist vor allem an folgende Erkrankungen zu denken:

Schädelhirntraumata, Apoplex, intrakranielle Blutung, epileptischer Anfall, Coma uraemicum, Coma hepaticum, Coma diabeticum, hypoglykämischer Schock, Encephalitis, Vergiftung mit Alkohol, Lösungsmitteln, Kohlenmonoxyd, Antiepileptika, Psychopharmaka, Opioiden o. a.

Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberbayern

Moosburg, Lkr. Freising:
1 HNO-Arzt

Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Eisenhelmerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (0 89) 57 09 30.

Oberfranken

Heroldsbach, Lkr. Forchheim:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Leupoldsdorf, Lkr. Hof/Saale:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Münchberg, Lkr. Hof/Saale:

1 Augenarzt

Lichtenfels:

1 Augenarzt

Forchheim:

1 Hautarzt

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Hof/Saale:

1 Hautarzt

Hof/Saale:

1 Nervenarzt

(Praxisübernahmemöglichkeit)

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

Mittelfranken

Fürth:

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:

2 Allgemein-/praktische Ärzte
(Praxisübernahmemöglichkeiten)

Gunzenhausen:

1 Chirurg

Erlangen:

1 Internist

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:

1 Internist

(Praxisübernahmemöglichkeit)

1 Internist

(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Nürnberger Land:

1 Internist

(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:

1 Nervenarzt

(Praxisübernahmemöglichkeit)

1 Nervenarzt

(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:

1 Radiologa

(Gemeinschaftspraxis)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-412 (Frau Gresans / Harr Hubatschek).

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Oberaurech, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg:

1 Augenarzt

Erlenbach/Killingen, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Amorbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Ebern/Eftmann-Ebelsbach/Haßfurt, Lkr. Haßberge:

2 Augenärzte

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Chirurg

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Frauenarzt

Alzenau/Aschaffenburg, Lkr. Aschaffenburg:

2 HNO-Ärzte

Karlstadt/Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

Bad Neustadt/Bad Königshofen, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 HNO-Arzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Hautarzt

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Hautarzt

Karlstadt/Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 Hautarzt

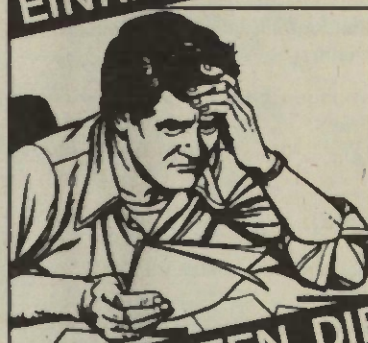
Pfannbergbereich Obernburg, Lkr. Miltenberg:

1 Internist

NIEDERLASSUNG?

PLANUNG?

EINRICHTUNG?



WIR BIETEN DIE PROBLEMLÖSUNG



Sie planen in nächster Zeit, sich als Arzt niederzulassen und stehen vor einem großen Berg von Fragen und Entscheidungen.

Sind die vorgesehenen Räume für meinen Fachbereich groß genug? Wie könnte man sie gliedern, um einen optimalen Praxisablauf zu erreichen?

Welche Einrichtung ist funktionsgerecht und repräsentativ? Welche medizinisch-technischen Geräte und Instrumente sind vordringlich?

Auf diese Fragen wissen wir bestimmt die richtige Antwort, denn genau darauf haben wir uns seit Jahren spezialisiert.

Überzeugen Sie sich von unserer Leistungsfähigkeit bei einem unverbindlichen und kostenlosen Gespräch mit einem unserer Fachberater.

BR

Beratungs- und Rationalisierungs GmbH für Büro und Arztpraxen
Telefon 09 41 / 79 20 01

BR GmbH · 8400 Regensburg 1 · Postfach 133

- senden Sie mir detaillierte Unterlagen
- Beraterbesuch erwünscht am _____
- vereinbaren Sie mit mir einen Besprechungstermin



BA

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Planungsbereich Kitzingen,**Lkr. Kitzingen:**

1 Kinderarzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Unterfranken der KVB, Hofstraße 5,
8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-0.

Oberpfalz**Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:**

1 Augenarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:

1 Augenarzt

Landkreis Amberg-Sulzbach:

1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:

1 HNO-Arzt

Landkreis Schwandorf:

1 HNO-Arzt

Landkreis Tirschenreuth:

1 HNO-Arzt

Landkreis Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Landkreis Cham:

1 Nervenarzt

Landkreis Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Oberpfalz der KVB, Yorkstraße 15/17,
8400 Regensburg, Telefon (0941) 3782-0.

Niederbayern**Pfarrkirchen, Lkr. Rottal-Inn:**

1 Hautarzt

(Praxisübernahme)

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

Schwaben**Weißenhorn, Lkr. Neu-Ulm:**

1 Augenarzt

Bad Wörishofen, Lkr. Unterallgäu:

1 HNO-Arzt

Dillingen, Lkr. Dillingen:

1 Hautarzt

Marktobersdorf Lkr. Ostallgäu:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle
Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2,
8900 Augsburg, Telefon (0821) 3256-0.

Amtliches**Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzleute zur Bayerischen Landesärztekammer**

vom 24. bis 28. November 1986

Das Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzleute zur Bayerischen Landesärztekammer wird in diesem Heft 12/1986 des „Bayerischen Ärzteblattes“ bekanntgegeben.

Das Wahlergebnis ist gesondert abgedruckt in der Mitte dieser Nummer eingehftet. Auf diese Bekanntmachung wird hiermit verwiesen.

München, 17. Dezember 1986

Landeswahlleiter
Poellinger
Rechtsanwalt

Meldeordnung

Zur Vereinheitlichung der Verwaltungshandhabung der in Art. 4 Abs. 6 des Kammergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. März 1978 (GVBl. S. 67), geändert durch Gesetz vom 6. August 1986 (GVBl. S. 212), festgelegten Meldepflichten bei den Ärztlichen Kreisverbänden – im folgenden Kreisverband genannt – hat der 39. Bayerische Ärztetag am 5. Oktober 1986 die nachstehende Meldeordnung beschlossen:

§ 1

(1) Jeder Arzt, der in Bayern ärztlich tätig ist oder, ohne ärztlich tätig zu sein, in Bayern seine Hauptwohnung im Sinne des Melderechts hat, ist verpflichtet, sich unverzüglich – spätestens innerhalb eines Monats – bei dem für ihn zuständigen Kreisverband persönlich anzumelden.

(2) Zuständig ist der Kreisverband, in dessen Bereich sich der Arzt niedergelassen hat oder sonst ärztlich tätig ist. Übt er in Bayern eine ärztliche Tätigkeit nicht aus, richtet sich die Zuständigkeit nach seiner Hauptwohnung.

§ 2

Die Meldepflicht nach § 1 besteht unbeschadet einer gleichzeitigen Zugehörigkeit zur ärztlichen Berufsvertretung eines anderen Landes der Bundesrepublik Deutschland oder des Landes Berlin und der Meldepflicht beim zuständigen Gesundheitsamt.

§ 3

(1) Bei dem zuständigen Kreisverband ist der von diesem unentgeltlich ausgehändigte Meldebogen in dreifacher Ausfertigung vom Arzt vollständig ausgefüllt und unterschrieben einzureichen. Dem Meldebogen sind amtlich beglaubigte Abschriften

der folgenden Nachweise beizufügen:

Approbationsurkunde bzw.
Erlaubnis gemäß § 10 BÄO

Falls zutreffend:

Promotionsurkunde
Erlaubnis zum Führen ausländischer akademischer Grade
Ernennungsurkunde(n)
Gebietsbezeichnungsurkunde(n)
Teilgebietsbezeichnungsurkunde(n)
Zusatzbezeichnungsurkunde(n)

(2) Der Kreisverband kann die Vorlage der Originalurkunden und – soweit erforderlich – weitere Nachweise (z. B. Personenstandsurkunden) verlangen.

(3) Auf die Beifügung der in Abs. 1 Satz 2 aufgeführten Nachweise kann verzichtet werden, wenn der meldepflichtige Arzt aus dem Zuständigkeitsbereich eines Kreisverbandes in den eines anderen wechselt und die bereits erfolgte Vorlage der Nachweise bewiesen ist.

§ 4

Meldepflichtige, die sich beim zuständigen Kreisverband bereits angemeldet haben, sind verpflichtet, dessen Aufforderung zur Ergänzung des Meldebogens oder der vorzulegenden Nachweise nachzukommen.

§ 5

(1) Ein Arzt hat dem Kreisverband, dessen Mitglied er ist, anzuzeigen:

a) die Niederlassung als freipraktizierender Arzt unter Angabe der geführten Gebietsbezeichnung, der Praxisart (z. B. Einzel- oder Gemeinschaftspraxis), der Praxisanschrift und der Wohnanschrift oder als angestellter Arzt die Beschäftigungsstelle und die Wohnanschrift;

b) die Teilnahme (Zulassung, Beteiligung oder Ermächtigung) an der kassen- oder vertragsärztlichen Versorgung unter Angabe der geführten Gebietsbezeichnung, der Beschäftigungsstelle und der Wohnanschrift;

c) die Verleihung eines ärztlichen Titels, einer Amts- oder Dienstbezeichnung sowie die Anerkennung zum Führen von Gebiets-, Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen durch eine Ärztekammer; für die im Ausland erworbene Bezeichnung „Professor“ ist § 27 Abs. 2 und 3 der „Berufsordnung für die Ärzte Bayerns“ zu beachten;

d) den Wechsel der geführten Gebietsbezeichnung, der Praxisart, die Verlegung der Praxis oder der Beschäftigungsstelle innerhalb des Kreisverbandsbereiches sowie als niedergelassener oder an der kassen- oder vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt die Änderung der Wohnanschrift;

e) die Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit, wenn der Arzt im Kreisverbandsgebiet seine Hauptwohnung behält; die Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit ist anzuzeigen.

(2) In den Fällen des Absatzes 1 Buchstaben b) und c) sind die entspre-

chenden Nachweise nach Maßgabe des § 3 vorzulegen.

(3) Die Anzeige hat binnen eines Monats nach Eintritt des anzuzeigenden Ereignisses zu erfolgen.

§ 6

(1) Ein Arzt hat sich abzumelden,

a) der nicht nur vorübergehend die ärztliche Tätigkeit im Bereich des Kreisverbandes aufgibt, ohne dort seine Hauptwohnung zu haben;

b) der nicht nur vorübergehend die ärztliche Tätigkeit in den Bereich eines anderen Kreisverbandes verlegt oder

c) der nicht nur vorübergehend seine Hauptwohnung verlegt, wenn eine ärztliche Tätigkeit nicht ausgeübt wurde.

§ 1 bleibt unberührt.

(2) § 5 Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 7

Bei schuldhafter Verletzung der Melde- und Anzeigepflicht kann der Vorstand des zuständigen Kreisverbandes berufsaufsichtliche Maßnahmen nach Art. 33 und 34 des Kerngesetzes ergreifen.

§ 8

Diese Meldeordnung tritt am 1. Januar 1987 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Meldeordnung vom 8. Oktober 1978 außer Kraft.

Bad Reichenhall, den 5. Oktober 1986

gez.: Professor Dr. Dr. h. c. Sewering
Präsident

Personalia

Dr. Braun weiter Präsident des Verbandes Freier Berufe

Auf der Delegiertenversammlung des Verbandes Freier Berufe in Bayern am 12. November 1986 wurde Dr. med. Hermann Braun, Talstraße 7, 8411 Nittendorf, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, wiederum einstimmig zum Präsidenten gewählt.

Auszeichnung für Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

Auf der Delegiertenversammlung des Verbandes Freier Berufe in Bayern am 12. November 1986 überreichte der Präsident, Dr. Hermann Braun, die Ehrenrafel des Verbandes an Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Professor Sewering ist seit 1955 einer der maßgeblichen Repräsentanten der Freien Berufe in Bayern. Seit 1971 vertritt er die Freien Berufe im Bayerischen Senat.

Bundesverdienstkreuz am Bande

Dr. med. Eberhard Thäle, Internist, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, Vorsitzender der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung, Ahornweg 5, 7912 Weißenhorn, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Magnesiocard®

Für den
Risikopatienten Streßabschirmung
Calcium-Antagonismus

Zusammensetzung: 1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml enthalten: Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 614,8 mg, Magnesiumgehalt: 2,5 mmol – 60,78 mg. 1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält: Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 737,6 mg, Magnesiumgehalt: 3 mmol – 72,94 mg. 5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten: Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 1229,6 mg, Magnesiumgehalt: 5 mmol – 121,56 mg. Verdauliche Kohlenhydrate 3,1 g. **Indikationen:** Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzerkrankungen. Bei Magnesium-Mangelzuständen, zum Beispiel infolge Fastenkuren, Hypercholesterinämie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme östrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe. **Kontraindikationen:** Exsikkose, Nierensuffizienz mit Anurie. **Magnesiocard Ampullen** sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenia gravis. Die Injektion von Magnesiocard bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt. **Nebenwirkungen:** Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen. **Handelsformen und Preise:** Kapseln: 25 DM 10,34, 50 DM 19,72, 100 DM 35,51. Tabletten: 25 DM 10,09, 50 DM 19,37, 100 DM 34,70. Granulat zum Trinken: Beutel: 20 DM 13,46, 50 DM 30,02, 100 DM 50,39. Ampullen i. m.: 2 DM 3,89, 5 DM 8,68. Ampullen i. v.: 3 DM 6,91, 10 DM 20,63.



VERLA-PHARM
8132 TUTZING

Ehrung für Professor Spann

Am 3. November 1986 wurde Professor Dr. med. Dr. h. c. Wolfgang Spann, Frauenlobstraße 7a, 8000 München 2, Dekan der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München, mit der Ehrenmedaille des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU (GPA) ausgezeichnet. Der Landesvorsitzende Dr. Hartwig Holzgartner und der Vorsitzende des GPA in München, Privatdozent Dr. Wolfgang Pförringer, würdigten die „Gerechtigkeit, Tapferkeit und Klugheit“ Spanns, der seit 1970 ununterbrochen zum Dekan gewählt worden ist.

Dr. med. Ernst Bauer, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, Händelstraße 2, 8500 Nürnberg 20, wurde mit der Hartmann-Thieding-Plakette des Hartmannbundes ausgezeichnet.

Dr. med. Walter Gillesberger, Hautarzt, Winterthurer Straße 3, 8000 München 71, wurde zum Ehrenmitglied des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen ernannt.

Dr. med. Erwin Hirschmann, Kinderarzt, Hansastraße 134, 8000 München 70, wurde erneut zum Bundesvorsitzenden des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) gewählt.

Dr. med. Herbert Matusczyk, Allgemeinarzt und langjähriger Chefarzt der Kurklinik Kronprinz in Prien, Rathausstraße 9, 8210 Prien, wurde mit der Goldenen Ehrennadel des Kneipp-Bundes e. V. ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Jan-Dieter Muren, Leiter der Abteilung für Pädiatrische Genetik und pränatale Diagnostik der Kinderpoliklinik der Universität München, Goethestraße 29, 8000 München 2, wurde für die SPD in den Bezirkstag Oberbayern wiedergewählt.

Privatdozent Dr. med. Ekkehard Pretschke, Chirurgische Klinik der Universität München, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, wurde mit dem erstmals verliehenen Ferdinand Sauerbruch-Preis der Berliner Chirurgischen Gesellschaft ausgezeichnet.

Wahlen auf dem 16. Bayerischen Anästhesistentag

Anlässlich des 16. Bayerischen Anästhesistentages wurde der Vorstand der Bayerischen Landesverbände der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (= DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (= BDA) für die Amtsperiode 1987/88 neugewählt:

Vorsitzender DGAI:

Professor Dr. Joachim Eckart, Stenglinstraße 2, 8900 Augsburg

Stellvertreter:

Professor Dr. med. Robert Enzenbach, Marchioninstraße 15, 8000 München 70

Privatdozent Dr. med. Jürgen Plötz, Bugerstraße 80, 8600 Bamberg

Vorsitzender (BDA):

Professor Dr. Bernd Landauer, Engelschalkinger Straße 77, 8000 München 81

Stellvertreter:

Dr. Othmar Zierl, Menzinger Straße 48, 8000 München 19, der nach 21-jähriger Amtszeit aus gesundheitlichen Gründen auf eine nochmalige Kandidatur als Vorsitzender verzichtet hat

Dr. med. Eike Hagen Kipka, Strüther Berg 7, 8800 Ansbach

Wahl im Landesverband Bayern des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Anlässlich der Jahresversammlung des Landesverbandes Bayern des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands wurde der Vorstand für die Amtsperiode 1987 bis 1990 neugewählt:

Vorsitzender:

Professor Dr. med. Hens-Henning von Albert, Internist, Neurologe, Ludwig-Heilmeyer-Straße 2, 8870 Günzburg

Stellvertreter:

Professor Dr. med. Hans Wolfgang Opderbecke, Anästhesist, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, der nach 13-jähriger Amtszeit aus Altersgründen auf eine nochmalige Kandidatur als Vorsitzender verzichtet hat

Dr. med. Rudolf Graf v. La Rosée, Internist, Mainburger Straße 29, 8050 Freising

Schriftführer:

Dr. med. Eike Hagen Kipka, Anästhesist, Strüther Berg 7, 8800 Ansbach

Kongresse: Allgemeine Fortbildung

Sportmedizinische Fortbildungsveranstaltungen

Die Gesamtübersicht der Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes für das Jahr 1987 (auch der für die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ anerkannten) kann gegen Einsendung eines adressierten und mit DM 0,80 frankierten Briefumschlages angefordert werden beim:

Bayerischen Sportärzteverband e. V.,
Dr. E. Gofner,
Nymphenburger Straße 81/IV,
8000 München 80

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fechkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RÖV)

Speziellkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in zwei Teilen (3.1.2 der Richtlinien) am 13./14. Februar und 20./21. Februar 1987 in Nürnberg

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

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Auskunft und Anmeldung:

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

Meeting der Arbeitsgemeinschaft Kernspintomographie der Deutschen Röntgengesellschaft

im Rahmen des Internationalen Kernspintomographie-Symposiums vom 29. Januar bis 1. Februar 1987 in Garmisch-Partenkirchen

Veranstalter: Radiologische Klinik und Poliklinik der Universität München

Themen: Bildqualität – Herz und Kreislauf – Hirn und Wirbelsäule – Abdomen – Weichteile und Gelenke – Spektroskopie, Nebenwirkungen – Work in Progress

Auskunft und Anmeldung:

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

37. Lindeuer Psychotherapiewochen vom 21. April bis 2. Mai 1987

Leitung: Dr. P. Buchheim, Dr. Th. Seifert, beide München

Themen: Was wirkt in der Psychotherapie? – Kurzpsychotherapie

Auskunft:

Sekretariat der Lindeuer Psychotherapiewochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2, Telefon (0 89) 29 25 22

Blaulichärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1987

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

I. Stufe – Grundkurs für Ärzte, die im Rettungsdienst eingesetzt werden sollen

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens einjährige Weiterbildung (Akutkrankenhaus)

Zeitbedarf: 2 Samstags ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

II. Stufe – Aufbaukurs für Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens einjährige kontinuierliche Tätigkeit im Rettungsdienst oder frühestens 1 Jahr davor vollständig absolvierter Grundkurs

Zeitbedarf: 2 Samstags ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

III. Stufe – Fallsimulation für aktiv tätige Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: frühestens 1 Jahr davor vollständig absolvierter Kurs II oder mindestens kontinuierliche zweijährige Tätigkeit im Rettungsdienst mit mindestens 150 Einsätzen

Zeitbedarf: 1 Samstag ganztägig (9.30 bis 17.30 Uhr)

Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und Anmeldung nur bei:
Augsburg Ärztelhaus Schwaben	31. 1.	III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben Harr Baumgartl, Telefon (08 21) 32 56-131
	4. 4.	I	
	16. 5.	I	
München Ärztelhaus Bayern	28. 3.	III	Bayerische Landesärztekammer Telefon (0 89) 41 47-288 Frau Scheitzanhammer
	13. 6.	II	
	25. 7.	II	
	7. 11.	II	
	28. 11.	II	
Nürnberg-Fürth Stadthalle-Fürth	24. 1.	I	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken Frau Leikaul, Telefon (09 11) 46 27-532
	21. 2.	I	
	7. 3.	I	
	23. 5.	III	
	4. 7.	III	
	18. 7.	III	
	10. 10.	II	
14. 11.	II		
Würzburg Universitätsklinik	21. 3.	II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken Frau Knüpf, Telefon (09 31) 3 07-252
	4. 4.	II	
	27. 6.	I	
	11. 7.	I	
	Kolpinghaus	21. 11.	

Anmeldung unbedingt erforderlich
Teilnahmebescheinigung nur nach vollständig besuchtem Kurs

Lohmann
TF



Rosidal®-Binde K Elko®

Kurzer Zug und ausdauernd kräftige Kompression charakterisieren diese Lohmann-Binden. Die griffige Gewebestruktur sichert den Wickeltouren rutschfesten Halt. Rosidal-K bzw. das Bindenpaar Elko werden bevorzugt in der Doppelbindentechnik verwendet.

Rosidal – die griffige rutschfeste Binde

LOHMANN GmbH & Co. KG · D-5450 Neuwied 12

32276/0086

Klinische Fortbildung in Bayern 1986/1987

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

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

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

Arbeitsmedizin

22. Januar in München

Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München (Vorstand: Professor Dr. G. Fruhmenn) gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V., Landesverband Südbayern (Landesverbandsleiter: Professor Dr. H.-J. Florian)

Thema: Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Krankheiten

Zeit: 18.15 bis ca. 19.30 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal der Medizinischen Klinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zi. 251), München 2

Anmeldung nicht erforderlich

Augenheilkunde

12./13. Dezember in München

Augenklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. O.-E. Lund)

„III. Seminar: Lasertherapie von Makule-Erkrankungen“

Beginn: 12. Dezember, 14 Uhr s. t.; Ende: 13. Dezember, ca. 12 Uhr

Ort: Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, München 2

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. V.-P. Gabel/Private Dozent Dr. R. Birngruber, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-38 51

13. Dezember in München

Augenklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. O.-E. Lund)

„Sitzung der Münchner Ophthalmologischen Gesellschaft“

Themen: Zur Technik der Lidrekonstruktion – Behandlung der diabetischen Makulopathie – Glaskörperoperation bei diabetischer Retinopathie – Glaukomüberwachung in der Praxis mittels automatisierter Perimetrie – Zeitpunkt der Schieloperation

Zeit: 15 s. t. bis 18.15 Uhr

Ort: Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, München 2

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. O.-E. Lund, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-38 01

Wintersemester 1986/87 in Erlangen

Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Kopfklinikum (Direktor: Professor Dr. G. Naumann)

20. Dezember

„36. Erlanger augenärztliche Fortbildung“

Thema: Differentialdiagnose und chirurgische- bzw. Laser-Therapie der Glaukome – Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

17. Januar

„37. Erlanger augenärztliche Fortbildung“

Thema: Mikrobiologische Aspekte in der Augenheilkunde – Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

Beginn: jeweils 9.15 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft:

Professor Dr. K. W. Ruprecht, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-30 01 oder 85-30 02

Wintersemester 1986/87 in München

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merté)

14. Januar

Tonometrische Verfahren, Tonographie

21. Januar

Praktische Arbeit mit Mikrocomputern

Zeit: jeweils 16 bis 18 Uhr (einschließlich klinischer Demonstrationen)

Ort: Seminarraum, 4. Stock, Klinikum rechts der Isar, Trogerstraße 32, München 80

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. H.-J. Merté, Ismaninger Straße 22, München 80, Telefon (0 89) 41 40-27 91

31. Januar in München

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merté)

„Sitzung der Münchner Ophthalmologischen Gesellschaft“

Thema: Die Differentialdiagnose des malignen Melanoms der Aderhaut und

Dezember 1986

12./13. Augen - München

20. Augen - Erlangen

Januar 1987

14. Augen - München

17. Augen - Erlangen

21. Augen - München

21. HNO - München

22. Arbeitsmedizin - München

23.-25. Innere - Bad Neustadt

31. Augen - München

31. Chirurgie - Altötting

31. Rheumatologie - Bad Abbach

31. Rheumatologie - Bayreuth

Februar 1987

7. Frauen - München

7. Kinder - Würzburg

der derzeitige Stand von dessen Therapie

Beginn: 14.30 Uhr s. t.

Ort: Hörsaalgebäude im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft:

Sekretariat der Augenklinik und -poliklinik, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 20 oder 41 40-23 21

Chirurgie

31. Januar in Altötting

Kreiskrankenhaus Alt-/Neuötting, Chirurgische Abteilung (Chefarzt: Professor Dr. H. Bauer)

Thema: Das akute Abdomen (Referate aus der Sicht des Chirurgen, Internisten, Gynäkologen und Kinderchirurgen: Perforation von Hohlorganen, entzündliche Prozesse, Ileus, Abdominalverletzungen – Anschließend Rundtischgespräch)

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Aula der Staatlichen Realschule, Justus-von-Liebig-Straße, Altötting

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Bauer, Vinzenz-von-Paul-Straße 10, 8262 Altötting, Telefon (0 86 71) 5 09-211

Frauenheilkunde

7. Februar in München

Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. H. Hepp)

„13. Samstagseminar“

Thema: Peri- und Postmenopause, operative und medikamentöse Therapie der Endometriose

Zeit: 10 bis 16 Uhr

Ort: Hörsaal 3 im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. P. Scheidel, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-28 41

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

21. Januar in München

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. E. R. Kastenbauer)

Leitung: Dr. S. Holtmann

Thema: Halsbedingter Schwindel

Zeit: 15 Uhr c. t. bis 17 Uhr

Ort: Hörsaaltrakt im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft und Anmeldung:

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Frau Kolodziej, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-38 52

Innere Medizin

23. bis 25. Januar in Bad Neustadt

Kurparkklinik Bad Neustadt (Ärztlicher Leiter: Professor Dr. Dr. F. Matzkies)

„15. Ernährungsmedizinisches Seminar“
Themen: Grundlagen der Ernährungslehre – Angewandte Ernährungslehre – Praxis der Diätetik

Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unterkunft und Verpflegung inbegriffen)

Auskunft und Anmeldung:

Kurparkklinik, Frau Peschke, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon (0 97 71) 50 48

Kinderheilkunde

7. Februar in Würzburg

Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. Bartels)

„Würzburger Pädiatrisches Seminar“

Zeit: 9 bis 16 Uhr

Ort: Hörsaal der Kinderklinik, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg
Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Bartels, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01-37 01

Rheumatologie

31. Januar in Bad Abbach

Rheumazentrum Bad Abbach, I. Medizinische Klinik (Chefarzt: Privatdozent Dr. H. Menninger) gemeinsam mit der II. Medizinischen Klinik (Chefarzt: Professor Dr. H. Müller-Faßbender)

„2. Bad Abbacher Wintersymposion“

Thema: Funktionell bedingte Schmerzsyndrome bei entzündlichen und nicht-entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates: Medikamentöse und alternative Behandlungsmethoden

Zeit: 9 bis 13.30 Uhr

Ort: Kurhaus, Kaiser-Karl-V.-Allee, Bad Abbach

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der I. Medizinischen Klinik des Rheumazentrums, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 18-2 20

31. Januar in Bayreuth

Klinik Herzoghöhe Bayreuth (Chefarzt: Professor Dr. G. L. Bach)

„2. Wintersymposion Rheumatologia“

Thema: Differentialdiagnose der Spondylitis ankylosans

Ort: Klinik Herzoghöhe, Kulmbacher Straße 103, Bayreuth

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. G. L. Bach, Frau Gebhardt, Kulmbacher Straße 103, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 4 02-213

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1987

21. bis 24. Januar 1987 in Köln:

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

8. bis 20. März 1987 in Badgastein:

32. Internationaler Fortbildungskongress

8. bis 20. März 1987 in Davos:

35. Internationaler Fortbildungskongress

12. bis 24. April 1987 in Meran:

19. Internationaler Saminarkongress für praktische Medizin

31. Mai bis 12. Juni 1987 in Grado:

35. Internationaler Fortbildungskongress

7. bis 19. Juni 1987 in Montecatini
Thema:

21. Internationaler Fortbildungskongress

23. August bis 4. September 1987 in Grado:

21. Internationaler Saminarkongress für praktische Medizin

30. August bis 11. September 1987 in Meran:

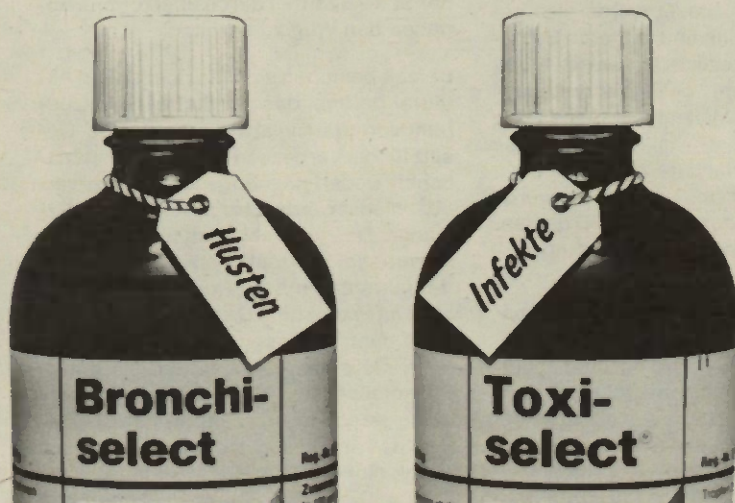
35. Internationaler Fortbildungskongress

23. bis 25. Oktober 1987 in Augsburg:

16. Zentralkongress für Medizinische Assistenzberufe (im zeitlichen und räumlichen Zusammenhang mit dem 78. Augsburger Fortbildungskongress für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

Kongressbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-2 21 bis 2 24



Bronchiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Drosera D₃ dil. 20 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Tartarus stibiatius D₄ dil. 20 ml, Spongia D₆ dil. 20 ml, Ipecacuanha D₄ dil. 20 ml. **Indikationen:** Schleimhautkatarhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Silicose, Rippenfellentzündung, Bruststiche. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3- bis 4mal täglich 10 bis 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 7,95, 100 ml DM 20,95. Klinikpackungen.

Toxi-select. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Echinacea 40 ml, Lachesis D₈ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Apis mellifica D₃ dil. 10 ml. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarhe und grippale Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, am ersten Tag 3- bis 4mal täglich 20 bis 30 Tropfen, dann 3mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 7,95, 100 ml DM 20,95. Klinikpackungen.



Vor der Bundestagswahl

Die Koalitionsparteien gehen mit beträchtlichem Optimismus in den nun enlaufenden Wahlkampf. Sie sind überzeugt, die Koalition auch nach dem Wehltag fortsetzen zu können. Derzeit spricht auch fest alles dafür. Dennoch wird die Koalition gut daren tun, sich nicht gar zu selbstsicher zu geben. Derweil heben die Sozialdemokraten Mühe, den Wählern ein in sich widerspruchsfreies und plausibles „Regierungsprogramm“ zu präsentieren. Sie haben in der bayerischen Landtagswahl und in Hamburg die schmerzliche Erfahrung machen müssen, daß die Bürger in ihren Parolen vom Einstieg in den Ausstieg aus der Kernenergie keine realistische Alternative zur Energiepolitik der Regierung erkennen. Auch wirkt es wenig überzeugend, wenn die SPD die Sozialleistungen verbessern und neue Abgaben einführen und zugleich die Steuer- und die Staatsquote festschreiben will. Neu fordert die Unternehmen einerseits auf, mehr zu investieren. Andererseits schlägt er in seinem Programm vor, die Unternehmen zusätzlich mit mehr als zehn Milliarden DM zu belasten. Solche Widersprüche lessen Zweifel an seiner Kompetenz aufkommen. Die Demoskopen registrieren das. Kohl sammelt inzwischen Punkte.

Krempfhalt sucht die SPD deher nach neuen wehlwirksamen Themen. Aber sie findet keine. So greift sie auf alte Parolen zurück, so auf den Vorwurf, daß die Koalition „Umverteilung von unten nach oben“ betriebe. Aber auch dieser Slogan het sich längst abgenutzt. Auch will sich die SPD bei dem Thema Steuerreform nicht abhängen lassen. Dem „kleinen Mann“ wird daher eine etwas höhere Entlastung versprochen. Die „Besserverdienenden“ sollen zur Ader gelessen werden. Aber die Bürger wissen, daß mit den Abgaben, die men den Wohlhabenden und den Unternehmen noch zusätzlich abnehmen kenn, die Masse der Bürger nicht zu beglücken ist.

Die Steuerrdiskussion wird eber auch in der Koalition nicht überzeugend geführt, obwohl sich die drei Parteien – CDU, CSU und F.D.P. – in den Grundsätzen ziemlich einig sind. Ein linear-progressiver Steuertarif soll eingeführt, die Grund- und Kinderfreibeträge sollen weiter angehoben werden. Es wird an eine Brutto-Entlastung von etwa 40 Milliarden DM gedeht. Stoltenberg strebt eine Netto-Entlastung von mehr als 20 Milliarden DM an, die möglichst wieder auf zwei Stufen verteilt werden sollten. CSU und F.D.P. wünschen eine höhere Netto-Entlastung und eine Steuerreform in einem Schritt. Stoltenberg hält eine Erhöhung der Verbrauchsteuern zur Verringerung der

Steuereusfälle bei der Lohn- und Einkommensteuer für vertretbar. CSU und F.D.P. lehnen das ab. Über eine Mehrwertsteuererhöhung wird nicht mehr gesprochen. Die F.D.P. will Subventionen in großem Stil kürzen; die CSU gleubt nicht daren, und Stoltenberg hält sich ziemlich bedeckt.

Alle Parteien wollen sich an der Steuerreform Reagans orientieren. Diese richtet sich nach dem Grundsatz: niedrige Steuersätze, aber wenige Sondervergünstigungen. Würde man dieses Prinzip auf die Bundesrepublik übertragen, so müßte die Bemessungsgrundlage der Lohn- und Einkommensteuer deutlich verbreitert, also mehr Einkommen als bisher in die Besteuerung einbezogen werden; gleichzeitig wären die Steuersätze drastisch zu senken. Aber wer denkt schon bei uns an Steuersätze von 15 und 28 Prozent oder an eine Unternehmensbelastung von 34 Prozent? Hierzulande treuen es sich die großen Volksparteien nicht einmal zu, emotionsfrei über die Frage zu diskutieren, ob es wirklich angemessen ist, Einkommen und Gewinne mit mehr als 50 Prozent zu belasten. Wenn die Koalition weiter regieren kann, so dürften am Ende der Körperschettsteuersatz und der Spitzensteuersatz auf etwa 50 Prozent gesenkt werden. Aber ohne politische Verkürzungen und Kompensationen der „sozialen Symmetrie“ wird dies bestimmt nicht abgehen. Welch ein Unterschied zu den USA!

Einen Vorgeschmack auf die nach der Wehl über die Steuerreform zu erwartenden Auseinandersetzungen hat kürzlich schon eine Bundestagsdebatte gebracht. Die SPD hette einen Antrag lanciert, mit dem die Bundesregierung aufgefordert werden sollte, die Ansammlung von Investitionsmitteln in den Betrieben bis zu 50 000 DM für fünf Jahre von der Steuer freizustellen. Die Steuer würde also gestundet; die kleinen und mittleren Betriebe hätten einen zeitlich begrenzten Liquiditätsvorteil. Zum SPD-Steuerkonzept paßt eine solche Maßnahme, weil sie den Kleinbetrieben und den Selbständigen den Eindruck vermittelte, bei der SPD gut aufgehoben zu sein. Tatsächlich würde aber nur ein Teil der von der SPD geplanten Mehrbelastungen ausgeglichen.

Die Organisationen des Mittelstandes heben inzwischen die Entscheidung für oder gegen die Einführung der steuerstundenden Investitionsrücklage zum Test für die Mittelstandspolitik stillisiert. Die CSU het sich diese Forderung zu eigen gemecht, und in der CDU steht Meinung gegen Meinung. Die F.D.P. gibt sich

nech eufen fest, eber auch sie sucht nach Surrogaten, die men dem Mittelstand enbleten kenn. Nur mit Mühe gelang es der Koalition nech tagelangen zähen Beratungen, wenigstens den SPD-Antrag abzulehnen, ohne sich freilich in der Sache festzulegen. Das alles gibt keinen Sinn. Men kenn nicht den Abbau von Sondervergünstigungen und eine massive Tarifentlastung ankündigen, eber gleichzeitig dem Mittelstand Steuerbonbons versprechen. Die Forderung nech Einführung einer steuerstundenden Investitionsrücklage ist in Wahrheit gegen die Interessen des Mittelstandes gerichtet. Der „Mittelstandsbauch“ im heutigen Tarif muß weg. Des geht nur im Rahmen einer großen Tarifreform. Die Steuerpolitiker der Koalition wissen das. Aber die Wahlkämpfer beherrschen die Szene.

Die Steuerreform wird eber auch von der Sozialpolitik gefährdet. De wird in allen Parteien und abseits davon unauthorlich darüber nachgedacht, wo es tatsächliche und vermeintliche soziale Defizite zu beseitigen gilt. So stimmen fest alle Sozialpolitiker darin überein, daß der Bundeszuschuß zur Rentenversicherung massiv erhöht werden muß. Neuerdings gibt es ja auch den Hinweis, daß sich die finanziellen Probleme der Rentner-Krankenversicherung nur mit Hilfe eines Bundeszuschusses lösen ließen. Noch immer werden neue milliardenschwere Konzeptionen für die Absicherung des Pflegefallrisikos entworfen. Zehlen sollen die Krankenkassen oder/und der Bund. Netürflich müssen die „Trümmerfrauen“ sofort bedecht werden, und ein „Babyjahr“ reicht nicht. Auch sollen Erziehungsgeld und Erziehungsurlaub verbessert werden. Über des eine oder andere Projekt ließe sich reden. In der Summierung sprengen diese Pläne aber jeden vertretbaren Rahmen. Auch die Sozialpolitik steht in der Pflicht, Prioritäten zu setzen und daran zu denken, daß alle gutgemeinten Pläne nichts nützen, wenn es nicht gelingt, das wirtschaftliche Wachstum auch durch die weitere Verbesserung der steuerlichen Rahmenbedingungen zu stabilisieren, anstatt der Leistungsverweigerung und der Schwarzarbeit durch überzogene Abgaben den Weg zu bereiten.

Derzeit bemühen sich die politischen Akteure darum, das restliche Gesetzgebungsprogramm abzuwickeln. Des Gesetz für die Verbesserung der kessenärztlichen Bedarfsplanung dürfte noch verabschiedet werden, trotz mancher Widerstände. Das gilt wohl auch für die Gesetzesvorlage zur zeitlichen Verschiebung des Inkrafttretens der Regelung über den „Arzt im Prekterium“. Des letzte Wort dürfte auch denn in dieser umstrittenen Frage noch nicht gesprochen sein. Mit einem Pflegefallgesetz kenn dagegen nicht mehr gerechnet werden, was nur bestätigt, daß in dieser wichtigen Frage mit Tektik nicht mehr weiterzukommen ist.

bonn-mot

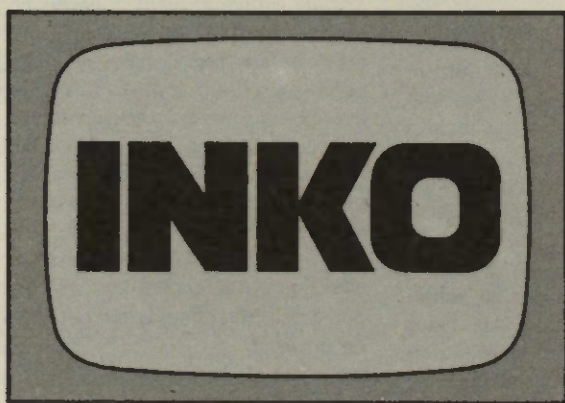
Praxis- gründung??

Ein beherzter Schritt verlangt
sicheren Untergrund.

Die erschwerten Rahmenbedingungen
für eine Niederlassung erfordern
detaillierte Vorprüfung der wirt-
schaftlichen Tragfähigkeit einer
Praxis.

Berechnen Sie mit uns
die Wirtschaftlichkeit
Ihrer Niederlassung.

Unser zukunftsorientiertes,
computergestütztes **IN**vestitions-
und **KO**stenberatungsprogramm
macht schnell und umfassend
transparent, wie die wirt-
schaftlichen Fakten (Umsatz,
Kosten etc.) voneinander
abhängen.



Wir finden in gemeinsamem
Gespräch die optimale Lösung
für Ihr Vorhaben.

Umfangreiches, gesichertes Daten-
material ist die Basis, die
Spielraum für flexible
– auch fachgebietspezifische –
Planung gibt.

Jede unserer Filialen
steht zu Ihrer Verfügung.
Prospekt und Filial-Verzeichnis
bitte anfordern:
Abtlg. Marketing
Postfach 2609
4000 Düsseldorf 1



**Deutsche Apotheker-
und Ärztebank eG**
Bank für die Heilberufe

In Bayern:

München – 089/5 5112-0
Würzburg – 09 31/130 05
Bayreuth – 09 21/16 91

Nürnberg – 09 11/27 21-0
Augsburg – 08 21/51 09 01
Regensburg – 09 41/3 50 81

Der Jahreswechsel regt die Frage an: Geld selbst anlegen oder anlegen lassen

Wer nur einen Pfennig weniger ausgibt, als er verdient, der spart. Als Benjamin Franklin, amerikanischer Diplomat, Schriftsteller und als Physiker Erfinder des Blitzableiters, diesen Satz vor rund 200 Jahren prägte, war jene heute selbstverständlich klingende Aussage berechtigt. Damals mußte das Verständnis für die Rücklage erst geweckt werden.

Immerhin hat sich zwei Jahrhunderte später der Sinn für die Vermehrung der Sparguthaben noch nicht voll entwickelt. Geld, das das zurückgelegte Geld bringt, ist das so erstrebte arbeitslose Einkommen. Der Sparbetrag ist ein Erfolg der Arbeit seines Eigentümers. Für das Geld, das die Rücklage ihrerseits verdient, also den Zins und Zinseszins, die Dividende oder andersartige Ausschüttungen, muß er nur die geeignete Anlage ausfindig machen.

Das „Nur“ wird für viele zur schwarzen überwindbaren Schwelle. Es klingt so leicht und steckt tatsächlich voller Probleme. Zudem werden Sie in den Wochen um den Jahreswechsel verunsichert. In dieser Zeit erfahren Sie, welchen Ertrag Sie in den vergangenen zwölf Monaten mit welcher Anlageform erzielt hätten.

Nehmen Sie diese Äußerungen nicht ernst, sondern als Gedankenspiel. Sie verschweigen mehr, als sie aussagen. Ein Beispiel dafür ist Gold. Hätten Sie am Jahresanfang eine Feinunze von 31,10 Gramm für 327 Dollar gekauft, wären Sie bei einem – angenommenen – Jahresendstand von 430 Dollar um 31,5 Prozent reicher.

Was Jane Ihnen vorenthalten, die Ihnen mit diesem Argument das Edelmetall verkaufen wollen, „wäre der Preis weiter klettert“: Am Jahresanfang hätten Sie für den Dollar rund 2,45 Mark, für 327 Dollar also 801 DM zahlen müssen. Für 430 Dollar würden Sie bei einem Wechselkurs von 2 DM für den Dollar 860 DM bekommen – wobei ich den Preisabschlag beim Verkauf gar nicht berücksichtigt. Ihr tatsächlicher Bruttoertrag würde also 7,4 Prozent und nicht 31,5 Prozent betragen. Auch nicht schlecht, aber zugleich sind Sie das Risiko einer hochspekulativen Anlage eingegangen.

Sie müssen sich mit den Entwicklungen der einzelnen Anlageformen eingehend und andauernd beschäftigen, wenn Sie aus Ihrem Geld soviel wie möglich machen wollen. Die Überlegungen fangen im Vorfeld an. Ihre Auswahl unter den Anlagearten hängt wesentlich von der Dauer ab, die Sie das zurückgelegte Geld nicht brechen werden.

Wenn gerade ein paar 1000 DM frei werden, und Sie sie etwa innerhalb der nächsten zwölf Monate für einen Autokauf einsetzen wollen, dann wählen Sie ein Festgeldkonto erstens, weil Wertpapiererträge auf diesen Zeitraum gesehen relativ zu hoch mit Spesen belastet sind und zweitens, weil der Kurs auch gefallen sein könnte, wenn Sie sie verkaufen müssen.

Der gegensätzliche Fall: Sie planen mit diesem Geld gar nichts. Daher können Sie es langfristig auch in Aktien anlegen und abwerten, bis Sie die Papiere mit Gewinn wieder abgeben können. Zugleich müssen Sie bereit sein, die Einflüsse auf die Kursbildung jener Wertpapiere an der Wirtschaft alljährlich aufmerksam zu verfolgen.

Das ist zweifellos ein reizvolles Hobby, wenn Sie zugleich die Mittel dafür nutzen, wie ausgiebige Lektüre, vor allem des wirtschaftlichen, aber auch politischen Teils der Zeitung und bei größeren Anlagen noch ein aktuelles elektronisches Nachrichtenmedium, wie beispielsweise Bildschirmtext (Btx). Für eine Entscheidung über Aktienkauf oder Verkauf müssen Sie nämlich erfahren, was zwischen Redaktionsschluss und Ihrem Kauf- oder Verkaufsauftrag wirtschaftspolitisch, und was den Geschäftszweig und die einzelnen Unternehmen Ihrer Aktien im Besonderen angeht, geschehen ist.

Eine interessante Beschäftigung. Für Manager von Aktien- wie Renten-Investmentfonds wird sie in einem viel weiteren Umfang zum alltagfüllenden Beruf. Sie arbeiten für Sie, wenn Sie Profis für die Verwaltung Ihres Geldes vorziehen. Dennoch: Verfolgen Sie das Geschehen mit. Dann werden Sie auch Ihre anderen wirtschaftlichen Probleme besser meistern.

Horst Beloch

Schau-Verbildner

Ihre Gesprächspartner, Sie selbst, beziehen Informationen auch aus Schaubildern. Das sind Versuche, mit Hilfe grafischer Elemente komplizierte Zusammenhänge oder auch Entwicklungen einfach auf einen Blick darzustellen.

Soweit sie sachlich zutreffen, ist diese Art der Unterrichtung sehr zu begrüßen. Sie unterbricht die graue wirkenden Spalten des Buchstabenatzes und dient als Blickfang.

Doch ausgerechnet der weitestverbreitete dieser Schaubilderdienste bietet häufig anstelle einer durchdachten Darstellung eine vordergründige Simplifizierung. Er hat sich daher schon öfter wissenschaftlicher Kritik ausgesetzt.

So wartete dieser Hamburger „Kartendienst“, wie er sich nennt, kürzlich wieder einmal mit einem Vergleich der verfügbaren Einkommen auf. Demnach betrug es im Jahr 1985 je Selbständigen-Haushalt 10 108 DM und je Arbeitnehmer-Haushalt 3947 DM oder 60,9 Prozent weniger. Wieviele Verdienere daran beteiligt sind, und daß bei Selbständigen die Ehefrau häufig mitarbeitet, wurde dem Beschauer vorenthalten.

Sehr klein wurde mitgeteilt, wieviele Personen von diesem Geld leben müssen. Bei 3,3 Personen im Selbständigen-Haushalt kommen demnach auf die Person 3063,03 DM und 1409,64 DM jede der 2,8 Personen des Arbeitnehmer-Haushaltes. Das sind nur noch 53,6 Prozent weniger.

Dem Arbeitnehmer-Haushalt wurden die steuerfreien gesetzlichen und freiwilligen Sozialleistungen nicht zugerechnet, sie machen rund 80 Prozent vom Bruttoeinkommen oder -gehalt aus. Der Selbständige muß dafür aus seinem verfügbaren Einkommen aufkommen. In der Unterschrift hieß es lediglich, Selbständige müßten „oft“ für Alter und Krankheit finanziell selbst sorgen. Wer den anderen diesen Aufwand abnimmt, wurde nicht verraten. Auch die unterschiedlichen Arbeitszeiten und die in aller Regel viel kürzere Lebensarbeitszeit des Selbständigen wurden mit keiner Silbe erwähnt.

Fazit: Auch jene so objektiv erscheinenden Schaubilder müssen kritisch gesehen und jene auf diese Vorsicht aufmerksam gemacht werden, die ihre Argumente daraus beziehen.

Prosper

Kurz über Geld

HÄUSLICHES ARBEITSZIMMER unter bestimmten Voraussetzungen steuerbegünstigt, auch wenn es für berufliche Tätigkeit nicht unbedingt erforderlich sein muß, gastand der Bundesfinanzhof (BFH) unter VI R 68/62 zu.

Diagnose- und Förderklassen in Bayern

Ein gemeinsames Anliegen von Sonderschullehrern und Ärzten

Seit dem Schuljahr 1984/85 gibt es an 15 Schulen in Bayern einen Schulversuch mit sogenannten Diagnose- und Förderklassen sowie – außerhalb des Schulversuches im engeren Sinne – eine ganze Reihe solcher Klassen an Schulen für Behinderte. Die Standorte dieser Schulen und Klassen können über die Bezirksregierungen (Abteilung für das Schul- und Bildungswesen) oder über die Staatlichen Schulämter erfragt werden.

In die Diagnose- und Förderklassen werden Schüler aufgenommen, die in ihrer Entwicklung oder ihrem Lern- und Leistungsvermögen mindestens zeitweilig so beeinträchtigt sind, daß sie am Unterricht in der Grundschule nicht mit genügendem Erfolg teilnehmen können, d. h., in eine Schule für Behinderte überwiesen werden müßten. Dazu gehören vor allem Schüler mit Störungen in der taktilen, kinästhetischen, propriozeptiven, vestibulären, auditiven oder visuellen Wahrnehmung, in der Motorik, in der Sensomotorik. Mit diesen Schwächen können Sprachentwicklungsstörungen sowie Motivationsstörungen einhergehen, so daß die gesamte weitere Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigt wird. Nicht aufgenom-

men werden blinde, sehbehinderte, gehörlose, schwerhörige, geistigbehinderte und körperbehinderte Schüler (letztere, soweit sie einen besonderen Therapie- und Pflegebedarf haben).

Ziel der Arbeit in diesen Klassen ist es, die Behinderung der Schüler genauer zu erfassen und nach Möglichkeit die Ursachen und Bedingungsbeziehungen für die Entwicklungs-, Lern- und Leistungsstörungen zu erforschen. Den Ursachen der Behinderung ist durch besondere Fördermaßnahmen zu begegnen. Die Schüler sollen nicht nur unter Berücksichtigung ihrer Behinderung unterrichtet werden, es soll vielmehr den Ursachen der Behinderung sowohl durch geeignete individuelle Förderprogramme als auch durch eine entsprechende Gestaltung des Unterrichtes nachgegangen werden. Aufgrund dieser Konzeption unterbleibt zunächst bei der Aufnahme oder Überweisung eines Kindes in eine solche Klasse die Feststellung, welche Behinderung vorliegt (etwa eine sogenannte „Lernbehinderung“). Dies wird bewußt offengehalten, weil ja erst durch die laufenden Testverfahren (z. B. Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrneh-

mung, Hand-Dominanz-Test, Körper-Koordinationstest für Kinder, Southern California Sensory Integration Test, HAWIK, Raven) und Beobachtungen sowie durch die Förderprogramme Ursachen, Erscheinungsformen und Fördermöglichkeiten ausgelotet werden sollen.

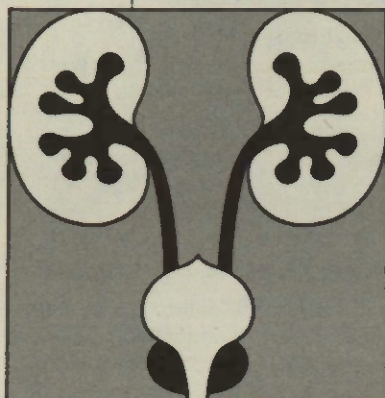
Der Unterricht erfolgt auf der Basis des Lehrplans der Grundschule, allerdings in der Form, daß die Lerninhalte der ersten beiden Grundschuljahre auf drei Schulbesuchsjahre verteilt werden. Er ist von der ständigen wechselseitigen Beeinflussung von Untersuchungen, Beobachtungen und Förderung gekennzeichnet. Die umfassende Förderung schließt unterrichtliche und therapeutische Angebote zur Vorbereitung und Anbahnung schulischer Lernprozesse in diagnosegeleiteten Formen ein.

Zur umfassenden „Diagnose“ gehören nicht nur Testverfahren und laufende gezielte Beobachtungen, sondern auch medizinische Gutachten, deren Erstellung mit den Erziehungsberechtigten abgesprochen wird. Damit ist die Bedeutung der medizinischen Fachdienste sichtbar, mit denen die Sonderschullehrer auf dem Weg über die Erziehungsberechtigten zusammenarbeiten sollen. Dazu heißt es in der richtungweisenden Bekenntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus: „Zur umfassenden Diagnose gehören medizinische Gutachten. Nach Möglichkeit sollen die Kinder

SOLIDAGOREN®

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

Die Kapillarpermeabilität normalisieren, die Kapillarresistenz erhöhen.



Solidagoren® enthält als Hauptwirkstoff das kapillarabdichtende, entzündungshemmende Quercitrin. Vermehrte Diurese, Ödemausschwemmung und Blutdrucksenkung bei renaler Hypertonie sind Therapieresultate der Gesamtwirkung der Solidago.

Zusammensetzung: 100 g enthalten: Extr. fl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. auf 1 mg Quercitrin pro ml), -Potentill. anserin. 17 g, -Equiset. arv. 12 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g

Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

Handelsformen und Preise incl. MWSt.:

20 ml DM 7,48; 50 ml DM 14,95; 100 ml DM 25,43.



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

von Hals-, Nasen- und Ohrenärzten, (Kinder-) Neurologen und Kinder-Jugendpsychiatern untersucht werden. Den Erziehungsberechtigten sind entsprechende Anregungen und Hinweise zu geben." Inhaltlich umfaßt die Zusammenarbeit die Information der Ärzte über Beobachtungen und diagnostische Erhebungen zu den erzielten Entwicklungs- und Lernfortschritten durch den Sonderschullehrer sowie die Information der Sonderschullehrer über die diagnostischen medizinischen Feststellungen und die therapeutischen Ansätze durch Kinderärzte, Hals-, Nasen- Ohrenärzte, Augenärzte, Neurologen Neuropädiater und Kinder- und Jugendpsychiatern. Ideal wäre es, wenn es über die Information hinaus auch zur Kooperation käme. Bei Wahrung der jeweiligen pädagogischen bzw. medizinischen Fachkompetenz könnte und sollte es hier zugunsten der behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder zu einer interdisziplinären Zusammenarbeit der Fachdienste und damit zu einem ganzheitlichen Ansatz für das Kind kommen.

In den Diagnose- und Förderklassen sind durchschnittlich etwa zehn Kinder. Sie werden von einem ausgebildeten Sonderschullehrer unterrichtet und erzogen, der in seiner Aufgabe sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch in der diagnosegeleiteten Förderung etwa zehn Stunden in der Woche durch weiteres Personal unterstützt wird (Sonderschullehrer einer anderen sonderpädagogischen Fachrichtung oder Heilpädagogen). Die Schullaufbahn in einer Diagnose- und Förderklasse sieht in der Regel so aus:

1. Jahr:

1. Jahrgangsstufe

2. Jahr:

1A (eingeschobenes Jahr; gilt nicht als Wiederholung einer Jahrgangsstufe im Sinne des Schulrechts)

3. Jahr:

2. Jahrgangsstufe

Nach Abschluß des Besuches der Diagnose- und Förderklasse entscheidet das Staatliche Schulamt auf Antrag der Erziehungsberechtigten oder des Schulleiters, ob das Kind die Grundschule besuchen kann, oder ob es aufgrund der mehrjährigen Ergebnisse der diagnosegeleiteten Förderung nicht doch besser in einer Schule für Lernbehinderte, für Sprachbehinderte oder zur Erziehungshilfe gefördert werden sollte.

Ärzte helfen Ärzten

Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

es gehört zu den Herausforderungen unserer Zeit, daß wir uns darum bemühen, einen Ausgleich zwischen Wohlstand und Armut zu schaffen, sowohl auf Weltenebene wie in unserem eigenen Bereich.

Die Bundesrepublik Deutschland ist bekennt dafür, daß Ihre Bürger durch eine hohe Spendenfreudigkeit einen großen Beitrag zur Lösung dieses Problems leisten. Auch die Mitglieder der Heilberufe, Ärzte, Zahn- und Tierärzte, tun dies in Ihrem eigenen Zuständigkeitsbereich seit über 30 Jahren durch die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“. In dieser Zeit wurden für Kollegenkinder, die weder familiär noch aus öffentlichen Mitteln ihre Ausbildung finanzieren konnten, insgesamt 24 Millionen DM eingebracht. Dadurch konnten 2979 Schützlinge der Stiftung Ihre Ausbildung vollenden. Im Jahre 1985 wurden 693 Schützlinge von uns unterstützt. Diese Zahl ist seit Jahren ziemlich gleichbleibend, da für die nach Ihrer Ausbildung ausscheidenden immer neue Kollegenkinder zu der Stiftung kommen, die deren Hilfe brauchen. In jedem Einzelfall wird das nachgeprüft und jede Unterstützung wird individuell nach der Hilfsbedürftigkeit des einzelnen festgesetzt.

An den Spenden, die dazu notwendig sind, heben sich auch im Jahre 1985 wieder 2500 Dauerspender und zahlreiche Einzelspender beteiligt sowie ärztliche, zahnärztliche und tierärztliche Organisationen. Ihnen allen danken wir sehr herzlich für ihre Hilfe.

Diese Hilfe ist auch im neuen Jahr wieder erforderlich, sie vollzieht sich ohne große Propaganda in der Stille.

Ihr Geheimnis? „Des Herz hat seine Gründe, die die Vernunft nicht kennt“ (Blaise Pascal). Deshalb appellieren wir auch an diesem Weihnachtsfest wieder an Ihr Herz, daß Sie der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ durch Ihre Spende auch im neuen Jahr helfen, den Kollegenkindern in ihrer Berufsausbildung beizustehen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Vilmar

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Professor Dr. Häußler

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Professor Dr. Bourmer

Vorsitzender des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Hoppe

1. Vorsitzender des Merburger Bundes – Verband der engestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e. V., Bundesverband

Dr. Hirschmann

Bundesvorsitzender des NAV – Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.

Frau Dr. Heuser-Schreiber

Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.

Dr. Welther

1. Bundesvorsitzender des Deutschen Kassenarztverbandes

Dr. Klotz

Vorsitzender des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands (BPA) e. V.

Dr. Schüller

Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)

Professor Dr. Dr. Hoffmann

Präsident des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Ltd. Medizinaldirektor Dr. Schuch

Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Sebastian

Präsident des Bundesverbandes der deutschen Zahnärzte e. V. – Bundeszahnärztekammer

Zahnarzt Herrmann

Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Rupprecht

Präsident der Deutschen Tierärzteschaft e. V.

Für Ihre Überweisung stehen Ihnen folgende Konten der Stiftung zur Verfügung:

Dresdner Bank AG Stuttgart Nr. 1222 387 00 (BLZ 600 800 00), Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Stuttgart Nr. 00 919 190 (BLZ 600 906 09), Landesgirokasse Stuttgart Nr. 1268 267 (BLZ 600 501 01), Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-701 (BLZ 600 100 70)

Die sanfte Therapie bei depressiver Verstimmung


Stangyl® 25

- ▶ Harmonisiert Schlaf und Erwachen
- ▶ Befreit von psychosomatischen Symptomen
- ▶ Stabilisiert die Stimmung

Stangyl® 25

Zusammensetzung: 1 Tabl. enth. 25 mg Trimipramin als Moleot. Anwendungsgebiete: Depressive Zustände mit den Leitsymptomen: Schlafstörungen, Angst, Unruhe. Chronische Schmerz-
zustände. Gegenanzeigen: Gleichzeitige Behandlung mit MAO-Hemmern, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Anästhetika- und Psychopharmakointoxikationen, akute Delirien, Engwinkelglaukom,
Prostataadenom mit Resthornbildung. Nebenwirkungen: Gelegentlich Müdigkeit, Schwindel, Blutdrucksenkung, Mundtrockenheit, Obstipation, Hornverhaltung, Akkumulationsstörungen,
Tachykardie; selten Erregungsleitungsstörungen, Stimmungsumschlag ○ Dosierung: Depressive Verstimmung: 25-100 mg täglich oral, vorzugsweise als abendl. Einmaldosis etwa
2 Stunden vor dem Schlafengehen. Wechselwirkungen: Mit Guonethidin, Katecholaminen, Anticholinergika und Alkohol sind Wechselwirkungen
möglich. Hinweise: In der Schwangerschaft, vor allem in den ersten 3 Monaten, wie bei allen Arzneimitteln strenge Indikationsstellung. Vorsicht bei
Epilepsie; ggf. Kombination mit einem Antikonvulsivum. Bei Patienten mit vorgeschädigtem Herz, insbesondere bei älteren, regelmäßige kardio-
logische Kontrollen. Vorsicht im Straßenverkehr und beim Arbeiten an schnelllaufenden Maschinen. Handelsformen: Stangyl® 25: OP mit 20 (N1)/50
(N2)/100 (N3) Tabl. DM 12,41/26,90/49,90. (Stand August 1986)

Rhône-Poulenc Pharma GmbH, Norderstedt

 **RHÔNE-POULENC**
Psychopharmaka

Hochwirksame nächtliche Säurehemmung:

Für den guten Tag.

Ihrer Ulcus-Patienten.



Nur 40mg täglich. 1x1.

Eine kleine Tablette.

- Schnelle und anhaltende Schmerzbefreiung schon innerhalb der ersten Tage.
- Rasche Heilung von Ulcera duodeni und ventriculi.
- Bemerkenswert gute Verträglichkeit.
- Bisher keine substanzspezifischen Wechselwirkungen bekannt.
- Höchste spezifische Aktivität. Geringe Substanzbelastung.

Einfach, leicht, patientenfreundlich. Für jeden Tag.

Zusammensetzung: 1 Filmtbl. PEPDUL® enthält 40 mg Famotidin; 1 Filmtbl. PEPDUL® mite enthält 20 mg Famotidin. **Anwendungsgebiete:** Folgende Erkrankungen, bei denen eine Verminderung der Magensäuresekretion angezeigt ist: ulcera duodeni, benigna ulcera ventriculi, Zollinger-Ellison-Syndrom. – PEPDUL® mite außerdem zur Rezidivprophylaxe von ulcera duodeni. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Famotidin. Während Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern nur nach strengster Indikationsstellung. – Hinweise: Eine eventuelle Bösartigkeit von Magengeschwüren sollte vor Behandlung ausgeschlossen werden. – Zur Therapie geringfügiger Magen-Darm-Beschwerden (z. B. nervöser Magen) ist PEPDUL®/PEPDUL® mite nicht angezeigt. – Vorsicht bei Patienten mit eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion; bei letzteren Reduzierung der Tagesdosis (s. Dosierung). **Nebenwirkungen:** Selten Durchfall, Kopfschmerzen, Müdigkeit. Äußerst selten Verstopfung, Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Hautausschlag, Magen-Darm-Beschwerden, Blähungen, Appetitlosigkeit. – Aufgrund der pharmakologischen Ähnlichkeit von Famotidin mit anderen gleichartig wirkenden Arzneimitteln ist die Möglichkeit nicht auszuschließen, daß Nebenwirkungen auftreten können, wie sie unter der Einnahme von Arzneimitteln dieser Wirkstoffklasse in Einzelfällen berichtet wurden: Desorientiertheit, Impotenz, Muskelkrämpfe, Störungen der Regelblutung, Brustspannung, Haarausfall und Erhöhung von Laborwerten (Transaminasen, γ -GT, alkalische Phosphatase, Harnstoff) sowie eine Verminderung der weißen Blutkörperchen.

pepdul®
Famotidin
Eine neue Größe in der Ulcustherapie.

Dosierungsanleitung/Dauer der Anwendung: Bei ulcera duodeni und ventriculi täglich 1 Filmtbl. PEPDUL® (od. 2 Filmtbl. PEPDUL® mite) jeweils vor dem Schlafengehen über maximal 8 Wochen; Verkürzung der Therapiedauer bei endoskopischem Nachweis einer Geschwürsheilung. – Zur Rezidivprophylaxe von ulcera duodeni täglich 1 Filmtbl. PEPDUL® mite vor dem Schlafengehen. – Bei Zollinger-Ellison-Syndrom initial 1 Filmtbl. PEPDUL® mite alle 6 Stunden; Anpassung der Dosierung nach dem Ausmaß der Säurehypersekretion und dem klinischen Ansprechen des Patienten. Bei Vorbehandlung mit anderen H_2 -Antagonisten Anfangsdosierung abhängig von Schwere des Krankheitsbildes und zuletzt eingenommener Dosierung der Vormedikation. – Bei Kreatinin-Clearance < 30 ml/min bzw. Serum-Kreatinin $> 3,0$ mg/100 ml Reduzierung der Tagesdosis von 40 auf 20 mg Famotidin. **Wechselwirkungen:** Bisher keine substanzspezifischen Interaktionen bekannt. **Packungsgrößen/Preise:** PEPDUL®: 10/20(N1)/50(N2) Filmtbl. DM 64,-/122,-/295,-; Anstaltspackungen. – PEPDUL® mite: 20(N1)/50(N2)/100(N3) Filmtbl. DM 66,05/154,90/300,-; Anstaltspackungen. – Auch zur intravenösen Verabreichung erhältlich (PEPDUL® i.v.). Weitere Einzelheiten enthalten die wissenschaftliche Broschüre und die Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

FROSST PHARMA GM8H

8000 München 83

Stand: 7/86 7-87-PCD-86-G-422a

FROSST EIN UNTERNEHMEN
PHARMA DER MSD-GRUPPE

Amberg schwimmt für Sorsogon

Am 4./5. Juli fand im Städtischen Hockermühlbad Amberg ein Supersportspektakel statt: das 24 Stundenmarathonschwimmen „Amberg schwimmt für Sorsogon“, das Geld für die Förderung sozialmedizinischer Stiftungen e. V. des Mitgliedes im Amberger Kreisverband Dr. Dr. Dietrich Luppä, Ammersricht-Amberg, bringen sollte. Sorsogon ist eine Stadt der Philippinen und wird seit Jahren von der Stiftung erfolgreich unterstützt, zuletzt durch den Bau einer Kinder- und Poliklinik. Chefarzt Dr. Leocardio war während seiner Assistentenzeit am Amberger Krankenhaus Mitglied des Kreisverbandes.

Acht Amberger Firmen hatten sich bereit erklärt, pro erschwommenen Kilometer drei DM zu erstatten. Dabei kam es bei den 4004 Teilnehmern nicht auf die Geschwindigkeit, vielmehr auf eine hohe Zahl von zurückgelegten Strecken an. Ab Freitag 11 Uhr bis Samstag 11 Uhr wurden 4062,1 Kilometer zurückgelegt, für die 14 946,30 DM für die Stiftung Dr. Dr. Luppä zu sponsern waren. Ambergs Schulen stellten 1246 Nachwuchsschwimmer; 180 deutsche und amerikanische Soldaten waren am Start.

In einer kaum darstellbaren, turbulenten Nacht mit Volksfestcharakter mit einer bunten Unterhaltungsszenarie wurde der Schwimm-Marathon auch für die zahlreichen Zuschauer zum großen Erlebnis; auch die politische Prominenz war im Wasser dabei. In dem über 24 Stunden ständig überfüllten Freischwimmbecken waren viele Mediziner dabei, insbesondere die 11 Ärzte, die beim Landkreislaf Amberg-Sulzbach mit 900 Läufern, unter 80 Staffeln über 75 km sich einen beachtlichen 35. Platz herausgelaufen hatten. Niedergelassene Ärzte sorgten im Freibad für den medizinischen Notfall vor.

Der Landkreislaf fand zum zweiten Mal statt. Die Mitwirkung der Mediziner sollte der Bevölkerung zeigen, daß die Ärzte nicht nur ihre Patienten zur Bewegung motivieren, sondern selbst bereit sind, solchen Veranstaltungen eine besondere Note zu geben. Dies wurde auch durch den Landrat Dr. H. Wagner ausdrücklich und besonders hervorgehoben. Die ganze Staffel des Ärztlichen Kreisverbandes kam ohne jeglichen gesundheitlichen Schaden nach 80 km mit unterschiedlicher Streckenlängeinteilung ans Ziel.

Dr. med. D. Roeder, Amberg

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Belfügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

- Band 53 „Der Reaktorunfall“
(Vorträge der Fortbildungsveranstaltungen in Augsburg – Landshut – Würzburg, 1980)
- Band 54 SEWERING: „Der Arzt zwischen Ideologien und Realitäten“
Schriften aus drei Jahrzehnten zur Berufs-, Gesundheits- und Sozialpolitik
- Band 67 SEWERING: „Der Arzt zwischen Gegenwart und Zukunft“
Reden – Kommentare von 1981 bis 1985
- Band 68 „Notfallmedizin nach Leitsymptomen“
- Band 69 „Infektionskrankheiten – Aktuelle Diagnostik – Aktuelle Therapie – Internistische Intensiv- und Notfallmedizin“
(Vorträge des 25. Bayerischen Internistenkongresses, 1985)
- Band 70 „Therapie chronischer und schwerer Schmerzzustände – Arteriosklerose und koronare Herzkrankheit – Gastroenterologie und Diabetes mellitus – Fasten-Hungern-Zwangsernährung“
(Vorträge des 36. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1985)

– Alle Kassenärzte in Bayern erhalten bzw. erhielten diese Broschüren durch ihre Bezirksstelle der KVB –

sinupret
Sekretolytikum

zähen Schleim
natürlich lösen

Folle.M.: „Möglichkeiten
der Bronchosekretolyse.“
ZFA 11 (1984) 534–537

Zusammensetzung: 100 g Tropfen enthalten 29 g Mazerat (Auszugsmittel 58,9% [V/V] Ethanol) aus: Rad. Gentianae 0,2 g, Flor. Primulae cum calycib. 0,6 g, Herb. Rumicis acet. 0,6 g, Flor. Sambuci 0,6 g, Herb. Verbenae 0,6 g. Enthält 19 Vol.-% Alkohol. 1 Dragée enthält: Rad. Gentianae 6 mg, Flor. Primulae cum calycib. 18 mg, Herb. Rumicis acet. 18 mg, Flor. Sambuci 18 mg, Herb. Verbenae 18 mg. **Anwendungsgebiete:** Akute, subakute und chronische Sinusitiden, Rhinosinustitis, Sinobronchitis; Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom; sinogener Kopfschmerz. **Gegenanzeigen:** Sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** Sehr selten Magenunverträglichkeiten. **Dosierung:** Erwachsene: 3mal täglich 50 Tropfen / 2 Dragées, Schulkinder: 3mal täglich 25 Tropfen / 1 Dragée, Kleinkinder/Säuglinge: 3mal täglich 10–15 Tropfen. **Packungsgrößen und Preise (incl. MwSt.):** Tropfen: 100 ml DM 9,95; Großpackungen, Dragées: 50 Dragées (N2) DM 9,80, 100 Dragées (N3) DM 16,95; Großpackung. Stand: 6/1986
BIONORICA GMBH
8500 NÜRNBERG 1 · POSTFACH 1449

Bücher von Ärzten für Ärzte

Wir wollen weiterhin daran festhalten: Die Dezember-Ausgabe dieser Spalte soll Buchbesprechungen vorbehalten bleiben. Den Lesern von „Äskulap und Pegasus“ ein frohes und gnadenreiches Christfest.

Dr. med. Andreas Schuhmann, Rothendasch 7, 8162 Schliersee 2

Heimweh kommt von Heimat

Lyrik und Prosa

Verfasser: S. Göttlicher, 74 S., Peperback, DM 9,80. Verlag Th. Breit, Marquartstein (1985)

Schon immer waren Dichtung, Lied und Wort Zuflucht derer, denen das Recht auf Heimat verweigert wurde. Lyrik aus diesem Fundus ist nie engreifend, nie lebensverneinend, kaum zeitkritisch, insofern kaum „modern“ im herkömmlichen Sinn. Sie ist konventionell, bewahrend, weil inhaltlich noch ohne Bruch zwischen Mensch und Natur, einem naturgegebenen Leben verbunden und behutsame Innigkeit atmend. Nirgends taucht Gewalttätiges auf. Duktus und Form schlicht, bescheiden, wie es der Inhalt fordert. Göttlicher beschwört echtes, unverkittetes Heimatgefühl, erhebend auf die große, ruhige Harmonie, die uns im Stifterschen Sinne als Ambiente „Heimat“ umfängt. Verse wie diese aus „Sommer am Blumensee“ bezeugen es: Hier werd' ich still, gedankenschwer / In Gottes weiter, stiller Flur, / Oh, Mensch, was willst Du nun noch mehr? / Da bin ich froh und dankbar nur.“ Göttlicher Lyrik, nicht anders seine flüssig geschriebene Prosa mit den prächtigen, lebensnahen Geschichten aus Finnland und Ostpreußen, in denen er Land und Leute fein erfaßt, lassen sich noch nach dem prämodernen Schema interpretieren: Erlebnis und Dichtung! Hier wird nicht verfremdet, verwandelt, die wirkliche Erlebnisfähigkeit ist nicht verlorengegangen, die den Autor gerade wegen des Verlustes der „Heimat“ auszeichnet. Seine nächtlichen traumatischen Visionen aus dem mesurischen Ostpreußen, aus Finnland – heimwehträchtig – sind Träume einer Wirklichkeit, die in die Zukunft hineinragen könnten, denn: nur eine gute Vergangenheit bringt eine gute Zukunft.

Farbenprächtige, leuchtende Bilder in visionärer Stimmung in warmen Goldgelb- und Brauntönen von K. Göttlicher, der Frau des Autors, schmücken einfühlsam zum Text des kleinen entsprechenden Büchlein.

Aus Zeit und Raum

Eine Partitur

Verfasser: J. Schwalm, 104 S., brosch., DM 16,50. Verlag Th. Breit, Marquartstein (1986)

Lyrik – feinsten Seismograph auf einen inneren Weltzustand? Reflex auf Geschichte im Einst und Jetzt? Jürgen Schwalm neuer Gedichtband geht auf Spurensuche nach verlorener Zeit, nach verlorenem Raum, um leben, überleben zu können in einer Welt der Entwirklichung, Entzeuberung, Entwunderung. Schwalm spürt die Grundlegungskrise unserer Zeit, weiß um den Verlust der Wirklichkeit, um den Zerfall der Dinge im blanken Konkrektismus. In der Beschleunigung des Wandels drohen der Zeit und dem Raum Sinn und Wert verlorenzugehen. So stellt er sich in seinen Poemen der Profanierung der Welt entgegen. Will er Unerträgliches erträglich machen? Es gelingt ihm mittels einer symbolhaften, bilderreichen Sprache, einer Diktion, in die kühne Metaphern eingehen. Einen weiten Bogen spannt er in seiner poetischen Wenderung durch Kultur- und Seelengeschichte der Menschheit. Und dem Dichter gilt die Historie wieder etwas, gar wenn durch Traum, Rausch, Vision die ganze Wirklichkeit wieder zurückerobert wird. Denn: „jeder Traum verrät die Tat“ – gründet sie nicht tiefer im Traum als in einer traumlosen, denaturierten Welt? Wiedergefundener Raum und Zeit in Geist und Seele – fügt sich eins ums andere intuitiv zum Klangbild einer Dichtung, fügt sich zur Partitur eines neuen Lebens, das der Dichter jetzt sucht und existentiell zu leben wagen will. Ich sehe in dieser seiner Dichtung den Versuch,

Die Vorträge der Dichterlesung 1986 erscheinen im Verlag der Bayerischen Landesärztekammer. Das Büchlein kann kostenlos über das Ärztehaus Bayern, Mühlbeurerstraße 16, 8000 München 80, bestellt werden.

durch Wiederbelebung historischer Schichten die Bindungslosigkeit und Isolation des modernen „Ichs“ zu überwinden, museale Moderne herauszuheben aus Verfremdung in Träume, die Wirklichkeit signalisieren. Der Kreis schließt sich von „die ewige Wiederkehr“ über „eine Sage fern und grau“ und über die Leiden unter dem Bilde „Die Kreuzblume droben“ und im Geschmacke „Der Bitterseft Tinte“ hin zu „Entwürfe für Träume“ bis „Das letzte große Spiel“ entsteht: „aufzubrechen aus der Welt der Notwendigkeiten in die der Freiheit... und nun zur Heimat ruft aus Zeit und Raum.“

Fürsetzer Reiterspiele

Verfasser: E. Weihs, 178 S., Paperback, DM 13,80. Verlag E. Weiss, Dreieich - München (1985)

Daß „Pferdebücher“ Pfiff haben können, ein gerüttelt Maß an lebenswürdiger Frechheit mit sich bringen, weil natürliche Dinge eben sehr natürlich im Pferd-Mensch-Verhältnis ablaufen und dem Reitervolk sein artspezifisches Gepräge geben, weiß man spätestens seit den wunderbaren Pferdegeschichten des Arthur Heinz Lehmann, der uns auch literarisch mit seinem „Hengst Maestoso Austria“ und seiner „Stute deflorata“ pferdenarrisch machte. Erich Weihs legt nun die Erinnerungen eines Reitersmannes vor, Erlebnisse eines Reiterdaseins. Er schildert, wie es zugeht in einem Reiterklub. Und er schildert es fürwahr nicht zimperlich und prüde. Frech also ist das Buch auch. Unbedingt für Reitergeschichten? Das Pferd freilich wird hochgehalten. Bei den Reiterleuten indes menschelt es schon erg. Episodenhaft aufgereihten Geschichten sind es, die Fürsetzer Reiterspiele mit viel grauem Reiterhimmel auch; die Luft alkoholgeschwängert, mit ausgelesenen Späßen besetzte Szenarien. Es ist schwer, dieses Buch, von dem man – laut der Besprechung eines Lokaljournalisten – beim Lesen rote Ohren bekommen könnte, gattungsmäßig in eine literarische Form einzuordnen. In seinem Prolog spricht der Autor von seiner ungezähmten Phantasie, die ihn alles frei erfinden ließ, im Nachtrag jedoch bat er um Verzeihung, falls sich irgendeiner des tatsächlich existierenden Reiterklubs durch seine Offenbarungen doch unangenehm berührt oder gar betroffen fühlen sollte. Ist das Buch in der Nähe des episch Schwankhaften angesiedelt? Mit leichtfertiger Lebensführung, mit Situationskomik? der Posse, dem Burlesken verwandt? Amüsant zu lesen sind sie allenfalls, diese frechen „Fürsetzer Reiterspiele“.

**Ein Laxans
soll nur hier wirken**

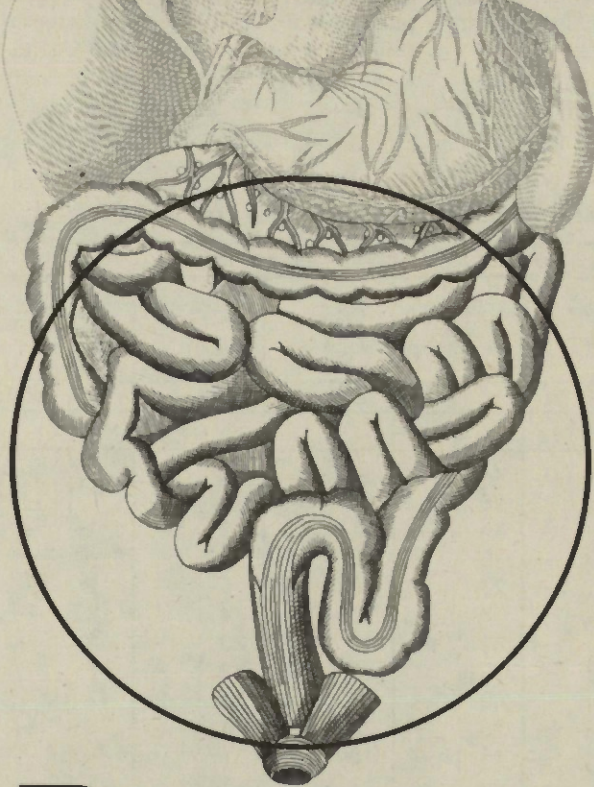


Abb. aus "Tabularum anatomicarum" B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

Rheogen[®]

**Rein pflanzliches Abführmittel
tut es!**

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

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

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

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonna 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.

Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



Handelsformen und Preise:

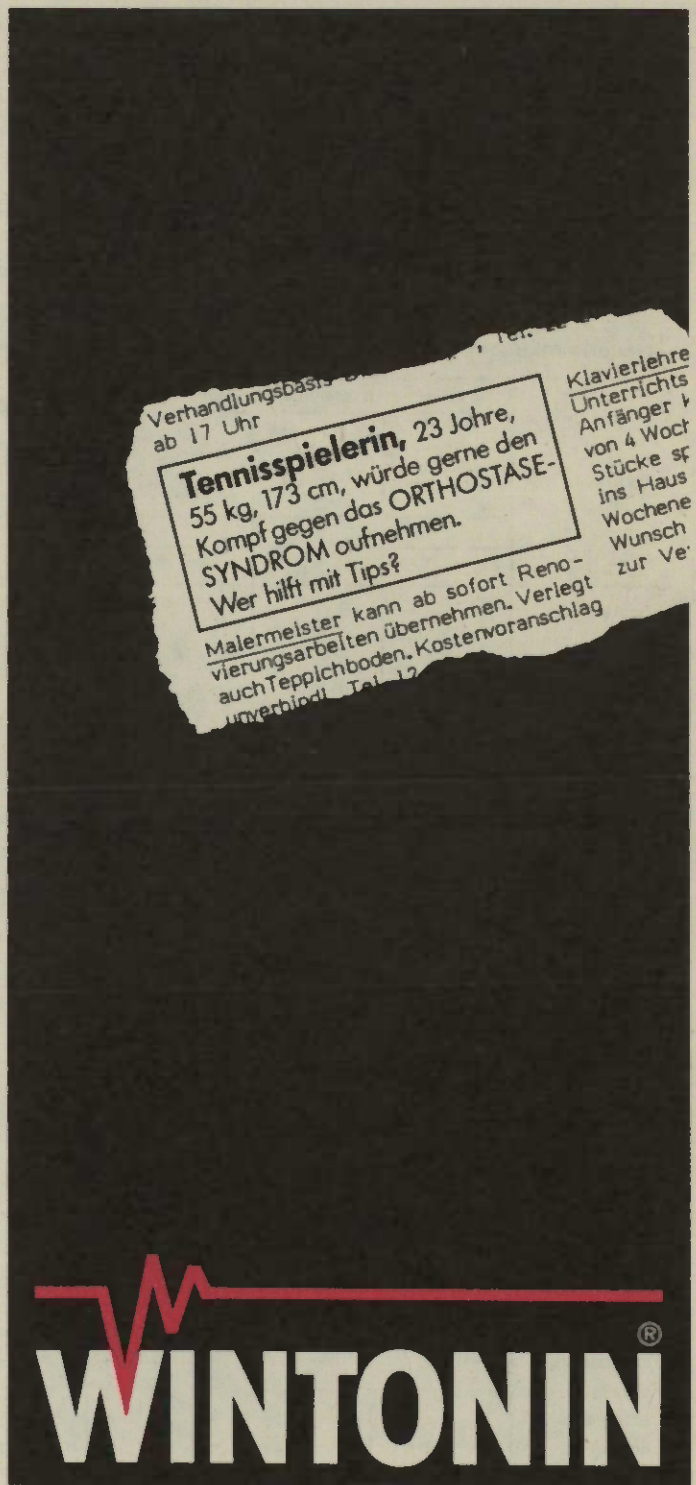
OP mit 30 Dragees DM 3,85

OP mit 75 Dragees DM 6,85

AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

0 73122 4

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



WINTONIN[®]

**Kausale Therapie des Orthostase-Syndroms
durch Sensibilisierung der Baro-Rezeptoren.**

Wintonin[®]. Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 30 mg Gopafin-(R,R)-hydrogentartrat. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung des Orthostasesyndroms (Kreislaufstörungen bei erniedrigtem Blutdruck, besonders beim Aufstehen, wie z.B. Schwarzwerden vor den Augen, Schwindel, Ohnmachtsneigung, Wetterfühligkeit und Übelkeit). Kreislaufschwäche bzw. -labilität bei Jugendlichen und in den Wechseljahren sowie nach Operationen, Entbindungen, Infektionen und längerer Bettlägerigkeit. **Gegenanzeigen:** Phäochromozytom, Hyperthyreose (Thyreotoxikose), Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Restharnbildung. Wintonin soll nicht während der Schwangerschaft und Stillzeit angewendet werden. **Hinweis:** Bei schweren organischen Herz- und Gefäßveränderungen sowie bei Herzrhythmusstörungen sollte Wintonin mit Vorsicht angewendet werden. **Nebenwirkungen:** Bei besonderer Empfindlichkeit und/oder höherer Dosierung können Magen-Darmbeschwerden auftreten.

Dosierungsanleitungen und Art der Anwendung: Soweit nicht anders verordnet, in akuten Fällen und als Initialtherapie möglichst frühzeitig, bereits vor oder beim Aufstehen, sowie am frühen Nachmittag jeweils 1 Kapsel unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Falls erforderlich, kann am Verlauf des Tages eine weitere Kapsel eingenommen werden. Eine Tagesdosis von 3 Kapseln Wintonin sollte nicht überschritten werden. **Handelsformen und Preise:** (N1) 20 Kapseln DM 21,10; (N2) 50 Kapseln DM 46,10; (N3) 100 Kapseln DM 84,75 (Stand: Februar 1986)



Winthrop GmbH
Heidbergstraße 100
2000 Norderstedt

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Oktober 1986 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Salmonellenerkrankungen nahm im Oktober weiter ab, und zwar – auf 100 000 Einwohner bezogen und auf ein Jahr umgerechnet – von 93 im September auf 74 im Berichtsmonat.

sa weiter an. Die auf 100 000 Einwohner bezogene Erkrankungsziffer erhöhte sich von 31 im September auf 36 im Oktober.

Ebenfalls mehr Menschen als im Vormonat erkrankten an Virushepatitis. Die Erkrankungsziffer stieg von 14 auf 23 Fälle im Oktober.

Weiter rückläufig war dagegen die Erkrankungshäufigkeit an Meningitis/Enzephalitis. Je 100 000 Einwohner wurden im Durchschnitt 6, im Vormonat 9 Erkrankungen gezählt.

Dagegen stieg die Erkrankungshäufigkeit an übrigen Formen der Enteritis Infectio-

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 27. September bis 31. Oktober 1986 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen ¹⁾		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Oberbayern	4	—	8	1	5	—	3	—	270	—	244	2	54	—	22	—	7	—
Niederbayern	1	—	1	—	1	—	2	—	78	—	26	—	1	—	6	—	—	—
Oberpfalz	—	—	2	—	—	—	1	—	78	—	34	—	12	—	2	—	1	—
Oberfranken	—	—	2	—	1	—	5	—	49	—	13	—	16	—	3	—	—	—
Mittelfranken	1	—	2	—	2	—	2	—	113	—	23	—	30	—	5	—	2	—
Unterfranken	—	—	4	—	1	—	2	—	70	—	7	—	13	—	4	—	2	—
Schwaben	2	—	3	1	1	—	7	—	127	—	32	—	44	—	20	—	3	—
Bayern	8	—	22	2	11	—	22	—	785	—	379	2	170	—	62	—	15	—
Vormonat	12	—	13	3	22	—	25	2	787	1	260	—	52	—	53	2	17	—
München	2	—	2	1	4	—	—	—	98	—	75	—	32	—	11	—	3	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	1	—	27	—	15	—	12	—	1	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	1	—	—	—	8	—	9	—	11	—	1	—	1	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	6	—	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Fürth	1	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	7	—	1	—	—	—

Gebiet	Typhus abdominalis		Paratyphus A, B und C		Shigellenruhr		Botulismus		Angab. Listeriose		Ophthalmie		Malaria		Aerobe Wundinf. Tetanus		Starbfall an Virusgrippe		Tollwutverdacht ²⁾
	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	4	—	1	—	33	—	—	—	—	—	1	—	11	—	2	—	—	
Niederbayern	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	10
Oberpfalz	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	6
Oberfranken	—	—	1	—	4	—	4	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	13
Mittelfranken	—	—	—	—	34	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	14
Unterfranken	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	35
Schwaben	1	—	1	—	27	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	6
Bayern	5	—	5	—	113	—	4	—	1	—	2	—	17	—	2	—	—	1	93
Vormonat	8	—	8	—	105	—	2	—	—	—	—	—	16	—	3	—	—	—	48
München	2	—	—	—	19	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2
Augsburg	1	—	1	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
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 infectiosa übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

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

Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer vom 8. November 1986

Der Präsident, Professor Dr. Dr. h. c. Sewerling, besprach einleitend ausführlich Ablauf und Ergebnisse des 39. Bayerischen Ärztetages in Bad Reichenhall. Dann erläuterte er den augenblicklichen Stand der beabsichtigten Änderung der Approbationsordnung und informierte über das 4. Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung. Anschließend ging er auf den „Diplom-Mediziner“ ein. Er führte aus, daß die Länder schon bisher die Möglichkeit hatten, für den Abschluß des Medizinstudiums einen Diplomgrad einzuführen. Sie haben vernünftigerweise davon keinen Gebrauch gemacht. Als nächstes sprach er die Einführung der „Preisvergleichsliste für Arzneimittel“ an und berichtete über die aktuelle Diskussion auf Bundesebene bezüglich des Entwurfs eines Gesetzes zur kassenärztlichen Bedarfsplanung. Nach seiner Überzeugung stellt der nun vorgeschlagene Gesetzentwurf in keiner Weise ein effektives Planungsinstrument dar.

Der Vorstand erörterte die **Resolutionen des 39. Bayerischen Ärztetages**, soweit sie sich an ihn richten. Nach einstimmiger Auffassung muß die EntschlieÙung zum Mutterpaß zuständigkeithalber auf Bundesebene behandelt werden, beim Thema „Neuregelung der dreijährigen Ausbildung zur Arzthelferin“ wird in der Diskussion Bezug auf die in der April-Sitzung 1986 geführte Diskussion genommen. Schon damals war klar, daß durch den Ministerratsbeschlul und den Gesetzesauftrag die berufliche Grundbildung in Bayern eingeführt werden muß und dies zwangsläufig zur Folge hat, daß mehr als nur ein Berufsschultag während der dreijährigen Ausbildung zur Arzthelferin erforderlich ist. Ungeachtet dessen wurde die Geschäftsführung beauftragt, sich nochmals an das Kultusministerium zu wenden und zu versuchen, eine günstigere Regelung zu erreichen, wobei die zwei Berufsschultage pro Woche im ersten Schuljahr als eine bessere Lösung

angesehen werden als über zwei Jahre jeweils 1,5 Berufsschultage pro Woche. Das nächste Thema, das im Vorstand eingehend diskutiert wurde, waren die neuen Richtlinien für die Ausbildung der Arzthelferinnen. Die Ärztlichen Kreisverbände werden gebeten, die Kollegen in der Praxis zu informieren und zu unterstützen, denn durch die neuen Regelungen werden die ausbildenden Ärzte in weit größerem Umfang als bisher verpflichtet, die Ausbildung ihrer Helferinnen mitzugestalten und zu überwachen. Dabei wurde deutlich, daß zum Beispiel das Ausfüllen des Berichtsheftes bzw. das Erstellen eines Ausbildungsplanes einen erheblichen zusätzlichen Zeitaufwand für den Ausbilder darstellt. Durch die Neuregelung der Vergütung für die nebenberuflichen Lehrer in den Klassen für Arzthelferinnen an den Berufsschulen wird einem weiteren Anliegen des Bayerischen Ärztetages voll entsprochen. Zur EntschlieÙung „Qualitätssicherung in der operativen Medizin“ stellte der Präsident fest, daß letztlich alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung von den Berufsverbänden bzw. Gesellschaften ausgehen müssen. Er verwies in diesem Zusammenhang

auf die guten Erfahrungen, wie sie die Bayerische Landesärztekammer zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit der Gestaltung und Durchführung der Perinatalstudie über eineinhalb Jahrzehnte gemacht hat. Auch hier war die Initiative von den Gynäkologen ausgegangen, mit denen gemeinsam ein wesentliches Instrumentarium zur Sicherung der Qualität geburtshilflicher Tätigkeit geschaffen wurde bei einer bis heute erreichten 50prozentigen Senkung der Säuglingssterblichkeit. Zum Thema „Qualitätssicherung in der operativen Medizin“ erinnerte der Präsident an das Gespräch vom 16. Januar 1984 in der Kammer, in dem die bayerischen Vertreter der Chirurgen sowie Professor Schega von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, der seine Erfahrungen aus einer Pilotstudie in Nordrhein-Westfalen einbrachte, beteiligt waren. Schon damals, also vor fast drei Jahren, habe er die Bildung einer „bayerischen Kommission für chirurgische Qualitätssicherung“ bei Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung in Zusammenwirken mit den beiden Verbänden angeregt. Trotz mehrerer Gespräche in der zurückliegenden Zeit sei diese Anregung jedoch von den bayerischen Chirurgen nicht realisiert worden. In der ausführlichen Debatte zu diesem Thema stimmte der Vorstand zu, daß der Antragsteller der Resolution bis zur nächsten Sitzung weitere Überlegungen anstellen und diese dann darlegen solle.

Bei „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung“ befaßte sich der Vorstand mit der Liste „Weiterbildungsermächtigte Ärzte in Bayern - Erweiterungs- und Neuanträge“, wobei insgesamt 128 Anträge vorlagen. Davon betrafen 29 Anträge die Allgemeinmedizin, 67 bezogen sich auf Gebiete, sechs auf Teilgebiete und 26 Anträge auf Bereiche. Insgesamt wurden 88 Anträge positiv beschieden, 37 abgelehnt und drei zurückgestellt.

Der Vorstand befaßte sich auch mit drei **Einsprüchen gegen erteilte Rügen**, wobei keinem Einspruch stattgegeben wurde.

Der Präsident schloß die letzte Vorstandssitzung der Wahlperiode 1983/87 mit einem Dank an alle Vorstandsmitglieder. Er gab der Hofnung Ausdruck, daß möglichst viele von ihnen in der konstituierenden Vollversammlung am 17. Januar 1987 wiedergewählt würden.

S.O.S.
Flugrettung
e.V.



S.O.S.-Alarm-Tel.
Tag und Nacht erreichbar:
07 11/70 55 55

Mitglied werden
für eine gute Sache

amoxi 1000 von ct



- optimale Qualität
zum
- günstigen Preis

Bakterielle Infektionen

amoxi 1000 von ct

(Amoxicillin)

OP 10 Tabletten N1 DM 24,21

OP 20 Tabletten N2 DM 44,28

Zusammensetzung: 1 Lacktablette enthält: Amoxicillin 1000 mg. **Anwendungsgebiete:** Infektionen durch amoxicillinempfindliche Keime. **Gegenanzeigen:** Bekannte Penicillinallergie, Mononukleose, Gruppenallergien mit anderen Penicillinen und Kreuzallergien mit Cephalosporinen möglich. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Entzündungen der Mundschleimhaut, Hautrötung. **Wechselwirkungen:** Nicht gleichzeitig mit bakterienstatisch wirksamen Chemotherapeutika/Antibiotika einnehmen. Hamtreibende Mittel können Wirkung abschwächen. Resorptionserhöhung von Digoxin möglich. Zusammen mit Allopurinol verstärktes Auftreten von allergischen Hauterscheinungen möglich. **Hinweise:** Keine. **Dosierung:** 1000 mg Lacktabl.: 3-4 x täglich 1 Lacktabl.



ct-Arzneimittel
Chemische Tempelhof GmbH
Postf. 420331, 1000 Berlin 42

10/86

Kalender aus dem Berg-Verlag

Der Verlag J. Berg, München, stellt für 1987 eine bunte Kalender-Palette vor. Die Formate reichen von der bescheidenen, heraustrennbaren Postkarte über Zwischengrößen bis hin zum Großkalender. — Besonders erwähnt seien:

- Schwarzwald-Kalender — 35,—
- Bergimpressionen — 24,80
- Verträumte Landschaften — 24,80
- Europa — 21,90
- Großer Tierkalender — 21,90
- Leuchtende Gipfel — 14,80
- Blodigs Alpenkalender (Wochenkalender für Bergsteiger und Bergwanderer) — 24,80
- Gedanken — 14,80
- Bergträume (Postkartenkalender) 9,80
- Stimmungen (Postkartenkalender) — 9,80
- Freude an Blumen (Postkartenkalender) — 9,80
- Der Spiel- und Bastelkalender — 19,80

Friedrich Voitz

Herausgeber: Dr. W. Hamberger, 164 S. mit 170 einfarb. Abb., 8 Farbtafeln, lam. Peppband, DM 39,80. Rosenheimer Verlagshaus.

Johann Friedrich Voitz (1817 bis 1886), geboren in Nördlingen, zeigte schon früh zeichnerische Begabung. Sein grafisches Werk umfaßt Tausende von Zeichnungen und Radierungen. Dieser Band bietet eine Auswahl aus seinen Skizzenbüchern, in denen er auf „Malreisen“ bayerische, tirolische und salzburgische Landschaften und ihre Tierwelt mit Meisterschaft festhielt.

Burgen in Oberbayern

Herausgeber: W. Meyer, 292 S., 129 Abb., 8 Farbbabb., 1 Karte, Leinen, DM 49,80. Verlag Weidlich/Fleischig Verlag, Würzburg.

Als Zeugen der Herrschaft im Mittelalter gelten in Bayern die Burgen. Einige vermitteln eine Vorstellung des Wehrbaues in den Architekturformen der Romantik, Gotik und Renaissance. Etliche, oft nur noch als Ruinen vorhanden, geben einen Begriff vom System der Verteidigung und von Wohnformen des Mittelalters. Der Autor will mit diesem Band historisch Interessierte ebenso wie Fechtleute ansprechen, aber auch jungen Menschen zum Geschichtsbewußtsein verhelfen, den Leuten zum Besuch historischer Stätten anregen und lohnende Wanderziele nennen.

Das archäologische Jahr in Bayern 1985

Der sechste Jahrgang dieses Jahrbuches gibt in 61 Kurzberichten eine eindrucksvolle Bilanz der Ergebnisse der Lendesarchäologie in Bayern im vergangenen Jahr. Herausgeber sind das Bayerische Landesamt für Denkmalpflege, Abteilung Vor- und Frühgeschichte, und die Gesellschaft für Archäologie in Bayern e. V., deren Mitglieder es als Jahresgabe im Rahmen ihres Jahresbeitrages von DM 35,— erhalten. — Interessenten können sich an die Gesellschaft für Archäologie in Bayern, Am Holzgraben 4, 8000 München 1, wenden.

Das Jahrbuch „Das archäologische Jahr in Bayern 1985“ ist auch als gebundene Ausgabe im Buchhandel erhältlich zum Preis von DM 48,— (181 S. mit 118 Abb., davon 12 Farbtafeln, Pappband. Erschienen im Konrad Theiss Verlag, Stuttgart).

Buchbesprechungen

Brönner-Andres Kalender 1987

Wie in allen Jahren, so präsentieren die Verlage Andres und Brönner auch dieses Mal wieder ein weitgefächertes Programm. Die Kalender sind ein Schmuckstück für Groß und Klein. — Auf eine Reihe besonders schöner Kalender sei hingewiesen:

- Impressionismus — 42,—
- Vincent van Gogh — 32,—
- Europa im Großbild — 24,—
- Norwegen — 22,—
- Schönes Tirol — 17,50
- Automobil-Museum — 25,90
- Bunter Kalender (Tiere) — 15,50
- Cerl Spitzweg (Postkartenkalender) — 9,50

Vergangene Weiten — Faszinierende Funde

Herausgeber: R. Pörtner, 400 S., 500 Farbfotos, 40 farbige Karten, 60 farbige Zeichn., geb., DM 79,90. Verlag Des Beste, Vertrieb durch Umschau Verlag, Frenklurt.

Dieses Werk entstand in Zusammenarbeit mit namhaften Archäologen. Es beantwortet viele Fragen der Geschichte auf lebendigen und faszinierend bebilderten Seiten. So ist dieser bunte historische Bilderbogen ein ideales Nachschlagewerk für die ganze Familie.

Kalender 1987 aus dem DuMont Buchverlag

Dieser für seine hervorragenden Kunst- und Reisebücher bekannte Verlag präsentiert euch dieses Jahr wieder Kalender, die in gekonnter Manier geplant und in bester Qualität hergestellt sind. So kann aus einem Geschenk eine ganz persönliche Gabe werden. — Auf einige besonders schöne Kalender sei hingewiesen:

- DuMont Art 1987 — 34,—
- Meisterwerke der Malerei — 36,—
- Der Goldene DuMont Kunstkalender — 19,80
- Der Teddybär-Kalender — 14,80

Das Jahr im Gebirg — Winter

Herausgeber: H. Steinbichler, 72 S., 32 Farbtafeln, lam. Pappband, DM 25,—. Rosenheimer Verlagshaus.

Das Erlebnis des winterlichen Gebirges gehört zu den ganz großen Eindrücken, eber erst der Ski hat dem Menschen diese Welt geöffnet. Der Bogen der Bilder und Erlebnisse spannt sich von den gemütlichen Skigipfeln der Kelkelpen zu den Eisriesen des Wallis und der Berner Alpen. Mit diesem Band legt der Autor ein Buch vor, das die herbe kalte Schönheit des winterlichen Gebirges beschreibt, Bilder und Texte von einer oft unnahbaren Natur.

In gleicher Ausstattung ist von H. Steinbichler das Werk „Das Jahr im Gebirg — Herbst“ im Rosenheimer Verlagshaus erschienen.

Demeter Kongreß-Kalender Medizin 1987

Dieser Kongreßkalender mit über 3100 Terminen stellt eine umfangreiche Zusammenstellung des medizinischen Kongreßjahres dar. Die Eintragungen der Veranstaltungen bestehen aus Hinweisen auf Ort, Lokalität, Termin, Hauptthemen (soweit bekannt), Auskunftsstellen und Ausstellungsmöglichkeiten. Des Indikationsverzeichnis erleichtert das Auffinden der Termine nach Sachgebieten. Eine weitere Information bietet das Verzeichnis der Kongreßorte. — Zu beziehen bei Demeter Verlag, Würmstraße 13, 8032 Gräfelfing, DM 28,— inkl. MWSt. zuzüglich Versandkosten.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kreisärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Breun, Dr. med. Klaus Dehler, Dr. med. Kurt Stordaur — verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Möhlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis monatlich DM 5,— einschließlich Postzeitungsgebühr und Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 55177-0, Fernschreiber: 523662, Telegremmedresse: atlaspress. Heide-R. Widow, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., Augsburg, Straße 9, 8060 Dacheu.

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse medizinischer Zeitschriften e. V.

LA-MED

Gefäßlehre Taf. III.

Fig. II.

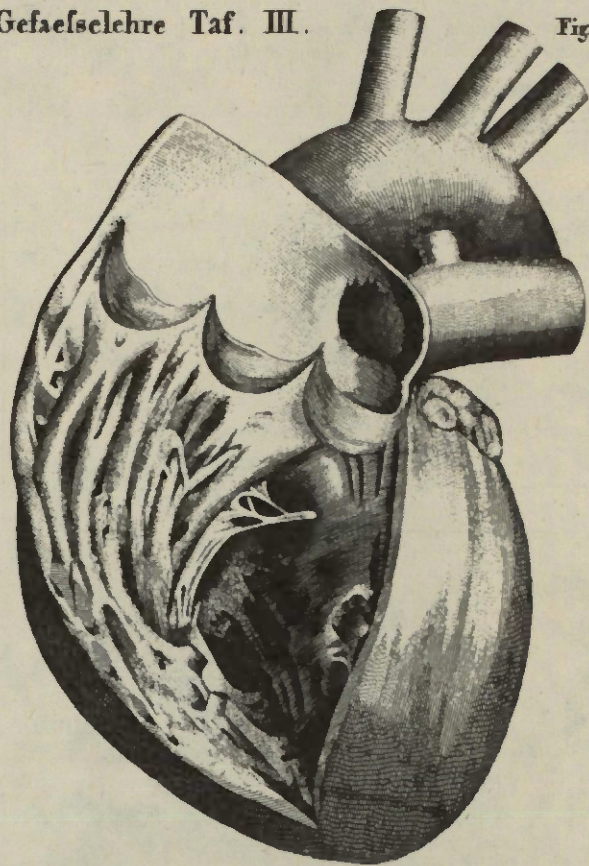


Abb. aus „Dr. H. Czeisler's Anatomischer Atlas“, 1929.

KORODIN®

für Herz und Kreislauf



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

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

KORODIN

Handelsformen und Preise:

- OP Tropfflasche mit 10 ml OM 5,95
- OP Tropfflasche mit 30 ml OM 14,00
- Großpackung mit 100 ml OM 36,90

ROEUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Krankenhaus Naustadt, Neustadt bei Coburg

Modernst ausgestattete, in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommene, staetlich gefoerderte Privatkrankenanstalt

sucht ab sofort einen

Oberarzt

für Allgemein- und Unfallchirurgie

und einen

Assistenzarzt

bereits Arzt für Chirurgie oder im 3. oder 4. Weiterbildungsjahr.

Das Krankenhaus hat 100 Betten, Intensivstation und Belegarztbetten für Innere Medizin und Frauenheilkunde.

Die Vergütung erfolgt nach dem Bundesmanteltarifvertrag für Arbeitnehmer in Privatkrankenanstalten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an

Professor Dr. V. Jagdschian, Chefarzt Krankenhaus Neustadt, Seifersgründchen 8, 8632 Neustadt bei Coburg.

Am
Kreis Krankenhaus Oberviechtach (110 Betten),
Landkreis Schwandorf/Oberpfalz, ist ab sofort eine Stelle eines

Anästhesisten

zu besetzen.

Die Anästhesieabteilung wird selbständig geführt. Das Haus verfügt über die Abteilungen Chirurgie und Innere Krankheiten. Außerdem sind zwei Belegärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätig. Eine Intensivabteilung besteht.

Geboten wird tarifgerechte Bezahlung und Beteiligung an Liquidationseinnahmen.

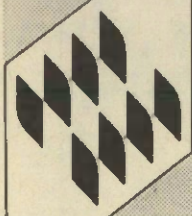
Wir suchen einen leistungsfähigen Anästhesisten, möglichst mit Berufserfahrung.

Der Landkreis Schwandorf liegt landschaftlich reizvoll in der Mitte der Oberpfalz. Er ist verkehrsmäßig gut erschlossen. Die Universitätsstadt Regensburg ist gut erreichbar.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Bewerbungsschreiben mit Angabe der Telefonnummer, Lebenslauf, Lichtbild, Approbationsurkunde, Arztanerkennung, Zeugnisse usw.) erbitten wir bis spätestens 3 Wochen nach Erscheinen dieser Ausschreibung an das

Landratsamt Schwandorf, Zentrale Krankenhausverwaltung
Wackersdorfer Straße 80, 8460 Schwandorf
Telefon (094 31) 4 73 26

Auf nach Bayern



**Gesund bleiben.
Gesund werden.**

Fitness-Ferien oder Kuren in Bayerns herrlicher Landschaft. Weil Gesundheit nur einmal geschenkt wird.

Broschüre „Kuren in Bayern“ oder „Ratgeber Fitness“ kostenlos anfordern bei:
Bayerischer Heilbäder-Verband e.V.,
Postf. 2240, 8730 Bad Kissingen, Tel. 09 71/ 30 43

Hypnose

Wochenend-Seminare in Würzburg
anerkannt durch die Bayerische Landesärztlammer.
Nächster Termin: 17./18. Januar 1987

Weitere Informationen über Telefon (09 31) 6 24 04



BESTELLSCH EIN

Suchen Sie gerade eine Praxis? Oder wollen Sie Ihre Praxis verkaufen oder vermieten? Sind Sie auf Stellensuche oder haben Sie eine Stelle anzubieten? Mit diesem Bestellschein können Sie ganz einfach Ihre Anzeige im BAYERISCHEN ÄRZTEBLATT bestellen. Sie brauchen nur den ausgefüllten und unterschriebenen Coupon in ein Kuvert stecken und an folgende Adresse schicken: **Atlas Verlag und Werbung GmbH, Postfach 200101, 8000 München 2**

Meine Kleinanzeige soll in der nächsterreichbaren Ausgabe des BAYERISCHEN ÄRZTEBLATTES folgendermaßen erscheinen:

- mit Schlagzelle zzgl. DM 16,-/12,-*
- mit Kennziffer zzgl. DM 8,- Chiffregeb.

Der Normalpreis gilt für Praxisvermietung, -verkäufe, -gesuche und Stellenangebote, der **ermäßigte Preis nur für Stellengesuche.**

Der Betrag liegt als Scheck bei.
 soll abgebucht werden.

Name, Vorname Straße

PLZ, Ort Tel.

Normal DM	Geldinstitut	BLZ	Kto.-Nr.	Ermäßigt DM
	(Schlagzelle)			
16,-				12,-
28,-				21,-
36,-				27,-
41,-				33,-
58,-				42,-
64,-				48,-
72,-				54,-
64,-				63,-
92,-				69,-
100,-				75,-
112,-				84,-

Max. 30 Buchstaben (Druckbuchstaben) pro Zeile, **hellfette Worte bitte unterstreichen.**
Alle Preise zzgl. gesetzliche Mehrwertsteuer.

Datum Unterschrift

Mittelfranken – Stadt Hilpoltstein mit 9794 Einwohnern

Praxisräume

ca. 190 qm, in bester Zentrumslage, modern und bestens ausgestattet, preisgünstig zu vermieten.

Die Stadt Hilpoltstein wurde im Rahmen des Landesentwicklungsprogrammes als Unterzentrum eingestuft und ist Sitz verschiedener Behörden.

Hilpoltstein liegt in herrlicher Umgebung und am im Bau befindlichen Rothsee. Die Stadt ist verkehrsmäßig gut erschlossen. Realschule und Gymnasium sind vorhanden.

Für das Belegkrankenhaus (42 Betten) in Hilpoltstein ist Träger der Landkreis Roth.

Die Stadt Hilpoltstein ist gerne vermittelnd tätig.

Nähere Auskünfte erteilt:

Bürgermeister Benz, Marktstraße 1, 8543 Hilpoltstein, Telefon (0 91 74) 90 51.

Partnerin für gut laufende

Allgemein-Praxis

gesucht von verheiratetem Kollegen im nördlichen Allgäu, Vorkenntnisse in Frauenheilkunde/Innerer Medizin günstig. Teilzeit möglich, alle Schulen am Ort. **Praxiengemeinschaft mit Hautarzt** (keiner am Ort) ebenfalls angenehm.

Anfragen unter Chiffre 2064/363 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Augenarztpraxis

In Regensburg

Altaingeführte und gutgehende Augenarztpraxis in zentraler Lage aus Altersgründen abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/217 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

In aufstrebendem Ort, 8600 Einwohner, Nähe neues Regensburger BMW-Werk

PRAXISRÄUME

Bestlage, günstig für Allgemein-arzt zu vermieten. Am Ort noch kein Haut- und HNO-Arzt. 120 qm à DM 7,-.

Telefon (0 94 01) 35 35 – Auch Vermittlung durch Makler

Moderne Wohnung in 8670 Hof zu vermieten. Ca. 200 qm Wohnfläche in ruhiger Wohngegend in der Nähe des Klinikums gelegen, bestens geeignet auch als

Arztpraxis

(gute Perkmöglichkeiten)

Anfragen unter Chiffre 2064/348 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Praxisräume in Nürnberg

Gestaltungsmöglichkeiten und Einteilung der Praxen nach Wunsch. Bezug Ende 1987

Auskunft: EIWOBAU GmbH & Co KG

Praterstr. 34, 8500 Nürnberg, Tel. 09 11/27 27 21



Praxisräume für Hautarzt

In süddeutscher Kreisstadt (Alpenvorland) sofort zu vermieten. Zwei Ärzte im Haus, noch kein Hautarzt am Ort.

Anfragen unter Chiffre 2064/350 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Praxisräume in Aschaffenburg

190 qm, überdurchschnittliches Ausstattungsniveau in allerbesten Verkehrslage mitten im Zentrum zu vermieten. Geeignet für die Gebiete HNO, Augenheilkunde und Urologie.

Anfragen unter Chiffre 2064/344 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Gut eingeführte

Kinderarztpraxis

in bevorzugtem Gebirgsort Südbayern aus Altersgründen zum 31. März 1987 abzugeben. U. a. günstige Verkehrslage, großer Parkplatz, separate Praxisräume, mäßiger Geburtenstand.

Anfragen unter Chiffre 2064/365 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Praxisräume in Aschaffenburg

(am Rande des Naturparks Spessart)

130 und 150 qm – separat oder als Gemeinschaftspraxis –, geeignet für die Gebiete HNO oder Urologie. Beste Möglichkeit einer individuellen Praxisgestaltung!

Anfragen unter Chiffre 2064/369 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Stellentausch

Suche dringend für ein Jahr **Assistenzarztstelle** in voll zugelassener internistischer Klinik. Biete internistische Stelle in großer Reheilitationsklinik, Zulassung zwei Jahre Innere, ein Jahr Neurologie. Dr. S. Göttig, **Behnhofstraße 35, 6175 Reichersbeuern/Bad Tötz.**

Berufserfahrene

Masseurin

Zuverlässig, mit KG-Erfahrung, ein selbständiges Arbeiten gewöhnt, sucht ab sofort oder später Stellung in München, Bamberg oder Raum Bamberg.

Anfragen unter Chiffre 2064/345 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Übernehme Ihren

Notdienst

Praxis- und notdienst erfahrener Kollege (32 Jahre), übernimmt Notdienste im Großraum München und Oberbayern.

Telefon (0 89) 48 53 94 (Jederzeit – Anrufbeantworter)

Internist

sucht **Vertretung/Assistenz** in Interner oder Allgemeinpraxis, möglichst im Raum Südbayern.

Telefon (0 86 41) 39 94

Internist

sucht Praxisübernahme im Raum München, Einarbeitung erwünscht.

Anfragen unter Chiffre 2064/352 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Suche in Ostbayern (möglichst Niederbayern) größere

Internisten-Praxis

mit Röntgen. Praxisübernahme bzw. eventuell vorherige Mitarbeit jederzeit möglich. Unverbindliches Kennenlernen auch bei späterer Obergabe erwünscht.

Anfragen unter Chiffre 2064/341 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Neuwertige Praxismöbel

z. B. Empfangsanlagen, Sprechzimmer, Schreibtische, Bürodrehstühle aus unserer Ausstellung preisgünstig zu verkaufen.

Beratungs- und Rationalisierungs-GmbH, Sedanstraße 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 79 20 01

Ärztin für Allgemeinmedizin

(38 Jahre) sucht kleine bis mittelgroße Praxis, auch auf dem Land.

Anfragen unter Chiffre 2064/340 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Privatklinik Wirsberg

für Neurologie und Psychiatrie. Privat und alle Kassen.

Leitender Arzt: Dr. Wolfgang Pinkow-Margerle, Arzt für Neurologie und Psychiatrie.

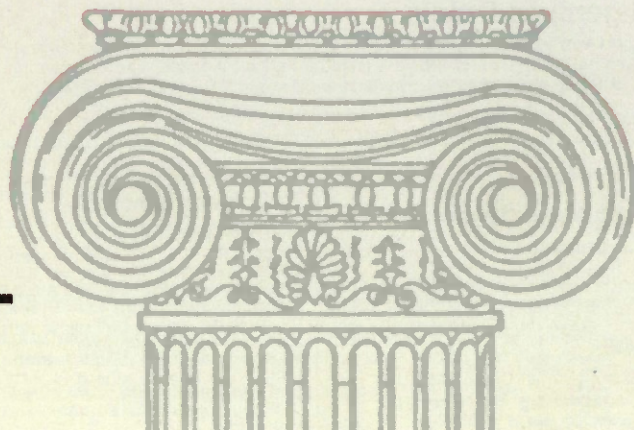
8655 Wirsberg über Kulmbach/Bayern, Telefon (0 92 27) 804-805

kostensenkende
Marken-Präparate

**AZU-
CHEMIE**

Die Klassiker

der Antibiotika- Therapie



Azudoxat[®] Doxycyclin 100 mg
10 Tabl. N1 DM 11.80 · 20 Tabl. N2 DM 22.95 · 50 Tabl. N3 DM 44.35

Penicillat[®] Phenoxymethylpenicillin 1 000 000 I.E.
10 Filmtabl. N1 DM 7.60 · 20 Filmtabl. N2 DM 10.55

Amoxillat[®]-250 Granulatbeutel mit 250 mg Amoxicillin
10 Beutel N1 DM 9.70 · 20 Beutel N2 DM 19.15

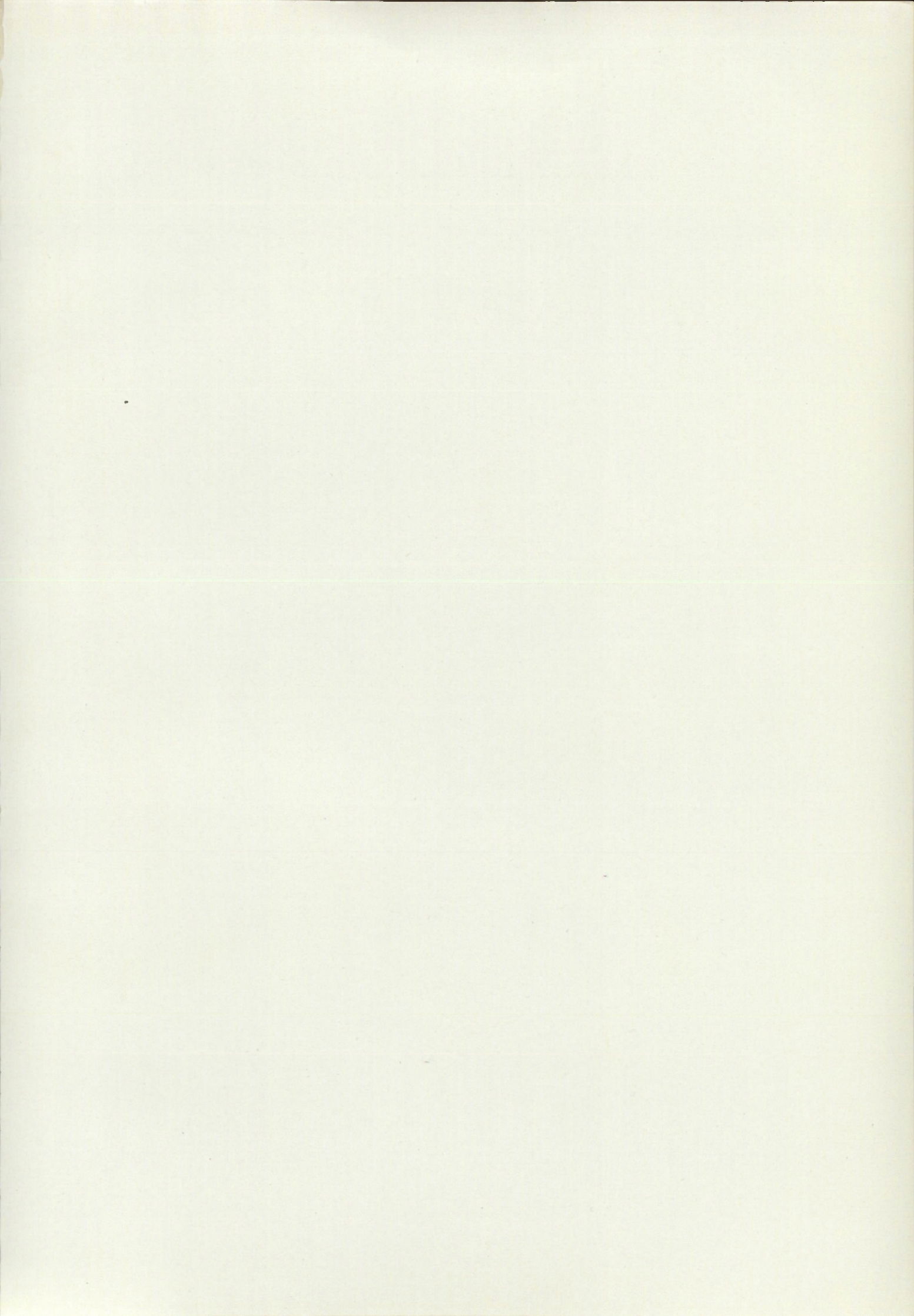
Amoxillat[®]-750 Amoxicillin 750 mg
10 Lacktabl. N1 DM 20.85 · 20 Lacktabl. N2 DM 38.55

Amoxillat[®]-1000 Amoxicillin 1000 mg
10 Lacktabl. N1 DM 26.30 · 20 Lacktabl. N2 DM 47.40

Bactoreduct[®] Trimethoprim 80 mg · Sulfamethoxazol 400 mg
20 Tabl. N2 DM 6.65 · 50 Tabl. DM 14.15

Bactoreduct[®]-forte Trimethoprim 160 mg · Sulfamethoxazol 800 mg
10 Tabl. N1 DM 5.95 · 20 Tabl. N2 DM 11.65

● **Azudoxat[®]** Tabletten: **Zus.**: 1 Tablette enthält Doxycyclin 100 mg. **Ind.**: Infektionen durch doxycyclinempfindl. Erreger, Infekte der Atemwege, der Gallenwege, des Uro-Genital-Systems. **Kontrind.**: Überempfindlichkeit gegen Tetracycline, Schwangerschaft, Stillzeit, Kinder bis zum 8. Lebensjahr. **Nebenwirk.**: Gastrointestinale Störungen, allergische Haut- und Schleimhauterscheinungen, Lichtsensibilisierung. **Dos.**: Erw. u. Jugendl. über 50 kg Körpergewicht em 1. Tag 2 Tabl., dann jeweils 1 Tabl. Einnahme mit reichlich Flüssigkeit.
● **Penicillat[®]** Filmtabletten: **Zus.**: 1 Filmtabl. enth.: Phenoxymethylpenicillin-Kalium 650 mg (entspr. 1000000 I.E.). **Ind.**: Infektionen durch penicillinempfindliche Erreger wie z. B. Angine, Bronchitis, Lungenentzündung, Otitis media. **Kontrind.**: Penicillin-Überempfindlichkeit. **Nebenwirk.**: Magen-Darm-Störung, Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut. **Dos.**: Kinder von 7 bis 12 Jahren: 3 x ½-1 Tabl. tägl.; Jugendl. u. Erw.: 3 x 1-3 Tabl. tägl. ● **Amoxillat[®]-250/ 750/ 1000** Filmtabletten: **Zus.**: 1 Lacktablette Amoxillat-750/ 1000 enthält: Amoxicillin 3H₂O 880,82 mg/1147,78 mg (entsprechend 750 bzw. 1000 mg Amoxicillin). 1 Granulatbeutel enthält: Amoxicillin 3H₂O 286,09 mg (entsprechend 250 mg Amoxicillin). **Ind.**: Infektionen durch amoxicillinempfindliche Keime, z. B. Infektionen der Atemwege, der Lunge, des Magen-Darm-Traktes, des Urogenital-Traktes, des HNO-Bereichs. **Kontrind.**: Penicillin-Überempfindlichkeit, Mononucleosis infectiosa. **Nebenwirk.**: Überempfindlichkeitsreaktionen, allergische Hautreaktionen, gastrointestinale Störungen. „Hinweis für Diabetiker: 1 Granulatbeutel enthält 0,39 g SE Saccharose“. **Dos.**: Lecktabletten 750/1000 mg: Erwachsene und Jugendliche über 12 Jahren 3-4 x täglich 1 Lecktablette zu 750 bzw. 1000 mg. Granulat: Kleinkinder und Schulkinder 50 mg/kg Körpergewicht täglich auf 3 bis 4 Gaben verteilt, entsprechend 3 bis 4 x täglich 1 bis 2 Granulatbeutel. In schweren Fällen kann die Tagesdosis auf das Doppelte gesteigert werden. ● **Bactoreduct[®]/-forte** Tabletten: **Zus.**: 1 Tabl. Bactoreduct[®] enth.: Trimethoprim 80 mg, Sulfamethoxazol 400 mg; 1 Tabl. Bactoreduct[®]-forte enth.: Trimethoprim 160 mg, Sulfamethoxazol 800 mg. **Ind.**: Bronchitis, Pneumonie, Sinusitis, Otitis, Infektionen der Nieren und ableitenden Hamwege, des Magen-Darm-Traktes, Infektionen der Haut wie Abszesse, Furunkel. **Kontrind.**: Überempfindlichkeit gegen Trimethoprim oder Trimethoprim-Analoga, sulfonamidähnliche Substanzen. Schwere Leberschäden, hochgradige Niereninsuffizienz, Blutbildveränderung, schwere Allgemeinreaktionen der Haut; Schwangerschaft, Stillzeit. Früh- und Neugeborene in den ersten Lebenswochen. **Nebenwirk.**: Magen-Darm-Störungen, allergische Reaktionen, hämatologische Veränderungen, Cholestase, Hepatitis, Schwindel, Kopfschmerz, Halluzinationen. In der Langzeittherapie Blutbildkontrollen. Selten Folsäuremangel. **Dos.**: Erw. u. Jugendl. über 12 Jahre: 2 x 2 Tabl. Bactoreduct[®] bzw. 2 x 1 Tabl. Bactoreduct[®]-forte tägl. Maximaldos.: 2 x 3 Tabl. Bactoreduct[®] bzw. 2 x 1 ½ Tabl. Bactoreduct[®]-forte tägl. Langzeitbehandl.: 2 x 1 Tabl. Bactoreduct[®] bzw. 2 x ½ Tabl. Bactoreduct[®]-forte tägl.



Postvertriebsstück Gebühr bezahlt

Verlag Bayerische Landesärztekammer
Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80
B 1611 EX Sondernummer