



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

März 1988

Zur Kenntnis genommen:

Das Thema „Strukturreform“ beherrscht auch weiterhin die gesundheits- und sozialpolitische Diskussion. Dabei zeigt sich eindrucksvoll, wie viele Berufsgruppen in unserem Land entweder als Selbständige mehr oder weniger beachtliche Teile ihres Umsatzes oder als Beschäftigte ihren Arbeitsplatz und damit Lebensunterhalt der gesundheitlichen Betreuung unserer Bevölkerung, also weitgehend den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verdanken. Wer nur an die akademischen Heilberufe – also Ärzte, Zahnärzte und Apotheker – und die pharmazeutische Industrie denkt, ist von der Wirklichkeit weit entfernt.

Die Zahl der unmittelbar im Gesundheitswesen Erwerbstätigen liegt insgesamt bei etwa 1,2 Millionen. Davon sind rund 100 000 Ärzte und Zahnärzte und etwa 18 000 Apotheker sowie rund 30 000 Angehörige sonstiger Heilberufe freiberuflich tätig. Sie spüren Restriktionen unmittelbar und besonders schmerzhaft. Die Gesamtvergütung der Kassenärzte ist bereits pauschaliert, der mögliche Zuwachs kompensiert nicht einmal die steigende Zahl der Kassenärzte, von Anpassungen an die Kostenentwicklung oder medizinische Entwicklung gar nicht zu reden. Als finanzieller Risikofaktor im Sinne der Überlegungen des Bundesverfassungsgerichtes scheidet das Honorarvolumen der Kassenärzte somit aus. Die Zahnärzte werden – wenn die Blüm'schen Pläne verwirklicht werden – erhebliche Einbußen hinnehmen müssen, ebenso die Apotheker.

Von den Arzneimittelherstellern erwartet das Haus Blüm – so steht es auch noch im Anhang zum Referentenentwurf – einen „Solidarbeitrag“ von 1,7 Milliarden. Niemand kann sich so recht was darunter vorstellen. Eine Spende kann wohl nicht gemeint sein. Die Pharmaindustrie setzt – bei einem Gesamtumsatz von etwa 20 Milliarden – mit der gesetzlichen Krankenversicherung etwa 8,5 Milliarden um. Das ist knapp die Hälfte der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneien. Die andere Hälfte entfällt auf die Handelsspanne der Apotheken und des Großhandels sowie auf die Mehrwertsteuer. Diese wird vom Staat in voller Höhe erhoben und macht allein über zwölf Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneien aus. Den naheliegenden Vorschlag, Arzneimittel von der Mehrwertsteuer zu befreien, weist die Bundesregierung energisch zurück. Die gesetzliche Krankenversicherung würde damit aber be-

reits um über 2 Milliarden entlastet werden, während der gedachte Solidarbeitrag wohl ein reiner Wunschtraum bleiben wird. Die Pharmaindustrie malt ja jetzt schon den Zusammenbruch der Forschung drohend an die Wand, wenn die vorgesehenen Festbeträge zum verstärkten Übergang auf Generika führen sollten. Der Kassenarzt kann mit dem Festbetrag zurechtkommen. Er muß sich natürlich, wenn der Patient den hohen Differenzbetrag zum Markenpräparat nicht bezahlen will oder kann, für ein Generikum entscheiden, dessen Hersteller er kennt und mit dem er Erfahrung gesammelt hat oder sammeln kann. Auf keinen Fall darf die Auswahl des Generikums dem Apotheker überlassen werden, wie das der Referentenentwurf vorsieht. Der Arzt kann die Verantwortung für die Verordnung eines Medikaments nicht abschieben, will er nicht das Vertrauensverhältnis mit dem Patienten gefährden. Hier könnten darüber hinaus aber auch erhebliche forensische Probleme auf den Arzt zukommen. Die einschlägige Bestimmung muß deshalb nach unserer Überzeugung gestrichen werden.

In Gesprächen, Schriftsätzen und bei den Anhörungen der letzten Zeit wurden natürlich noch weitere Vorhaben und Inhalte des Referentenentwurfes erörtert. Ein Schwerpunkt war dabei die umfangreiche, man kann ruhig sagen lückenlose Datenerfassung. Die Kassen sollen, darüber wurde schon wiederholt berichtet, die Möglichkeit erhalten, für jeden Versicherten ein Leistungskonto zu führen. Die Versichertennummer wird verbindlich vorgeschrieben, Versichertenverzeichnisse sind anzulegen, erbrachte Leistungen können von den Kassen sowohl versichertenbezogen als auch leistungserbringerbezogen ausgewertet werden. Über weitere Vorstellungen zur „Transparenz“ habe ich schon früher berichtet. Dabei betone ich erneut, daß wir für korrekte Abrechnungen der Kassenärzte eintreten. Die überwältigende Mehrheit der Kassenärzte hat nichts zu fürchten. Betrug wird von uns nicht gedeckt. Wenn man aber an die Monster-Datenbanken denkt, die hier entstehen sollen, sträuben sich die Haare, und dies nicht nur wegen der Kosten. Wer sich davon große Erkenntnisse erwartet, den wird man an den Spruch erinnern müssen: „Es kreißt ein Berg und ein Mäuslein wird geboren.“ Fürwahr ein kostspieliges Mäuslein.

Mit Nachdruck wehren wir uns auch, darüber habe ich wiederholt berichtet, gegen gesetzliche Vorschriften über

eine prästationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung in Ambulatorien der Krankenhäuser. In den Anhörungen wurden diese Pläne von allen Arztgruppen einhellig abgelehnt. Die ersatzlose Streichung des entsprechenden Paragraphen wurde gefordert. Lebhaftige Diskussionen hat auch das Vorhaben ausgelöst, einen „Medizinischen Dienst“ einzurichten. Im Grunde genommen geht es zunächst darum, den bereits bestehenden Vertrauensärztlichen Dienst von den Landesversicherungsanstalten loszulösen und in einer eigenen Körperschaft zu organisieren. Dagegen wäre nichts einzuwenden. Ablehnen muß man aber die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausdehnung der Aufgaben, deren Erfüllung eine erhebliche personelle Aufblähung zur Folge haben müßte. Dem auch hier zum Ausdruck kommenden geradezu pedantischen Bestreben, jedes Detail im Gesetz zu regeln, darf nicht gefolgt werden.

Der Gesetzentwurf enthält auch eine Vorschrift, wonach vor jeder größeren Operation die Meinung eines zweiten Arztes – es kann auch der Medizinische Dienst sein! – eingeholt werden muß. Dagegen wurde energisch Stellung bezogen. Es ist ohnedies die Regel, daß in schwierigen Fällen mehr als ein Arzt an der Diagnostik und Festlegung der Therapie beteiligt ist. Dies bürokratisch zu regeln, ist wirklichkeitsfremd.

Einer weiteren Bestimmung im Referentenentwurf haben wir energisch widersprochen. Es geht um die „Vereinbarung von Richtwerten“. Ich zitiere:

„(1) Die Partner der Gesamtverträge vereinbaren unter Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität quartals- oder jahresbezogen und arztgruppenspezifisch jeweils Richtwerte für das Volumen verordneter Leistungen, insbesondere von Arznei-, Hell- und Hilfsmitteln. Die Vereinbarungen haben die Entwicklung der Zahl und der Altersstruktur der behandelten Personen sowie die Preiswürdigkeit der Verordnungen zu berücksichtigen.

(2) Überschreiten die Aufwendungen eines Arztes die vereinbarten Richtwerte, findet eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 112 Abs. 3 statt.“

Es sollen also im voraus Größenordnungen für verordnete Leistungen vereinbart werden, obwohl beim besten Willen niemand die Entwicklung der Morbidität oder auch einer Einzelpraxis voraussagen kann. Daß der Kassenarzt bei Überschreitung dieser Richtwerte auch noch einer besonderen Wirtschaftlichkeitsprüfung unterworfen wird, kann nur als Daumenschraube aufgefaßt werden. Ich warne vor solchen gesetzlichen Bestimmungen! Es könnte auch einmal der Fall eintreten, daß wir ihren Vollzug verweigern. Dann möge die Rechtsprechung entscheiden. Jedenfalls werden wir nicht zulassen, daß ausgerechnet die Kassenärzte zu Prügelknaben des Gesundheitswesens gemacht werden!

Noch ein ernstes Thema muß angesprochen werden: Entgegen ursprünglichen Aussagen bleiben der Schwangerschaftsabbruch und die Sterilisation Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Tötung menschlichen Lebens aus angeblichen sozialen Gründen (Notlagenindikation) wird also von der gesetzlichen Kran-

kenversicherung weiterhin finanziert. Hingegen kann man in Paragraph 25 folgendes lesen: „Zur Krankenbehandlung gehören nicht Leistungen für eine künstliche Befruchtung oder zur Beseitigung von Unfruchtbarkeit oder Sterilität.“

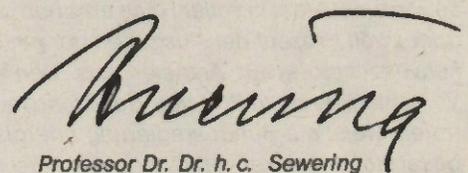
Dagegen habe ich bei allen Gelegenheiten, sowohl Tagungen wie Einzelgesprächen, nachdrücklich Stellung bezogen. Menschen, die neues Leben zeugen wollen, denen aber der Weg der natürlichen Zeugung verschlossen ist, kann die Medizin heute oftmals helfen, sei es durch operative Eingriffe oder auch durch die künstliche Befruchtung. Und hier soll die Versichertengemeinschaft nicht eintreten? Ein solcher Leistungsausschluß ist unerträglich. Diesem Appell haben sich viele angeschlossen, vor allem aus dem Kreis der Ärztinnen. Dafür bin ich dankbar. Ich hoffe, daß es uns gelungen ist, auch die Abgeordneten zu überzeugen.

Wie geht es weiter? Nach den Anhörungen durch das Bundesministerium für Arbeit wird man sich im Hause Blüm überlegen müssen, was man von den zahlreichen Anregungen, Änderungswünschen und nachdrücklichen Forderungen übernimmt. Die Koalitionsrunde wird wieder zusammentreten; wenn nötig, müssen sich auch die Parteivorsitzenden noch einmal einschalten. Dann kommt der Regierungsentwurf, der dem Bundestag zugeleitet wird. Mit der ersten Lesung erfolgt die Überweisung zur Ausschußberatung. Hier dürfte es noch einmal eine Anhörung geben. Das Gesetz soll dann am 1. Januar 1989 in Kraft treten. Bis dahin fließt noch viel Wasser den Rhein – und auch die Isar – hinunter. Wir werden jedenfalls alles tun, damit es mindestens ein erträgliches Gesetz wird.

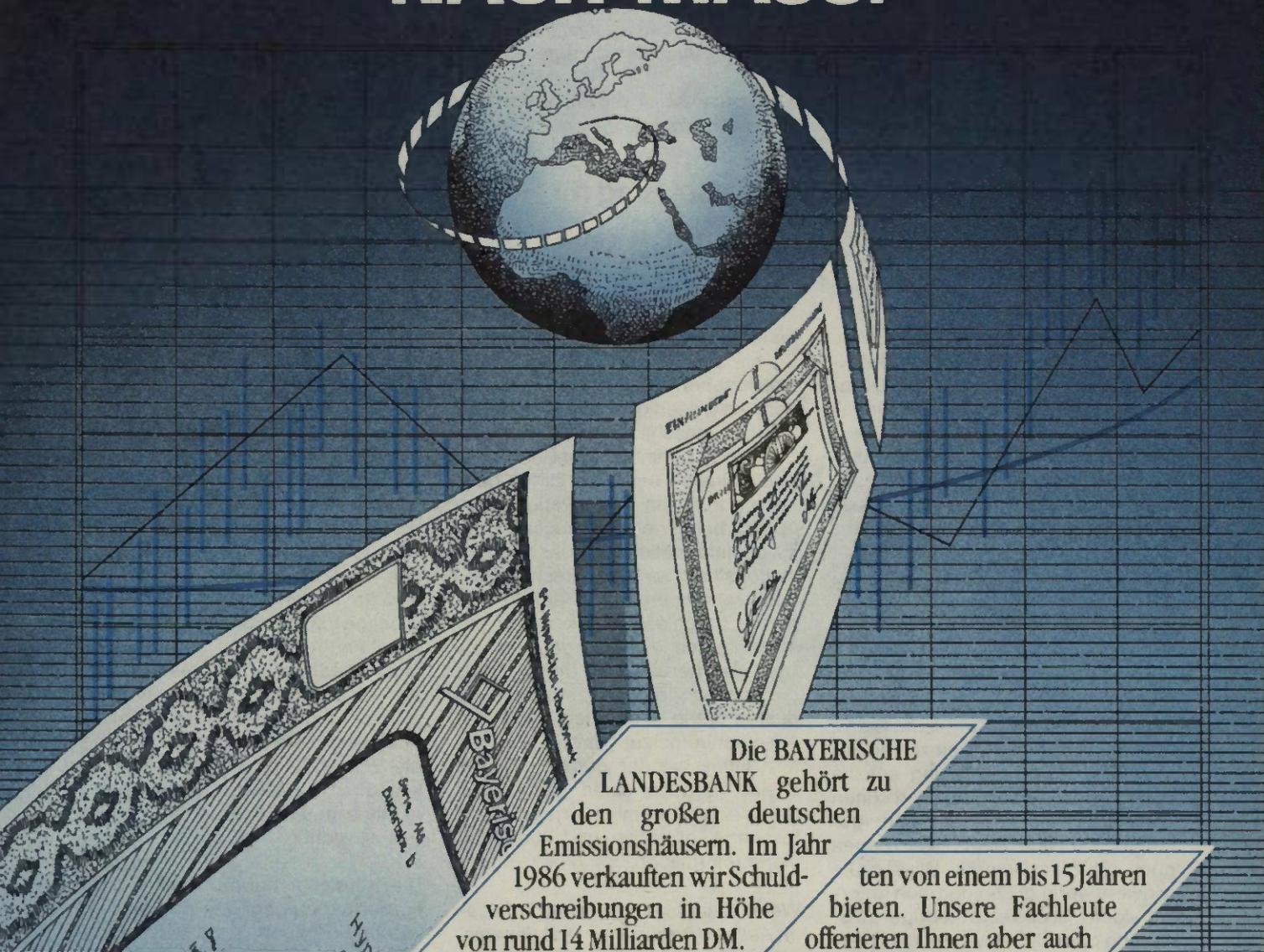
Eine kleine Schlußbemerkung: Manchmal hat man auch noch Grund zum Schmunzeln. So hat der Wegfall des Sterbegeldes die Bestattungsunternehmer auf den Plan gerufen. Sie warnen natürlich vor der unvermeidlichen Beerdigung fünfter Klasse.

Die beabsichtigten Kürzungen bei den Fahrtkosten führte zu Protestaktionen der Taxiunternehmer. Sie befürchten erhebliche Einbußen im Fahrgeschäft. Wenn ihre Angaben stimmen, wird bisher offenbar sehr großzügig mit dem Taxi zum Doktor oder ins Krankenhaus gefahren.

Zahntechniker und Hersteller von kleinen Hilfsmitteln haben ihre Konkursanmeldungen bereits vorbereitet. Der Import von Brillengestellen – die meisten sollen heute schon aus Femost kommen – wird drastisch zurückgehen, die Nickelbrille „Modell Blüm“ dürfte die Brillenmode der Zukunft bestimmen. Nachdem drei Viertel der Bevölkerung schon in blauen Einheits-Drillhosen herumlaufen, finde ich die Nickel-Einheitsbrille durchaus passend. Das sollen unsere geringsten Sorgen sein.


Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

LAUFZEITEN UND ZINSEN – FÜR JEDEN ANLEGER DAS PAPIER NACH MASS.



Die BAYERISCHE LANDESBANK gehört zu den großen deutschen Emissionshäusern. Im Jahr 1986 verkauften wir Schuldverschreibungen in Höhe von rund 14 Milliarden DM.

Der Umlauf an eigenen Papieren stieg damit auf 47,2 Milliarden DM. Das sind Milliarden, die für das Vertrauen unserer Kunden sprechen.

Wenn Sie in Wertpapieren investieren wollen, dann sollten Sie mit uns reden. Wir können Ihnen eigene Papiere mit Laufzei-

ten von einem bis 15 Jahren bieten. Unsere Fachleute offerieren Ihnen aber auch

andere Papiere – Aktien, Festverzinsliche, Null-Coupon-Anleihen, Zero- oder US-Bonds etc. Unser Angebot ist komplett. Das bedeutet für Sie: Sie können über

die BAYERISCHE LANDESBANK Girozentrale Ihr Anlagekonzept individuell realisieren, und zwar national wie international.

In München, Nürnberg und über jede bayerische Sparkasse sowie in Bonn, Frankfurt und Luxemburg. Außerdem in London, New York, Singapur (Niederlassungen), Johannesburg, Toronto, Wien (Repräsentanzen). Sie erreichen uns auch über Btx: • 38000 #



Bayerische Landesbank
Girozentrale

Rationelle Arzneimitteltherapie

Das „Bayerische Ärzteblatt“ bringt in loser Folge Referate aus einer Fortbildungsreihe, die die Bayerische Landesärztekammer zusammen mit den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu diesem aktuellen Thema durchführt. Mit der Veröffentlichung der Themen dieser Fortbildungsreihe soll jedem bayerischen Arzt – sei es in der Praxis oder im Krankenhaus – die Möglichkeit gegeben werden, sich zu informieren.

Im Jahre 1986 wurden 17,6 Milliarden DM – das sind 15,5 Prozent der Gesamtausgaben – der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel in der kassenärztlichen Versorgung ausgegeben. Im gleichen Zeitraum betrug die Gesamtvergütung für die kassenärztliche Versorgung 20,4 Milliarden DM, das sind 17,7 Prozent der Gesamtausgaben. Damit haben die Arzneikosten eine Größenordnung erreicht, die dem kassenärztlichen Gesamthonorar nahe kommt. Bei vielen Ärzten übersteigen die Kosten der von ihnen verordneten Arzneien ihr eigenes kassenärztliches Honorar.

Wir wollen deshalb allen Kolleginnen und Kollegen in Klinik und Praxis die Gelegenheit geben, sich in konzentrierter Form über den derzeitigen Stand und die Möglichkeiten einer gezielten Arzneiverordnung zu unterrichten.

Bessere Information als Voraussetzung für Rationelle Arzneimitteltherapie*

von K. H. Kimbel

Bekommen wir denn nicht genügend Information über Arzneimittel? Morgens auf Ihrem Schreibtisch Berge von Aussendungen, unvarlangte Zeitschriften, Ärztezeitungen mit Beilagen, „Medical Tribune“, dann klingelt der Arztbesucher, ... sind wir denn nicht eigentlich überinformiert? Können wir denn überhaupt diese ganze Information noch verdauen? Diese Frage muß man sich allen Ernstes stellen.

Aber das Problem ist ja nicht, „wieviel Information“, sondern „was hilft uns die Information“: Stellen Sie sich doch einmal die Frage „wie viele Wirkstoffe sind in Modenol® enthalten“ – das Sie täglich ihren Hochdruckpatienten verordnen –, und wenn Sie es wissen, „was haben die einzelnen Bestandteile für eine Wirkung auf die Hypertonie?“ Oder Sie verordnen Tranxillum® und dann kommt der Arztbesucher und sagt: „Wir haben auch ein Tranxillum®N“. Wissen Sie wirklich, worin die beiden sich unterscheiden? Ist das eine niedrigere Dosierung oder sind das zwei völlig verschiedene Stoffe? Wenn Sie einem Patienten Ödemase® verordnet haben, fragten Sie: Ödemase-long®, ist das wirklich auch noch das Furosemid in retardierter Form? Ich kann Ihnen gleich sagen, es enthielt nicht das Furosemid, sondern Chlortalidon. Es gibt es seit kurzem nicht mehr! Das nur als einiga wenlge Beisplele.

„Hinterfragen“ Sie wirklich einmal Ihre Arzneimittel – vor allen Dingen Ihre Kombinationspräparate, die Sie verordnen – um dann zu sehen, wie wenig wir eigentlich doch über die Arz-

neimittel wissen, die wir tagein, tagaus verordnen. Wenn Sie sich eine neue Kamera kaufen, dann wissen Sie ganz genau, welche Belichtungsmeßverfahren Sie dort benutzen können. Sie wissen ganz genau, welchen Blitz Sie anschließen können. Aber bei den Arzneimitteln, bei denen es doch wirklich um vitale Dinge geht, eben darum, ob unser Patient auch optimal behandelt wird, liegt es leider mit der Information – so sehr die Informationsflut über uns herschwappt – noch sehr im argen. Um das zu bessern, müssen auch wir Ärzte mit entsprechenden Forderungen an die Hersteller herantreten. Denn gerade die forschende pharmazeutische Industrie hat in der letzten Zeit in der Auseinandersetzung mit Zweitanbietern immer wieder gesagt, daß sie alleine ja noch einen besonderen Service liefert, nämlich eine gute, umfassende, objektiva und standardisierte Information.

Wenn Sie einmal bei Ihren Kollegen im Ausland fragen, dann hat der amerikanische Arzt in dieser Hinsicht gar keine Schwierigkeiten, denn er hat das „Physicians Desk Reference“. Das ist ein Buch etwa vom Format der Roten Liste, welches sich aber dadurch wesentlich unterscheidet, daß es nur etwa 3000 statt 8570 Arzneimittel enthält. Aber über diese Arzneimittel finden Sie dann auch alles. Selbst die englischen Kollegen haben mit dem „Data Sheet Compendium“ so etwas und schließlich kann man noch die Kollegen in der Schweiz fragen, die haben ihr „Arzneimittel-Kompendium der Schweiz“. Und wenn Sie mal Gelegenheit haben, da reinzuschauen, was Sie da alles an wichtigen Informationen finden, dann sehen Sie, daß

es einfach die Flut der Arzneimittel in der Bundesrepublik ist, die uns daran hindert, für jedes einzelne Arzneimittel eine gute Information bereitzustellen.

Aber dem läßt sich ja abhelfen. Das hat schon Kreienberg in seinem Referat auf dem 81. Deutschen Ärztetag in Mannheim gefordert, indem er sich nämlich damals mit Nachdruck für eine Arzneimittel-Standardinformation für Ärzte einsetzte, auf der der Arzt an immer derselben Stelle die wichtige Information über ein Arzneimittel findet, an derselben Stelle die unerwünschten Wirkungen, an derselben Stelle den Wirkungsmechanismus. Dann sieht man nämlich, wenn ein Hersteller zum Beispiel über die Verweildauer, über die Haltbarkeit, über die Dosierung bei Kindern nichts sagen kann. Und allein schon das ist wichtig.

Die Hersteller haben damals diese Forderung aufgegriffen und fast alle von Ihnen haben damals den Ringhefter des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie für die Standardinformation für Fachkreise über den Ärzteverlag bekommen. Leider haben sich aber, wie das so oft bei Verbänden geht, nicht alle Hersteller dieser Maßnahme angeschlossen und dies auch nicht für alle ihre Präparate. Das hat den Gesetzgeber veranlaßt, in der Novelle zum Arzneimittelgesetz, die im Februar dieses Jahres in Kraft getreten ist, eine solche Standardinformation zu fordern.

Die Standardinformation hat noch einen zweiten Vorteil, sie umfaßt nur ein Blatt, und zwar meistens ein DIN A

*) Vortrag enläßlich der Vortregrsreihe „Rationelle Arzneimitteltherapie“ am 28. Oktober 1987 im Ärztehaus Bayern, München

4-Blatt, Vorder- und Rückseite, so daß Sie sich diejenigen Arzneimittel, die Sie „in der Feder haben“, in einem üblichen Büroordner zusammenstellen können. Kreienberg hat das ganz richtig die *persönliche Positivliste* genannt. Man muß dabei bedenken, daß die Untersuchung unserer Kollegen in Dortmund, die in Zusammenarbeit mit der KV Westfalen-Lippe durchgeführt wurde, ergeben hat, daß in Dortmund der Kassenarzt im Durchschnitt 552 verschiedene Arzneimittel verschreibt und eine ganze Reihe von Kollegen die 1000 anstandslos passiert.

Im übrigen besteht interessanterweise ein direkter mathematischer Zusammenhang zwischen der Zahl der Krankenscheine und der Zahl der verschiedenen verordneten Arzneimittel. Das heißt, der Kollege, der eine sehr große Praxis hat, verordnet auch mehr *verschiedene* Arzneimittel. Man könnte zwar sagen, er hat dann natürlich eine ganze Reihe von speziellen Patienten, die ganz bestimmte Arzneimittel brauchen. Aber wenn Sie sich dann anschauen, wie oft er diese Arzneimittel wechselt, gegen andere austauscht, dann finden Sie, daß er fast die Hälfte der 40 führenden Arzneimittel, die er in seinem Repertoire hat, innerhalb eines Jahres auswechselt. Daraus können Sie ersehen, daß der Arzt bei einem Arzneimittelrepertoire von über 1000 Arzneimitteln einfach nicht in der Lage sein kann, sich einen Überblick zu verschaffen.

Aus diesem Grund ist der einzige Weg aus dem Dilemma, daß man sich ein Standardrepertoire, einen *eigenen „Arzneimittelschatz“*, um es mal deutsch zu sagen, auswählt und den nur ändert, wenn dafür eine Notwendigkeit besteht. Man sieht ihn von Zeit zu Zeit durch. Dann haben auch die *Ärztmuster* ihren Sinn. Wenn Sie nämlich für jedes Ihrer Arzneimittel ein *Ärztmuster* in Ihrem Schrank parat haben, dann können Sie das bei 200, 300 Arzneimitteln noch überblicken. Aber dann kommt die Grenze, wo Sie nicht mehr übersehen können, was Sie verordnen.

Die Gründe für diese Vielfalt in der Verordnung liegen natürlich auf der Hand. Da war gerade der Pharmareferent da. Sie bekommen die Rücküberweisung von dem Fachkollegen, Sie bekommen den *Arztbrief* aus dem Krankenhaus. Der Patient hat im Krankenhaus das neue Prostaglandin bekommen und wehe, Sie stellen

ihn auf ein Antazidum um. Der Patient will das haben. Wir haben es ja leider noch nicht geschafft, daß wir einheitlich in den Arztbriefen eine neutrale Empfehlung dergestalt haben, daß zum Beispiel eine säurehemmende Therapie betrieben werden soll oder wie man das auch immer bezeichnet, aber nicht drin steht: das bestimmte Präparat muß der Patient haben. Und wenn der Bericht dann auch noch dem Patienten offen mitgegeben wird, sind die Schwierigkeiten natürlich noch größer.

Die Voraussetzung für einen Durchblick durch Ihren Arzneibestand ist eine gute und vollständige Information. Das fängt schon beim Namen an. Wir haben viele *Suggestivnamen*, zum Beispiel Arrhythmol®, Glaucofax®, Diarrhoesan® usw. Die sollte es eigentlich nicht geben, weil sie doch immer wieder Kollegen dazu veranlassen, sozusagen „reflektorisch“ aufgrund des gängigen Namens ein solches Arzneimittel zu verordnen. Es muß aus dem Namen auch ganz klar die *Zusammensetzung* hervorgehen. Ich habe schon eingangs gesagt, daß Tranxillum® Dikaliumdiclorazepat und Tranxillum® N etwas ganz anderes, nämlich Nordazepam enthält. Sie werden jetzt in der letzten Zeit auch mal gelegentlich Baralgin® M verordnet haben. Nicht alle werden wissen, daß es jetzt kein Spasmolytikum mehr enthält. Jedem Warenzeichen darf deshalb nur ein einziger Arzneistoff zugeordnet sein.

Und da kommen wir zur Frage des *Freinamens* (generische Bezeichnung). Ich weiß, daß es schwierig ist, Freinamen zu behalten. Wir müssen in unserem täglichen Routinebetrieb in der Geschäftsstelle der Arzneimittelkommission zum Beispiel über 1000 Freinamen kennen, um alle Anfragen beantworten zu können. Viele Freinamen scheinen ja systematisch danach ausgesucht, daß man sie nicht behält. Nehmen Sie Zidovudin, den Freinamen für Retrovir®. Das muß man eben auswendig lernen. Aber von den wichtigsten Arzneimitteln, die Sie verordnen, sollten Sie die Freinamen kennen, vor allen Dingen bei den Kombinationspräparaten.

Sie verordnen zum Beispiel einem Patienten Silentan® gegen „Spannungskopfschmerz“. Der Patient, meist sind es jüngere Leute, kommt dann wieder und sagt: „Ich hab’ immer noch Kopfschmerzen, mit den drei Tabletten, die Sie mir pro Tag verord-

net haben, komme ich nicht ganz aus, ich brauche mehr davon“. Wenn Sie wissen, daß Silentan® Diazepam, also den Wirkstoff des Valium® enthält und Acetylsalicylsäure, dann denken Sie auch an eine „*low dose dependence*“. Wenn Sie aber nur das Warenzeichen und nicht die Zusammensetzung kennen, dann können Sie solchen Dingen leicht aufsitzen.

Natürlich gibt es auch hier Schwierigkeiten. Sie lesen zum Beispiel in der „Roten Liste“ (1 S, 2 R)-(1-Benzyl-3-dimethylamino-2-methyl... usw. In Wirklichkeit ist die Substanz Dextropropoxyphen ein Arzneistoff, der abhängig machen kann. Aber wir haben ja leider auch in der „Roten Liste“ noch nicht durchgesetzt, daß alles mit den *einheitlichen Freinamen* bezeichnet wird. Es gibt immer noch Hersteller, die ihre am Freinamen eindeutig erkennlichen Arzneistoffe, zum Beispiel Amphetaminderivate, durch eine solche Bezeichnung zu „maskieren“ versuchen.

Sie sollten auch Ihre verordneten Arzneimittel bestimmten *Arzneistoffgruppen* zuordnen können. Wenn Ihnen zum Beispiel ein neues Muskelrelaxans angeboten wird, dann müssen Sie wissen, ob es ein Benzodiazepinderivat ist, denn auch solcha Muskelrelaxantien können gelegentlich zu Abhängigkeit führen.

Sie müssen also *lernen*, in *Arzneistoffgruppen* zu denken. Auch dazu finden Sie in der Herstellerinformation nur selten Hinweise. In der Standardinformation waren ursprünglich *Wirkungsmechanismen* und die *Einteilung in die Arzneistoffgruppe* an zweiter Stelle vorgesehen. Sie ist inzwischen in Position 13 gerückt, ganz weit hinten, daß nur schwer der Bezug zwischen Indikation und Wirkungsweise erkennbar wird.

Sie sollten auch etwas darüber wissen, wo Ihre Arzneimittel im Körper wirken können. Dem Arzt ist mit „Black-box-Denken“ nicht geholfen, wo man sagt: „da stecke ich das rein und dann kommt das raus“. Sie müssen vielmehr wissen; daß Metoclopramid ein Dopaminantagonist ist und daß Sie mit entsprechenden unerwünschten Wirkungen, etwa mit einer Galaktorrhoe oder mit extrapyramidalen Erscheinungen rechnen müssen. Und wenn es neue Arzneimittel aus verwandten Gruppen gibt, wie zum Beispiel das Bespar®, Buspiron, dann müssen Sie diese auch in

eine „Schublade“ einordnen können, um zu wissen, welche unerwünschten, aber auch welche erwünschten Wirkungen Sie damit erreichen können.

Mit der Bezeichnung der Anwendungsgebiete, die Sie zum Beispiel in der „Roten Liste“ unter diesem Namen oder unter „Indikationen“ finden, hapert es auch noch. Wir müssen daran denken, daß wir in der Bundesrepublik drei Gruppen von Fertig-Arzneimitteln haben: Sogenannte *Alt-spezialitäten*, von denen der Hersteller noch alles behaupten kann, die also nie materiell überprüft worden sind, sondern einfach infolge einer Übergangsbestimmung bis zum Jahre 1990 als zugelassen gelten. Dann haben wir die Arzneimittel, die nach 1971 aufgrund einer Zusatzregelung zum *ersten Arzneimittelgesetz* zugelassen sind, also auch auf Wirksamkeit überprüft wurden. Und dann die nach dem neuen *Arzneimittelgesetz* von 1978 zugelassenen, wo eben auch Indikationen und Kontraindikationen vom Bundesgesundheitsamt festgelegt worden sind.

Deswegen finden Sie zum Beispiel heute noch in der „Roten Liste“ für Adumbran® die Indikation „Sexualneurosen“. Das traute sich ein Zweitanbieter niemals mehr als Anwendung zu beanspruchen. Sie müssen aber immer noch damit rechnen, daß Ihnen eine ganze Menge von unüberprüften Indikationen angeboten werden. Des wird sich erst im Jahre 1990 ändern, sofern das Bundesgesundheitsamt neben der Flut der Neuzulassungen auch noch die Überarbeitung der alten Arzneimittel schafft.

Die Gegenanzeigen, die vor allen Dingen auch aus gerichtsmedizinischer Sicht wichtig sind – weil Sie da nämlich am ehesten aufgespießt werden können, wenn Sie ein Patient belangt –, sollten in *absolute* und *relative* untergliedert werden. Denn bei den absoluten Kontraindikationen müssen Sie den Patienten nach solchen befragen und müssen ihn daraufhin untersuchen, während das bei den relativen Kontraindikationen in ihrem Belieben steht. Allgemeine Aussagen, wie zum Beispiel „Überempfindlichkeit gegen Pyrazolonderivate“ helfen da wenig. Fragen Sie doch bitte einmal ihren Patienten, ob er weiß, ob er Pyrazolonderivate eingenommen hat. Und ich frage Sie, ob Sie mir drei oder vier Pyrazolonderivate, die häufiger verordnet werden, aus dem

Stegreif nennen können. Solche Hinweise sind keine Informationen, sie sind fast eine Irreführung.

Ein weiteres Problem ist der Zusatz, daß ein Arzneimittel in der *Schwangerschaft* und *Stillzeit* nur bei strenger Indikationsstellung verordnet werden dürfe, weil noch keine Erfahrungen über die Teratogenität beim Menschen vorliegen. Da wird der „Schwarze Peter“ dem verordnenden Arzt zugeschoben. Soll er es verordnen, muß er es verordnen? Es gibt zwar eine bundesweite Statistik über die kindlichen Fehlbildungen. Sie wissen ja, daß wir alle – ein Teil tut es, ein Teil tut es nicht – eigentlich gesetzlich verpflichtet sind, alle kindlichen Fehlbildungen, natürlich ohne Angabe der Personalien der Mutter, an die Statistischen Landesämter zu melden. Es wäre keine Schwierigkeit, über die humangenetischen Institute an den Universitäten solchen Dingen nachzugehen. Aber auch hier geschieht nichts, weil es ja viel einfacher ist, diesen einfachen Entlastungssatz in die Packungsbeilage hineinzunehmen, daß noch keine Erfahrungen bei der Anwendung bei Schwangeren und stillenden Müttern vorliegen.

Das gleiche gilt, was ich eben schon gesagt habe, für den *Verkehrswarnhinweis*. Man hat oft den Eindruck, daß dieser Zusatz in der Packungsbeilage vermutlich wesentlich weniger kostet als eine sorgfältige Untersuchung im aktuellen Fahrversuch. Nur ganz wenige Firmen haben solche Untersuchungen durchgeführt.

Der größte Nachholbedarf bei der Arztinformation scheint bei den unerwünschten Wirkungen zu bestehen. Was nützt uns eine alphabetische Aufzählung, wenn diese mit „Agranulozytose“ anfängt und mit den „zentral-nervösen Störungen“ aufhört. Wir wollen wissen, welche die häufigsten sind, wir wollen eine gewisse

Gliederung nach den Folgen und nach der Schwere der unerwünschten Arzneimittelwirkungen haben. Wir verfügen nicht über genügend harte Daten, um genau zu sagen, ob das auf 1000 Patienten ein- oder zweimal vorkommt. Aber allein die Größenordnung – bei jedem hundertsten Patienten, bei jedem tausendsten Patienten oder seltener – wäre sicher hilfreich. Jedoch fängt bislang noch, auch bei den neu zugelassenen Arzneimitteln, der Abschnitt unerwünschte Arzneimittelwirkungen etwa damit an „sehr selten werden beobachtet...“. Dann werden die Nebenwirkungen ohne irgendwelche Gewichtung aufgezählt, obwohl die Abwägung von Nutzen und Risiko erfordert, daß der Arzt die Konsequenzen unerwünschter Wirkungen zu beurteilen vermag. Denn wenn ich weiß, daß nur bei jedem hunderttausendsten Patienten eine Agranulozytose auftreten kann und der Patient das Arzneimittel dringend braucht, dann kann ich das Risiko ohne weiteres eingehen. Wenn aber, wie zum Beispiel bei gewissen Antiarrhythmika auf 300 Patienten eine Agranulozytose zu erwarten ist, dann werde ich mir sehr genau überlegen, ob ich das Arzneimittel anwende.

Bei den *Wechselwirkungen* haben wir ähnliche Probleme. Sie wissen, daß die Fachliteratur überläuft von Arbeiten über Arzneimittelwechselwirkungen, von denen nur ein ganz kleiner Teil klinische Relevanz hat. Der Hersteller muß sie leider alle auführen, das wollen die Juristen so. Aber er könnte sie zumindest aufteilen in solche, die von *klinischer Relevanz* sind und solche, die nur einfach aus theoretischen Überlegungen dort aufgenommen worden sind.

Dosierungsangaben sind in den meisten Informationen über Arzneimittel aufgeführt, weil sie ja auch die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung sind. Nach wie vor fehlen aber bei vielen Arzneimitteln immer noch Informationen über die *Dosierung im Kindesalter* und über die Dosierung bei Patienten mit *eingeschränkter Nieren- und Leberfunktion*. Hier brauchen wir unbedingt mehr Angaben.

Auch über die *Wirkungsdauer* wird oft nichts ausgesagt, die gerade bei Schlafmitteln oder auch bei Antibiostatika von entscheidender Bedeutung ist. Man muß sie aber auch kennen, um die Sicherheit zu beurteilen, denn ein Antirheumatikum, das eine Halb-

Wenn Sie Ihre Fortbildung planen:

Der 36. Internationale Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in

Grado

findet statt

vom 29. Mai bis 10. Juni 1988

Wie findet man als Bauherr die optimale Finanzierung?



Wieviel Eigenkapital ist empfehlenswert? Wie hoch sollte der Bausparvertrag sein? Welche Vorteile bietet die Finanzierung aus einer Hand? Welche steuerlichen Möglichkeiten bringt die neue staatliche Wohnbauförderung? Sprechen Sie mit der Raiffeisenbank, dem soliden Partner. Profitieren Sie von unserer jahrzehntelangen Erfahrung. Von der Komplett-Finanzierung aus einer Hand.

Die Bank mit dem
freundlichen
Service



Raiffeisenbank

wertzeit von über 100 Stunden hat, wie ein soeben neu eingeführtes, wird man wohl kaum einem alten Menschen mit physiologisch eingeschränkter Nierenfunktion verordnen wollen.

Gestern hatten wir in Bonn, Sie haben es sicher in der „Ärztzeitung“ gelesen, ein Pressegespräch zusammen mit den Apothekern über die *Bioverfügbarkeit*. Auch hier sind die Ärzte stark verunsichert. Von allen möglichen Seiten wird gesagt, wenn man nicht das Originalpräparat verordnet, läuft man Gefahr, daß man dem Patienten ein qualitativ minderwertiges Präparat verordnet. „Selbst wenn es billiger ist, dann brauchst Du wegen geringer Wirkung vielleicht doppelt soviel und damit ist die Einsparung wieder völlig zunichte gemacht.“ Dem ist keineswegs so.

Sie wissen ja alle, daß es eine ganze Reihe von *bewährten Zweitanbieterpräparaten* gibt. Der Name „Nachahmerpräparate“ sollte überhaupt vermieden werden, denn sonst wäre jeder von Ihnen, der nicht mit einem Mercedes-Benz hierher gekommen ist, auch ein Nachahmer-Autofahrer, denn Carl Benz hat ja – etwa um die gleiche Zeit übrigens wie die Entdeckung der antiphlogistischen Wirkung des Aspirin® – das Automobil erfunden. Ich sehe nicht ein, warum man etwas, was einem normalen Patentablauf zufolge jetzt jedem zugänglich ist, nach über 100 Jahren noch immer als Nachahmerpräparat bezeichnen soll.

Es gibt eine Reihe von zuverlässigen Zweitanbieterpräparaten, die viele Ärzte auch verordnen. Sie sollten sich da nicht verunsichern lassen. Es sind nur ganz wenige Problempräparate, auf die wir in unserem Mitteilungsblatt „Arzneiverordnung in der Praxis“, das Sie ja sicher alle bekommen, laufend hinweisen. Wir haben in Heft 2/1987 eine ganze Liste von veröffentlichten Bioäquivalenzstudien gebracht, wo Sie zum Beispiel für Acetylsalicylsäure, Allopurinol, Doxycyclin, Furosemid, Isosorbiddinitret usw. von neutraler Stelle geprüfte zuverlässige Präparate finden können. In Heft 6/1987 brachten wir Übersichten über fast alle Doxycyclin- und Glibenclamid-haltigen Fertigarzneimittel.

Aber auch die Hersteller von Zweitanbieterpräparaten geben sich große Mühe, Bioäquivalenz-Untersuchungen zu machen. Ich weiß nicht, ob

einige von Ihnen das Buch kennen, in dem alle pharmakokinetischen Daten und Bioäquivalenzdaten der Präparate eines Zweitanbieters aufgeführt sind. Der Arztbesucher darf Ihnen dieses Buch nicht unaufgefordert geben. Da gibt es ein Gerichtsurteil, welches das untersagt, ganz abgesehen davon, daß vergleichende Werbung in der Bundesrepublik nicht gestattet ist. Aber alle Zweitanbieterfirmen geben Ihnen auf Anforderung bereitwillig Unterlagen über die Bioäquivalenz ihrer Präparate, anhand derer Sie überprüfen können, gegebenenfalls beraten von Ihrem Apotheker, ob das von Ihnen verordnete Präparat dem Erstanbieterpräparat bioäquivalent ist.

Hier und dort gilt das, was ich eingangs gesagt habe: Beschränken Sie sich auf wenige Präparate, springen Sie nicht jede Woche, nachdem der Arztbesucher kam, wieder auf ein anderes Präparat. Sonst haben Sie Anpassungsschwierigkeiten bei Ihren Patienten. Sie werden nicht nur durch das verschiedene Aussehen der Kapseln, Tabletten usw. verunsichert. Das sicherste ist, wenn Sie Ihren Patienten von vorneherein auf ein Zweitanbieterpräparat einstellen.

Dann sollten Sie und auch Ihr Patient wissen, wie er sein Arzneimittel aufheben kann, *Halbbarkeitshinweise* und vor allem *Lagerungshinweise* sind dazu wichtig, denn ein Handschuhfach ist, wie ein amerikanischer Arzt letzte Woche gesagt hat, kein Aufbewahrungsort, sondern ein Ofen. Wenn ein Patient seine Tabletten und auch Sie Ihre Ampullen für den Notdienst im Sommer auf der Fensterbank aufheben, dann sind sowohl die Tabletten als auch Ihre Ampullen nicht mehr zu gebrauchen.

Das war die eine Seite der Medaille, die *Information über das einzelne Arzneimittel*. Was aber für Sie noch wichtiger ist, ist die *Auswahl unter den verschiedenen Arzneimitteln*.

Wir haben in der Bundesrepublik das große Glück, einen reich – fast zu reich – beschickten Arzneimittelmarkt zu haben. Hier geht es Ihnen wie jeder Hausfrau, die in einem großen Warenhaus oder auf einem großen Markt einkauft. Es gehört schon eine ganze Menge Warenkenntnis dazu, um wirklich preiswert und trotzdem gut einzukaufen. Das gleiche kann man auch immer wieder dem Kassensarzt sagen. Er muß wie die Hausfrau Warenkennt-

nisse haben, um gut und preiswert einzukaufen, im Falle des Kassensarztes, um gut und preiswert verordnen zu können. Aber dazu muß man sich informieren. Sie, die Sie hier bei der Fortbildungsveranstaltung sind, tun das. Aber es sind ja immer die Falschen, die zu solchen Veranstaltungen kommen und diejenigen, die es eigentlich nötig hätten, die sind heute wieder nicht da! Nun – der eine oder andere lernt besser lesend in der Studierstube.

Jedoch, wenn ich zu meinen ehemaligen Studienkollegen in die Sprechstunde komme und mir deren Praxisbücher ansehe, dann stammen die oft aus der Zeit, da sie ihr Staatsexamen gemacht oder in der Klinik waren. Wir brauchen neue Bücher. Der Fortschritt ist so rasant, daß Sie nicht mehr mitkommen, wenn Sie sich da nicht mit Besserem versehen. Sie haben einen großen Vorteil gegenüber dem Studenten, der heute für ein Lehrbuch 200 DM auf den Tisch blättern muß: Sie zahlen zwar auch 200 DM, aber Sie ziehen 100 DM von der Steuer ab. Da sollten Sie sich wirklich mal von den neueren Therapiebüchern einige, zumindest eines oder zwei, anschaffen.

Ich will keine Schleichwerbung betreiben, aber unsere *Arzneiverordnungen* sind wieder neu erschienen und die sollten Sie in jedem Falle haben. Die Arzneiverordnungen werden ergänzt durch die neue Preisvergleichsliste.

Dann empfehle ich den „kleinen Kuschinsky“, der auch wieder neu erschienen ist, den Losse-Berlach-Wetzels „Rationelle Therapie in der inneren Medizin“, von Krück et al. das „Therapie-Handbuch“; auch der Wolff-Weihrach „Internistische Therapie“ von 1986, ist zu empfehlen, ebenfalls das Heilmeyer-Rezepttaschenbuch, das allerdings mehr die älteren Kollegen ansprechen wird, weil es noch eine traditionelle Aufmachung mit Rezepturen usw. hat. Kürzlich erschien auch der Riecker „Therapie innerer Krankheiten“ in neuer Auflage. Aber eines von diesen Büchern sollten Sie unbedingt besitzen.

Und dann sollten Sie die Flut der unverlangten Zeitschriften, ich will hier keine Namen nennen, wirklich beiseite schieben und sich eine oder zwei gute, kritisch redigierte medizinische Zeitschriften abonnieren. Auch hier betragen für Sie die realen Kosten nur die Hälfte.

Dann gibt es auch noch Zeitschriften, die sich speziell kritisch mit Arzneimittelfragen befassen, zum Beispiel die „Internistische Praxis“, die „Ärztliche Praxis“ und die „Pädiatrische Praxis“, die völlig anzeigefrei sind und kritische Beiträge liefern. Auch der „Arzneimittelbrief“, das „Arzneimitteltelegramm“, die „pharma-kritik“ und das, was Sie als Kassenarzt ohnehin bekommen, die „Arzneiverordnung in der Praxis“, gehören hierzu. Und dann, aber das brauche ich Ihnen, die Sie hier sind, ja nicht zu sagen, sollten Sie jede Fortbildungsmöglichkeit – und zwar objektive Fortbildungsmöglichkeit – nutzen, um sich wirklich auf dem letzten Stand zu halten.

Wenn Sie das tun, dann verordnen Sie nicht nur wirtschaftlich, sondern auch im besten Interesse Ihrer Patienten, denn wir wollen ja nicht für Herrn Blüm sparen, sondern wir wollen dafür sparen, daß wir die neuen, wesentlich teureren Arzneimittel – Sie wissen, wir haben schon Arzneimittel mit 800 DM Tagesbehandlungskosten – auch unseren Kassenpatienten zukommen lassen können. Und da gilt auch wieder die alte Hausfrauenregel: Auf das Unnötige zu verzichten, um das wirklich Notwendige bezahlbar zu machen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. K. H. Kimbel, Geschäftsführer der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und des Arzneimittelinformationssdienstes e. V., Herbert-Lewin-Straße 5, 5000 Köln 41

Kontroversen in der Therapie des Harnsteinleidens

77. Fortbildungstagung in Regensburg

*Professor Dr. M. Marberger /
Dr. W. Stackl, Wien:*

Die Uretersteinbehandlung durch Uretero-Renoskopie

Mit dem Uretero-Renoskop kann der gesammte Harnleiter endoskopisch inspiziert werden; dabei können Harnleitersteine entweder in toto extrahiert, im Ureter zertrümmert oder in das Nierenbecken zurückgestoßen werden, wo sie extrakorporal zertrümmert oder perkutan extrahiert werden können.

Nach Einführung der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (= ESWL) ergeben sich für den Einsatz der Uretero-Renoskopie folgende Indikationen: oberhalb der Gefäßkreuzung liegende Steine, welche nicht mit Hilfe des ESWL im Harnleiter oder nach der Reposition des Steines in das Nierenbecken zertrümmert werden können, können antegrad oder retrograd entfernt werden; Steine unterhalb der Gefäßkreuzung, welche nicht spontan abgehen oder heftige Koliken verursachen, sind die Domäne der retrograden Ureteroskopie.

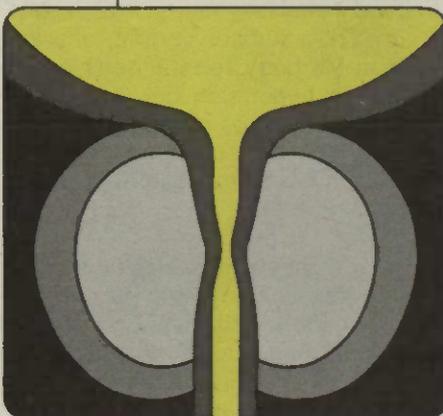
Die Technik der retrograden Uretero-Renoskopie beginnt in etwa der Hälfte der Fälle mit einer Dilatation des Ureterostiums und des Ureters, wobei die Häufigkeit dieser Maßnahmen von der anatomischen Gegebenheit und der Erfahrung des Operateurs ab-

hängt. Die Dilatation wird vorzugsweise mit semirigidem Polyurethanbougie, die über einen Spezialführungsdraht bis an den Stein geschoben werden, durchgeführt, um eine Perforation zu vermeiden. Ballonureterkatheter, die am distalen Ende von einem bis zu 10 cm langen Ballon umgeben sind, der nach Einführen des Katheters in den Harnleiter extern geblockt und damit der distale Anteil des Harnleiters auf die gewünschte Weite dilatiert werden kann, sind teuer, jedoch weniger traumatisierend. Zusätzlich gibt es Ureterkatheter, die durch den Arbeitskanal in das Ureteroskop eingeführt werden können und mit denen das Ostium bzw. der intramurale Anteil angehoben und damit das Instrument mit einer rotierenden Bewegung in den Harnleiter vorgeschoben werden kann. Falls eine ausreichende Dilatation nicht möglich ist, bleibt der letzte Dilatator oder ein Ureterenkatheter für ein bis zwei Tage liegen und die Inspektion des Harnleiters wird in einer zweiten Sitzung vorgenommen; dies gelingt in der Regel mühelos.

Unüberwindliche, nicht-aufzudehnende Engen oder narbige Fixationen, z. B. nach Voroperationen, können die retrograde Uretero-Renoskopie unmöglich machen. Kleinere Konkremente können mit dem Dormiakörbchen oder mit Steinfaßzan-

PROSTAMED®

Prostatasyndrom mit Harnverhaltung, Miktionsbeschwerden und Restharn, Reizblase, auch bei Frauen



Zusammensetzung: 1 Tablette Prostamed enthält: Kürbislsglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Kakao 0,05 g, Extr. fl. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. fl. Fol. Popul. trem. 0,06 g, Sacch. lact. ad. 0,5 g.

Anwendungsgebiete: Prostata-Adenom Stadium I und beginnendes Stadium II mit Miktionsbeschwerden, Reizblase.

Dosierung: 3x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.):

60 St. DM 8,97; 120 St. DM 15,48; 360 St. DM 36,98.



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

gen extrahiert werden. Die intraureterale Zertrümmerung erfolgt entweder mit der Ultraschallsonde oder elektrohydraulisch. Ein Problem stellt das Abwandern des Steines in den kranialen Harnleiteranteil bei der Manipulation dar. Die Entwicklung des Uretero-Renoskopes mit zwei Arbeitskanälen trägt diesem Problem insofern Rechnung, als ein Ballonkatheter mit 3 Charrière am Stein vorbeigeschoben oder ein Dormlakörbchen derselben Größe um den Stein geschlossen und zusätzlich der Stein lithotripiert werden kann.

Das durch die Dilatation im Harnleiter zu erwartende Ödem kann möglicherweise zu einer völligen passageren Verlegung des Harnleiters führen. Aus diesem Grund empfiehlt sich in unkomplizierten Fällen eine innere Harnleiterschienung während ein bis zwei Tagen. Bei schwieriger Manipulation oder Perforation ist die längerfristige, teilweise zweiwöchige innere Schienung neben einer konsequenten Durchführung einer Antibiotikatherapie sinnvoll. Bei uretero-renoskopierten Patienten lag die Perforationsrate bei zwölf Prozent, wobei nur bei zwei Prozent dieser Patienten der Stein durch eine offene Ureterotomie entfernt werden mußte. Insgesamt lag die Erfolgsrate bei 92 Prozent. Akute Harnleiterläsionen, in deren Folge operative Interventionen erforderlich waren, traten bei einem Prozent der Patienten auf. Eine Nephrektomie war nie erforderlich, und die Mortalitätsrate lag bei null Prozent.

Die Uretero-Renoskopie ist kontraindiziert bei akutem Harnwegsinfekt, erschwerte Bedingungen ergeben sich durch Prostateadenome, Zystozelen, Harnleiterstrikturen und narbige Fixation des voroperierten Ureters. Die Erfolgsrate beim hochsitzenden Ureterstein mit der retrograden Uretero-Renoskopie allein liegt bei ca. 25 Prozent. In Kombination mit der retrograden Manipulation oder der entegraden Ureteroskopie können jedoch über 95 Prozent dieser Steine ohne offene Operation entfernt werden. Nach perkutaner Punktion der Niere und entsprechender Dilatation des Nephrostomalkanals wird durch den Nephroskopschaft das Uretero-Renoskop unter Sicht in den Harnleiter vorgeschoben. Dies gelingt meist mühelos, da der Ureter proximal des Steines fast immer erweitert ist. Dadurch können auch größere Steine problemlos ohne intraureterale Lithotripsie entfernt werden.

Es handelt sich also bei der Uretero-Renoskopie um eine etablierte Methode mit hoher Erfolgsrate und minimaler Morbidität.

*Professor Dr. H.-J. Schneider,
Frankfurt:*

Die medikamentöse Harnsteintherapie

Metaphylaxe und Prophylaxe

Kennzeichnend für die Urolithiasis ist die hohe Rezidivquote. Unbehandelt muß jeder zweite Steinträger mit einem Rezidiv rechnen; deshalb ist die Rezidivprophylaxe wichtiger denn je.

Ziel der medikamentösen Harnsteintherapie ist die Behandlung der Kolik, die Abtreibung ebgangsfähiger Steine und die Auflösung von Steinen im Harnsystem. Jede Kolik bedarf einer sofortigen Therapie, wobei die Medikamente entsprechend der Schmerzintensität zu variieren sind. Bei leichteren Koliken ist Urol (3 bis 5 x 2 Kapseln/die) ausreichend. Bei stärkeren Koliken wird die Kombination von Novalgin und Valium bevorzugt, bei stärksten Schmerzen ist meist Fortral erfolgreich. In Form der fortgesetzten Spasmoanalgesie muß jede weitere Kolik verhindert und ein Steinabgang angestrebt werden. In 85 Prozent der Uretersteine läßt sich ein Spontenabgang erzielen.

Harnsäuresteine sind die einzige Steinart, die medikamentös aufgelöst werden können. Nur vereinzelt gelingt dies bei Zystinsteinen und bei frisch entstandenen und damit noch lockeren Phosphatsteinen.

Harnsäuresteine lösen sich im alkalischen Milieu, so daß der saure Urin mit Alkalizitrat neutralisiert wird. Frischere Infektsteine aus Magnesium-Ammonium-Phosphat, z. B. bei Immobilisierten nach Unfällen, können durch Harnansäuerung unter pH₆ und eine starke Harnverdünnung (spezifisches Gewicht unter 1010) aufgelöst werden. Die Auflösung von Zystinsteinen durch Alkalisierung und Gabe von Vitamin C und Alpha-Mercapto-Propionylglyzin gelingt seltener.

Zur Metaphylaxe gehören allgemeine Maßnahmen wie Flüssigkeitszufuhr zur Harnverdünnung, zweckmäßige Ernährung zur Reduzierung lithogener Substanzen im Urin und eine dem Steinleiden angepaßte Lebensführung.

Erst nach Ausschöpfen dieser allgemeinen Maßnahmen sollte eine medikamentöse Dauer- oder Intervalltherapie einsetzen. Unter Ausnutzung aller heutigen Erkenntnisse zum Steinleiden und bei guter Patientenführung kann die Rezidivrate weit unter zehn Prozent gesenkt werden.

Die sogenannte Säurestarre mit pH-Werten unter 6 ist das häufigste pathogenetische Merkmal bei Harnsäurestein-Patienten. Eine Hyperurikosurie als Steinbildungsursache ist seltener. Sie tritt vor allem bei Gicht und übermäßigem Gewebsabbau auf und wird dann mit Allopurinol behandelt. In den meisten Fällen ist keine Dauertherapie erforderlich. Zu empfehlen ist eine individuelle, von der Rezidivneigung abhängige Intervalltherapie.

Zystinsteine entstehen durch eine angeborene Stoffwechselstörung mit übermäßiger Zystinausscheidung im Urin. Eine Behandlung des Grundleidens ist nicht möglich. Die Metaphylaxe beruht auf einer medikamentösen Löslichkeitsverbesserung des Zystins. Wichtig ist die häufige Harnzystinanalyse, da sich die Medikamente „erschöpfen“ und die Dosis im Lauf der Zeit gesteigert werden muß. Bei einem hartnäckig rezidivierenden Zystinstein-Patienten mit mehr als 50 Steinabgängen pro Jahr konnte man die Rezidive durch tägliche Gaben von 5 g Ascorbinsäure als Brausetabletten und 1,5 g Alpha-Mercapto-Propionylglyzin bei einer Flüssigkeitszufuhr von vier Litern drastisch reduzieren.

Bei Kalziumoxalatsteinen steht die Hyperkalziuriebehandlung nach Differenzierung in den absorptiven und resorptiven Typ mit dem Belastungstest nach Pak im Vordergrund. Der zweite wesentliche Faktor ist die Hyperoxalurie, die als angeborene Oxalose sehr selten ist und häufiger im Zusammenhang mit gastrointestinalen Erkrankungen auftritt, wie z. B. beim Morbus Crohn. Eine Hyperurikosurie findet sich bei Oxalatstein-Trägern häufiger als bei Harnsäurestein-Patienten. Harnsäurekristalle können Keimzentren für Kalziumoxalatsteine sein.

Die sogenannten Infektsteine bilden sich im Rahmen einer Harnwegsinfektion mit alkalischem Urin und bestehen aus Struvit, Karbonatapatit und Ammoniumurat. Da die Rezidivrate sehr hoch ist, muß bei dieser Steinart



Hepathrombin® hilft - die Hautpenetration entscheidet.

25 JAHRE
HEPATHROMBIN®
- das topische
Antivarikosum
mit wissenschaftl.
Wirkungsnachweis.



Hepathrombin®

Hepathrombin® Salbe 50000: Zusammensetzung: 100 g enth.: Heparin 50000 I.E., Allantoin 300 mg, Dexpanthenol 400 mg. Anwendungsgebiete: Bei varikösem Symptomenkomplex, Thrombophlebitis, postthrombotischem Syndrom, Varizen, Wadenkrämpfen, Ulcus cruris. Bei Sport- und Unfallverletzungen (Hämatomen, Prellungen, Kontusionen, Distorsionen). Ferner bei Tendovaginitis sowie Narbenkontraktur. Gegenanzeigen: Bestehen nach derzeitigem Wissensstand nicht. Nebenwirkungen: In vereinzelt Fällen ist über allergische Hautreaktionen berichtet worden. Handelsformen und Preise: Tube mit 100 g DM 38,55, Tube mit 150 g DM 43,15, Anstaltspackungen. Alle Preise mit MwSt. A 819-0. Stand 1/88

ADENYLCHÉMIE GMBH · 1000 Berlin 10

zur vollständigen Entfernung oft eine Chemolyse-spülung nach perkutaner Lithotripsie gemacht werden. Nach Steinentfernung erfolgt eine langdauernde, meist halbjährige Antibiotikatherapie. Bei den oft polyresistenten Keimen bewährt sich die Therapie mit Ureasehemmern.

Daß in Notzeiten Harnsteine selten sind, weist auf den höheren Lebensstandard als Ursache hin. Viele Stein-Träger sind zu dick, der Eiweißverzehr ist zu hoch. Vegetarier haben wesentlich weniger Nierensteine. Die Gicht als typische Wohlstandserkrankung geht häufig mit einer Harnsäuresteinbildung einher. Ein Laxantienabusus kann ebenso die Ursache eines Steinleidens sein wie die Behandlung einer Hypokalzämie mit Vitaminen oder Dihydrotachysterin. Jeder chronische Harnwegsinfekt, besonders bei harnstoffspaltenden Keimen, kann zur sekundären Steinerkrankung führen. Ein Drittel aller Stein-Patienten hat bezüglich des Steinleidens eine positive Familienanamnese. Schließlich gibt es auch zahlreiche Hinweise dafür, daß der Streß ein Steinleiden auslösen kann.

Professor Dr. F. Eisenberger,
Stuttgart:

Möglichkeiten der kombinierten endoskopischen Harnsteintherapie und der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie

Zentrumsunabhängig haben sich solitäre oder multiple Nierensteine bis zu einem Gesamtvolumen von 5 cm³ bzw. einer Länge bis 2,5 cm jeder Lokalisation und ohne Obstruktion

distal des Konkrementes als Idealindikation für die ESWL herausgestellt.

Grenzsteine mit Ausguß von Nierenbecken und einem Kelch bzw. multiple Nierensteine mit einem Gesamtvolumen von mehr als 5 cm³ sind die Domäne der Kombinationsbehandlung von ESWL und perkutaner Litholapaxie. Bei großen Steinmassen ist die ESWL-Monotherapie problematisch, da es in 40 bis 50 Prozent zu einer langstreckigen Obstruktion des Harnleiters mit Steinfragmenten („Steinstraße“) kommt. Diese ist häufig mit kolikartigen Beschwerden, Obstipation, und bei begleitender Harnwegsinfektion mit Fieber und damit der Gefahr einer akuten Pyelonephritis, Pyonephrose und Urosepsis verbunden. Daraus ergibt sich in ca. 30 Prozent die Notwendigkeit zur endoskopischen Steinentfernung oder einer perkutanen Entlastung des gestauten Nierenhohlsystems über eine temporäre Nephrostomie. Bewährtes Therapiekonzept bei komplizierter Nephrolithiasis, also multiple Nierensteine mit einem Gesamtvolumen über 5 cm³ und partiellem oder komplettem Ausgußstein, ist die Kombination von perkutaner Nephrolithotomie zur Verkleinerung der Steinstraße über einen Arbeitskanal und eventuell mehrfache ESWL zur Behandlung perkutan nicht erreichbarer Steine bei gesichertem Urinabfluß über die angelegte Nephrostomie. Minimale Morbidität und geringstmögliche Invasivität bestimmen dieses Vorgehen.

Die offenen chirurgischen Eingriffe erfolgen wegen Harnleiterabgangstenosen, fehlender Restfunktion der

Niere und bei multiplen Kelchhalsstenosen.

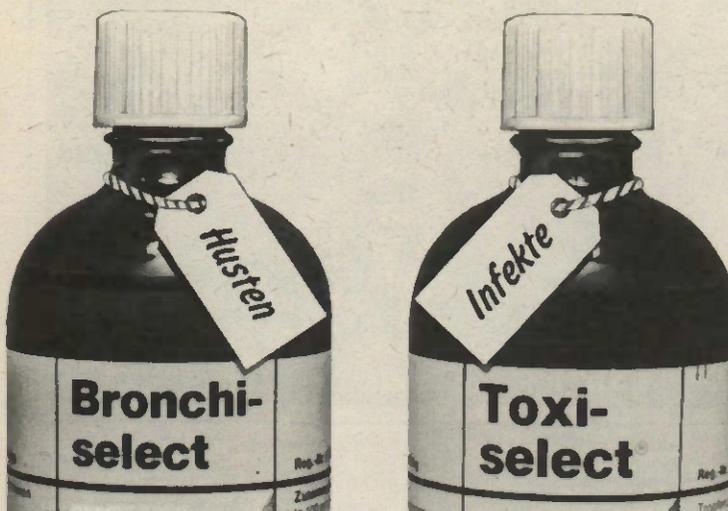
Mit dem wenig invasiven, parenchym- und damit funktionsprotektivem Vorgehen von perkutaner Nephrolithotomie mit ESWL lassen sich selbst maligne Steinerkrankungen bzw. familiär-bedingte Nephrolithiasis (Zysturie) beherrschen.

Sowohl beim hohen als auch beim tiefen Harnleiterstein ist die ESWL die Therapie der ersten Wahl. Versagt diese Methode, stellt die retrograde Mobilisation des Harnleitersteins mit Hilfe eines Ureterkatheters den nächsten Schritt dar. Dabei wird versucht, das Konkrement entweder ins Nierenbecken zu spülen oder mechanisch zurückzustoßen, was in 87 Prozent der Fälle gelingt. Anschließend kann das Konkrement einfach mit Hilfe der ESWL desintegriert werden. Mißlingt die retrograde Mobilisation, kann das Konkrement in den meisten Fällen durch eine retrograde oder antegrade Ureteroskopie entfernt oder durch Ultraschall-Lithotripsie zerkleinert und abgesaugt werden. Durch dieses abgestufte Vorgehen läßt sich auch beim Harnleiterstein jeder Lokalisation die Schnittoperation nahezu vermeiden. Somit ergänzen sich ESWL und endo-urologische Maßnahmen in einem sinnvoll abgestuften Therapiekonzept minimaler Invasivität und Morbidität mit weitgehendem Ersatz des offenchirurgischen Vorgehens.

(Schluß folgt)

Referent:

Dr. med. E. Weber, praktischer Arzt, Bahnhofstraße 21, 8587 Creußen



Bronchi-select. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Drosera D₃ dil. 20 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Tartarus stibiatu_s D₄ dil. 20 ml, Spongia D₆ dil. 20 ml, Ipecacuanha D₄ dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Silicose, Rippenfellentzündung, Bruststiche. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. DRELUSSO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

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 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.

Toxi-select. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Echinacea Ø 40 ml, Lachesis D₃ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Apia mellifica D₃ dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarhe und grippele Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. DRELUSSO PHARMAZEUTIKA, 3253 Hess. Oldendorf 1

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 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.

3253 Hessisch Oldendorf 1

DRELUSSO PHARMAZEUTIKA



Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer am 13. Februar 1988

Der Präsident, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, informierte den Vorstand über die Neubesetzung der Schlichtungsstelle. Der bisherige ärztliche Vorsitzende hat um Entbindung von dieser Tätigkeit gebeten; als Nachfolger konnte der langjährige chirurgische Chefarzt in Starnberg, Professor Dr. Grill, gewonnen werden. Der Präsident unterrichtete den Vorstand dann über Einzelheiten des Referentenentwurfes zum Gesundheitsreformgesetz. Er stellte dabei die Problempunkte, wie umfassende Datenerfassung, Rentnerkrankenversicherung, prä- und poststationäre Versorgung, Großgeräteplanung, Beitragsrückerstattung usw. dar. Auch der nunmehr geplante Ablauf der ärztlichen Ausbildung und die Vorbereitungszeit für die Kassenzulassung wurden erörtert. Es ist beabsichtigt, die AIP-Zeit auf ein Jahr zu verkürzen und nach der Approbation eine einjährige Vorbereitungszeit vor der Kassenzulassung vorzuschreiben. Die Kassenzulassende Bundesvereinigung hat erneut die Forderung nach einer dreijährigen Pflichtweiterbildung für Allgemeinmedizin erhoben. Bekanntlich sieht die EG-Richtlinie Allgemeinmedizin eine zweijährige zusätzliche Ausbildung für die Ausübung der Allgemeinmedizin vor. Von diesen zwei Jahren müssen mindestens sechs Monate in einem Krankenhaus und mindestens sechs Monate in einer Allgemeinpraxis abgeleistet werden. Die Koalitionspareien sind offenbar nicht bereit, eine Pflichtzeit von insgesamt acht Jahren, also sechs Jahre Universität und zwei Jahre ergänzende Ausbildung bzw. Vorbereitung, zu überschreiten.

Erörtert wurde auch die Frage, ob die Ärzte im Praktikum, die ja Pflichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände sein werden, zum Kammerbeitrag herangezogen werden sollen. Der Vorstand war einhellig der Auffassung, daß darauf bei einer einjährigen AIP-Zeit verzichtet werden soll. Es wurde bei dieser Gelegenheit darauf hingewiesen, daß die Ärzte im Praktikum von Anfang an die freie Entscheidung haben, ob sie sich zugunsten der Ärzteversorgung von der Angestelltenversicherung befreien lassen wollen. Bisher machen noch wie vor von dieser Befreiungsmöglichkeit 96 Prozent aller Berufsanfänger Gebrauch.

Dr. Dehler als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der berufsständischen Versorgungswerke machte auf die Auswirkungen der vorgesehenen Quellensteuer aufmerksam. Professor Dr. Dr. h. c. Sewering dankte Dr. Dehler für seine Bemühungen und seine Wachsamkeit.

Professor Sewering berichtete, daß nunmehr die Vereinbarung zwischen dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung und der Bayerischen Landesärztekammer zur Errichtung der ärztlichen Stelle zur Qualitätssicherung nach Paragraph 16 Röntgenverordnung für den nichtkassenärztlichen Bereich unterschrieben wurde.

Der Präsident erläuterte auch die Vereinbarung über die Durchführung kostenloser anonymer HIV-Untersuchungen, wie sie zwischen dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung und der Kassenzulassenden Vereinigung Bayerns vereinbart wurden.

Der Vorstand wurde auch über den Ablauf und den Ausgang des berufsgerichtlichen Verfahrens gegen Professor Hackethal unterrichtet. Die Entscheidung des Berufsgerichtes, bei der Regierung von Oberbayern die Überprüfung der Approbation anzuregen, fand die volle Zustimmung des Vorstandes.

Der Vorstand beschäftigte sich dann mit der Frage, ob die zukünftigen Ärzte im Praktikum in Bayern mit genügend Ausbildungsstellen an Krankenanstalten rechnen können. Es bestand Einigkeit darüber, daß die Kammer keine offizielle Clearingstelle, also eine Stelle für Ausbildungsplatz-Vermittlung, einrichten wird, jedoch werden die Krankenanstalten gebeten, der Kammer freie Stellen bekanntzugeben, damit anfragende Ärzte im Praktikum unterrichtet werden können. Auf Vorschlag des Präsidenten bestellte der Vorstand den Vizepräsidenten der Kammer Dr. Fuchs zum Beauftragten der Landesärztekammer für AIP-Fragen.

Zur Wahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag lag den Vorstandsmitgliedern ein Entwurf für eine Satzungsergänzung vor, der ausführlich erörtert wurde. Danach sollen die Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag ab 1989 von der Vollversammlung aufgrund von Vorschlägen der Ärztlichen Bezirksverbände gewählt werden. Über diese Satzungsergänzung soll der diesjährige Bayerische Ärztetag entscheiden.

Die Vorstandsmitglieder diskutierten zur Vorbereitung des diesjährigen Deutschen Ärztetages u. a. Überlegungen, wie sie – allerdings nicht zum erstenmal – jetzt von der Ärztekammer Hamburg zur Änderung der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages vorgelegt werden.

Es erscheint allerdings fraglich, ob damit eine Straffung der Diskussion erreicht werden kann. Einzelne Vorstandsmitglieder wandten sich nachdrücklich gegen den Versuch einer Disziplinierung der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag.

In Ausfüllung der Vorgaben der Berufsordnung entschied sich der Vorstand einstimmig, in Bayern eine eigene Ethikkommission auf der Grundlage der von der 29. Genererversammlung des Weltärztebundes in Tokio (1975 revidierten Deklaration von Helsinki [1964]), sowie den Bestimmungen der §§ 40 bis 42 Arzneimittelgesetz und §§ 41 bis 43 Strahlenschutzverordnung einzurichten. Diese soll dem Arzt Hilfestellung durch Beratung und Beurteilung ethischer und rechtlicher Aspekte medizinischer Forschung am Menschen geben.

Sodann wurde im Vorstand die neue Prüfungsordnung für Arzthelferinnen erörtert, die vom Berufsbildungsausschuß beschlossen, nunmehr vom Bayerischen Staatsministerium des Innern genehmigt wurde. In diesem Zusammenhang ist vorgesehen, einen zentralen Auswahlausschuß für die Prüfungsfragen einzurichten. Die Zwischenprüfung soll wie bisher als Multiple-choice-Prüfung durchgeführt werden.

Zur GOÄ nahm der Vorstand einen Bericht zustimmend zur Kenntnis. Nach wie vor bestehen eine Reihe von Schwierigkeiten in der Beurteilung auch grundsätzlicher Fragen, die durch den Entwurf einer 3. Verordnung, wie sie nunmehr der Bundesarbeitsminister vorgelegt hat, in keiner Weise geregelt werden. Der Vorstand war einhellig der Auffassung, daß die Fortschreibung in dieser Form nicht akzeptiert werden kann.

Zur Thematik „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung – Listen weiterbildungsermächtigter Ärzte in Bayern“ lagen insgesamt 124 Anträge vor. 91 wurden positiv entschieden, 30 mußten abgelehnt werden und drei wurden zurückgestellt.

Bei 25 Einzelüberprüfungen von Weiterbildungsermächtigten, die länger als fünf Jahre zurückliegen, bestätigte der Vorstand 24 einstimmig. Eine Weiterbildungsermächtigung mußte, entsprechend der fachlichen Beurteilung, reduziert werden.

Es lagen sieben Anträge auf Berechtigung zur Vermittlung der Medizinischen Fachkunde im Strahlenschutz vor, davon wurden vier positiv und zwei negativ entschieden; eine Ermächtigung wurde entzogen.

Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung:

Auswirkungen der neuen Röntgenverordnung vom 8. Januar 1987 für ärztliche Praxis und Krankenhäuser

Am 1. Januar 1988 ist die Röntgenverordnung (RöV) vom 8. Januar 1987 in Kraft getreten und löst die Verordnung aus dem Jahre 1973 ab.

Gründe für die Novellierung der Röntgenverordnung waren die Änderungen der EURATOM-Grundnormen (Einführung eines neuen Dosiskonzeptes) sowie die Verabschiedung einer EG-Richtlinie zur Festlegung von Strahlenschutzmaßnahmen bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen – wesentliche Punkte daraus sind: verbesserte Qualifikation im Strahlenschutz für Ärzte und Hilfspersonal, Anwendungsbeschränkungen, strengere Überwachung –, die in nationales Recht umgesetzt werden mußte, sowie die Umsetzung der Erfahrungen aus dem Vollzug der bisherigen Röntgenverordnung.

Welche Änderungen bringt die neue Röntgenverordnung für den medizinischen Bereich?

1. Qualitätssicherung bei Diagnostikröntgeneinrichtungen

Mängel an den bildgebenden Komponenten von Röntgeneinrichtungen können zu einer erheblichen Anzahl von Röntgenaufnahmen mit diagnostisch nicht akzeptabler Qualität führen. Deshalb wird durch die neue Röntgenverordnung ein im wesentlichen auf die DIN-Normenreihe 6868 gestütztes Qualitätssicherungssystem eingeführt.

Als Einstieg in die Qualitätssicherung sind alle in Betrieb befindlichen Diagnostikröntgeneinrichtungen einer *Abnahmeprüfung* durch den Hersteller, Lieferanten oder eine sonstige Fachfirma zu unterziehen. Dabei werden die bildgebenden Komponenten der Diagnostikröntgeneinrichtung auf einen zur Zeit der ersten Inbetriebnahme üblichen Stand gebracht.

Bei Geräten, die nach dem 1. Januar 1988 erstmals in Betrieb genommen werden, ist die *Abnahmeprüfung* durch den Hersteller oder Lieferanten vor der Inbetriebnahme durchzuführen, später nach jeder Änderung des Betriebs, welche die Bildqualität beeinflusst. Im Anschluß an die *Abnahmeprüfung* wird durch eine monatliche, in der Regel vom Betreiber durchzuführende *Konstanzprüfung* nachgeprüft, ob der bei der *Abnahmeprüfung* ermittelte Zustand noch erhalten geblieben ist. Dazu werden Aufnahmen des bei der *Abnahmeprüfung* verwendeten Prüfkörpers wiederholt und mit der ursprünglichen Aufnahme verglichen. Es ist deshalb nicht sinnvoll, die *Konstanzprüfung* schon vor der *Abnahmeprüfung* durchzuführen.

Daneben ist bei Aufnahmegeräten die Filmverarbeitung regelmäßig zu überprüfen. Dies wird zweckmäßigerweise mit einem Sensitometer und einem Densitometer durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Prüfungen sind in entsprechende Formblätter einzutragen. Werden bei der *Konstanzprüfung* Abweichungen vom Sollzustand, das heißt gegenüber der *Abnahmeprüfung*, festgestellt, muß der Betreiber die Ursachen ermitteln und beseitigen.

Bis spätestens 31. Dezember 1988 muß der Betreiber dem zuständigen Gewerbeaufsichtsamt eine *Bescheinigung des Sachverständigen über die Kontrolle der Abnahmeprüfung* vorlegen und nachweisen, daß er die Aufzeichnungen über die Prüfungen und Röntgenaufnahmen von Patienten einer „*Ärztlichen Stelle*“ zugänglich macht. Die genannte Frist verlängert sich bis 1. Januar 1991, wenn bis spätestens 30. Juni 1988 der Auftrag zur Durchführung der *Abnahmeprüfung* erteilt wird.

Als „*Ärztliche Stellen*“ wurden vom Bayerischen Staatsministerium für

Minipress® 1 mg/2 mg/5 mg
Minipress® retard 1 mg/2 mg/4 mg/6 mg
Zusammensetzung: 1 Tablette Minipress enthält 1,095 / 2,19 / 5,476 mg Prazosinhydrochlorid, entspr. 1 / 2 / 5 mg Prazosin. 1 Kapsel Minipress retard enthält 1,095 / 2,19 / 4,38 / 6,57 mg Prazosinhydrochlorid, entspr. 1 / 2 / 4 / 6 mg Prazosin. **Anwendungsgebiete:** Bluthochdruck. Herzinsuffizienz, falls Behandlung mit Digitalis und/oder Diuretika allein nicht ausreicht. Raynaudsches Syndrom bzw. Morbus Raynaud. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Prazosin. Mechanisch bedingte Herzinsuffizienz (Aorten- oder Mitralklappenstenose, Lungenembolien, Perikardkrankungen), frischer Herzinfarkt. Kinder unter 12 Jahren. Einsatz während Schwangerschaft und Stillzeit nur nach sorgfältiger Risiko/Nutzenabwägung durch den Arzt. **Nebenwirkungen:** Hypertonie: meist nur bei Behandlungsbeginn; Schwindel, Kopfschmerzen, Benommenheit, Energiemangel, Schwächegefühl, Übelkeit, Herzklopfen, orthostatische Dysregulation. Selten: Erbrechen, Durchfall, Verstopfung, Bauchbeschwerden oder -schmerzen, Ödeme, Atemnot, Mattigkeit, Beschleunigung der Herzfrequenz, Nervosität, Depressionen, Empfindungsstörungen, unspezifische Hautreaktionen, Juckreiz, Blasenentleerungsstörungen, häufiges Wasserlassen, Impotenz, Priapismus, Sehstörungen, Rötung der Bindehaut, Nasenbluten, Mundtrockenheit, Nasenverstopfung, Ohrensausen, Schweißabsonderung, Haarausfall, Lichen planus, Harninkontinenz, Leberfunktionsstörungen, Pankreatitis, Halluzinationen, Fieber, positive ANF-Titer und Gelenkschmerzen. Herzinsuffizienz: Schläfrigkeit, Schwindel, orthostatische Dysregulation, Sehstörungen, Ödeme, Mundtrockenheit, Herzklopfen, Übelkeit, Durchfall, Impotenz, Kopfschmerzen und Nasenverstopfung. Raynaudsches Syndrom/Morbus Raynaud: Selten leichter Schwindel. PFIZER GmbH - Karlsruhe

Besondere Hinweise: Sehr selten übermäßiger Blutdruckabfall (mit Schwindel, Schwäche und ganz selten Ohnmacht) nach Einnahme der ersten Dosis. Bei Behandlung des Raynaudschen Syndroms/Morbus Raynaud soll der Blutdruck bis zur Einstellung auf die Erhaltungsdosis regelmäßig kontrolliert werden. Die Behandlung mit Minipress/Minipress retard bedarf der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle. Die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr und zum Bedienen von Maschinen kann beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatwechsel sowie im Zusammenhang mit Alkohol. **Wechselwirkungen:** Blutdrucksenkende Wirkung anderer Medikamente kann verstärkt werden. **Wirkungsweise/Eigenschaften:** Minipress/Minipress retard senkt durch selektive Alpha₁-Blockade den Tonus der glatten Muskulatur. Der periphere Widerstand und der Blutdruck werden gesenkt, Vor- und Nachlast des Herzens erniedrigt. Bei Raynaudschem Syndrom / Morbus Raynaud wird die Durchblutung durch Gefäßerweiterung verbessert. Minipress retard wirkt über 24 Stunden. **Dosierungs- und Anwendungsweise** (s. auch Fachinformation): Einschleichender Beginn mit niedrigen Dosen. Minipress retard wird 1x täglich verabreicht, bei Minipress wird die Gesamtdosis auf 2-3 Einzelgaben verteilt. Hypertonie: Beginn mit 1/2 Tablette Minipress 1 mg bzw. 1 Kapsel Minipress retard 1 mg abends vor dem Schlafengehen. Durchschnittliche Erhaltungsdosis: 4 mg Minipress/Minipress retard täglich. Maximaldosis: 20 mg Minipress/Minipress retard täglich. Herzinsuffizienz: Beginn mit 1/2 Tablette Minipress 1 mg 2-4 x täglich bzw. 1 Kapsel Minipress retard 1 mg abends vor dem Schlafengehen. Durchschnittliche Erhaltungsdosis: 10-12 mg Minipress/Minipress retard täglich. Maximaldosis: 20 mg Minipress/Minipress retard täglich. Raynaudsches Syndrom/Morbus Raynaud: Beginn mit 1/2 Tablette Minipress 1 mg 2x täglich bzw. 1 Kapsel Minipress retard 1 mg 1x täglich. Durchschnittliche Erhaltungsdosis: 2-4 mg Minipress / Minipress retard täglich. Maximaldosis: 6 mg Minipress/Minipress retard täglich. **Hendelsformen und Preise:** Minipress: 20 Tabletten (N 1) à 1 mg DM 14,20, 50 Tabletten (N 2) à 1 mg DM 32,30, 100 Tabletten (N 3) à 1 mg DM 60,10; 20 Tabletten (N 1) à 2 mg DM 22,80, 50 Tabletten (N 2) à 2 mg DM 50,—, 100 Tabletten (N 3) à 2 mg DM 90,15; 20 Tabletten (N 1) à 5 mg DM 41,75, 50 Tabletten (N 2) à 5 mg DM 95,85, 100 Tabletten (N 3) à 5 mg DM 178,40. Minipress retard: 20 Kapseln (N 1) à 1 mg DM 14,20, 50 Kapseln (N 2) à 1 mg DM 32,30, 100 Kapseln (N 3) à 1 mg DM 60,10; 20 Kapseln (N 1) à 2 mg DM 22,80, 50 Kapseln (N 2) à 2 mg DM 50,—, 100 Kapseln (N 3) à 2 mg DM 90,15; 20 Kapseln (N 1) à 4 mg DM 45,60, 50 Kapseln (N 2) à 4 mg DM 100,—, 100 Kapseln (N 3) à 4 mg DM 180,30; 20 Kapseln (N 1) à 6 mg DM 49,35, 50 Kapseln (N 2) à 6 mg DM 111,95, 100 Kapseln (N 3) à 6 mg DM 213,80. Ferner Klinikpackungen.

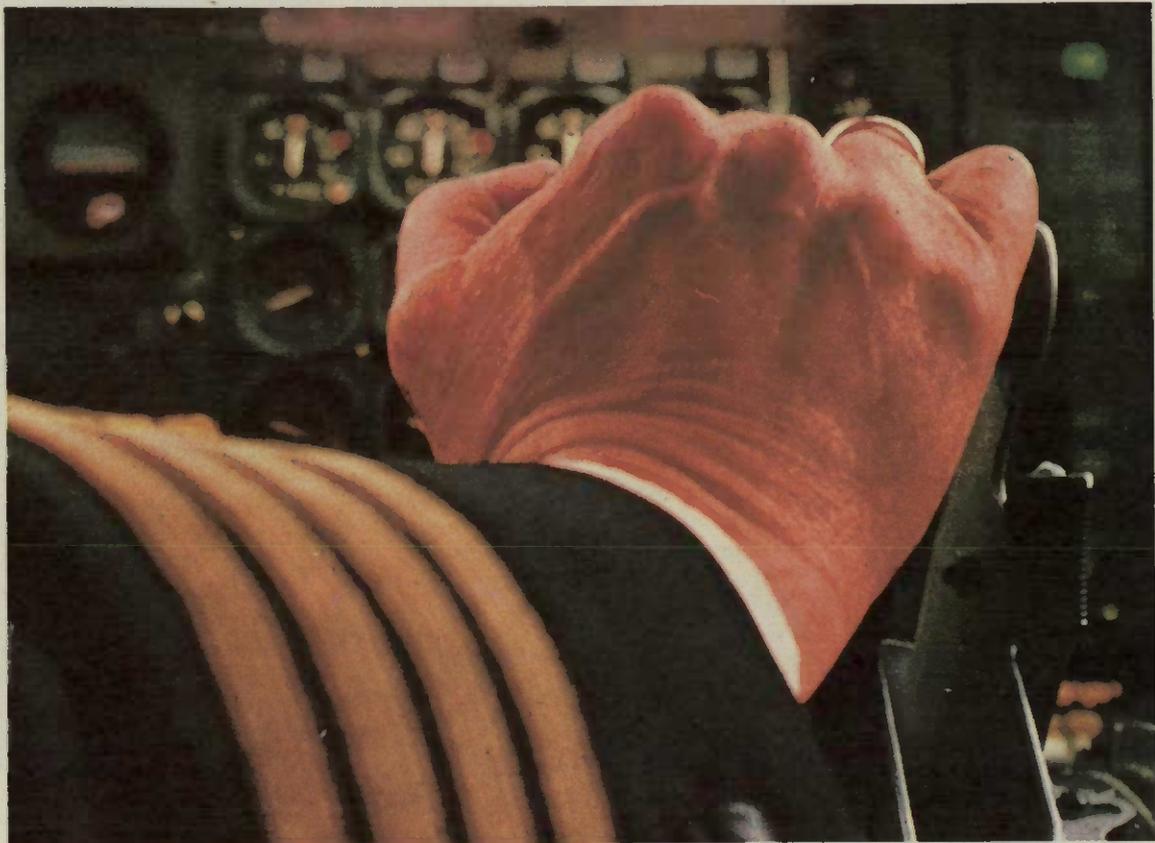
Stand: Juli 1987

 PFIZER GmbH · Karlsruhe

Bitte beachten Sie außerdem die Fachinformation.

10 Jahre selektive α_1 -Blockade

VERTRAUEN DURCH
ERFAHRUNG



Für Hypertoniker mit Begleiterkrankungen

[®]**Minipress** PRAZOSIN **retard**

Arbeit und Sozialordnung für den kassenärztlichen Bereich die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, für den nichtkassenärztlichen Bereich die Bayerische Landesärztekammer bestimmt. Diese „Ärztlichen Stellen“, die etwa den Radiologiekommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechen, werden jährlich die Aufzeichnungen über Abnahmeprüfung, Konstanzprüfungen sowie Prüfkörper- und Patientenaufnahmen anfordern, überprüfen und gegebenenfalls Maßnahmen zur Verringerung der Strahlenexposition vorschlagen.

2. Wiederkehrende Prüfungen durch einen Sachverständigen

Alle Röntgeneinrichtungen im medizinischen Bereich, auch Therapieeinrichtungen, müssen alle fünf Jahre einer Prüfung durch einen Sachverständigen unterzogen werden. Dabei werden Maßnahmen des Strahlenschutzes sowie die technische Seite der Qualitätssicherung bei Diagnostikanlagen überprüft.

Röntgeneräte, deren Prüfung durch den Sachverständigen im Rahmen des Anzeige- oder Genehmigungsverfahrens vor dem 1. Januar 1983 durchgeführt wurde, müssen bis 31. Dezember 1989, bzw. wenn die Prüfung bereits bis zum 30. Juni 1988 beim Sachverständigen beantragt wird, bis 1. Januar 1991 erstmals einer wiederkehrenden Prüfung unterzogen werden. Röntgeneinrichtungen, die nach dem 1. Januar 1983 bis 31. Dezember 1987 in Betrieb genommen wurden, müssen bis spätestens 1. Januar 1993 einer wiederkehrenden Sachverständigenprüfung unterzogen werden. Geräte, die nach dem 1. Januar 1988 in Betrieb genommen werden, müssen fünf Jahre nach der ersten Inbetriebnahme überprüft werden. Eine Durchschrift des Prüfberichts ist dem zuständigen Gewerbeaufsichtsamt zu übersenden.

3. Fachkundebestimmungen

Als Fachkunde für die Anwendung von Röntgenstrahlen auf Menschen sind über das im Studium erworbene Wissen hinausgehende Kenntnisse nachzuweisen. Nach der Definition in der neuen Röntgenverordnung besteht die Fachkunde zum einen aus der Sachkunde, das heißt theoretischem Wissen und praktischen Er-

fahrungen bei der Anwendung von Röntgenstrahlen, zum anderen aus Gesetzes- und sonstigem theoretischen Wissen, das neben praktischen Übungen im Strahlenschutz in Strahlenschutzkursen (Grund- und Spezialkurs) vermittelt wird. Die entsprechenden Voraussetzungen sowie die Lehrinhalte der Strahlenschutzkurse wurden in einer Richtlinie konkretisiert. Mit der Ausstellung der Fachkundebescheinigung wurde die Bayerische Landesärztekammer beauftragt.

Ärzte, die bisher schon die Fachkunde besaßen und vor dem 1. Januar 1988 Röntgenstrahlen angewendet haben, behalten diese entsprechend einer Übergangsvorschrift (§ 45 RÖV).

Anders als bisher darf jedoch ab 1. Januar 1988 nur noch ein Arzt, der selbst die Fachkunde im Strahlenschutz besitzt, letztlich verantwortlich festlegen, ob und in welcher Weise Röntgenstrahlen auf einen Menschen angewendet werden. Dies ist einerseits in der Praxis bei der Überweisung eines Patienten zu einer Röntgenuntersuchung von Bedeutung, andererseits insbesondere auch für diensthabende Ärzte an Krankenhäusern, da für die verantwortliche Anordnung von Röntgenaufnahmen dort auch nachts und an Wochenenden ein „fachkundiger“ Arzt unmittelbar zur Verfügung stehen muß.

Auch Hilfskräfte, zum Beispiel Arztshelferinnen, die unter ständiger Aufsicht unter Verantwortung eines fachkundigen Arztes Röntgenstrahlen anwenden, müssen künftig mit einer Übergangszeit von drei Jahren ihre Kenntnisse durch Teilnahme an einem Kurs erwerben und durch eine Bescheinigung der Ärztekammer nachweisen.

4. Aufzeichnung über die Anwendung von Röntgenstrahlen, Weitergabe von Aufnahmen

Wie bisher sind auch weiterhin Aufzeichnungen über Röntgenaufnahmen zu führen. Neu ist die Einführung des Röntgennachweisheftes (Röntgenpaß). Hierbei handelt es sich um eine freiwillige schriftliche Unterlage des Patienten, nach der der Arzt jedoch zu fragen und in die er auf Verlangen Eintragungen über die soeben durchgeführten Aufnahmen zu machen hat. Sinn des Röntgenpasses ist es, unnötige Wiederholungsaufnahmen zu verhindern. Er enthält das Untersuchungsdatum und die untersuchte Körperregion; Angaben über die Strahlendosis wurden, da zu diesem Zweck entbehrlich, nicht darin aufgenommen.

Um Doppelaufnahmen zu vermeiden, müssen Röntgenaufnahmen an andere Ärzte weitergegeben werden, sie bleiben Eigentum des anfertigenen Arztes. Die Weitergabe kann auch über einen Patienten erfolgen, jedoch läßt sich daraus kein Recht des Patienten ableiten, die Herausgabe von Aufnahmen zu verlangen.

5. Neues Dosiskonzept

Entsprechend den Empfehlungen der Strahlenschutzkommission wird die „effektive Dosis“ als neues Dosiskonzept in die Röntgenverordnung übernommen. In der ärztlichen Praxis und im Krankenhaus ändert sich dadurch im Regelfall nichts. Wie bisher ist ein Filmdosimeter – nur noch in Einzelfällen ein Stabdosisimeter – zu tragen. Die damit ermittelte Dosis wird als Körperdosis gewertet. Erst bei Dosisüberschreitungen ist aufgrund der Strahlenexposition die effektive Körperdosis zu errechnen.

Die neue Röntgenverordnung bringt für die ärztliche Praxis und für die Krankenhäuser zahlreiche Neuerungen. Sie soll helfen, die Strahlenexposition für Patienten und Beschäftigte zu senken, die im Durchschnitt ca. 1,5 mSv (150 mrem) pro Kopf der Bevölkerung ausmacht und damit die Größenordnung der natürlichen Strahlenexposition erreicht hat.

Verfasser:

GOR Dipl.-Ing. M. Wilhelm, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Winzererstraße 9, 8000 München 40

S.O.S.
Flugrettung



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

Mitglied werden
für eine gute Sache

Jahre nach Primärtherapie	1. Jahr				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr		5. Jahr		ab 6. Jahr
Schrittnummer im Nachsorgeprogramm	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 ff		
Monate nach Primärtherapie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 ff		
1 Anamnese	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
2 körperl. Untersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
3 gyn. Untersuchung	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
4 Kontrollunters. Brust	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
5 Labor	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
6 Tumormarker CA 125	☆	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
7 Sonographie	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
8 Röntgen-Thorax	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		
9 Zusatzuntersuchungen	nach dem individuellen Beschwerdebild der Patientin																

• Basisuntersuchungen bei Primärtherapie (z. B. durch Klinik) ☆ (prä- und postoperativ)

Basishinweise

Die Nachsorge beginnt nach der Primärtherapie, d. h. gegebenenfalls nach Abschluß postoperativer adjuvanter Therapiemaßnahmen.

Die Empfehlungen gelten für kurativ behandelte Patientinnen. Abweichungen von den Untersuchungsinhalten und -intervallen können im Einzelfall notwendig und sinnvoll sein.

Deuer der Nachsorge: 10 Jahre, ab 6. Jahr einmal jährlich eine Kontrolluntersuchung, die auch von der Patientin als intensivierete Vorsorgeuntersuchung gesehen werden sollte.

Für palliativ zu behandelnde Patientinnen sind die Untersuchungsintervalle und die notwendigen Untersuchungen den individuellen Gegebenheiten entsprechend zu wählen. Der Nachsorgekalender und die Übersichtskarte sind auch in diesem Fall nützliche Kommunikations- und Planungshilfen für die Patientin und die an ihrer Behandlung beteiligten Ärzte.

Erläuterung der Untersuchungen, Führung des Nachsorgekalenders und Teilnahme an der onkologischen Dokumentation

Ausführliche Zwischenanamnese: U. a. könnten folgende Fragen gestellt werden.

Haben Sie Beschwerden im Bauchraum?

Sind seit der letzten Untersuchung Unregelmäßigkeiten in der Verdauung aufgetreten?

Hat sich der Bauchumfang verändert (Rockbunderweiterung)?

Haben Sie Probleme mit der Atmung?

Stets ist die Patientin darauf hinzuweisen, beim Auftreten von Beschwerden sofort zum Arzt zu gehen, auch wenn ein vorgeplanter Termin in den nächsten Wochen ansteht.

Körperliche Untersuchung, einschl. gynäkologischer Untersuchung und Kontrolluntersuchung der Brust

Gewichtskontrolle, Palpation und Perkussion des gesamten Abdomens, gynäkologische (einschließlich rektale) Untersuchung, Kontrolluntersuchung der Brust, Perkussion und Auskultation der Lunge, neurologische Orientierungsuntersuchung, Beurteilung des Leistungsvermögens. Bei Verdachtsmomenten weitere Abklärung durch laborchemische bzw. apparative Untersuchungen.

Beispiel eines aussagekräftigen Kalendereintrages zur Primärtherapie (Seite 6)

Therapiemaßnahmen mit Datumsangabe(n) einzutragen bei der Ausfüllung des Kalenders

3.5.86: 1. Seröses Ovarialkarzinom (pT3b N1 M0/FIGO IIIc)

Abdominelle Hysterektomie, Adnektomie bds,

Omentektomie, Sigmaresektion mit tiefer Anastomose, residual 2 cm.

Tumormarker CA 125: präoperativ 370 E/ml.

2. Kombinierte Chemotherapie mit Cisplatin/Cycloph. seit 24.5.

3. Second-look-OP nach 4 Zyklen geplant.

Empfehlung nächster Termin:

am 5.8.86

bei Dr. Nachsorge

Dr. Krankenhaus

Stempel und Unterschrift des Arztes

Apperptive Untersuchungen:

Röntgen: Thorax in zwei Ebenen.

Sonographie: Untersuchung des gesamten Abdomens einschließlich der Leber (kein Routine-CT).

Lebor:

BSG, Hämoglobin, Leukozyten: wenn auffällig, dann erweiterte hämatologische Diagnostik.

Tumormarker CA 125 im zeitlichen Verlauf: Bei steigender Tendenz (Kontrolle in 4 bis 6 Wochen) ist eine allgemeine Metastasensuche in Betracht zu ziehen. (Achtung: normaler Markerbefund schließt ein Rezidiv nicht aus, geringere Aussagekraft bei mucinösen Karzinomen).

Kalenderführung in der Nachsorge:

Nachsorgeuntersuchung am: 5.15.187
bitte folgendes beachten:

4. Nachsorgeschrift
Z.n. Rad;

keine Beschwerden;
gyn. Tastbef. o. B.,
Oberbauch Sono und gyn. Sono o. B.
CA 125 18E/ml;
Mammæ o. B.,
Leuko 3200, Hb 11,2 g%.

Empfehlung nächster Termin:

am: 31.7.87

bei: _____

Dr. Nachsorge

Stempel und Unterschrift des Arztes

Für den Patienten: Fragen, Mitteilungen an den Arzt

Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung sollte in der Regel jedem Krebskranken ein Nachsorgekalender ausgestellt werden.

Dieser soll bei jeder Nachsorge fortgeschrieben werden. Zur zentralen Dokumentation der Befunde wird für Kassen- und Vertragsärzte die Teilnahme an der onkologischen Dokumentation empfohlen.

Onkologische Dokumentationsbogen, Nachsorgekalender und weitere Unterlagen sind für Kassen- und Vertragsärzte bei den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhältlich. Krankenhäuser erhalten die benötigten Unterlagen (Nachsorgekalender, Übersichtskarten als Arztunterlage) bei der Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung und Krebsbekämpfung, c/o Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

Klassifikation und Therapiemöglichkeiten

Basisfakten

- Inzidenz:** ca. 22 Neuerkrankungen jährlich auf 100.000 Frauen, d. h. ca. 7.400 Neuerkrankungen in der Bundesrepublik.
- Mortalität:** Ca. 16 Sterbefälle auf 100.000 Frauen, insgesamt 1986 5.038 Sterbefälle in der Bundesrepublik.
- Altersverteilung:** 10 % sind jünger als 47 Jahre, 50 % jünger als 65 Jahre, 10 % älter als 80 Jahre.
- Risikofaktoren:** Familiäre Häufung.

Klassifikationskriterien:

Zur Klassifikation des Ovarialkarzinoms sollte auch die TNM-Systematik verwendet werden, weil die getrennte Erhebung des Lymphknotenstatus eine differenzierte Analyse des Ausgangsbefundes erlaubt. Zusätzlich sollte der Resttumor quantitativ dokumentiert werden (in cm).

TNM	Ovar	FIGO	TNM	OVAR	FIGO
T1	Begrenzt auf Ovarien	I	T3 und/oder N1	Peritonealmetastasen jenseits Becken und/oder regionäre Lymphknotenmetastasen	III
T1a	Ein Ovar, Kapsel intakt	Ia	T3a	Mikroskopische Peritonealmetastasen	IIIa
T1b	Beide Ovarien, Kapsel intakt	Ib	T3b	Makroskopische Peritonealmetastasen ≤ 2 cm	IIIb
T1c	Kapselruptur, Tumor an Oberfläche, maligne Zellen in Aszites oder bei Peritonealspülung	Ic	T3c	Peritonealmetastase (n) > 2 cm und/oder regionäre Lymphknotenmetastasen	IIIc
T2	Ausbreitung im Becken	II	M1	Fernmetastasen (ausgenommen Peritonealmetastasen)	IV
T2a	Uterus, Tube (n)	IIa			
T2b	Andere Beckengewebe	IIb			
T2c	Maligne Zellen in Aszites oder bei Peritonealspülung	IIc			

N-Regionäre Lymphknoten (LK): N0: keine regionären LK befallen, N1: regionäre LK befallen, NX: LK nicht beurteilbar.

Regionäre LK sind die LK an Aa. iliaca interna (hypogastricae, einschließlich Obturatorilymphknoten) communes und externa, weiter die lateralen sakralen, paraaortalen und inguinalen LK.

M-Fernmetastasen: M0: keine Fernmetastasen, M1: Fernmetastasen, MX: keine Beurteilung möglich.

R-Klassifikation zur Beurteilung des Behandlungsergebnisses: R0: kein Residualtumor, R1: mikroskopischer Residualtumor, R2: makroskopischer Residualtumor (in cm), RX Residualtumor nicht beurteilbar.

Histopathologisches Grading: G1: Gut differenziert, G2: mäßig differenziert, G3-G4: schlecht differenziert/undifferenziert, GX: nicht beurteilbar, GB: Borderline-Malignität.

Histologie: Mehr als 90 % der Ovarialkarzinome sind epitheliale Tumoren mit den wichtigen Untergruppen der serösen, mucinösen und endometroiden Karzinome.

Die Prognose ist abhängig von der primären Ausdehnung (TNM-Klassifikation/FIGO-Stadium), von der Histologie und dem Grading des Tumors. Der wichtigste Prognosefaktor ist jedoch die Größe des Resttumors nach primärer Operation. Im FIGO-Stadium I liegt die 5-Jahres-Überlebensrate zwischen 70 und 80 %. Auf Grund der Stadienverteilung liegt aber die durchschnittliche 5-Jahres-Überlebensrate für alle Patientinnen nur zwischen 30 und 40 %.

Therapiemöglichkeiten:

Die Nachsorge zielt u. a. auf die Früherkennung von Ereignissen und ihre kurative bzw. palliative Behandlung.

Die Progression des Ovarialkarzinoms erfolgt häufig als Peritonealkarzinose mit Aszitesbildung und späterem mechanischen Ileus. Außerdem sind Pleuraergüsse infolge eines Pleurabefalls die häufigste außerabdominelle Progressionsform. In Abhängigkeit vom Befund sind in Betracht zu ziehen: ambulante Chemotherapie, Punktion des Aszites und des Pleuraergusses (evtl. mit Zytostatikainstillation), Operation, Bestrahlung, Schmerztherapie, Entlastung des Ileus mittels Magensonde oder Darmfistel, angepasstes Ernährungskonzept. Folgendes ist zu beachten:

Zweiter Versuch einer kurativen Behandlung: Tritt ein Rezidiv bei einer Patientin auf, bei der nach Beurteilung der primären Therapie ein weiterer operativer Versuch lohnend erscheint (z. B. minimale Tumorreste nach Primäroperation, langzeitige Remission, noch nicht ausgeschöpfte Zusatzbehandlungsmöglichkeiten, ein mehr isolierter, wahrscheinlich operabler Prozeß), dann sollten erneut alle operativen und zusätzlichen Behandlungsmaßnahmen auch wiederholt ausgeschöpft werden. Die Früherkennung eines Rezidivs durch systematische Nachsorge schafft dafür günstige Voraussetzungen. Die Verfügbarkeit einer ausführlichen Dokumentation des Primärbefundes und der Primärbehandlung ist deshalb beim Ovarialkarzinom von besonderer Bedeutung.

Palliative Maßnahmen: Tritt eine Tumorprogression nach Ausschöpfung aller möglichen chirurgischen, radiologischen und onkologischen Maßnahmen auf, so besteht die Hauptaufgabe im Lindern der Beschwerden. Dabei gilt als Grundsatz, abhängig vom Zustand der Patientin ein Optimum an Linderung unter Minimierung des Aufwands zu erreichen.

Soziale Hilfestellung: Medizinische und berufliche Rehabilitation, Rente, Sozialhilfe, Hauspflege, Schwerbehindertenausweis können im einzelnen in Frage kommen.

Literatur: TNM-Klassifikation Maligner Tumoren, 4. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1987 und TNM-Atlas, 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Erscheinungstermin Juni 1988. Herausgeber für beide Publikationen: P. Hermanek, O. Scheibe, W. Spiessl, G. Wagner

Zusammengestellt von: Prof. Dr. R. Schröck (TZM), Prof. Dr. A. H. Tulusan (TZE), Prof. Dr. H. Caffier (TZW)
Koordination und Statistik: Prof. Dr. D. Hölzel (TZM)

Auf diese Nachsorgeempfehlungen haben sich die Bayerischen Tumorzentren (Erlangen (TZE), München (TZM), Würzburg (TZW)) geeinigt. Im Einzelfall können Abweichungen bei den laborchemischen und apparativen Untersuchungen notwendig und sinnvoll sein. Untersuchungen zu Wert und Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen laufen.

Jahre nach Primärtherapie	1. Jahr												2. Jahr												3. Jahr												4. Jahr		5. Jahr		ab 6. Jahr				
Schrittnummer im Nachsorgeprogramm	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			11			12			13		14		15		16		17 ff
Monate nach Primärtherapie	1	3	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	42	48	54	60	72 ff				
1 Anamnese	•																																												
2 körperl. Untersuchung	•																																												
3 Labor	•																																												
4 Röntgen-Thorax	•																																												
5 Sonographie-Oberbauch	•																																												
6 Zusatzuntersuchung																																													

• Basisuntersuchungen bei Primärtherapie (z. B. durch Klinik) • für alle Patienten, Zusatzuntersuchungen bei Risiko: ○ (Programm B), ○ + □ (Programm C)

Basishinweise

Die Nachsorge beginnt nach der Primärtherapie d. h. ggf. nach Abschluß postoperativer adjuvanter Therapiemaßnahmen

Die Empfehlungen gelten für kurativ behandelte Patienten. Abweichungen von den Untersuchungsinhalten und -intervallen können im Einzelfall notwendig und sinnvoll sein.

Der entscheidende prognostische Faktor ist die pT- (Tumordicke, Satelliten, Level) und pN-Kategorie. Danach richtet sich der Umfang der Nachsorge

Nachsorgeprogramm A	Tumordicke < 0,75 mm	pT1	und pN0
Nachsorgeprogramm B	Tumordicke 0,75 - 3 mm	pT2 - pT3a	und pN0
Nachsorgeprogramm C	Tumordicke > 3 mm	pT3b - pT4	und/oder pN1

Für Patienten, die nach einem Lokalrezidiv oder einer Lymphknotenmanifestation erneut kurativ behandelt wurden, wird eine Nachsorge mit Programm C und der Schrittnummer 1 empfohlen. Bei Progression hat sich die Nachsorge am Beschwerdebild des Patienten zu orientieren.

Dauer der Nachsorge: 10 Jahre, ab dem 6. Jahr jährlich eine Untersuchung.

Erläuterung der Untersuchungen, Führung des Nachsorgekalenders und Teilnahme an der onkologischen Dokumentation

Ausführliche Zwischenanamnese: subjektives Wohlbefinden, Krankheiten seit der letzten Untersuchung, Beschwerden (Kopfschmerzen, Schmerzen an der Wirbelsäule, Sehstörungen), Gewichtsabnahme, Veränderungen vorbestehender Nävuszellnaevi (Größenzunahme, Farbänderung, Juckreiz usw.).

Haben Sie an der Haut Knoten bemerkt? Haben Sie beim Waschen Knoten an der Haut, in den Achseln oder Leisten bemerkt?

Im Zusammenhang mit solchen Fragen sind die Patienten anzuleiten, einmal im Monat die Haut und die Lymphknoten abzutasten und beim Auftreten von Knoten den Arzt **sofort** aufzusuchen.

Körperliche Untersuchung

Bei jeder Nachsorge ist die Inspektion des gesamten Integumentes (einschließlich des behaarten Kopfes und der hautnahen Schleimhäute) und die Erhebung des kompletten Lymphknotenstatus erforderlich. Gewichtskontrolle, Inspektion und Palpation des OP-Gebietes und der regionären Lymphknoten, Inspektion und Palpation der Haut und Unterhaut zwischen dem OP-Gebiet und den regionären Lymphknoten zum Ausschluß von In-transit-Metastasen. Perkussion und Auskultation der Lunge, Palpation und Perkussion des Abdomens und der Leber. Neurologische Orientierungsuntersuchung.

Klinische Untersuchung präexistenter oder neu aufgetretener pigmentierter Hautveränderungen (erhöhtes Risiko eines weiteren malignen Melanoms). Gegebenenfalls photographische Dokumentation, um Veränderungen eindeutig erkennen zu können. Aber bei geringstem Verdacht Excisionsbiopsie, keine Incisionsbiopsie und histologische Abklärung bzw. Überweisung zum Dermatologen.

Bei Verdachtsmomenten auf Metastasierung weitere Abklärung durch laborchemische bzw. apparative Untersuchungen.

Beispiel eines aussagekräftigen Kalendereintrages zur Primärtherapie (Seite 6)

Therapiemaßnahmen mit Datumsangabe(n) einzutragen bei der Ausstellung des Kalenders

Nov. 84 Op.
rechter Oberschenkel
noduläres Melanom (NMM)
pT3a N0 M0 (2.8 mm)
(Progn. Index 21)

Empfehlung nächster Termin:
am 5.2.85
bei Dr. Nachsorge

Dr. Krankenhaus
Stempel und Unterschrift des Arztes

Apperative Untersuchungen:

Röntgen: Thorax in zwei Ebenen.

Sonographie: Oberbauch

Labor:

Hämoglobin wenn auffällig, dann erweiterte hämatologische Diagnostik:
Leukozyten: Differentialblutbild, Thrombozyten

BKS, LDH: bei steigender Tendenz ist eine allgemeine Metastasensuche in Betracht zu ziehen

AP, gamma-GT: bei steigender Tendenz spezifische Metastasensuche

Kalenderführung in der Nachsorge:

Nachsorgeuntersuchung am: 6.16.187
bitte folgendes beachten:

10. Nachsorgeschrift

keine Beschwerden;

Sono - Thorax o. B.

Primärort LK - Status o. B.

Nävuszellnaevi Rücken unverändert

Empfehlung nächster Termin:

am: 9.8.87

bei: _____

Dr. Nachsorge

Stempel und Unterschrift des Arztes

Für den Patienten: Fragen, Mitteilungen an den Arzt

Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung sollte in der Regel jedem Krebskranken ein Nachsorgekalender ausgestellt werden.

Dieser soll bei jeder Nachsorge fortgeschrieben werden. Zur zentralen Dokumentation der Befunde wird für Kassen- und Vertragsärzte die Teilnahme an der onkologischen Dokumentation empfohlen.

Onkologische Dokumentationsbogen, Nachsorgekalender und weitere Unterlagen sind für Kassen- und Vertragsärzte bei den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhältlich. Krankenhäuser erhalten die benötigten Unterlagen (Nachsorgekalender, Übersichtskarten als Arztunterlage) bei der Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung und Krebsbekämpfung, c/o Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80.

Klassifikation und Therapiemöglichkeiten

Basisfakten

- Inzidenz:** Ca. 6-8 Neuerkrankungen jährlich auf 100.000 Einwohner, ca. 4200 Neuerkrankungen in der Bundesrepublik für beide Geschlechter.
- Mortalität:** σ ca. 2,6, φ ca. 2,3 Todesfälle auf 100.000 E, 1986 Bundesrepublik σ n=770, φ n=718.
- Altersverteilung:** Für beide Geschlechter: 10 % jünger als 35 Jahre, 50 % jünger als 55 Jahre, 10 % älter als 75 Jahre; MM ist also eine Erkrankung des mittleren Lebensalters!
- Risikofaktoren:** Helle Komplexion (Hauttyp I/II: immer Sonnenbrand, nie Bräunung, blaue Augen, blonde Haare), maligne Melanome in der Familienanamnese, zahlreiche NZN, dysplastische NZN, Riesennävus, Lentigo maligna, malignes Melanom in der eigenen Anamnese.

Klassifikationskriterien

Histologische Absicherung und pT-Klassifikation ist erforderlich.

- Primärtumor:** pTIS Melanoma in situ: atypische Melanozytenhyperplasie, schwere Melanozytendysplasie, keine invasive maligne Läsion (Clark-Level I).
pT1 Tumor nicht dicker als 0,75 mm und mit Infiltration des Stratum papillare (Clark-Level II).
pT2 Tumor hat eine Dicke von mehr als 0,75 mm, aber nicht mehr als 1,5 mm und/oder infiltriert bis zur Grenze zwischen Stratum papillare und Stratum reticulare (Clark-Level III).
pT3 Tumor hat eine Dicke von mehr als 1,5 mm, aber nicht mehr als 4,0 mm und/oder infiltriert das Stratum reticulare (Clark-Level IV).
pT3a: mehr als 1,5 mm nicht mehr als 3 mm.
pT3b: mehr als 3 mm, aber nicht mehr als 4 mm.
pT4 Tumor hat eine Dicke von mehr als 4,0 mm und/oder infiltriert in die Subkutis (Clark-Level V) und/oder Satellit(en) innerhalb 2 cm vom Primärtumor.
- Regionäre Lymphknoten (LK):** N0: keine LK-Metastasen, N1: LK-Metastasen < 3 cm, N2: LK-Metastasen > 3 cm und/oder In-transit-Metastasen (Metastasen der Haut/Subkutis > 2 cm vom Primärtumor entfernt aber nicht jenseits der regionären Lymphknoten).
- Fernmetastasen:** M0: keine Fernmetastasen, M1: Fernmetastasen (M1a: Haut, Subcutis, nichtregionäre LK; M1b: viszerale Metastasen)
Weitere Differenzierungen sind definiert: pT4a, pT4b, N2a, N2b, N2c; pTX, NX, MX: eine Beurteilung ist nicht möglich (siehe Literatur).
- Klinisch-histologische Typisierung:** NMM: noduläres MM (40 %), SSM: superfiziell spreitendes MM (52 %), ALM: akro-lentiginöses M. (2 %), LMM: Lentigo maligna M. (6 %) nicht klassifizierbares MM.
- Histopathologische Einstufung (Mitoserate):** Die Prognose hängt neben der Tumordicke auch von der Mitoserate ab. Als Maßzahl wird der Prognostische Index (PI) angegeben.
 $PI = TD \times MI$ (TD: Tumordicke in mm, M: Mitosen pro mm^2).
- Prognose:** mehr als 90 % der Patienten sind bei Diagnosestellung im pT1-pT4 NO MO Stadium, die Prognose hängt entscheidend von der pT-Klassifikation ab, die 5-Jahres-Überlebensrate sinkt von ca. 90 % bei pT1 auf ca. 50 % bei pT4.

Therapiemöglichkeiten:

Die Nachsorge zielt u.a. auf die Früherkennung von Progressionen und ihre kurative bzw. palliative Behandlung. Folgende Maßnahmen kommen in Betracht:

- Lokalrezidiv in-transit-Metastasen Lymphknotenmanifestation:** Ca. 70 % der Progressionen beginnen regional ohne Fernmetastasierung.
Anzustreben ist ein erneuter kurativer chirurgischer Eingriff. Ergänzende und weitere Maßnahmen sind die Strahlentherapie und ggf. die hypertherme Extremitätenperfusion.
- Fernmetastasen:** Bei ca. 30 % der Progressionen liegt eine Fernmetastasierung vor, davon in ca. 40 % Hautmetastasen und Lymphknoten außerhalb der Region.
Organmetastasen: primär Lunge, ZNS, Leber.
Bei solitären Metastasen kann ein operatives Vorgehen indiziert sein. Chemotherapie, Strahlentherapie und immunmodulatorische Therapien sind als mögliche Maßnahmen zu erwägen.
- Zweitmalignom:** Zweitmelanome treten gehäuft auf. Die weitere Prognose ist wiederum von der Tumordicke abhängig.

Früherkennung:

Wegen der Bedeutung der Tumordicke für die Prognose ist durch Früherkennung dünner Melanome nahezu Heilung zu erreichen. Jeder Arzt sollte deshalb insbesondere Risikopatienten darauf hinweisen, daß sie Veränderungen von Nävi (Größe, Farbe, Form, Blutung, Juckreiz) beachten und ihren Arzt aufsuchen. Regelmäßige Ganzkörperinspektion durch den Arzt ist wichtig.

Literatur: TNM-Klassifikation Maligner Tumoren, 4. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1987 und TNM-Atlas, 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Erscheinungstermin Juni 1988. Herausgeber für beide Publikationen: P. Hermanek, O. Scheibe, W. Spiessl, G. Wagner

Zusammengestellt von: PD Dr. M. Landthaler (TZM), Prof. Dr. W. Lechner (TZW), Prof. Dr. H. Schell (TZE)
Koordination und Statistik: Prof. Dr. D. Hölzel (TZM)

Auf diese Nachsorgeempfehlungen haben sich die Bayerischen Tumorzentren (Erlangen (TZE), München (TZM), Würzburg (TZW)) geeinigt. Im Einzelfall können Abweichungen bei den laborchemischen und apparativen Untersuchungen notwendig und sinnvoll sein. Untersuchungen zu Wert und Häufigkeit der einzelnen Maßnahmen laufen.

Personalia

Professor Dr. N. Zöllner 65 Jahre

Professor Dr. med. Nepomuk Zöllner, Direktor der Medizinischen Poliklinik der Universität München, Pettenkoferstraße 8a, 8000 München 2, wurde am 21. Februar 1988 65 Jahre alt. Der Münchener Polikliniker und Stoffwechselforscher erhielt seine wissenschaftliche Ausbildung bei S. J. Thannhauser in Boston, USA. In der Tradition einer streng naturwissenschaftlichen Schulung widmet er seine wissenschaftlichen Arbeiten der Erforschung des Stoffwechsels und seiner angeborenen Störungen. Gicht, Hyperlipidämien, Diabetes, Fettsucht sowie Probleme der klinischen Ernährung und der klinischen Pharmakologie beschäftigen ihn in jedem Stadium seiner wissenschaftlichen Karriere. Darüber hinaus liegen von ihm viele wissenschaftliche Publikationen auf den Gebieten Gastroenterologie, Pneumologie, Kardiologie und Infektionskrankheiten vor. In letzter Zeit hat er sich energisch des Problems AIDS angenommen. Er ist Herausgeber und/oder Autor mehrerer Bücher, zum Beispiel Herausgeber des Bandes „Gicht“ im „Handbuch der Inneren Medizin“ sowie Herausgeber der „Klinischen Wochenschrift“ und der „Annals of Nutrition and Metabolism“. Er war Präsident verschiedener deutscher und internationaler wissenschaftlicher Vereinigungen und Kongresse, zuletzt Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Als Manager der Wissenschaft wirkte er als Vorsitzender der Kommission für Ernährungsforschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft und in zwei Amtsperioden als Vizepräsident der Ludwig-Maximilians-Universität München. Sein vielfältiges Wirken im Interesse der Wissenschaft und der Öffentlichkeit fand durch die Verleihung des Bayerischen Verdienstordens auch öffentliche Anerkennung.

Professor Dr. med. Heinz Seeliger, Vorstand des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde zum Ehrenmitglied der Société Française de Microbiologie ernannt.

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Dr. med. Michael Schreiber sen., Chirurg, Scheinerstraße 3, 8000 München 80, wurde mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Bundesverdienstkreuz am Bande

Medizinaldirektor a. D. Dr. med. Ernst-Georg Becker, Internist, Ringstraße 15, 8836 Ellingen, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Dietrich Berg, Cheferzt der Frauenklinik des Städtischen Marienkrankenhauses Amberg, Mariahilfbergweg 7, 8450 Amberg, wurde zum Vorsitzenden der Gesellschaft für Perinatale Medizin gewählt.

Dr. med. Ingo Döker, Kinderarzt, Fasanenstraße 142, 8025 Unterhaching, wurde wiederum zum Stellvertretenden Landesvorsitzenden des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) – Landesverband Bayern – gewählt.

Professor Dr. med. Wilhelm van Eimeren, Direktor des Instituts für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS) der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH München (GSF), Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg, wurde zum 1. Vizepräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation, Informatik und Statistik gewählt.

Professor Dr. med. Paul Hermanek, Vorstand der Abteilung für Klinische Pathologie an der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde von der Gesellschaft für Ärzte in Wien zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

Dr. med. Erwin Hirschmann, Kinderarzt, Bundesvorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV), Hansastraße 134, 8000 München 70, wurde wiederum zum Landesvorsitzenden des NAV – Landesverband Bayern – gewählt.

Dr. med. Eduard Koschade, Frauenarzt, Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte und Vorsitzender des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern, Konrad-Adenauer-Straße 15, 8060 Dachau, wurde zum 1. Vizepräsidenten der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) gewählt.

Professor Dr. med. Peter C. Maurer, Vorstand der Abteilung für Gefäßchirurgie der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde von der Kubanischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Professor Dr. med. Gottfried O. H. Naumann, Direktor der Augenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, wurde bei der Gründung der International Ophthalmic Pathology Society als deutscher Vertreter in die Programmkommission gewählt.

Dr. med. Nikolaus Rupp, Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum Ehrenmitglied der Hellenischen Röntgengesellschaft ernannt.

Professor Dr. med. Klaus Wilhelm Ruprecht, Augenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, wurde zum Mitglied des Fachbeirates der Zeitschrift „Spektrum der Augenheilkunde“ gewählt.

Privatdozent Dr. med. Olaf Thetter, Chirurgische Klinik Innenstadt und Chirurgische Poliklinik der Universität München, Nußbaumstraße 20, 8000 München 2, wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie der Billroth-Preis 1987 verliehen.

Privatdozent Dr. med. Heinrich Groitl und Professor Dr. med. Johannes Scheele, beide Chirurgische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurden auf dem IV. Internationalen Symposium „Digestive Surgery and Endoscopy“ mit dem 1. Posterpreis für ihre Arbeit „Endoscopic application of fibrin tissue adhesive“ ausgezeichnet.

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, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (0 89) 57 09 30.

Oberfranken

Bamberg:

1 Anästhesist

Lichtenfels:

1 Augenarzt

Hof/Saale:

1 Hautarzt

Kronach:

1 Internist

Hof/Saale:

1 Kinderarzt

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Hof/Saale:

1 Radiologa

(Praxisübernahmemöglichkeit)

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

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Niedernberg, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Oberaurach, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Erlenbach/Klingenberg,

Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Amorbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Ebern/Eitmann-Ebelsbach/Haßfurt,

Lkr. Haßberge:

2 Augenärzte

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:

1 Augenarzt

Karlstadt, Lkr. Main-Spessart:

1 Frauenarzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 HNO-Arzt

Karlstadt/Marktheidenfeld,

Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberga:

1 HNO-Arzt

Bad Neustadt/Bad Königshofen,

Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 HNO-Arzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Hautarzt

Karlstadt/Marktheidenfeld,

Lkr. Main-Spessart:

1 Hautarzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 Internist

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Planungsbereich Kitzingen,

Lkr. Kitzingen:

1 Kinderarzt

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

Oberpfalz

Sutzbach-Rosenberg,

Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:

1 Augenarzt

Roding, Lkr. Cham:

1 Frauenarzt

Waldmünchen, Lkr. Cham:

1 Frauenarzt

Landkreis Cham:

1 HNO-Arzt

Landkreis Schwandorf:

1 HNO-Arzt

Landkreis Tirschenreuth:

1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:

1 Hautarzt

Landkreis Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Internist

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Landkreis Schwandorf:

1 Narvenarzt

Landkreis Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 37 82-0.

Niederbayern

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:

1 Augenarzt

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:

1 Augenarzt

Hauzenberg, Lkr. Passau:

1 Augenarzt

Mallersdorf/Pfaffenberg,

Lkr. Straubing-Bogen:

1 Augenarzt

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:

1 Kinderarzt

Waldkirchen, Lkr. Freyung-Grafenau:

1 Kinderarzt

Pocking, Lkr. Passau:

1 Kinderarzt

(Praxisübernahme)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillenstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 2 30 61.

Schwaben

Dillingen, Lkr. Dillingen:

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 32 56-0.

Referentenentwurf zur Reform der Krankenversicherung

Auch die Spitzenpolitiker der Koalition merken allmählich, wie problematisch ihre Beschlüsse zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Aber an den zentralen Punkten des Referentenentwurfs wird sich nicht mehr viel ändern lassen, auch wenn Kanzler Kohl vor der CDU/CSU-Fraktion darauf hingewiesen hat, daß die Bundesregierung durch Referentenentwürfe in ihrer Entscheidungsfreiheit nicht gebunden werden könne. Der Hinweis bezog sich sowohl auf die Entwürfe zur Steuerreform als auch zur Krankenversicherungsreform. Des Kanzlers Bemerkung ist zwar richtig; nur bleibt dabei auch zu berücksichtigen, daß die Entwürfe ja nicht von freischaffenden Gesetzes-Formulierern, sondern von Beamten mit dem ausdrücklichen Segen des jeweiligen Ministers auf der Grundlage der Koalitionsvereinbarungen in der „Elefantenrunde“ der drei Parteivorsitzenden verfaßt worden sind.

Es handelt sich also nicht um Papiere, die noch beliebig zu verändern wären. Vor allem wird man den mit den abgesteckten Finanzrahmen als verbindlich ansehen müssen, wie fragwürdig die ganze Rechnung auch sein mag. Blüm weiß natürlich, daß er noch in der einen oder anderen Fregate der Kritik Rechnung tragen muß. Es kann aber nicht zweifelhaft sein, daß er die wesentlichen Punkte seines Konzepts zäh verteidigen wird. Wer ihn kennt, weiß, wie stur er sein kann. Zu den ungeschriebenen Regeln einer Koalition gehört es, einmal getroffene Vereinbarungen durchzuhalten, auch gegen massive Kritik. Will ein Partner in der Koalition auch nur einen wichtigen Baustein des Reformkonzepts wegziehen, so kann er das ganze Gebäude zum Einsturz bringen. Insofern läßt sich voraussagen, daß es bei den Eckpunkten des Konzepts bleiben wird. Die Alternative wäre wohl nur das Scheitern der gesamten Reform. Dies aber könnte sich die Koalition nicht leisten. Sie geriete dann selbst in Gefahr. Mit einer allzu pauschalen oder emotional aufgeheizten Kritik wird daher nicht viel zu gewinnen sein. Wer noch etwas ändern will, muß den Entwurf Punkt für Punkt sorgfältig abwägend und sachbezogen argumentierend durchgehen.

Trotz dieser Einschätzung, die zur Resignation verleiten könnte, ist natürlich das politische Tauziehen um die Reform nicht beendet. Die taktischen Geplänkel fangen erst an. Dabei ist dann nicht immer zu erkennen, ob es tatsächlich darum geht, Verbesserungen des Blüm'schen Konzepts zu erreichen, oder ob das Vorbrin-

gen von Änderungswünschen nur dazu dienen soll, Blüm den „Schwarzen Peter“ zuzuschleiben. Beide Motive dürften in der Regel nicht voneinander zu trennen sein. Auf Distanz zu Blüm ist offensichtlich die CSU gegangen. Sie hat eine Reihe von Punkten genannt, die sie ändern möchte. Dazu gehört Blüms Absicht, nichtstationäre Diagnostik ins Krankenhaus zu verlagern, die geplanten Verordnungsermächtigungen für das Arbeitsministerium zu beschränken und den prozentualen Apothekenzuschlag durch einen festen Preisaufschlag zu ersetzen. Auch wird das Übermaß bei der Datensammlung kritisiert. Der politische Manövrierraum der CSU ist freilich gering. Sie will nicht, daß die Krankenhäuser mehr als bisher in die Reformdiskussion einbezogen werden. Und sie wünscht, daß die Krankenkassen die Pflegeleistungen übernehmen. Dies hat die CSU zum zentralen Punkt ihrer Politik gemacht. Wenn sie zu viele Änderungswünsche vorbringt, so läuft sie Gefahr, daß andere die Verbesserung der Pflegeleistungen in Frage stellen.

Von größerem politischen Gewicht sind auch die Einwände, die von der F.D.P. vorgetragen werden. Der Sozialexperte Cronenberg hat sie schriftlich in sieben Punkten formuliert. Er mecht damit gewiß nicht auf eigene Faust Politik, zumal er sich in eine schwierige Lage bringt, da er an allen bisherigen Verhandlungen über das Reformpaket beteiligt war.

Offensichtlich sind die Verhandlungsergebnisse in der F.D.P. weit kritischer aufgenommen worden, als dies wohl auch Cronenberg erwartet haben mag. Dazu hat natürlich auch beigetragen, daß das Arbeitsministerium mehr in die Vorentwürfe hineingeschrieben hat, als vereinbart worden war. Cronenberg nennt sieben Fregen, die einer weiteren Klärung bedürften:

1. Es müsse sichergestellt werden, daß die Selbstverwaltung Vorrang vor dem Staat habe. So sollten zum Beispiel nicht die Gebühren für Zahnersatz auf dem Verordnungsweg festgelegt werden. Auch sollte dem Ministerium nicht die Aufgabe zugewiesen werden, Konflikte in der Selbstverwaltung durch Verordnungen zu entscheiden. Cronenberg empfiehlt Schiedsstellenverfahren.

2. Datenerfassung und -auswertung müßten auf das für die Leistungsgewährung und die Sicherung der Wirtschaftlichkeit notwendige Maß beschränkt werden. Bei sensiblen Krankheitsdaten habe der Datenschutz absoluten Vorrang, sagt

Cronenberg, der auch darauf hinweist, daß für die zusätzliche Datenerfassung Kosten und Nutzen in einem vernünftigen Verhältnis stehen müßten.

3. Die Überbürokratisierung des Systems wird abgelehnt. Das zielt auf die Ausgestaltung des Medizinischen Dienstes. Cronenberg wendet sich gegen bürokratische Überwucherungen und „personell- und kostenmäßige Aufblähungen“. Die „Inthronisierung einer neuen Mammutbehörde“ sei nicht zu rechtfertigen. Auch bestehe die Gefahr der Überreglementierung der kassenärztlichen Tätigkeit, wenn ärztliche Verordnungen kontingentiert würden.

4. Auch für die F.D.P. sind die geplanten Fixzuschläge in der Apotheke kein Kernpunkt der Reform. Über den vorgesehenen gestaffelten Kassenrabatt lasse sich reden, wenn die vorgesehenen Einsparungen erreicht würden.

5. Festbeträge für wirkstoffgleiche Arzneimittel werden als ein geeignetes marktwirtschaftliches Instrument für mehr Preiswettbewerb und zur Sicherung einer qualifizierten Versorgung bezeichnet. Cronenberg meldet Zweifel an, ob die Festbeträge auch für therapieäquivalente Mittel sinnvoll sind. Vor einem „Hauruck-Verfahren“ wird gewarnt. Der Grundsatz der Therapie-Freiheit dürfe durch Festbeträge nicht eingeschränkt werden. Auch müsse noch geprüft werden, wie den Belangen der Forschung und Innovation in diesem System Rechnung getragen werden könne.

6. Cronenberg mahnt weitere Schritte zur Krankenhausreform an. Die kostengünstige ambulante Versorgung müsse Vorrang behalten. Den Krankenhäusern sollten keine Aufgaben übertragen werden, die ambulant billiger zu erfüllen seien. Über vorstationäre diagnostische Maßnahmen sollten sich Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen verständigen, meint Cronenberg.

7. Die F.D.P. setzt sich für eine möglichst genaue Berechnung der finanziellen Konsequenzen der Reform ein, was wohl zeigt, daß man dem Finanztableau des Ministeriums nicht traut. Es bleibt die Sorge, daß die Entlastungen der Krankenkassen geringer, die Mehrbelastungen aber höher sind, als das Haus Blüm vorrechnet.

Wenn man diese Einwände liest, so drängt sich natürlich die Frage auf, warum sie nicht früher geltend gemacht worden sind. Auch wird nicht recht klar, was die F.D.P. substantiell ändern will. Sie formuliert ihr Unbehagen und hat offenbar die Sorge, für ein Konzept haftbar gemacht zu werden, dessen Konsequenzen sie offenbar erst jetzt voll erkennt. Aber es wäre falsch, Politiker zu kritisieren, die Kritik annehmen und dadurch klüger werden.

bonn-mot

Heikles Thema und hitzige Debatte

Sextourismus, Frauenhandel, Prostitution, Gewalt gegen Frauen in der Familie und am Arbeitsplatz sowie Vergewaltigung sorgten im Landtag für Zündstoff. Anlaß war eine Interpellation der Grünen zu dem Thema „Gewalt gegen Frauen“, deren Beantwortung durch Sozialminister Dr. Karl Hillermeier von der Opposition als „Katastrophe“ bezeichnet wurde. Gewißermaßen exemplarisch und mit dem Finger aufs eigene Haus verweisend, hatte die Grünen-Abgeordnete Margarete Bause auf eine Landtagsdebatte vom November 1986 verwiesen, in der ihre Fraktionskollegin Ingrid Psimmas am Rednerpult durch Zwischenrufe schwer beleidigt worden sei. Die Störer hätten damals zu ihrer Entschuldigung vorgebracht, daß die schwarze Lederhose und das insgesamt unweibliche Aussehen der Rednerin die Zwischenrufe erst provoziert hätten. In der gleichen Art, so die Interpellantin, seien Frauen und Mädchen tagtäglich auch an ihrem Arbeitsplatz Belästigungen ausgesetzt. Der Landtag wenigstens, meinte die Abgeordnete, solle demgegenüber ein Vorbild abgeben im gewaltfreien Umgang miteinander.

Der Vorwurf der Grünen führte zur prompten Replik seitens der Staats-

regierung. Sozialminister Dr. Karl Hillermeier verurteilte physische und psychische Gewalt gegen Frauen und Mädchen und bekannte sich ausdrücklich zum Ziel der Gleichstellung der Geschlechter, den Grünen warf er allerdings vor, den Gewaltbegriff als Synonym für alles von ihnen Abgelehnte zu mißbrauchen. Sie haben „ein gestörtes Verhältnis zur Gewalt und zum Rechtsstaat“, warf der Sozialminister der kleineren Oppositionsfraktion vor. Es sei gerade unerträglich für ihn, wenn die Grünen einerseits vorgäben, sich um die Gewalt gegen Frauen und Mädchen zu sorgen, die Tötung ungeborenen Lebens andererseits aber ohne Vorbehalt und Eingrenzung freigeben wollten. Mit ihren Fragen, so Hillermeier, hätten die Grünen ein Zerrbild der gesellschaftlichen Realität gezeichnet, den Popanz einer gesellschaftlichen Verachtung der Frau aufgebaut und von sexistischen Herrschaftsstrukturen fantasiert. „Was im täglichen Leben die Ausnahme ist, wird zur Regel erklärt“, kommentierte Hillermeier den Fragenkatalog der Grünen, den er aufgrund eines „degoutanten“ Fachjargons der Szene als unzumutbar kritisierte. Er lehnte es als Zumutung ab, lesbische Beziehungen als Alternative zu heterose-

xuellen Beziehungen zu sehen oder gar die Forderung nach einem Beitrag zur Gleichstellung lesbischer Beziehungen. „Wir sind nicht bereit, auf einer solchen Ebene zu diskutieren“, erklärte Hillermeier namens der Staatsregierung. Es komme für ihn nicht in Frage, gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften der Ehe gleichzustellen; diese Forderung der Grünen stünde außerhalb der geltenden Rechtsordnung. Den Fragenkatalog der Interpellation kritisierte der Sozialminister insgesamt mit den Worten: Mädchen und Frauen seien heute zumelst nicht mehr die verängstigten, hilf- und wehrlosen Opfer männlichen Herrschaftsanspruchs. Auch sei die Familie nicht die bevorzugte Brutstätte von Gewalt und Unterdrückung gegenüber Frauen und Kindern: „Frauen leben heute nicht in einem Gruselkabinett, in dem sie dauernd schutzlos Gewalt und sexuellen Übergriffen ausgeliefert sind.“

Während die Interpellantin Bause dem Minister vorwarf, er habe in seiner Antwort hysterisch und unangemessen reagiert, kritisierte die SPD-Abgeordnete Carmen König, der Sozialminister habe sich mit dem Thema überhaupt nicht auseinandergesetzt. Allein 1986 seien in Bayern 6000 verübte und vollendete Gewalttaten gegen Frauen verübt worden, was aber angesichts einer riesigen Dunkelziffer nur die Spitze des Eisberges sei. Ausreichende Etatmittel für die Einsetzung einer einschlägigen Forschungsgruppe vermißte ihre Fraktionskollegin, Gerda Maria Haas, obwohl das Sozialministerium einen richtigen Schritt zur Erforschung dieses Fragenkomplexes getan habe. Für die Grünen setzte sich die Abgeordnete Ingrid Psimmas nachdrücklich für freigewählte Lebensform neben der Familie und Gleichberechtigten mit ihr ein. „Ehe und Familie sollten sehr wohl geschützt werden, aber alle anderen Lebensformen genauso.“

Die Behandlung der Interpellation, die sich in weiten Teilen auf einen verbalen Schlagabtausch über ein sensibles Thema erstreckte, wird im Landtag ein parlamentarisches Nachspiel haben. Aufgrund der Unzufriedenheit der Interpellanten über die Ministerantwort haben sie erneut eine parlamentarische Initiative zu diesem Thema eingebracht.

Michael Gscheidle

Anonyme Untersuchung auf HIV-Infektion in Bayern

Seit Beginn dieses Jahres übernimmt der Freistaat Bayern die Kosten für anonyme Untersuchungen auf HIV-Infektion durch niedergelesene Ärzte und Polikliniken der Hochschulen, wenn die Untersuchung ausschließlich der Information des Patienten dient. Sie kann von Allgemeinärzten, praktischen Ärzten, Internisten, Hautärzten, Frauenärzten und Urologen durchgeführt bzw. bei Laborärzten veranlaßt werden. Zur Inanspruchnahme der Untersuchung besorgt sich der Untersuchungswillige einen Berechtigungsschein und legt ihn dem Arzt seines Vertrauens vor. Die Berechtigungsscheine liegen in den Schalterheften der Geschäftsstellen der Krankenkassen auf. Die Inanspruchnahme und das Untersuchungsergebnis werden auf einem Dokumentationsblatt erfaßt, das gleichzeitig als Abrechnungsbefug für den Arzt gilt. Die Untersuchungskosten werden pauschal vergütet. Die Abrechnung erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, bei der auch die Dokumentationsbögen bezogen werden können. Wenden Sie sich bei Fragen bitte an Ihre zuständige Bezirksstelle der KVB.

Blaulichärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1988

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

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

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

II. Stufe – Aufbaukurs für Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens einjährige klinische Tätigkeit in einem Akutkrankenhaus und mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte I. Stufe

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

III. Stufe – Fallsimulation für aktiv tätige Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte II. Stufe 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	2. 7. 10. 9. 24. 9.	III II II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
München Ärztelhaus Oberbayern Ärztelhaus Bayern Ärztelhaus Bayern Ärztelhaus Bayern	11. 6. 16. 7. 23. 7. 12. 11.	I I I III	Bayerische Landesärztekammer Möhlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288 Hinweis: Der Termin 23.7. ist bereits voll belegt
Nürnberg-Fürth Stadhalle Fürth	19. 3. 30. 4. 14. 5. 5. 11. 19. 11.	II I I III III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532 Hinweis: Die Termine 30.4. und 14.5. sind bereits voll belegt
Würzburg Universitätsklinik	25. 6. 9. 7.	II II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg Frau Knüpf, Telefon (09 31) 307-278

Anmeldung unbedingt erforderlich

Teilnahmebescheinigung nur nach vollständig besuchtem Kurs

Die Veranstalter behalten sich vor, bei zu geringer Teilnehmerzahl die Veranstaltung kurzfristig abzusagen; bereits angemeldete Teilnehmer werden dann unmittelbar verständigt und auf andere Kurse verwiesen.

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

Traumeel®

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

-Heel

Zusammensetzung Salbe: 100 g enth.:
Arnica 0,15 g; Calendula 0,15 g; Hamamelis 0,15 g; Echinacea purpurea 0,15 g; Chamomilla 0,15 g; Symphytum 0,15 g; Bellis perennis 0,15 g; Hypericum 0,15 g; Mil-lefolium 0,15 g; Aconitum D1, 0,05 g; Belladonna D1 jeweils 0,05 g; Mercurius solubilis Hahnemanni D1 0,04 g; Hepar sulfuris D1 0,025 g

Dosierungsanleitung Salbe: Morgens und abends, bei Bedarf auch öfters auf die betroffenen Stellen, auch auf Schürfwunden, auftragen, ggf. auch Salbenverband

Darreichungsform und Packungsgrößen Salbe: Tuben mit 50 g DM 9,27, mit 100 g DM 16,70. Weitere Darreichungsformen: Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

Stand April 1985

Klinische Fortbildung in Bayern 1988

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

Auskunft, Anmeldung und Programm (soweit nicht anders angegeben):
Bayerische Landesärztekammer, Fräulein Wolf,
Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288

Arbeitsmedizin

17. März in München

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

Thema: Atopisches Ekzem und Arbeitsplatz

Zeit: 18 Uhr c. t.

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

Anmeldung nicht erforderlich

Augenheilkunde

18./19. März in München

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

„Viskochirurgie-Seminar mit Praktikum“
Themen: Interkapsuläre Kataraktextraktion – Kapsellixation der IOL, welche IOL/Disc IOL

Ort: Hörsaalgebäude, Hörsaal C und Mikrobiologischer Kurssaal, Bau A 2 (Experimentelle Chirurgie), Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. Dr. H. von Denffer, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 21

21. bis 23. März in München

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merté) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.

Leitung: Professor Dr. Dr. M. Mertz, Hannover

„37. Münchner Ophthalmologen-Praktikum“

Thema: Mikrochirurgie des Auges – Basiskurs und Verletzungsversorgung (Vorträge und praktische Übungen am isolierten Tierauge; Instrumentarium, Nahttechnik, Operationsmikroskope und Lupen, Demonstrationen am Fernsehmikroskop; Vor- und Nachbehandlung, Anästhesie, Begleittherapie)

Ort: Augenklinik, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. Dr. M. Mertz, Augenklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Konstanty-Gutschow-Straße 8, 3000 Hannover 61, Telefon (05 11) 5 32 30 60

23. bis 25. März in München

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merté) in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.

„38. Münchner Ophthalmologen-Praktikum“

Thema: Strabismus – wichtige derzeitige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Ort: Augenklinik, Ismaninger Straße 22, München 80

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Th. Schmlth, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 26

Sommersemester in Erlangen

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

Leitung: Professor Dr. G. Naumann, Professor Dr. K. W. Ruprecht

11. Mai

„44. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Themen: Pädiatrische Aspekte der Retinopathia praematurorum – Ophthalmologische Aspekte der Retinopathia praematurorum – Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

März 1988

17. Arbeitsmedizin - München
17. Onkologie - Obereudorf
18./19. Augen - München
18./19. EKG - Bernried
18./19. Sonographie - München
18.–20. Nerven - Erlangen
19. Innere - Hof
19. Lungen - Ingolstadt
19. Nerven - München
21.–23. Augen - München
23.–25. Augen - München
24./25. Innere - München
25./26. EKG - Erlangen

April 1988

16. Nerven - Erlangen
18.–20. Sonographie - Erlangen
21. Onkologie - Obereudorf
21.–24. Sonographie - München
22./23. Innere - Donaustauf
28. 4.–1. 5. Sonographie - München
29. 4.–1. 5. Sonographie - München
30. Neuroorthopädie - Bayreuth

Mal 1988

7. Kardiologie - Bischolsgrün
11. Augen - Erlangen
19. Onkologie - Obereudorf

15. Juni

„45. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Thema: Aktuelles zur Amblyopie – Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

13. Juli

„45. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Thema: Klinik und Differentialdiagnose der Netzhautdystrophien – Kurzvorträge und Patientendemonstrationen

Beginn: jeweils 18.15 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 30 02

Elektrokardiographie

18./19. März in Bernried

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten, Klinische Abteilung IV (Chelarzt: Professor Dr. P. Mathes) und Klinische Abteilung I (Chelarzt: Dr. J. Gehring)

„Fortgeschrittenenseminar“ (Teil 2)

Themen: Herzinfarkt – Belastungs-EKG – WPW- und Präexzitations-syndrome – Elektrolytstörungen – Medikamentöse Einflüsse – Bandspeicher-EKG – Vor-

Die Saison beginnt mit **Ditec**[®]



Schutz und Hilfe
bei Asthma

Ditec[®]

besonders

- bei allergischem und Anstrengungsasthma
- im jüngeren und mittleren Lebensalter
- wenn Patient und Bronchien empfindlich sind



1. In dieser Ausgangstellung ist das Ditec-Dosier-Aerosol-Gerät für zwei Hülbe bereit.



2. Bei jedem dieser zwei Hülbe springt der Dosierungsregler je eine Stufe nach vorne.



Demit ist die Anwendung abgeschlossen.



3. Erst durch Zurückdrücken des Reglers mit dem Daumen bis zum Anschlag wird der Auslösemechanismus wieder freigegeben. Das Ditec-Dosier-Aerosol-Gerät ist nun wieder für zwei Hülbe bereit.

Das erste Dosier-Aerosol mit Dosierungsregler

Zusammensetzung: 1 Aerosolstoß enthält: 0,05 mg Fenoterolhydrobromid, 1 mg Cromoglicinsäure, Dinatriumsalz (Dinatrium cromoglicicum) und als Treibmittel: 17,85 mg Trichlorfluormethan, 35,35 mg Dichlordifluormethan, 15,05 mg Cryofluoran. **Indikationen:** Zur Verhütung und Behandlung von Atemnot bei leichten und mittelschweren Verlaufsformen chronisch obstruktiver Atemwegserkrankungen: Asthma bronchiale allergischer und nichtallergischer (endogener) Ursache, auch durch körperliche Belastung und chronische, asthmalähnliche Bronchitis verschiedener Ursachen mit oder ohne Lungenblähung (Emphysem). **Kontraindikationen:** Absolute Gegenanzeigen sind nicht bekannt. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft soll Ditec nur dann angewandt werden, wenn dies vom behandelnden Arzt als ausdrücklich notwendig erachtet wird. Das gleiche gilt wegen der wehenhemmenden Wirkung von Fenoterolhydrobromid für die Anwendung kurz vor der Entbindung. **Nebenwirkungen:** Bei besonders empfindlichen Patienten kann gelegentlich feines Fingerzittern, Unruhegefühl oder Herzklopfen auftreten, desgleichen bei Überdosierung. - Boehringer Ingelheim KG, 6507 Ingelheim am Rhein.

Zusätzliche Hinweise: Die Anwendung des Dosier-Aerosols bei Kindern soll nur unter Aufsicht von Erwachsenen erfolgen. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, gilt für Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren folgende Dosierungsempfehlung: Vorbeugende Behandlung und Dauerbehandlung: 4mal täglich je 2 Aerosolstöße gleichmäßig über den Tag verteilt inhalieren (morgens, mittags, nachmittags und abends vor dem Schlafengehen). Falls erforderlich, können bei auftretender Atemnot zusätzlich 1-2 Aerosolstöße inhaliert werden. Hat sich die Atmung in schweren Fällen nach 5 Minuten nicht spürbar gebessert, können 2 weitere Aerosolstöße genommen werden. Die nächste Inhalation soll dann frühestens nach 2 Stunden erfolgen. Gezielte Vorbeugung: Zur gezielten Vorbeugung, z. B. vor körperlicher Belastung bei Anstrengungsasthma oder vorhersehbarem Kontakt mit allergieauslösenden Stoffen, 2 Aerosolstöße inhalieren. Soweit nicht anders verordnet, gilt für Kleinkinder von 4-6 Jahren folgende Dosierungsempfehlung: 4mal täglich je 1 Aerosolstoß gleichmäßig über den Tag verteilt inhalieren (morgens, mittags, nachmittags und abends vor dem Schlafengehen). Für Kinder unter 4 Jahren ist diese Anwendungsform im allgemeinen nicht geeignet. Wenn die empfohlenen Dosierungen nicht zu einer ausreichenden Beschwerdefreiheit führen, sollte der Arzt aufgesucht werden. **Packungen** (Stand Januar 1988): A.V.P. 10 ml Dosier-Aerosol (= 200 Aerosolstöße) DM 82,51; 10 ml Dosier-Aerosol mit Inhalationshilfe DM 87,28; Klinikpackungen.

**Boehringer
Ingelheim**



hohrhythmusstörung — Kammarrhythmusstörung

Zeit: Freitag, 16 bis 19 Uhr; Samstag, 9 bis 18 Uhr

Teilnehmergebühr: DM 90,—

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. P. Mathas, Klinik Höhenried, 8139 Barnried, Telefon (0 81 58) 24-340

25./26. März in Erlangen

Kindarklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. K. Stahr), Kardiologische Abteilung (Leiter: Professor Dr. H. Singer)

Leitung: Professor Dr. H. Singer

„Elektrokardiographie im Kindesalter“

Zeit: 25. März, 14.30 bis ca. 18 Uhr; 26. März, 9 bis ca. 13 Uhr

Drt: Großer Hörsaal der Kinderklinik, Eingang Krankenhausstraße, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 75,—

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Kardiologischen Abteilung, Frau Bucher, Loschgestreße 15, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-3750

Innere Medizin

19. März in Hof

Klinikum Hof, Medizinische Klinik (Leitende Ärzte: Professor Dr. D. Müller, Dr. K. Wette)

Leitung: Dr. H. Miltzer, Dr. K. Wette

„Erkrankungen des Niereninterstitiums“

Themen: Pathologisch-anatomische Befunde bei chronischen Erkrankungen des Niereninterstitiums — Problema bei Diagnostik und Therapie der chronischen Pyelonephritis — Die Analgetika-Niere — Die akute interstitielle Nephritis einschließlich Uratnephropathia — Der Harnwegsinfekt in der Schwangerschaft — Die Refluxnephropathia — Diskussion

Zeit: 9 bis 12.50 Uhr

Drt: Hörsaal der Krankenpflegeschule des Klinikums Hof, Eppenrauthar Straße 9, Hof

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Medizinischen Klinik, Frau Lain, Eppenrauthar Straße 9, 8670 Hof, Telefon (0 92 81) 973-275

24./25. März in München

I. Medizinische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H. Blömer)

Leitung: Professor Dr. S. Daum, Privatdozent Dr. H. P. Emslander

„10. Münchener Fiberbronchoskopie-Seminar“

Thema: Fiberbronchoskopie in Anästhesie und Intensivmedizin — Methodische

Problema, Komplikationen und Ihre Vermeidung — Diagnostik mit dem Fiberbronchoskop — Therapie mit dem Fiberbronchoskop — Gruppenübungen in Phantomkursen

Zeit: 24. März, 8 bis 18.30 Uhr; 25. März, 8.15 bis 16 Uhr

Drt: Hörsaaltrakt im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Teilnehmergebühr: DM 200,— (inkl. Phantomkurs); DM 100,— (nur Seminar)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung (schriftlich):

Privatdozent Dr. H. P. Emslander, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 53 oder 29 39

22./23. April in Donaustauf

Krankenhaus Donaustauf — Fachklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane der LVA Niederbayern/Oberrhein (Chefarzt: Professor Dr. G. Siemon)

„Allergien in Klinik und Praxis — Typ I bis IV“

Themen: Immunologische Grundlagen — Abgrenzung allergischer und nichtallergischer obstruktiver Erkrankungen der oberen Atemwege — Allergische Alveolitis — Bronchopulmonale Erkrankungen bei Immundefekten — Die Tuberkulose, eine vergessene Krankheit? — Lungenveränderungen bei immunologischen Systemerkrankungen

Beginn: 22. April, 15 Uhr; Ende: 23. April, 13 Uhr

Ort: Krankenhaus Donaustauf, Ludwigstraße 68, Donaustauf

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. G. Siemon, Ludwigstraße 68, 8405 Donaustauf, Telefon (0 94 03) 80-215 oder 216

Kardiologie

7. Mai in Bischofsgrün

Carl-Korth-Institut für Herz-Kreislauferkrankungen am Waldkrankenhaus St. Marien, Erlangen (Vorstand: Professor Dr. E. Lang) in Zusammenarbeit mit der Höhenklinik Bischofsgrün (Direktor: Professor Dr. E. Ruppracht)

„Zentrale Themen der Kardiologie“

— Kardiologie aus medizinhistorischer Sicht — Stumme Myokardischämie: Diagnose, Prognose und Therapie — Ischämische Kardiomyopathien — Hochdruck und Niere — Kardiale Ursachen zerebraler Symptome —

Zeit: 9.30 bis 16.20 Uhr

Drt: Höhanklinik, Bischofsgrün

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. E. Lang, Rethsberger Straße 57, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 82 23 32

Lungen- und Bronchialheilkunde

19. März in Ingolstadt

Medizinische Klinik I, Klinikum Ingolstadt (Chefarzt: Professor Dr. A. Wirtzfeld)

„Problempatienten in der Pneumologie“

Themen: Differentialdiagnose der Lungeninfiltrate — Neue palliative Methoden in der Behandlung des Bronchialkarzinoms — Diagnostik und Therapie des Pleuraergusses — Häufige Fehler bei der Behandlung von Asthma bronchiale und obstruktiver Bronchitis in der Praxis und Klinik — Cor pulmonale chronicum: gesicherte und vertretbare Therapie — Möglichkeiten der Sauerstofflangzeittherapie

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Drt: Klinikum Ingolstadt, Krumenauerstraße 25, Ingolstadt

Auskunft und Anmeldung:

Dr. G. Engel, Krumenauerstraße 25, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 8 80-2100

Nervenheilkunde

18. bis 20. März in Erlangen

Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. B. Neundörfer), Psychiatrische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. Lungershausen), Neurochirurgische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. R. Fahlbusch)

„16. Nervenärztliche Fortbildungsveranstaltung für niedergelassene Ärzte aller Gabelte“

Thema: Neuro-Psychiatrische Notfälle — Präklinische und klinische Diagnostik und Therapie

Zeit: 18. März, 15 bis 18.30 Uhr; 19. März, 9 bis 17.30 Uhr; 20. März, 9.30 bis 13 Uhr

Drt: Großer Hörsaal im Kopf-Klinikum, Schwabeanlage 6, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Psychiatrische Klinik, Frau U. Brinkert, Telefon (09131) 85-4160 oder 4166; Neurologische Klinik, Frau K. Paschka, Telefon (09131) 85-4563 oder 4564; Neurochirurgische Klinik, Frau G. Philipp, Telefon (09131) 85-4565 oder 4566

19. März in München

Neurologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. A. Struppler)

„Diagnostische Möglichkeiten in der Neurologie — heute“

Thema: Kernspintomographie: Bedeutung für die neurologische Diagnostik —

Spezielle CT-Diagnostik: Luftmeatographie, Anglo-CT, Myelo-CT – PET, aktuelle Bedeutung und Ausblick – Stereotaktische Hirnbiopsie – In-vitro-Diagnostik von Hirntumoren – EEG- und EP-mapping: neue Methoden für die klinische Routine-Diagnostik? – EMG-Diagnostik in der Differentialdiagnose von Blasen- und Potenzstörungen – Neue EMG- und Stimulationstechniken – Diagnostik metabolischer Myopathien – Diagnostik neuroimmunologischer Erkrankungen – Aktuelle Aspekte der Liquordiagnostik – Differentialdiagnose neurodegenerativer Erkrankungen – Diskussion

Zeit: 9 bis 15 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:
Dr. G. Ochs, Möhlstraße 28, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-46 01

16. April in Erlangen

Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. B. Neundörfer)

Leitung: Professor Dr. H. Stetan

„Epilepsie-Kolloquium“

Themen: Terminologie der Epilepsien nach der internationalen Klassifikation – Stoffwechselerkrankungen – Progressive Myoklonus-Epilepsien – Epileptische Manifestation bei Mitochondriopathien – Benigne partielle Epilepsie – Pharmakoresistente Epilepsien – Operative Epilepsiebehandlung

– Es besteht die Möglichkeit, eigene Fälle anhand von EEG- oder Video-Aufzeichnungen darzustellen –

Beginn: 9.30 Uhr s. t.

Ort: Großer Hörsaal des Koptklinikums, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen

Auskunft und Anmeldung:
Dr. J. Bauer, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-43 74 oder 45 41

Neuroorthopädie

30. April in Bayreuth

Nervenkrankenhaus des Bezirks Oberfranken, Bayreuth (Direktor: Professor Dr. F. Böcker)

Thema: HWS-Erkrankungen

Zeit: 9.30 bis 18 Uhr

Ort: Hörsaal 14 der Universität, Naturwissenschaft 1, Dr.-Konrad-Pöhner-Straße, Bayreuth

Teilnehmergebühr: DM 40,-

Auskunft und Anmeldung:
Dr. B. Kugelgan, Cottenbacher Straße 23, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 28 33 08

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

28. Mai 1988

In der Mühlbaurstraße 16 (Ärztehaus Bayern), München 80, einen Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 8.45 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-356, Frau Klockow, bis 20. Mai 1988 zu richten.

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

Onkologie

Fortbildungsreihe in Oberaudorf

Onkologische Klinik Bad Trissl (Ärztlicher Direktor: Dr. A. Leonhardt) und Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität München (Vorsitzender des Beirates: Professor Dr. H. Ehrhart)

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart

„interdisziplinäre Tumorkonferenz mit Fallbesprechungen“

Termine: 17. 3., 21. 4., 19. 5., 30. 6., 21. 7., 18. 8., 22. 9., 13. 10., 10. 11., 8. 12.

*) Vorlesung des Tumorzentrums beider Universitäten

– Nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte –

Beginn: jeweils 14 Uhr c. t.

Ort: Konferenzraum der Onkologischen Klinik Bad Trissl, Oberaudorf

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat der Onkologischen Klinik Bad Trissl, Bad-Trissl-Straße 73, 8203 Oberaudorf, Telefon (0 80 33) 2 02 85

Sonographie

18./19. März in München

Stiftsklinik Augustinum, Medizinische Klinik A, München (Chefarzt: Dr. W. Zimmermann)

„Seminar für Sonographie (abdominelle Organe) mit klinischer Demonstration und Praktikum“ (Aufbaukurs)

Teilnehmergebühr: DM 100,-

Letzter Anmeldetermin: 8. März (Posteingang)

Begrenzte Teilnehmerzahl

18. bis 20. April in Erlangen

Ultraschall-Schule Erlangen an der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Komm. Direktor: Professor Dr. W. Domschke)

Leitung: Privatdozent Dr. N. Heyder

„Ultraschall-Abschlußkurs“

Thema: Ultraschall Innere Medizin

Ort: Medizinische Klinik, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 450,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Ultraschall-Schule, Frau Wellein, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-34 45

21. bis 24. April und 28. April bis 1. Mai in München

Medizinische Poliklinik der Universität München (Vorstand: Professor Dr. N. Zöllner)

Leitung: Dr. W. G. Zoller, Dr. B. Weigold

„Seminar für Ultraschalldiagnostik“

21. bis 24. April: Anfängerkurs

28. April bis 1. Mai: Aufbaukurs

Beginn: jeweils 8.45 Uhr

Ort: Hörsaal und Kursräume der Medizinischen Poliklinik, Pettenkoferstraße 8 a, München 2

Teilnehmergebühr: jeweils DM 800,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmelde Termin: Anfängerkurs 11. April, Aufbaukurs 18. April

Auskunft:

Dr. W. G. Zoller, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-35 49 oder 35 11

Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frautein Wolf, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288

29. April bis 1. Mai in München

Stiftsklinik Augustinum, Medizinische Klinik B, München (Chefarzt: Professor Dr. R. von Essen)

Leitung: Dr. H. Nebelsieck

„5. Ultraschall-Doppler-Seminar“

(Aufbaukurs der cw-Dopplersonographie des venösen Systems, der peripheren Arterien und extrakraniellen hirnversorgenden Arterien)

Zeit: jeweils 9 bis 17 Uhr

Ort: Theatersaal des Wohnstifts Augustinum, Wolkerweg 16, München 70

Teilnehmergebühr: DM 500,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Medizinischen Klinik B, Wolkerweg 16, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 97-154

Allgemeine Fortbildung

EBM-Abrechnungsseminar am 19. März 1988 in München

Der Hertmennbund, Landesverband Bayern, veranstaltet ein EBM-Abrechnungsseminar für folgende Arztgruppen: Allgemeinärzte – Chirurgen – Frauenärzte – HNO-Ärzte – Internisten – Neurologen – Urologen

Beginn: 8.30 Uhr – Ende: ca. 14 Uhr

Ort: Ärztehaus Bayern, Mühlbeurstreße 16, München 80

Teilnehmergebühr: DM 100,- für Nichtmitglieder; DM 50,- für Mitglieder; Mittagessen: DM 15,-

Um frühzeitige Anmeldung wird gebeten

Auskunft und Anmeldung:

Landesverband Bayern des Hertmannbundes, Mühlbeurstreße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 4 70 60 85 oder 4 70 60 86

3. Vogtareuthar Epilepsie-Seminar am 23. April 1988

Veranstalter: Neuropädiatrische Abteilung des Behandlungszentrums Vogtareuth in Kooperation mit der Universität München – Mitveranstalter: Ärztlicher Kreisverband Rosenheim

Thema: Therapieführung bei Epilepsiepatienten – Video-Seminar über typische und atypische Anfallsabläufe

Zeit und Ort: 10 bis 17 Uhr – Behandlungszentrum, Vogtareuth

Auskunft:

Dr. M. C. Laub, Behandlungszentrum Vogtareuth, Krankenhausstraße 20, 8097 Vogtareuth, Telefon (0 80 38) 181-150 oder 151

Veranstaltungen des Fachverbandes Deutscher Allgemeinärzte

Kurse für Prexistführung und Abrechnungstechnik

Der Fachverband Deutscher Allgemeinärzte führt 1988 in Bayern zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen durch.

Termine:

26. März in Straubing – 11. Juni in Bamberg – 9. Juli in Rosenheim – 16. Juli in Fürth – 1. Oktober in München

Beginn: jeweils 9 Uhr – Ende: jeweils 13.30 Uhr

Kursgebühren: Ärzte DM 120,-; FDA-Mitglied DM 60,-; nichtärztliche Mitarbeiter DM 60,-

Auskunft und Anmeldung:

Fachverband Deutscher Allgemeinärzte, Telstraße 5, 8419 Nittendorf, Telefon (0 94 04) 22 50 oder 43 05

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fechkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RÖV)

Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in zwei Teilen (3.2 der Richtlinien) am 15./18. April und 22./23. April 1988 in Nürnberg

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

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Fiurstraße 17, Nürnberg

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Auskunft und Anmeldung:

Radiologisches Zentrum, Fiurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 398-26 69

7. Straubinger Fortbildungstag am 23. März 1988

Veranstalter: Elisabeth Krenkenheus – Akademisches Lehrkrenkenheus der Technischen Universität München

Themen: Urologische Onkologie – Frühdiagnose von Herzerkrankungen und der plötzliche Herztod: eine Herausforderung – Die Bedeutung der Umweltmedizin
Zeit und Ort: 15 Uhr – Kongreßsaal der Straubinger Sparkasse, Theresienplatz, Straubing

Auskunft:

Professor Dr. V. Zahn, Ellisebethstraße 23, 8440 Straubing, Telefon (094 21) 710-290

35. Tagung der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft

vom 27. April bis 1. Mai 1988 in München

Leitung: Professor Dr. Dr. h. c. O. Breun-Falco, Professor Dr. Dr. S. Borelli, beide München

Thema: Fortschritte in der Dermatologie und Venerologie (Symposien, Workshops, Die-Kliniken)

Ort: Kongreßzentrum München, Messengelände, Theresienhöhe

Auskunft und Anmeldung:

Congreß Project Management GmbH, Letzter Hesenpfad 61, 6000 Frankfurt 70, Telefon (0 69) 61 04 74 oder 61 04 75

Weiterbildung für die Zusatz- bezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse

Beilnt-Wochenendseminare in Blockform (etwa alle vier Wochen) in Übersee/Chiemsee

Auskunft und Anmeldung:

Dr. W. Ulrich, Westerbuchberg 28, 8212 Übersee, Telefon (0 86 42) 16 33

5. Forum Phlebologicum

vom 15. bis 17. April 1988 in München

Veranstalter: Eichberg-Fechkliniken, Tegernsee, in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Angiologie und der Vereinigung der Fechärzte für Innere Medizin Beyerns e. V.

Leitung: Professor Dr. M. Marshall, Dr. G. Tepohl, Professor Dr. W. Theiss

Themen: Neues und Bewährtes in der praktischen Phlebologie – Neues und Bewährtes in der Therapie der Venenerkrankungen – Rundtischdiskussion – Praktische Demonstrationen und Übungen für Ärzte – Patientenseminar
Ort: Hotel Bayerischer Hof, München

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. M. Marshall, Frau K. Weigmann oder Frau B. Brunotte, Spenglerweg 8, 8180 Tegernsee, Telefon (0 80 22) 12 18

XIII. Kissinger Kolloquium und 31. Ärztlicher Fortbildungskurs

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am 29./30. April 1988 in Bad Kissingen

Leitung: Professor Dr. K.-J. Pequet, Dr. J.-F. Kelk, beide Bad Kissingen

Themen: Aktuelle hygienische und juristische Probleme in Praxis und Krenkenhaus – Gellenstein- und Gellenwegskrebstherapie im Umbruch

Auskunft:

Frau Schmidt, Heinz Kalk-Krenkenheus, Am Gredierbeu, 8730 Bad Kissingen, Telefon (09 71) 80 23-504

Veranstaltungen der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns

Die Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns führt auch im Frühjahr 1988 wieder zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen durch.

Termine:

9. März in München und Nürnberg – 16. März in München – 19. März in Ansbach, Beyreuth und Buxheim – 26. März in Würzburg – 16. April in Schwendorf und Straubing – 20. April in Augsburg und Geretsried – 23. April in Bamberg – 7. Mai in Gersthofen – 22. Juni in München – 25. Juni in Bamberg und Schweinfurt – 9. Juli in Ascheffenburg

Bei Terminänderungen können nur angemeldete Teilnehmer benachrichtigt werden.

Auskunft und Anmeldung:

Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillestraße 13, 8000 München 90, Telefon (0 89) 65 55 05 (von 9 bis 12.30 Uhr)

Wo sind die Jahre geblieben?

Zehnte Lesung der bayerischen Landesgruppe des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte auf Einladung der Bayerischen Landesärztekammer am 16. Dezember 1987, 16 Uhr, im Ärztehaus Bayern in München*)

Nicht von ungefähr stand die Adventlesung der bayerischen Dichterärzte 1987 unter dem Motto „Wo sind die Jahre geblieben?“. Beging doch die Einrichtung dieser mittlerweile immer beliebter und gefragter werdenden vorweihnachtlichen Dichterlesung im Ärztehaus Bayern ihr zehnjähriges Bestehen. Ein Jubiläum also, das, wie alle wiederkehrenden Jahrestage mit runden Zahlen, Anlaß zu Rückschau und Besinnung gibt. In diesem Sinne ist wohl auch das heurige Thema konzipiert worden und fand vielfachen Anklang in den Vorträgen der lesenden Kollegen.

Und als der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Senator Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering als Hausherr seine geladenen Gäste, die Ruheständler unter den Kollegen, die Arztwitwen und das interessierte Personal der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit herzlichen Worten begrüßte, schwang in seiner Ansprache Stolz, Freude und Zufriedenheit dessen mit, der einen einstigen Gedanken erfolgreich in die Tat umsetzen konnte. So hob Professor Sewering die Besonderheit der diesjährigen Veranstaltung gebührend hervor: „Als ich gelesen habe, daß es tatsächlich die zehnte Lesung ist, war ich doch sehr beeindruckt. Denn, daß wir nun schon ein volles Jahrzehnt hier regelmäßig zusammenkommen, ist schon etwas Besonderes. Daß sich unsere lieben Kolleginnen und Kollegen und die Arztfrauen, unsere Consoeurs und Confrères, hier wieder versammelt haben, und daß wir ihnen dieses Podium nun ein Jahrzehnt lang liefern konnten, war mir persönlich eine besondere Freude. Und ich meine, die Tatsache, daß es immer mehr

Zuhörer geworden sind, zeigt doch, daß es ein guter Gedanke war, diese Dichterlesungen ins Leben gerufen zu haben.“

Die Moderation der Lesung übernahm der Sekretär der Landesgruppe, Kollege Erwin Stetter. Der Vorsitzende, Professor Franz Schmid, war leider am Kommen verhindert und ließ der Versammlung seine besten Grüße und Wünsche übermitteln. Zunächst dankte Stetter dem Gastgeber herzlich für all die Arrangements und die vielen sonstigen Aktivitäten zugunsten unserer Schriftstellergruppe: für die zehnmalige ununterbrochene Folge der Lesungen, für die Herausgabe von „Äskulap und Pegasus“, als Forum zur Darstellung der Landesgruppe, für die Dauerausstellung der Werke bayerischer Schriftstellerärzte in den Vitrinen des Foyers, für den Druck der Lesungen. Herzlichen Dank, verbunden mit einer Ehrengabe, für die vielfachen Verdienste um die bayerischen Schriftstellerärzte erntete auch Frau Rita Horn, persönliche Referentin des Präsidenten und Schriftleiterin des „Bayerischen Ärzteblattes“. Dem Präsidenten überreichte Kollege Stetter wieder eine Auswahl neuerschienenener belletristischer Bücher und Sonderdrucke aus der Feder ärztlicher Autoren.

„Wo sind die Jahre geblieben?“ – man wäre versucht, sich die Antwort auf diese Frage einfach und leicht zu machen. Etwa der Horaz'schen Epistel nachsinnend „Singular de nobis enni praedantur euntes – Eins nach dem andern nehmen die Jahre uns, wie sie davongehen“. Oder auch Ovids lapidare Feststellung bekräftigend „Nihil est ennis velocius – Nichts Schnelleres gibt's als die Jahre“. Wer hätte indes gedacht, daß dieses Thema so variantenreich sich darstellen ließe, soviel an individueller Ansicht und Einsicht hergäbe? Einleitend zum Thema meinte Stetter, es sei eine Frage, die man – je nach Temperament – auch mit einem Aus-

rufezeichen versehen könnte. „Das Erlebte ist es, nicht die Jahre, was uns bewegt. Wo ist also das Erlebte und Erlittene geblieben? Ist es aufgezeichnet im Buch des Lebens? Mit Aktiva und Passiva?“ ... Gewiß, Hieraus erklärt sich ja die überraschende Vielfalt, die sich mit den Vorträgen in Vers und Prosa herauskristallisierte. Ob man sich wehmütig nachtrauernd vergangener Jahre erinnert, ob man gar froh ist, daß sie vorbei sind, diese Jahre, denen man nicht nachweint, oder ob man sie für eine verlorene oder gefundene, gewonnene Zeit hält, immer ist es der Gehalt an Erlebten, der entscheidet, welche Haltung man aus der Gegenwart zur Vergangenheit einnimmt.

Die Lesung verlief abwechslungsreich, interessant und wurde mit großem Beifall aufgenommen. Jeder der Zuhörer kam auf seine Rechnung und konnte seinem Geschmack Entsprechendes herausfinden. Heiter-Besinnliches und Ernstes in wohlgesetzten Versen, aber auch Kurzprosa mit hintergründigen Anspielungen, Pointen und überreschendem Ausgang. Schaut man die Jahre zurück, haben die Lesungen – und der Referent hat sie fast alle miterlebt – an Prägnanz und Gehalt, an poetischer Relevanz und Formenvielfalt deutlich hinzugewonnen.

Umrahmt wurden die Vorträge zwischen den Umgruppierungen von einer jubiläumsgerechten, nahezu feierlichen Trompetenmusik des versierten Duos Christian Zeiser und Konrad Anner. Es lasen: Amarotico Enzo, Bednara Maria, Fick Walter, Gareis Richard, Klinken Karin, Lackner Friedrich-Johann, Lebede-Blümner Karin, Matich Erhard, Mykeltink Renate, Pfeiffer Peter, Pfeil Karl, Rauchfuß Harald, Reger Wilhelm, Rottler Alfred, Schaetzing Eberhard, Schuhmann Andreas, Simon Klaus, Spiecker Hans, Steinmetz Wilhelm, Stetter Erwin, Stordeur Kurt (für Martha Stordeur), Suchner Barbara, Teischinger Robert, Weihs Erich; Gedichte von Frenz Schmid las Frau Bednara.

Dem Hausherrn des Ärztehauses Bayern, Herrn Professor Sewering, sei ein herzhaftes „Vergelt's Gott“ gesagt für die ausgezeichnete Bewirtung seiner Gäste nach der Lesung. Bei gutem Essen und Trinken saß man noch lange plaudernd beisammen.

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

*) Alle Vorträge kommen im Verlag der Bayerischen Landesärztekammer heraus. Das Büchlein kann kostenlos über das Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, bestellt werden.

Wie Sie für große Versprechungen Ihr Geld ganz sicher loswerden

Ein Mann hochfliegender Verheißungen von Geldanlage-Gewinnen landete kürzlich auf dem Frankfurter Flugplatz unverhofft in einem Streifenwagen der Polizei zur Fahrt hinter die Gitter des Untersuchungsgefängnisses. Er gab sich so, wie man sich hierzulande einen amerikanischen Geschäftsmann fälschlich vorstellt. Er führt auch einen englisch klingenden Namen, weil er mit seinem deutschen seit langem keinen Staat mehr machen kann.

Wie ich ihn kenne, wird er auf der Pritsche nicht über die 39 Prozent der Anlagebeträge als Spesen nachdenken, die ihm seine geldgierigen Kunden gern zugestanden haben, weil er ihnen das X-fache als Gewinne aus seinen Termingeschäften versprochen hatte. Sie haben um ihre Einsätze keine Sorgen mehr. Die sind millionenweise im aufwendigen Apparat in mehreren deutschen Städten und auf bahamesischen oder anderen Exoten-Konten des Termingeschäft-Gauklers verschwunden.

Bis der Unwiderstehliche wieder ungesiebte Luft atmen wird, dürfte er seine Jahre in staatsfinanzierter Kost und Logis nutzen, einen neuen Dreh zu erfinden, um dann erneut an anderer Leute Geld zu kommen. Doch dazu gehören immer zwei. Und wer weit überdurchschnittliche Erträge erzielen will, muß sich auch auf einen totalen Verlust einstellen. Und solche Verlustgeschäfte werden auch schon als Sammelkonten mit ein paar 1000 DM der Anleger angeboten.

Für 5000 bis 10 000 DM werden Urlaubswohnungen angeboten, die Sie als „Teilzeit-Eigentümer“ während eines bestimmten Zeitraumes im Jahr kostenlos benutzen dürfen. Zur Vorsicht bei solchen Geschäften mahnte kürzlich das Bundeskriminalamt (BKA). Angebliche Feriendomizile im „sonnigen Süden“ haben sich tatsächlich als Brachland oder Bau ruinen herausgestellt.

Im Land, wo die Zitronen blühen, hat eine European Fonds Company bis zu 40 Prozent Gewinn durch Anlage an den Börsen von New York und Tokio versprochen und viele Westeu-

ropäer, darunter allein Deutsche um 95 Millionen DM, betrogen. Der spanische Chef dieser Schwindelfirma in Malaga meinte wohl, seine Kunden hätten ihm unversteuertes Geld gegeben und würden daher auf eine Anzeige verzichten. Indes fragt auch in Deutschland die Staatsanwaltschaft nicht nach der Herkunft solcher angelegter Mittel.

Viel Geld verdienen können Sie als Verkäufer gebrauchter Eigentumswohnungen. So bietet eine Münchener Immobilienvermittlungsgesellschaft 40 000 DM Provision, wenn Sie eine 100 qm-Wohnung für 230 000 DM an den Mann bringen. Das sind 17,4 Prozent des Preises. Bedenken Sie, daß die Vermittlungsgesellschaft auch noch daran verdienen will, dann können Sie sich vorstellen, um wieviel überteuert der Käufer eine solche Wohnung nimmt.

Ein anderer Immobilienhändler verspricht dem Käufer einer Eigentumswohnung 30 000 DM als Mietgarantie bar auf die Hand. Lassen Sie sich durch solche Angebote nicht verblüffen. Das ist Schau, denn ebensogut könnte er den Preis um diesen Betrag herabsetzen.

In diesen Tagen bekam ich brieflich Bücher-Angebote für je 100 bis 150 DM, aus denen ich lernen kann, meine Mitmenschen übers Ohr zu hauen. Diese Gebrauchsanweisungen sagen Ihnen beispielsweise, „wie man Mahnungen killt und Zahlungsziele ausdehnt“ und „wie Sie an Kapital kommen, das Sie nie mehr zurückzahlen müssen“. Sie erfahren auch „Anti-Gläubiger-Taktiken und wie man sie richtig anwendet“. Das heißt, wer Schulden aufnimmt, soll die Rückzahlung vermeiden.

Eine Anleitung für den Menschenhandel „Die Exotenvermittlung e. V.“ bringt Ihnen bei, wie Sie „die treue Philippinin, rassige Brasilianerin und arbeitsame Polin gemeinnützig vermitteln“, eine andere, wie Sie an einem selbstgegründeten gemeinnützigem Verein verdienen.

Unglaublich, was hierzulande alles möglich ist.

Horst Beloch

Kurz über Geld

ABWERTUNGSGEFÄHRDET sind der US- wie der kanadische, der australische und der neuseeländische Dollar, schätzt eine schweizerische Großbank. Bei Anlageerwägungen ist zusätzlich immer das Wechselkurs-Risiko US-Dollar : DM zu berücksichtigen.

AM LEISTUNGSNIVEAU DER GKV orientiert sich eine Alternative privater Krankenversicherungsgesellschaften zur GKV. Sie kostet in vielen Fällen deutlich weniger Beitrag als die GKV. Zudem kann der private Krankenversicherungsschutz nach individuellen Wünschen aufgestockt werden.

BEI VORZEITIGER VERÄUSSERUNG VON BERLIN-DARLEHEN bleibt der vorangegangene Steuervorteil erhalten. Eine Berliner Wirtschafts-, Finanz- und Unternehmensberatung hat ein Rückkauf-Modell für diese Darlehen entwickelt und will zunächst die Berlin-Tranchen von 1972 bis 1983 analytisch durchleuchten.

ALS „LEIH-BAUSPARER“ können Ruhestandler auch mit hoher Rente dienen. Davon ist nur ein Bruchteil steuerpflichtig. Daher erreichen Rentner häufig wieder die Berechtigung, die staatliche Bausparprämienberechtigung wahrzunehmen. Eine Bestimmung, daß sie nur aus eigenem Geld bausparen dürfen, gibt es nicht. Also bieten sich entsprechende „Leih“-Vereinbarungen im Interesse der Familie an.

FÜR KUNST-AUKTIONARE EIN AUFGELD zwischen zehn und fünfzehn Prozent ist jetzt üblich; je höher der Wert, um so niedriger der Zuschlag. Als Mehrwertsteuer werden im allgemeinen sieben Prozent fällig.

40 000 DM SCHMERZENGELD wegen leicht zugängiger Zündhölzer zahlten Eltern einem neunjährigen Mädchen. Ihr zwölfjähriger Sohn hatte gezündelt. Dadurch hatte das Mädchen schwere Brandwunden erlitten. Die Eltern müssen verhindern, daß ihre Kinder an Zündhölzer herankommen, befand das Oberlandesgericht (OLG) Koblenz und sprach unter 1U 1422/86 das Schmerzensgeld zu.

KRANKENHAUSTAGEGELD ist auch während tageweiser Beurlaubung des Patienten zu zahlen. Die Voraussetzung: Der Versicherte muß sich an jedem Kalendertag zumindest zeitweise im Krankenhaus aufgehalten haben, urteilte das Oberlandesgericht (OLG) Hamm unter 20 U 208/85.

Schnell informiert

Entschädigung der nicht vollbeschäftigten Ärzte der staatlichen Gesundheitsverwaltung

Das Bayerische Staatsministerium des Innern teilt mit, daß mit Wirkung vom 1. Januar 1988 die Entschädigung nicht vollbeschäftigter Ärzte der staatlichen Gesundheitsverwaltung neu geregelt worden ist. Für treipraktizierende Ärzte beträgt die Stundenvergütung nunmehr 37,- DM. Für Zeitversäumnis wird dabei eine Entschädigung je angefangene halbe Stunde für die Hin- und Rückfahrt einschließlich der durch die Verkehrsbedingungen bedingten Wartezeiten in Höhe von 8,50 DM gewährt. Bei Benutzung des privateigenen PKWs beträgt die Wegstreckenentschädigung 0,33 DM je km.

P. Kalb, eLÄK

Koertling †: „Die Deutsche Universität in Prag“

Im Rahmen der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe ist im Jahre 1968 diese Broschüre erschienen und seit langem restlos vergriffen. Von einem Arzt wurden wir nunmehr gebeten, auf diesem Wege zu versuchen, für ehemalige Prager Studienkollegen diesen Band ausfindig zu machen. Deshalb bitten wir die Leser, uns nicht mehr benötigte Exemplare kostenlos zur Weiterleitung zu überlassen.

Anschrift: „Bayerisches Ärzteblatt“, Mühlbaureiße 16, 8000 München 80

HIV-Zentrum für Neugeborene und Kinder

Im Auftrag und mit Unterstützung des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG) sowie des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) wurde von den Kinderkliniken der Universität München (Hauersche Kinderklinik und Kinderpoliklinik) ein gemeinsames Zentrum für HIV-infizierte Kinder in Bayern errichtet.

Zu den Aufgaben gehören Diagnose, Therapie und Langzeitbetreuung betroffener Kinder und ihrer Familien.

Es bestehen alle Möglichkeiten der pädiatrischen, infektiologischen und immunologischen Betreuung sowie eine sozialpädagogische Beratungsstelle.

Adresse: Immundefekt-Sprechstunde der Kinderkliniken der Universität München, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2

Telefon: (0 89) 51 60 - 28 63 und 51 60 - 28 69 (Pforte der Klinik)

Mitarbeiter des Zentrums:

Frau Dr. Auberger und Dr. Brückmann (für Hämostase)

Frau Dr. Rosendahl, Frau Dr. Gendenberger, Dr. Wintergerst und Professor Dr. Belohradsky (für HIV-positive Neugeborene und Kinder)

Frau Dipl. Soz.-Päd. Neumann (Sozialpädagogin im Arbeitskreis)

Im Rahmen der Möglichkeiten stehen die Mitarbeiter zu eilen Fragen bereit, die das HIV-Problem im pädiatrischen Bereich betreffen (z. B. Kindergärten, Schulen, Infektionsprophylaxe in der Praxis usw.).

Eine enge Zusammenarbeit besteht mit den Frauenkliniken der Universität München (Schwangeren-HIV-Screening).

Professor Dr. E. H. Belohradsky und Dr. C. Rosendahl

Messezentrum Nürnberg

7.-10. Juni 1988

**300 Aussteller
zeigen
Medizintechnik**

*...für Sie ein Tagesbesuch
der sich lohnt!*



INTERFAB

38. Internationale Fachausstellung für Arzt- und Anstaltsbedarf

Umfassende Information über

- ▷ Elektromedizinische Geräte und Anlagen
- ▷ Medizintechnische Geräte und Instrumente
- ▷ Labortechnik
- ▷ Verbandmittel und Medicalprodukte

Fachprospekt anfordern:



NMA Nürnberger Messe- und
Ausstellungsgesellschaft mbH
Messezentrum

D-8500 Nürnberg 50

☎ 09 11/86 06-0
☎ 09 11/86 06-2 28
☎ 9 118 319 - nma
☎ 6 23 613 nma d

peripher peripher

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

peripher peripher peripher



gegen Husten

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

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

Kontraindikationen: Keine bekannt.

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

O.P. 30 Dragees 10,40 DM; A.P. 300 Dragees (10x30).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Buchbesprechungen

Das archäologische Jahr in Bayern 1986

Der siebte Jahrgang dieses Jahrbuches gibt in 73 Kurzberichten eine eindrucksvolle Bilanz der Ergebnisse der Lendeseerchäologie 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 Jahrgabe im Rahmen ihres Jahresbeitrages von DM 35,- erhalten. — Interessenten können sich an die Gesellschaft für Archäologie in Bayern, Am Hofgraben 4, 8000 München 22, wenden.

Das Jahrbuch ist auch als gebundene Ausgabe im Buchhandel erhältlich zum Preis von DM 48,- (223 S. mit 169 Abb., davon 12 Farbtafeln, Pappband. Erschienen im Konrad Theiss Verlag, Stuttgart).

Qualitätssicherung im medizinischen Laboratorium

Herausgeber: K.-G. v. Boroviczény/R. u. U.P. Merten, 1071 S., 112 Abb., 337 Tab., geb., DM 198,-. Springer Verlag, Berlin.

Im allgemeinen Teil sind grundsätzliche Fragen, aber auch Randgebiete wie Computerisierung, Sicherheit, Kosten-Nutzen, juristische Aspekte und Normung dargestellt. Die speziellen Teile für Klinische Chemie, Hämetologie und Mikrobiologie behandeln systematisch alle Gebiete der Laboratoriumsmedizin und die in der Routine vorkommenden Analysenbestandteile. Die Kapitel, von Fachleuten geschrieben, die in der Praxis stehen, sind nach einem einheitlichen Schema aufgebaut, was die Übersicht und ein rasches Auffinden erleichtert. Ausführliche Literatur- und Sachverzeichnisse sowie Begriffsdefinitionen und Formeln bilden den Abschluß dieses Bandes.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Klaus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 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 (0 89) 551 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: atlaspress. Helde-R. Widow, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Zauner Druck- und Verlags GmbH, Augsburg, Straße 9, 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leserenalyse medizinischer Zeitschriften a. V.

IA-MED



Die Stadt Bamberg

sucht für das Institut für Strahlentherapie im Radiologischen Zentrum ihres Klinikums einen

Chefarzt

Das Klinikum Bamberg ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 830 Betten und 15 Fachabteilungen (2 chirurgische Kliniken, 3 medizinische Kliniken, Gynäkologie-Geburtshilfe, Urologie, Pädiatrie, Anästhesie, Pathologie, Labormedizin, HNO, MKG). Das Institut für Strahlentherapie verfügt über folgende Ausstattung:

- 1 LINAC mit 15 MV und 4 MV Photonenstrahlung
- Elektronenstrahlung in Stufen wählbar (max. 15 MeV)
- Verifikationssystem
- Bestrahlungsplanungssystem
- Tumor-Dokumentationssystem
- Blenden-Schneid- und Gießsystem in eigener Werkstatt
- Masken-Tiefziehgerät
- Simulator mit Dunkelkammer
- konventionelle Röntgentherapie bis 100 kV
- Altloading Ir 192
- 12-Bettenstation und Möglichkeit für Interstitielle Therapie

Das Aufgabengebiet Planung-Dosimetrie-Strahlenschutz wird von der Abteilung für Medizinische Physik des Radiologischen Zentrums abgedeckt.

Das Aufgabengebiet erfordert eine praktisch wie wissenschaftlich qualifizierte, dynamische und kooperationsbereite Persönlichkeit.

Wir erwarten Bewerbungen von Ärzten/Ärztinnen mit abgeschlossener Weiterbildung auf dem Gebiet der Radiologie und Erfahrung im Gebiet Strahlentherapie. Habilitation ist erwünscht.

Die Einstellung erfolgt im Angestelltenverhältnis mit Sondervertrag.

Wir bieten:

Vergütung in Anlehnung an Vergütungsgruppe I BAT, Einräumung des Liquidationsrechts, Erlaubnis für ambulante Nebentätigkeit sowie die im öffentlichen Dienst gewährten sonstigen Leistungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sowie einem Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten werden innerhalb eines Monats nach Erscheinen der Stellenanzeige erbeten an die Stadt Bamberg - Personalreferat -, 8600 Bamberg, Rathaus Maxplatz, Telefon (09 51) 8 72 70.

Für fernmündliche Rückfragen steht der Leiter des Radiologischen Zentrums, Herr Chefarzt Dr. med. Manfred Schmidt, unter der Telefonnummer (09 51) 5 03-31 31 zur Verfügung.

Für das Gebiet der Gemeinde Postbauer-Heng, Landkreis Neumarkt i. d. Opf., gelegen mitten in Bayern, wird ein

Orthopäde und Internist sowie ein Krankengymnast

gesucht. Die Gemeinde hat derzeit 5700 Einwohner und wird in den nächsten Jahren die 6000-Einwohner-Grenze überschreiten. Das weitere Einzugsgebiet ist 10 000 Einwohner. Praxisräume sind unmittelbar neben dem Rathaus in Planung. Mit dem Bau wird 1988 begonnen. Rund 300 qm stehen im Obergeschoß zur Verfügung.

Nähere Auskünfte erteilt die

Gemeinde Postbauer-Heng, Rathaus, 8439 Postbauer-Heng, Herr Bürgermeister Hans Bradl, Telefon (0 91 88) 831

Befelka-Oel das altbewährte, wirksame Kräuteröel bei Milchschorf, Ekzemen, Wundsein, Bartflechte

Befelka-Oel - Zusammensetzung: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g, Öl. Chamom. Inf. 3 g, Öl. Olivar, 3 g, Öl. Violae tric. 3 g, dünnfl. Paraffin 78 g. **Indikationen:** Hautjucken, Wundsein, Beingeschwüre, Milchschorf, entzündliche trockene und nässende Flechten und Ekzeme, Bartflechte, Kopfhauterkrankungen, Hautausschläge. **Doesierung:** Befelka-Oel ist mehrmals täglich auf die zu behandelnden Hautpartien aufzutragen. **Packungsgrößen:** 50 ml DM 7,56, 100 ml DM 13,08, 200 ml DM 22,55.

Befelka-Arzneimittel · 4500 Osnabrück

Nervenklinik Gauting

bei München

● Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie und Psychotherapie. Alle Kassen.

Die Klinik ist landschaftlich schön und ruhig gelegen, S-Bahn-Anschluß, 15 Minuten vom Münchener Zentrum.

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

Für Ihre Patienten sind Sie der Spezialist. Für Ihre Praxiseinrichtung wir.



Zum Beispiel mit unserer computergerechten Anmelde-Einheit „Forma uno“, hier in weiß. Weitere Informationen - auch über Sprechzimmer und Behandlungsräume - schicken wir Ihnen gern zu.

PRAXIS

Design®

Sanddornstraße 21
8070 Ingoistadt-Geroifing
Tel. 08 41-8 73 21

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

UNSERE SCHULE

ein unbequemer - fröhlicher Ort

**Privatgymnasium Derksen
neusprachlich - staatlich anerkannt
gemeinnützige GmbH**

1. Weil Ihr Kind verpflichtet wird, an die anderen zu denken.
2. Weil wir uns hier gegenseitig bestärken, einander zu vertrauen.
3. Weil alle ermutigt werden, die Freiheit des einzelnen in unserer Gemeinschaft zu schützen.
4. Weil wir den Widerspruch erwarten.
5. Weil wir uns zur Einübung von Pflichten bekennen, denn nur so lernt der Mensch Bindungen einzugehen.
6. Weil wir im Interesse unserer Schüler auch dem Machtmißbrauch beherzt entgentreten.
7. Weil wir den Mut haben, miteinander fröhlich zu sein.

Elterninformationsabend für die 5. Klasse

Mittwoch, den 23. 3. 1988, 19.00 Uhr

Intensive Beratung und Vorbereitung auf den Übertritt ins Gymnasium

Kleines privates Lehrinstitut Derksen
8 München 70 · Oberauer Straße 3-5 · Tel. 7 14 25 61

Arzt

für onkologisches Forschungsprojekt gesucht.

Bewerbungen erbeten an:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Oberpfalz, Yorkstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 37 82-165

Praxisräume

In 9510 Fürth/Bayern, Jugendstilhaus, 1a Laga, Apotheke (EG) und Allgemeinarzt (II. OG) im Haus.

I. OG, 156 qm Nutzfläche mit Stuckdecken, monatlich DM 1250,- + Nebenkosten/Heizung.

Telefon (09 11) 30 51 99, direkt vom Eigentümer, Mo-Fr 8-12 Uhr

Augenarzt

gesucht für Malleradorf-Pfaffenberg. Im Bedarfsplan der KV. 14 500 Einwohner im Einzugsgebiet. Nächste Augenärzte in Landshut, Regensburg und Straubing. Alle Schulen und Freizeitanlagen am Ort. Kostengünstige Praxisräume in frequentiertem Geschäftshaus mit Internist, Kinderarzt, Apotheke, Einkaufsmarkt. - Auskunft:

Apothekar K. Nagelstutz, Malleradorf-Pfaffenberg, Telefon (0 87 33) 16 08

Arzt

mit 8 Jahren Klinik- und 5 Jahren Praxiserfahrung (Allgemeinmedizin) und Interesse für Homöopathie sucht Einetieg in Gemeinschaftspraxis oder Praxisübernahme im Raum München.

Anfragen unter Chiffre 2064/843 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Junger Arzt

7jährige Klinik- und Praxiserfahrung, Naturheilverfahren, sucht Übernahme einer Allgemeinpraxis in München oder Oberbayern.

Anfragen unter Chiffre 2064/813 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Angehender

Radiologe

(4. Weiterbildungsjahr) sucht gelegentliche Mitarbeit in Röntgenpraxis und übernimmt Urlaubsvertretungen.

Telefon (09 11) 69 91 00

Regelmäßige

Mitarbeit in Praxis

oder anderer ärztlicher Institution gesucht von praktischer Ärztin, 45 Jahre, Raum Erlangen.

Anfragen unter Chiffre 2064/833 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Langzeit-EKG-Gerät

von der KV zugelassen, günstig zu verkaufen.

Telefon (08 31) 1 82 88

Anrachenbare Weiterbildungsangebote für die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse Psychotherapie

Bauintegrationen

In München - Mittwochabend

Gruppe 1: Prof. Dr. med. Wiesenhütter, Start: 30. 3. 1988, 18.15 bis 21.45 Uhr (2 Dstd.)

Gruppe 2: Dr. med. Dipl.-Psych. S. Gröniger, Start: 8. 4. 1988, 18.00 bis 21.30 Uhr (2 Dstd.)

Gruppe 3: Dr. med. Beata Schmutterer, Start: 30. 3. 1988, 18.30 bis 22.00 Uhr (2 Dstd.)

Kursbeschreibung und Weiterbildungsinformationen: Sekretariat der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse M.A.P. s. V., Beuerstraße 15, 8000 München 40, Telefon (0 89) 2 71 59 66

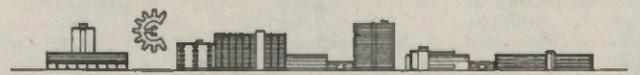
PRIVATABRECHNUNG ab 0,9% + NK - Individuelle Programme - Inkassodienst - Sofortauszahlung APV - Ärztliche Privatverrechnungsstelle GmbH Münchner Str. 1 - 8011 Kirchheim Telefon 0 89 9 03 06 76 u. 9 03 02 24

München - Praxisräume

In Einkaufszentrum zu vermieten (Einzugsbereich für Gebietsarzt 15 000 bis 20 000 Einwohner).

Bitte kein HNO-, Allgemein-, Zahn-, Augenerzt, Neurologe, Orthopäde oder Frauenarzt, da bereits vorhanden.

Telefon (0 89) 8 34 34 57 sb 20.30 Uhr



Wir vermieten in Regensburg am Donaupark, in unmittelbarer Nachbarschaft des neuen Kur- und Bäderzentrums, der Firma Siemens sowie eines gehobenen Wohngebietes

Arztpraxen

Bereits im Hause: Internistische Gemeinschaftspraxis mit Röntgenabteilung und Labor, Arbeitsmedizinischer Dienst, physiotherapeutische Abteilung mit Bewegungsbad und Sauna.

Hervorragende Infrastruktur, Parkhaus, Bushaltestelle, Hotel, Konferenzräume.

Anfragen an:

Liegenschaftsverwaltung Dr. Robert Eckert, z. Hd. Harrn Dir. Tremel, Purcellstraße 40, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 20 32 77

Praxisräume

In attraktivem ärztlichen Versorgungsbereich, ca. 12 km östlich Stadtgränze Nürnberg, von Privat langfristig zu vermieten. Auf Planung kann noch Einfluß genommen werden. (Provisionafreie) Kontaktaufnahme bitte über

KLEBL GMBH, Telefon (0 91 81) 900-220

Gewerbefläche

(geeignet für Gebietsarztpraxis z. B. Augenarzt)

Mittelzentrum von 8751 Eisenfeld zu vermieten. Fertigstellung voraussichtlich Ende Dezember 1988, Ausbauwünsche können noch berücksichtigt werden.

Rudi Schuck, 8751 Eisenfeld, Telefon (0 60 22) 91 54 oder Wirtschaftsprüfer Ludwig Stedler, 8000 München 2, Telefon (0 89) 59 23 45.

Zu vermieten:

Praxis- und Büroräume

zentrale Südstedtflage von Nürnberg, reinee Geschäftshaus, Aufzug, Hausmeister, 129 qm, 4. Obergeschoß, DM 2000,- + DM 400,- Nebenkosten, Kaution DM 4000,-, ab 1. Januar.

Anfragen an: Link'sche Hausverwaltung, Telefon (09 11) 26 01 11

8623 Staffelstein

Obermain-Therme
Praxisräume

in bester Geschäftslage, bevorzugt Gebietsarzt (Internist und Apotheke bereits vergeben). Direkt vom Bauherrn zu vermieten oder zu verkaufen. Das walteren bieten wir Ferienwohnungen Nähe Thermalbad an.

Fs. M.K.B., 8623 Staffelstein, Postfach 1325, Telefon (0 95 73) 66 66

Suche (biets)

Praxismitarbeit

vorzugsweise Süddeutschland. Allgemeinmediziner, 41 Jahre alt. Anfragen unter Chiffre 2064/838 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Anzeigenschluß

für die

Ausgabe April

ist am 9. März 1988

Vermietung Arztpraxen

Geplant für Bezug Ende 1988 in 8905 Maring. DG: Geeignet für Hautarzt, HND-Arzt, Neurologe und Orthopäde. Im EG vorhanden: Apotheke, Reformhaus, Cafeteria. DG: Heilgymnastik, Massage- und Fußpflege. KG: Stellplätze, Kellerantenna.

Vermittlung durch Immobilien-service Kolb, Telefon (08233) 8152

ÄRZTE-DIENST

Völker GmbH · Wartbergstraße 19
7100 Hellbronn Tel. 07131/10997

PRAXISKOSTEN SENKEN



Blutdruck-

meßgerät

Manuell Primus
Speidel + Keller

Ein Blutdruckmeßgerät mit eingebauter Überdrucksicherung und Stoffklett-Manschette. Das Gerät ist vernickelt und verchromt.

Blutdruckmeßgerät 58,00
Eichkosten 9,00

Stethoskop 27,00
Planoskop

Stethoskop mit superflachem Bruststück, erstklassiger Tonübertragung durch Spezial-Y-Kunststoffschlauch und durch Spezial-Membrane.

Ärzte-Krepp

Die hygienische Liegenabdeckung, hochweiß gebleicht

8el Abnahme von, 10 30 50
39 cm x 50 m lang 6,40 6,15 5,95
45 cm x 50 m lang 7,05 6,80 6,55
55 cm x 50 m lang 8,40 8,10 7,85
59 cm x 50 m lang 8,80 8,50 8,20
jeweils per Rolle in DM.

EKG-Papier

Fordern Sie unser Angebot an.
Noch nie war EKG-Papier so preiswert!

Alle Preise zzgl. Mwst.

Achten Sie auf unsere
Brief-Aussendung!