



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

April 1988

Zur Kenntnis genommen:

Meiner Berichterstattung über den Entwurf des „Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen“ im Januar, Februar und März kann ich noch nichts Neues hinzufügen. Auch nach den Anhörungen der Sachverständigen wissen wir noch nicht, welchen Forderungen und Änderungsvorschlägen der verschiedenen Gruppen der betroffenen „Leistungserbringer“ der Bundesarbeitsminister folgen wird. Es bleibt auch abzuwarten, welchen Bedenken aus Kreisen der Koalition er Rechnung tragen muß. Den Regierungsentwurf erwartet man nicht vor Mitte April. Was dann in den folgenden Monaten aus der Mühle der parlamentarischen Beratung herauskommt, ist die weitere offene Frage. Eine „Zwischenbilanz“ ist also sehr schwierig zu erstellen. Sicher erscheint mir, daß die Koalition das Gesetz durchziehen wird – trotz vieler Bedenken, die auch aus den eigenen Reihen geäußert werden. Ein Scheitern würde die Regierungsfähigkeit in Frage stellen. Steuerreform, Reform der Krankenversicherung und der Rentenversicherung sind die drei großen Vorhaben dieser Legislaturperiode. Ob alle drei zu verwirklichen sind, mag dahingestellt bleiben. Bei der Rentenreform wird es am schwierigsten werden. Deshalb müssen die beiden anderen laufen. Unsere Einwände gegen den Referententwurf – auch soweit sie noch keinen Erfolg hatten – sind wohlbegründet. Wir sollten auch weiterhin in der Sache argumentieren und nicht agitieren. Die Anzeigenaktion der Pharmaindustrie lehne ich ebenso ab wie die Blüm'sche Nebentätigkeit als Plakatkleber auf Kosten der Steuerzahler.

Es gab im März noch einiges, was Besorgnis auslösen und Verwirrung stiften könnte. So hat die Bundesregierung die „3. Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte“ verabschiedet und dem Bundesrat zugeleitet. Vorausgegangen sind

jahrelange, besonders in den letzten Monaten sehr schwierige, auch unerfreuliche Verhandlungen der ärztlichen Berufsvertretung mit dem Bundesarbeitsministerium. Das Ergebnis kann man eigentlich nur als enttäuschend bezeichnen. Zwar wurde der Punktwert von zehn auf elf Pfennige erhöht, die Gebühren für Laborleistungen aber zugleich um 20 Prozent in den Punktzahlen abgesenkt. Im Geldwert macht das zwölf Prozent aus. Man rechnet mit einem Anstieg der Privathonorare um durchschnittlich vier Prozent. Die Leidtragenden werden wieder die Allgemeinärzte und Internisten sein, die von der Laborabsenkung am meisten getroffen werden und durch die Anhebung des Punktwertes bestenfalls den Ausgleich, keinesfalls aber einen Zuwachs zu erwarten haben. Werden die Laborleistungen mit einem voll oder weitgehend mechanisierten Gerät erbracht, dann dürfen nur 70 Prozent der abgesenkten Werte verrechnet werden.

Bedauerlicherweise ist es nicht zu einer ausreichenden Aufnahme neuer Gebührenordnungspositionen gekommen, die im klinischen Bereich erbracht werden. Dies ist für liquidationsberechtigte Ärzte enttäuschend.

Man kann zwanglos zum neuen EBM überleiten. Alles wartet gespannt auf die Ergebnisse der Abrechnung des IV. Quartals 1987. Bis dieser Artikel erscheint, ist der Vorhang gelüftet. Der Übergang auf die neuen Abrechnungsnummern hat einige Schwierigkeiten bereitet. Nach den Ergebnissen der Ersatzkassenabrechnung hat ein Großteil der Kolleginnen und Kollegen offensichtlich mit Sorgfalt und Zurückhaltung abgerechnet. „Ausreißer“ sind korrigierbar. In Einzelfällen werden allerdings auch weitergehende Konsequenzen notwendig sein. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns wird

die Entwicklung sorgfältig beobachten, um auf den Ausgleich von Ungerechtigkeiten hinwirken zu können.

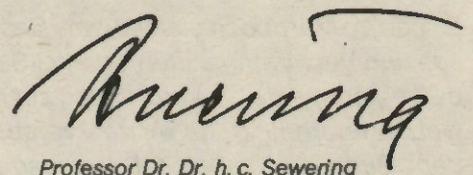
Die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ hat sich in ihrer Frühjahrssitzung das Thema „Gesundheitsberichterstattung“ vorgenommen. Es wird noch viel darüber nachzudenken sein, was man darunter zu verstehen hat und was bewirkt werden soll. Eine Art „Volksepidemiologie“ könnte gleichbedeutend sein mit Datenspeicherung durch die Hintertür. Andererseits soll nicht verkannt werden, daß Morbiditätsstatistiken, sofern sie korrekt erstellt werden, für die Gesundheitspolitik und die Infrastruktur der ärztlichen Versorgung wertvoll sein können. Verlautbarungen jeweils an einem bestimmten Krankheitsbereich interessierter Gruppen, zum Beispiel über die Zahl der Diabetiker, Rheumatiker, Allergiker, Bronchitiker oder Umwelt-Vergiftete, könnten dann ins richtige Licht gesetzt werden. Denn nicht selten wird der Eindruck erweckt, wir seien ein Volk von Kranken und Behinderten. Merkwürdig dabei: gesundheits- und sozialpolitische Diskussionen beschäftigen sich mit den Auswirkungen der stetig steigenden Lebenserwartung und der damit zunehmenden Zahl alter Menschen. Mit der „Multimorbidität“ läßt sich offenbar doch auch ganz gut und lang leben. Zu den Aufgaben der „Konzertierten Aktion“ gehört es auch, die Kostenentwicklung zu beobachten. Für 1987 geht man von einer 2,2prozentigen Grundlohnsteigerung aus. Die Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung stiegen (geschätzter Wert) um 2,8 Prozent, Arzneimittel um 6,4 Prozent, Heil- und Hilfsmittel um 8,1 Prozent und Krankenhausbehandlung um 4,1 Prozent.

Eine Empfehlung über die Anpassung der kassenärztlichen Gesamtvergütung ist derzeit nicht erforderlich, weil die geltenden Verträge noch nicht abgelaufen sind. Im übrigen besteht Übereinstimmung, daß die laufenden Vergütungsregelungen bis zum Abschluß der Erprobung des am 1. Oktober 1987 in Kraft getretenen EBM für die ärztlichen Leistungen beibehalten werden sollen.

Neue Verwirrungen hat es auch um die AiP-Zeit gegeben. Ich darf kurz rekapitulieren: Die Bundesärzteordnung in ihrer derzeitigen Fassung schreibt vor, daß vor Erteilung der Approbation eine zweijährige Tätigkeit als Arzt im Praktikum abzuleisten ist. Für eine Übergangsfrist bis 1991 beträgt sie 18 Monate. Als Zeitpunkt des Inkrafttretens war der 1. Juli 1987 vorgesehen, der dann aber um ein Jahr verschoben wurde. Die ersten Ärzte im Praktikum

soll es also nach dem 1. Juli dieses Jahres geben. Im Zusammenhang mit dem Referentenentwurf für das Gesundheits-Reformgesetz wurde dann aber auch ein Entwurf zur Änderung der Bundesärzteordnung vorgelegt. Der Text ist schlicht und einfach: das Wort „zweijährige“ wird durch „einjährige“ ersetzt. Diese Verkürzung auf ein Jahr sollte erfolgen, weil man nach der Approbation eine einjährige Vorbereitungszeit vor der Kassenzulassung vorschreiben wollte. Das löste verständlicherweise einen Sturm der Entrüstung aus. Man war sich darüber einig, daß eine nur einjährige Praktikantenzeit völlig sinnlos ist und deshalb besser darauf verzichtet werden sollte. Inzwischen gibt es wieder eine neue Version. Es soll bei der AiP-Zeit von 18 Monaten bleiben und nach der Approbation auch eine einjährige Vorbereitungszeit vorgeschrieben werden. Die AiP-Zeit soll aber mit sechs Monaten auf diese Vorbereitungszeit angerechnet werden. Würde dann die AiP-Zeit im Krankenhaus abgeleistet werden, die verbleibenden sechs Monate Vorbereitungszeit in einer Allgemeinpraxis, dann wäre auch der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin voll Rechnung getragen. Ich kann den Unmut und die Verunsicherung der Medizinstudenten verstehen, die sich ob dieses „Hick-Hack“ verschaukelt fühlen und ihre berufliche Zukunft nicht mehr planen können.

Als Ausdruck der völligen Verwirrung möchte ich es auch werten, wenn plötzlich von einem neuen Ausbildungsmodell gesprochen wird, das auch schon die Bezeichnung „Y-Modell“ hat. Man denkt dabei an ein gemeinsames fünfjähriges Grundstudium für alle Medizinstudenten, das mit einem Diplom abschließt. Anschließend muß sich der „Diplommediziner“ entscheiden, ob er Allgemeinarzt werden will oder in welchem Fachgebiet er sich weiterbilden möchte. Nach Abschluß dieser Weiterbildung, die dann natürlich echte Ausbildung wäre, bekäme er die Approbation als „Arzt für ...“. Dieses Modell würde das Ende des einheitlichen Arztberufes bedeuten. Das war stets die gemeinsam getragene Überzeugung in der Ärzteschaft. Auch politische Verunsicherung durch wechselhafte AiP-Gestaltung darf uns nicht davon abbringen.



Professor Dr. Dr. h. c. Sewering



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 vereinzelten 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 GM8H · 1000 Berlin 10

Die Leichenschau, eine ärztliche Aufgabe

von Wolfgang Spann

Der zunehmend häufigere Wunsch Ärztlicher Kreisverbände nach Fortbildungsvorträgen zum Thema Leichenschau spricht ebenso wie die kritische Beurteilung zahlreicher Leichenschauscheine für ein Wissensdefizit vieler Ärzte auf diesem Gebiet. Dieser Mangel betrifft sowohl den formalen Teil der Leichenschau, das heißt die Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben, als auch die pathophysiologischen Grundlagen des Todesgeschehens, nicht zuletzt auch das praktische Handeln. Zur Vermeidung von Mißverständnissen muß gleich an dieser Stelle deutlich gemacht werden, daß eine Nichtübereinstimmung des Obduktionsergebnisses mit der Leichenschau-diagnose für sich allein keineswegs für eine mangelhafte Leichenschau spricht. Es wäre traurig, wenn eine innere Leichenschau nicht ein besseres Ergebnis erwarten ließe, als dies bei der äußeren Leichenschau – selbst bei Beachtung aller Kunstregeln – möglich ist. Hauptgründe für eine nicht korrekte Leichenschau sind nach unserer Erfahrung die Nichterfüllung der Minimalanforderungen des Staates durch den Leichenschauer, zum Teil aber auch die Außerachtlassung berechtigter Anliegen der Angehörigen des Verstorbenen gerade im Hinblick auf Ursachenzusammenhänge, zum Beispiel zwischen Unfall und Tod. Andererseits darf der Arzt in bestimmten Fällen den Wünschen, nicht selten sogar den Forderungen der Angehörigen nicht nachkommen, zum Beispiel, wenn verlangt wird, einen Suizid auf dem Leichenschauschein nicht als solchen auszuweisen.

Das Leichenschaurecht ist Länderrecht und somit in den einzelnen elf Bundesländern keineswegs bundeseinheitlich geregelt. Die Gültigkeit der einzelnen Landesgesetze ist identisch mit den Ländergrenzen. In grenznahen Bereichen muß der Leichenschauer, unter Umständen je nach Liegeort der Leiche, unterschiedliche gesetzliche Vorschriften für sein Handeln berücksichtigen. Im folgenden wird das Bayerische Bestattungsgesetz vom 11. November 1974 zugrunde gelegt.

In allen Bundesländern einheitlich ist – im Gegensatz zu früher – die Lei-

chenschau als ärztliche Aufgabe geregelt. Mit einer einzigen Ausnahme in Schleswig-Holstein, wo auf kleinen Inseln ohne Arzt auch noch die Laienleichenschau unter bestimmten Voraussetzungen zulässig ist. Im Gegensatz zu der bundeseinheitlichen Regelung, nach der, von der zitierten Ausnahme abgesehen, die Leichenschau ärztliche Aufgabe ist, weichen die Vorschriften über die Verpflichtung zur Leichenschau nicht unwesentlich voneinander ab. In Bayern ist gemäß Artikel 2 Bestattungsgesetz jeder Arzt, der in dem Gebiet der Kreisverwaltungsbehörde, in dem sich die Leiche befindet, oder in dem Gebiet einer angrenzenden freien Gemeinde niedergelassen ist, zur Leichenschau verpflichtet. Außerdem ist in Krankenhäusern und Entbindungsheimen jeder dort tätige Arzt zur Leichenschau verpflichtet. Die Durchführung der Leichenschau ist somit für den genannten Personenkreis gesetzlich geregelte ärztliche Pflicht und nicht in das Ermessen des zur Leichenschau aufgeforderten Arztes gestellt. Diese Verpflichtung gilt auch zur Nachtzeit, sowie an Sonn- und Feiertagen. Darüber hinaus ist jeder approbierte Arzt berechtigt, die Leichenschau durchzuführen.

Der Arzt kann die Leichenschau nur dann verweigern, wenn sie ihn oder einen Angehörigen, zu dessen Gunsten ihm im Strafrecht wegen familienrechtlicher Beziehungen das Aussageverweigerungsrecht zusteht, der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden. Eine theoretische Vorschrift, die in der täglichen Praxis keine Rolle spielt.

Wer täglich praktisch mit den Problemen der Leichenschau befaßt ist, der weiß, wie es für Polizeibeamte besonders an Sonn- und Feiertagen bestellt ist, wenn es darum geht, rasch einen Arzt zur Leichenschau zu bekommen. Dazu kommt ein nicht selten bei Ärzten zu beobachtendes, gelinde gesagt zurückhaltendes Verhältnis allen polizeilichen Maßnahmen gegenüber.

Eine oft gestellte Frage betrifft die Verpflichtung der Notärzte im Einsatz. Gehören der Notarztwagen und der

Notarzt zum Krankenhaus, so sind beide nach meiner Meinung „vorgesobener Teil“ des Krankenhauses und der Notarzt als Arzt des Krankenhauses zur Leichenschau verpflichtet. Gleiches gilt nach meiner Meinung, wenn der Wagen nicht Teil des Krankenhauses ist, jedoch mit einem Arzt des Krankenhauses besetzt ist. Ebenso klar ist die Situation, wenn der Notarzt niedergelassener Arzt ist.

Kommt der Notarzt zu einer leblosen Person ohne sichere Todeszeichen, so muß er zunächst davon ausgehen, daß Reanimationsmaßnahmen möglicherweise erfolgreich sein könnten und diese einleiten. Keinesfalls darf er der Forderung von am Ort anwesenden Angehörigen nach einer Unterlassung dieser Maßnahmen nachgeben. Nicht die Bequemlichkeit der Notärzte ist es – wie vielfach angenommen wird –, was diese mit der Durchführung der Leichenschau so zurückhaltend sein läßt, sondern die Forderung nach einer zuverlässigen Feststellung des eingetretenen Todes zu einem Zeitpunkt, an dem dies infolge Fehlens sicherer Todeszeichen vielfach noch nicht möglich ist. Der Notarzt ist häufig bestrebt, diese Entscheidung von sich wegzuschieben, nicht selten mit der Begründung, daß er für die Leichenschau nicht zuständig sei, oder gar mit dem Einwand, daß keines der sicheren Todeszeichen vorhanden sei, das ihm die zuverlässige Feststellung des Todes ermöglichen würde. Letzteres ist deshalb ein gefährliches Argument, weil es sich gegen ihn, das heißt gegen den Notarzt selbst, wenden kann, wenn ihm ex post entgegengehalten wird, daß er solange von der Möglichkeit einer aussichtsreichen Reanimation auszugehen habe, bis er sichere Zeichen des Todes habe. Andererseits ist bekannt, daß gerade durch die Reanimationsmaßnahmen, insbesondere die Herzmassage, das Auftreten der Totenflecke verzögert wird. Selbst der Einwand, der vorzeitige Abbruch der Reanimationsmaßnahmen sei deshalb erfolgt, weil ein Ruf zu einem anderen Notfall erfolgt sei, ist gefährlich, weil erst nach ausreichender Versorgung des Erstfalles bzw. der Feststellung des eingetretenen Todes dieser verlassen werden darf. Steht der Tod fest, so wird der Notarzt bei einem Ruf zu einem anderen Notfall nicht weitere kostbare Zeit mit Formalitäten wie Ausfüllen des Leichenschauscheines verlieren dürfen. Fehlt eine ausreichende Begründung für das Ver-

kostensenkende
Marken-Präparate

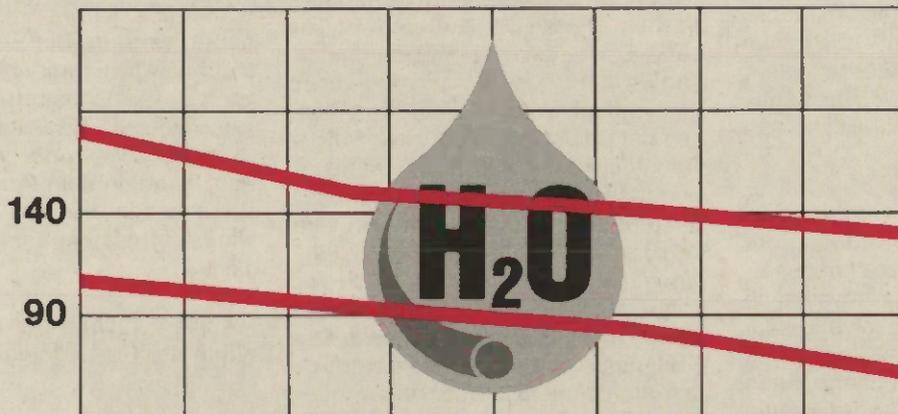
**AZU-
CHEMIE**

Mehr Sicherheit bei Hypertonie

Diutensat®

Triamteren · Hydrochlorothiazid

diuretisch + blutdrucksenkend



● kaliumneutral ● herzschonend

senkt Blutdruck und Arzneikosten

20 Tabl. N1 DM 6.65

50 Tabl. N2 DM 14.65

100 Tabl. N3 DM 27.65

Zus.: 1 Filmtabl. enthält: Triamteren 50 mg, Hydrochlorothiazid 25 mg. **Indik.:** Leichte Hypertonie, kardiales, hepatogenes, renales Ödem. Entwässerung bei digitalisierten Patienten mit Herzinsuffizienz. **Kontraind.:** Sulfonamid-Überempfindlichkeit, schwere Nierenfunktionsstörungen (Kreatinin-Clearance unter 30 ml/min. bzw. Serumkreatinin über 2 mg/100 ml), Coma hepaticum, Hyperkaliämie, Hypokaliämie, Schwangerschaft, Stillzeit. **Nebenwirk.:** Magen-Darm-Beschwerden, Muskelverspannungen, Schwindel, Kopfschmerzen, Mundtrockenheit, Blutbildveränderungen, Erhöhung der Blutfette, Pankreatitis, allergische Hautreaktionen. Verschlechterung einer latenten Zuckerkrankheit oder Gicht. Die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen kann beeinträchtigt werden. **Dos.:** Hypertonie: Initial morgens u. mittags 1 Tabl. Dauerbehandlung: In der Regel 1 Tabl. morgens. Ödeme: Initial morgens u. mittags 1 bis 2 Tabl. Erhaltungsdosis allgemein ½ Tabl. täglich bzw. 1 Tabl. an jedem 2. Tag. **Azupharma, 7016 Gerlingen**

lessen des Notfallortes, so ist der Notarzt unter den obengenannten Voraussetzungen, das heißt der Zugehörigkeit zu dem Krankenhaus, das den Notarztwagen stellt, verpflichtet, die Leichenschau ordnungsgemäß durchzuführen und die Bescheinigung darüber auszustellen.

Nur wenige unserer in der Praxis tätigen Kollegen wissen, wie exakt sich der Gesetzgeber im Hinblick auf die Dringlichkeit der Leichenschau festgelegt hat. Vielfach besteht die Auffassung, daß die Leichenschau sozusagen mit der linken Hand dann zu machen sei, wenn alles andere erledigt ist. Die zur Veranlassung der Leichenschau Verpflichteten (in erster Linie Angehörige) haben die Leichenschau unverzüglich – zur Nachtzeit allerdings nur, wenn Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen – zu veranlassen (§ 1 Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes vom 26. November 1974). Diese Vorschrift der Verständigung zur Nachtzeit überfordert die zur Veranlassung der Leichenschau verpflichteten Angehörigen zumindest in den Fällen, in denen gerade durch den Leichenschauer erst geklärt werden soll, ob ein natürlicher oder nicht natürlicher Tod vorliegt.

Der zur Leichenschau gerufene Arzt hat gemäß § 3 der Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes die Leichenschau unverzüglich vorzunehmen. Unverzüglich bedeutet in diesem Zusammenhang ohne schuldhaftes Zögern. Nur dann, wenn ein triftiger Grund (z. B. Versorgung eines Notfalles) als Hinderungsgrund gegeben ist, darf die Durchführung der Leichenschau bis zur Erledigung dieser Aufgabe, keinesfalls länger, zurückgestellt werden. Die Forderung des Gesetzgebers, die Leichenschau unverzüglich durchzuführen, ist schon deshalb berechtigt, weil im Falle eines Scheintodes nicht wertvolle Zeit verlorengehen darf.

Der Leichenschauer hat drei Aufgaben zu erfüllen. Als erstes muß er den eingetretenen Tod feststellen. Sodann muß er bemüht sein, die Todesursache zu ermitteln. Schließlich hat er zu prüfen und zu entscheiden, ob Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod gegeben sind. Darüber hinaus hat er die Verpflichtung, die Todesbescheinigung auszustellen. Die Bescheinigung hat in der vorgeschriebenen Form (Vordruck) zu er-

folgen. Sie ist in allen Fällen, in denen keine Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen, samt Durchschrift dem auszuhändigen, der die Leichenschau veranlaßt hat. Ergeben sich gemäß § 4 Abs. 1 der Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod, oder wird die Leiche eines Unbekannten aufgefunden, so dürfen bis zum Eintreffen des Arztes, der die Leichenschau vornimmt, an der Leiche nur Veränderungen vorgenommen werden, die aus Gründen der öffentlichen Sicherheit zwingend erforderlich sind. Der zur Leichenschau zugezogene Arzt hat in diesen Fällen sogleich die Polizei zu verständigen und ihr die Todesbescheinigung mit der Durchschrift zuzuleiten.

Nur die erste Aufgabe, die Feststellung des eingetretenen Todes, kann und muß in jedem Falle allein mit naturwissenschaftlichen Methoden, das heißt mit der Erhebung von Befunden an der Leiche und daraus zu ziehenden Schlußfolgerungen, erfüllt werden. Die beiden anderen Aufgaben, Ermittlung der Todesursache und Prüfung, ob ein nicht natürlicher Tod vorliegt, bedürfen fast immer neben der Befunderhebung einer Ermittlungstätigkeit. Diese bezieht sich auf gezielte Befragung von Personen der Umgebung, aber auch auf gewisse kriminalistische Überlegungen, allerdings nur insoweit, als die Grenze zur kriminalpolizeilichen Ermittlungstätigkeit nicht überschritten wird. Die Bestimmung dieser Grenze ist für den Arzt als Leichenschauer schon deshalb nicht einfach, weil sie zur Zeit der Leichenschau anders erscheinen kann, als dies bei einer späteren Beurteilung der Fall sein könnte. Mit anderen Worten: Das Problem für den Leichenschauer liegt darin, daß er zum Zeitpunkt der Leichenschau praktisch in keinem Fall mit Sicherheit vorhersehen kann, ob und gegebenenfalls welche Dimension der Fall möglicherweise in Zukunft erreichen kann. Entscheidungsgrundlage ist die Situation, wie sie sich dem Arzt zum Zeitpunkt der Leichenschau darstellt. Die Tätigkeit des Leichenschauers hat sich auf die genannten drei Aufgaben und die daraus resultierenden Verpflichtungen zu beschränken. Keinesfalls ist der Arzt Herr des Verfahrens. Mit der Feststellung von Anhaltspunkten für einen nicht natürlichen Tod und Verständigung der Polizei ist seine Aufgabe beendet. Alle weiteren Maßnahmen

fallen nicht in seine Zuständigkeit. Ist zum Zeitpunkt des Eintreffens des Leichenschauers bereits ein Polizeibeamter am Ort oder kommt dieser während der Leichenschau hinzu, so ist dieser der Herr des Verfahrens. Die Tätigkeit des Arztes, und sei er ein noch so erfahrener Gerichtsmediziner, beschränkt sich auf die Gehilfenfunktion gegenüber den die Ermittlung leitenden Polizeibeamten bzw. Staatsanwalt. Aber auch die Verantwortung des Leichenschauers endet dort, wo polizeiliche Aufgaben beginnen.

Im Zusammenhang mit der Erfüllung der drei genannten Aufgaben steht die Frage nach dem Zeitpunkt des Todesesintrittes. In aller Regel verläßt sich der Leichenschauer hier auf die Angaben der Personen, die Zeugen des Todesesintrittes und damit des Zeitpunktes gewesen sind. Die Feststellung des Todeszeitpunktes ohne zuverlässige Angaben ist ex post schwierig, sie bedarf großer Erfahrung und sollte immer mit einem gewissen Spielraum, zum Beispiel zwischen 0.00 Uhr und 4.00 Uhr, angegeben werden. Die Bestimmung der Leichenkörpertemperatur (rektal, zentrale Lebertemperatur) kann gerade in den ersten Stunden nach dem Tode für die Todeszeitbestimmung sehr hilfreich sein. Auf sie sollte bei Kapitaldelikten schon wegen der Unwiederbringlichkeit nicht verzichtet werden.

Für die Erfüllung der drei Aufgaben gilt in der Praxis folgendes:

1. Der Tod ist festgestellt, wenn mindestens eines der drei sicheren Todeszeichen zuverlässig nachgewiesen ist. Erst dann darf gemäß § 3 der Verordnung zur Durchführung des Bestattungsgesetzes die Todesbescheinigung ausgestellt werden. Die drei sicheren Todeszeichen sind Totenflecke, Totenstarre und Fäulnisersehnungen. Als viertes, mit zunehmendem Zeitablauf sicherer werdendes Todeszeichen gilt der Befund weiter lichtstarrer Pupillen. Dieser Befund hat als Zeichen der Erstorientierung bei Verunfallten einen hohen Stellenwert. Sind die Pupillen länger als 40 Minuten weit und lichtstarr, so ist dieser Befund ebenfalls als sicheres Todeszeichen zu werten. In der Praxis kann auch der Befund nach einem Polytrauma, zum Beispiel Abtrennung des Schädels, als sicheres Todeszeichen gewertet werden.

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

a)

Die Totenflacke kommen nach Stillstand des Kreislaufes durch das Absinken des Blutes von den oberen und mittleren Körperpartien in die tiefer gelegenen Regionen zustande. Sie treten frühestens nach 20 bis 30 Minuten beidseits des Halses (cava: Verwechslung mit Würgemalen), langsam in die Nackengegend absinkend auf. Die Totenflecke bilden sich an den abhängenden Partien der Leiche, ihre Lokalisation wird bestimmt von der Lage des Körpers nach Todeseintritt, entweder bei Rückenlage am Rücken und an der Rückseite der Beine, oder bei senkrechter Körperhaltung, zum Beispiel bei Erhängen, unterhalb der Gürtellinie an der Vorder- und Rückseite. Die volle Ausprägung ist nach etwa sechs bis zwölf Stunden abgeschlossen. Totenflecke sind sichtbarer Ausdruck der Ansammlung von Blut infolge postmortalen Volumenverschiebung, dabei bleibt das passiv abgesunkene Blut zunächst intravasal und gelangt erst später durch Diffusion von Flüssigkeit mit geistern Hämoglobin in den perivaskulären Bereich. Solange das Blut intravasal ist, lassen sich die Totenflecke durch mehr oder weniger starken Fingerdruck noch wegdrücken. Dieses Phänomen gibt dem Erfahrenen Auskunft über die Länge der seit dem Todeseintritt verstrichenen Zeit. Grob orientierend gilt: Die Wegdrückbarkeit schwindet, langsam zunehmend, etwa nach Ablauf von 12 bis 20 Stunden. Allerdings ist sie dann in der Regel auf starken Druck mit dem Fingernagel noch längere Zeit möglich. Erfolgt in der Frühphase nach Todeseintritt eine Umlagerung der Leiche, so „wandern“ die Totenflecke in der Regel unter Zurückbleiben von sogenannten Resttotenflecken am primären Entstehungsort.

b)

Die Totenstarre ist der Ausdruck nicht näher geklärter biochemischer Veränderungen in der Muskulatur. Sie bildet sich in der Reihenfolge von oben nach unten aus, beginnend an der Kiefermuskulatur über den Schultergürtel bis zu den Fingern und über das Becken bis zu den unteren Gliedmaßen. Die Ausbildung der Totenstarre beginnt etwa zwei Stunden nach Todeseintritt und ist sechs bis zwölf Stunden nach dem Tode voll ausgeprägt. Die Lösung der Starre beginnt bei Temperaturen um 20 °C etwa 36 bis 48 Stunden nach dem Tode. Bei geringeren Temperaturen

kann die Lösung bis zu Wochen verzögert werden.

c)

Das Auftreten von Fäulnisveränderungen ist in hohem Maße abhängig von der Umgebungstemperatur. Das gleichmäßige Bestehen von Temperaturen unter 0 °C verhindert die Entstehung von Fäulnis, während Zimmertemperatur und darüber das Auftreten und Fortschreiten der Fäulnis begünstigt. Erste sichtbare Zeichen sind die Trübung der Hornhäute und Grünverfärbung der Unterbauchregion an der rechten Seite.

2.

Die zweite Aufgabe betrifft die Todesursache. Im Gegensatz zur Feststellung des eingetretenen Todes, die zweifelsfrei zu erfolgen hat, kann die Todesursache in vielen Fällen nur mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit ermittelt werden. Vielfach kann durch die Beschau und Untersuchung der Leiche allein kein Rückschluß auf die Todesursache gezogen werden. In vielen Fällen ergibt sich aus der Beurteilung und Untersuchung der Leiche, und sei sie noch so gründlich, nur eine Vermutung darüber, welche Ursache letzten Endes den Tod ausgelöst hat. Weitere Aufschlüsse über die Todesursache bringen unter Umständen Ermittlungen aus der Vorgeschichte, insbesondere dann, wenn der Verstorbene in ärztlicher Behandlung stand, aber auch Befragung der Umgebung über das Todesgeschehen selbst. Die Eintragung der Todesursache auf dem Leichenschauschein hat schon deshalb mit Zurückhaltung zu erfolgen, weil dieser Diagnose von seiten der Behörde eine weit größere Sicherheit zugemessen wird, als dies in der Tat der Fall ist. Der Leichenschauer sollte sich nicht scheuen, seine Unsicherheit bzw. sein Nicht-

wissen in bezug auf die Todesursache auf dem Leichenschauschein zum Ausdruck zu bringen.

Wer einmal versucht hat, die Angaben der Todesursachen auf Leichenschauscheinen wissenschaftlichen Untersuchungen zugrunde zu legen, dem wird die Fraglichkeit der Treffer Sicherheit in den meisten Fällen rasch klar. Diese Erkenntnis, generell auf die Unfähigkeit der Leichenschauer rückzuschließen, ist deshalb nicht zuiässig, weil der Leichenschauer in vielen Fällen einfach überfordert ist, wenn er mit den ihm gegebenen Möglichkeiten die Todesursache ermitteln soll. Allerdings ist während der letzten Jahrzehnte die Zuverlässigkeit der Todesursachenfeststellung bei klinischen Diagnosen nach klinischem Krankenlager beachtlich angestiegen.

3.

Zur Erfüllung der dritten und letzten Aufgabe des Leichenschauers muß dieser in jedem Einzelfall prüfen, ob Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen. Gleiches gilt, wenn die Leiche eines Unbekannten aufgefunden wird. Mit dieser Aufgabe hat der Gesetzgeber allein dem Arzt als Leichenschauer praktisch die volle Verantwortung für die Kontrollfunktion im Hinblick auf das Unentdecktbleiben strafbarer Tatbestände aufgebürdet. Diese wichtige, unter Umständen folgenschwere Entscheidung muß der Arzt allein treffen und verantworten. Anhaltspunkte sind weniger als Verdachtsmomente. Strenggenommen sind Anhaltspunkte praktisch bereits dann gegeben, wenn eine Todesursache positiv nicht zuverlässig genannt werden kann. Wollte man in praxi bei dieser strengen Auslegung bleiben, so würde ein weit höherer Anteil aller Leichen einer behördlichen Untersuchung zugeführt werden müssen, als dies heute der Fall ist. Die Entscheidung über die Meldepflichtigkeit wurde im Einzelfall bisher und wird zum großen Teil heute noch dadurch geübt, daß man sich mehr oder weniger auf das Gefühl der einzelnen Leichenschauer verläßt, wobei diese bewußt oder unbewußt davon ausgehen, daß in aller Regel ein natürlicher Tod weit wahrscheinlicher ist als ein nicht natürlicher Tod. Daß diese derzeit praktizierte Methode keinen zuverlässigen Schutz gegen ein Unentdecktbleiben aller in Betracht kommenden Fälle bietet, beweisen immer wieder mehr oder weniger zufällig

S.O.S.
Flugrettung



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

Mitglied werden
für eine gute Sache

offenbar gewordene Fälle. Alle Angaben von Dunkelziffern sind nicht mehr als vage Vermutungen.

Keineswegs besteht Einigkeit darüber, wo die Grenze zwischen dem natürlichen und nicht natürlichen Tod liegt. Eine durchaus vertretbare, von mir nicht geteilte Auffassung geht dahin, daß ein Tod nur dann natürlich ist, wenn er am Ende eines Lebens ohne eine Erkrankung sozusagen durch Verlöschen eintritt. Nach dieser Definition wären alle anderen Todesursachen nicht natürlich. Wollte man dieser Definition folgen, so müßten alle nach einer Erkrankung verstorbenen Personen der Gruppe der nicht natürlichen Todesfälle zugeordnet werden. Bei dieser Aufteilung wäre es erforderlich, als dritte Gruppe neben natürlichem Tod und Tod nach Krankheit die Fälle einer gewaltsamen Tötung abzugrenzen.

Die geläufige Definition – der ich mich anschließe – unterscheidet zwischen natürlichem und nicht natürlichem Tod. Nach dieser Definition finden sich sowohl die Fälle, die am Ende des Lebens ohne Erkrankung ad exitum kommen – wenn es sie in praxi überhaupt gibt –, und die, die als Folge einer Erkrankung versterben, in der Gruppe der natürlichen Todesfälle. Die Erkrankung als solche, gleich ob sie zum Tode führt oder nicht, stellt nach dieser Definition ein natürliches Ereignis dar. Nicht natürlich sind die Fälle, in denen ein nicht natürliches Ereignis den Tod zur Folge hatte. Dabei spielt es für die Annahme eines nicht natürlichen Todes keine Rolle, ob der Tod unmittelbare oder mittelbare Folge des nicht natürlichen Ereignisses gewesen ist. Nicht natürlich setzt keineswegs voraus,

daß eine dritte Hand im Spiel gewesen ist. So ist jeder Suizid, aber auch jedes Unfallereignis ohne Beteiligung anderer Personen in die Gruppe der nicht natürlichen Todesfälle einzuordnen. Auch der Todesfall mit einer an sich natürlichen Todesursache, zum Beispiel einer Lungenembolie, zählt dann zu den nicht natürlichen Todesfällen, wenn die Lungenembolie die Folge einer Thrombose gewesen ist, die ihrerseits auf eine Knochenfraktur zurückzuführen ist. Eine Knochenfraktur ist – von Ausnahmen abgesehen – als Folge einer Gewaltwirkung ohne Rücksicht auf das Verschulden (z. B. Sturz auf der Straße oder Anfahren durch Pkw) immer ein unnatürliches Ereignis und somit als nicht natürlicher Tod einzuordnen. Bei dieser Überlegung kommt deutlich zum Ausdruck, daß es nicht in den Verantwortungsbereich des Leichenschauers fällt, zu entscheiden, ob eine strafbare Handlung vorliegt. Vielmehr ist es dann bei vorgelegtem Leichenschauschein Aufgabe der Strafverfolgungsbehörde, der Staatsanwaltschaft, zu prüfen, ob im Einzelfall weitere Untersuchungen durchgeführt werden müssen oder nicht. Der Leichenschauer übernimmt mit der Ausstellung des Leichenschauzeichens lediglich die Verantwortung darüber, ob weitere Ermittlungen angestellt werden oder nicht.

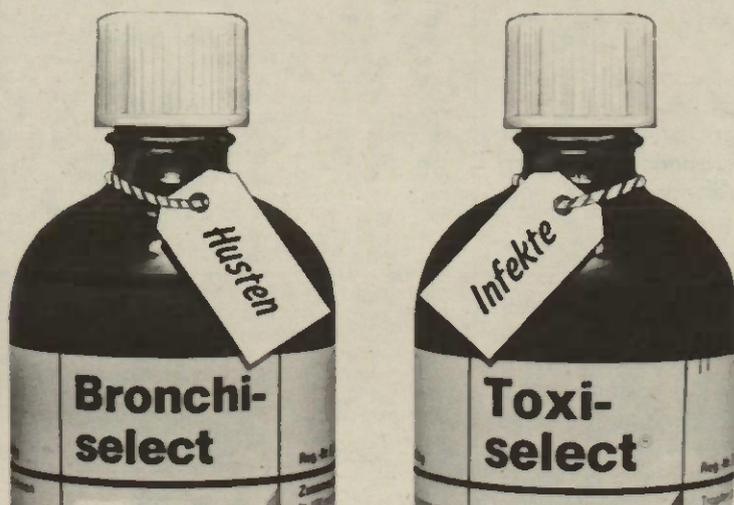
Nicht selten glaubt der Arzt als Leichenschauer, Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod seien nur dann gegeben, wenn ein Schuldiger für das Ereignis in Anspruch genommen werden kann. Die Entscheidung der Schuldfrage fällt weder in der Phase der Ermittlungen noch später in den Zuständigkeitsbereich des Arztes.

Obwohl der Leichenschauer nach dem bayerischen Gesetz nicht verpflichtet ist, die Leichenschau an der unbedeckten Leiche durchzuführen, empfiehlt es sich zumindest bei unklaren Todesfällen, die gesamte Leiche von vorne und hinten unbedeckt zu besichtigen.

Handelt es sich bei der zu beschauenden Leiche um die eines Neugeborenen, so ist zunächst zu klären, ob eine Lebendgeburt vorliegt. Eine Lebendgeburt liegt ohne Rücksicht auf Körperlänge und Körpergewicht dann vor, wenn der Herzschlag oder die Atmung oder der Puls der Nabelschnur beobachtet wurde. Fehlen diese Zeichen des Lebens sämtlich, so liegt keine Lebendgeburt vor. In diesen Fällen ist nochmals zu unterscheiden zwischen Tot- und Fehlgeburt. Beträgt das Gewicht der Leibesfrucht 1000 g und mehr, so handelt es sich um eine Totgeburt, ist das Gewicht geringer, so liegt eine Fehlgeburt vor. Für Lebend- und Totgeburten gelten die Vorschriften des Bestattungsgesetzes. Für Fehlgeburten gelten die Vorschriften nicht, sie müssen durch den Verfügungsberechtigten in schicklicher und gesundheitlich unbedenklicher Weise beseitigt werden.

Für die Feuerbestattung ist nach dem Bayerischen Bestattungsgesetz im Gegensatz zu den anderen Bundesländern keine zweite Leichenschau vorgeschrieben.

Anschrift des Verfassers:
Professor Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Spann, Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin der Universität München, Frauenlobstraße 7 a, 8000 München 2



Bronchi-select. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Drosera D₃ dil. 20 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Tartarus stibiatus D₄ dil. 20 ml, Spongia D₃ dil. 20 ml, Ipecacuanha D₄ dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Silicose, Rippenfellentzündung, Bruststiche. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. DRELUSO 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 G 40 ml, Lachesis D₃ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonia D₄ dil. 20 ml, Apis mellifica D₃ dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarrhe und grippeartige Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. DRELUSO 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.



Kontroversen in der Therapie des Harnsteinleidens

77. Fortbildungstagung In Regensburg

(Schluß)

Dr. D. Jocham, München:

Die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie

Indikationen, Grenzen, Resultate

In den letzten Jahren hat sich ein dramatischer Wandel in der Harnsteintherapie vollzogen; früher konnte vielfach nur offen operativ eine Sanierung des Harnsteines erfolgen, während heute bis zu 99 Prozent aller Harnsteine, die einer aktiven Therapie bedürfen, durch nicht- bzw. wenig invasive Verfahren saniert werden.

Die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (= ESWL) nimmt bei diesem Verfahren einen zentralen Platz ein. Der erste klinische Einsatz der ESWL erfolgte im Februar 1980 in München. Inzwischen gibt es in der Bundesrepublik Deutschland flächendeckend 21 ESWL-Zentren und weltweit über 220. Heute können mehr als 80 Prozent der spontan nicht abgangsfähigen Harnsteine des oberen Harntraktes mit der ESWL erfolgreich behandelt werden. Da die Ultraschalldiagnostik zu einer immer frühzeitigeren Steindiagnose führt, ist in den nächsten Jahren eine Erfolgsrate von 90 Prozent aller Harnsteine mit einer ESWL-Monotherapie zu erwarten.

Als Kontraindikation hat sich die Obstruktion unterhalb des Steines erwiesen sowie eine nicht beherrschte Blutgerinnungsstörung. Ein Aneurysma im Stoßwellenbereich und eine Schwangerschaft stellen mangels klinischer Erfahrung und denkbarer Interaktionen weitere Kontraindikationen für diese Methode dar.

Es hat sich gezeigt, daß bei röntgenologischer Beurteilung des Steines ein Längsdurchmesser von mehr als 2,5 cm überwiegend Steinvolumina repräsentiert, die bevorzugt kombiniert therapiert werden, während kleine Steinmassen durch eine ESWL-Monotherapie anzugehen sind. Die Kombinationstherapie mit anderen Methoden ist insbesondere bei partiellen und totalen Ausgußsteinen indiziert. Dabei kommt vor allem ei-

ne Parenchym-schonende operative Entfernung der Hauptsteinmasse in Betracht ebenso wie die perkutane Lithotripsie. Schwer erreichbare Steinreste, insbesondere in den Nierenkelchen, werden anschließend durch die ESWL beseitigt.

Auch die Steinart beeinflusst den Therapieerfolg. Bei Kalziumoxalatsteinen finden sich ebenso wie beim Zystinstein nach ESWL größere, das heißt schlechter ausscheidbare Teilkomponente als beim Infekt- oder Harnsäurestein. In Abhängigkeit von der Steinmasse und der Größe der Teilkomponente ergibt sich auch ein unterschiedlicher Bedarf für auxiliäre Maßnahmen, wie perkutane Nierenfistel, Harnleiterschlinge, Ureterorenoskopie, Lithotripsie bzw. offene Operation. Der Anteil dieser Maßnahmen im Gesamtkollektiv aller ESWL-behandelten Steine beträgt 16 Prozent.

Harnleitersteine, neuerdings auch die im unteren Harnleiterdrittel, sind mit der ESWL ebenfalls sehr erfolgreich zu behandeln. Bei spontan nicht-abgangsfähigen Harnleitersteinen oberhalb des Beckenkamms ist die ESWL das therapeutische Mittel der Wahl. Mehr als zwei Drittel der Harnleitersteine läßt sich durch die ESWL-Monotherapie ohne auxiliäre Maßnahmen erfolgreich behandeln. Nur bei zwei Prozent der Kranken war nach erfolglosem Einsatz der ESWL und allen auxiliären Maßnahmen eine offene Operation unumgänglich. Komplikationen nach ESWL, wie Ruptur des Harnleiters oder stärkere Blutungen, wurden nie beobachtet.

Grundsätzlich ist auch bei Kindern eine problemlose Anwendung der ESWL möglich, wobei das Kind sicher über der Stoßwellenquelle zu lagern ist, und außerdem das Lungenfeld abgeschirmt werden muß.

Bei Einsatz der meisten Lithotripter-Typen war und ist bislang eine Anästhesie erforderlich. Als Standardverfahren kommen die Periduralanästhesie und die Allgemeinanästhesie zum Einsatz. Bei Verwendung der Intubationsnarkose ist - wie bei Einsatz einer Atemtriggerung der Stoßwellenauslösung - die atemabhängige

Minipress® 1 mg/2 mg/5 mg

Minipress® retard 1 mg/2 mg/4 mg/8 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, Müdigkeit, Beschleunigung der Herzfrequenz, Nervosität, Depressionen, Empfindungsstörungen, unspezifische Hautreaktionen, Juckreiz, Blasenentleerungsstörungen, häufiges Wasserlassen, Impotenz, Pnapismus, Sehstörungen, Rötung der Bindehaut, Nasenbluten, Mundtrockenheit, Nasenverstopfung, Dhrensausen, 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 Präparatewechsel 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. **Ooosierungs- und Anwendungsweise** (s. auch Fachinformation): Einschieleicher Beginn mit niedrigen Dosen. Minipress retard wird 1x täglich verabreicht, bei Minipress wird die Gesamttagesdosis 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 ebends 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. **Hendelstufen 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

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**

Verschleiblichkeit der Niere und damit Lageänderung des Steines gegenüber dem Stoßwellenareal gut kontrollierbar.

85 Prozent aller Kranken, die mit ESWL behandelt wurden, sind drei Monate danach steinfrei. Etwa 99 Prozent aller Kranken sind, auch wenn sie zu diesem Zeitpunkt noch meist abgangsfähige Reststeine haben, beschwerdefrei.

Technische Neuerungen lassen zusätzliche günstige Entwicklungen, insbesondere eine anästhesiefreie Behandlung erhoffen.

Dr. T. Schärfe, Mainz:

Die perkutane Litholapaxie

Ist die Methode heute noch vertretbar?

Bei der perkutanen Nierensteinentfernung, auch perkutane Litholapaxie genannt, wird der Stein durch Punktion der Niere und Einführen eines optischen Instruments unter Zuhilfenahme einer Ultraschallsonde zunächst desintegriert, die Fragmente dann mit Zangen ausgeräumt. Dabei wird die Niere über einen dorso-lateralen Zugang punktiert, ohne daß auf diesem Weg intraabdominelle Organe verletzt werden können. Bei einem Zugang über einen dorsalen unteren Kelch wird das Nierenhohlraumssystem über ein gefäßarmes Areal erreicht, so daß keine Gefahr der Läsion größerer Gefäße besteht. Die Punktion erfolgt primär ultraschallgesteuert, zur Feinorientierung im Hohlraumssystem wird die radiologische Darstellung hinzugezogen. Selbstverständlich sind Verletzungen von Nachbarorganen und der Niere nicht völlig ausgeschlossen. Bei Lageanomalie der Niere oder atypischem Verlauf des Kolons ist eine Läsion von Nachbarorganen möglich; bei nicht anatomiegerechtem Zugang zur Niere und ungünstigem Punktionswinkel kann es zu Verletzungen der Niere selbst kommen. Probleme, wie akute Pyelonephritis oder Sepsis, intra- oder postoperativ, sind im Zusammenhang mit infizierten Struvit- oder Infusidsteinen zu sehen. Die Reststeinquote bei dieser Methode liegt mit vier bis acht Prozent durchaus im Bereich konventioneller Verfahren. Kontraindiziert ist die perkutane Litholapaxie bei nachgewiesenen Gerinnungsstörungen, sowie nur bedingt anwendbar bei Patienten mit Skelettdeformitäten, wie zum Bei-

spiel Morbus Bechterew, die eine adäquate Lagerung nicht erlauben, und auch bei atypischer Anatomie wie Hufeisennieren, Beckennieren.

Bei großer peripherer Steinmasse ist in der Regel eine Operation indiziert, während bei zentraler Steinmasse die perkutane Litholapaxie oder die ESWL gute Ergebnisse liefern. Die kindliche Niere wird meist offen operiert, da sich die perkutanen Eingriffe häufig aufgrund großer Nierenmobilität schwierig gestalten. Nach Einführung der ESWL ist es zu einem kontinuierlichen Rückgang aller operativen Methoden gekommen, so daß zur Zeit nur zwölf Prozent endo-urologisch und sechs Prozent offen-chirurgisch behandelt werden müssen.

Professor Dr. K. Bandhauer, St. Gallen:

Ist die konventionelle offene Steintherapie obsolet?

Diese Frage kann für eine sehr kleine Zahl ausgewählter Fälle, die mit den modernen Behandlungsmethoden, wie die Stoßwellenlithotripsie, die perkutane Litholapaxie und die Uretero-Renoskopie, nicht oder nur ungenügend zu behandeln sind, verneint werden.

Die Indikation für eine operative Sanierung erstreckt sich vorwiegend

1. auf den Nierenstein mit einer eindeutigen Ureterabgangsstenose und
2. auf den nicht mobilisierbaren Ureterstein, der sich auf die Beckenschaukeln projiziert und damit der Stoßwellenlithotripsie nicht oder nur unvollkommen zugänglich ist.

Es gibt zwar heute bereits das Verfahren der perkutanen intubierten Pyelo-Ureterotomie zur Beseitigung einer pyelo-ureteralen Stenose mit guten Frühergebnissen, die Spätergebnisse müssen aber noch abgewartet werden.

Keine absolute Indikation sind große Steinmengen und sehr große Steine, die mit modernen Methoden in Mehrfach-sitzungen entfernt werden können.

Operationstechnik im Wandel der Zeit

Die Pyelolithotomie wird heute nicht mehr durchgeführt, da die Nierenbeckensteine bzw. partielle Ausguß-

steine, die durch eine Pyelotomie entfernt werden konnten, heute der Stoßwellenlithotripsie oder der perkutanen Litholapaxie zugänglich sind. Sie wird allenfalls verbunden mit einer Nierenbeckenplastik bei den Ureterabgangsstenosen. Damit erübrigt sich auch die Besprechung der intrasinusalen Pyelolithotomie, das heißt der queren Inzision innerhalb des Sinusgebietes.

Ebenso abgekommen ist man von der großen Nephrotomie, der sagittalen Nephrotomie, zur Entfernung von Nierenbeckenkelch-Ausgußsteinen. Dieses Verfahren, das unter Ischämie, das heißt mit Nierenstielabklemmung, durchgeführt werden mußte, führte zu ausgedehnten Narbenbildungen und Funktionsverlusten der Niere. Auch die Nephrotomie nach Boyce in einem eher gefäßarmen Bezirk nach Darstellung des Gefäßmusters durch Methylen-Blau-Injektion wird nicht mehr diskutiert, ebensowenig wie die Nephrotomien unter Oberflächenkühlung bzw. mit Perfusionskühlung, wie von Marberger und Eisenberger beschrieben.

Durchgesetzt hat sich die Durchführung der radiären Nephrotomien, wenn notwendig, multipler radiärer Nephrotomien nach vorheriger Darstellung des Gefäßbaumes mit der Dopplersonde und Steinortung mit der intraoperativen Ultraschallsonde. Mit diesem Verfahren gelingt es, unter möglicher Parenchym- und Funktionsschonung auch Kelchsteine zu entfernen, die mitunter aber auch noch radiologisch lokalisiert werden müssen.

Die Nierensteinchirurgie ist eine hochspezialisierte Chirurgie geworden und kann nicht mehr als Routineeingriff bezeichnet werden. Sie setzt großes technisches Können, eine entsprechende Infrastruktur der Klinik und eine ebenfalls spezialisierte apparative Ausrüstung voraus. Die einfache operative Harnsteinbehandlung hat keinen Platz mehr in der Operationspalette des Urologen; die Kapazität von Harnsteinzentren mit den Möglichkeiten der modernen Methoden ist in den meisten Regionen Mitteleuropas ausreichend, um die anfallenden Harnstein-Patienten zu versorgen.

Referent:

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

Carzodelan

forte pro injectione

Reg. Nr. C 913

Carzodelan ist das erste von seinem Hersteller Dr. med. A. Gaschler vor mehr als 30 Jahren in der Therapie eingeführte parenterale Enzym-Komplex-Präparat. Es ist eine Substanz mit proteolytischer, lipolytischer und nucleolytischer Wirksamkeit.

Zusammensetzung:
Inhalt einer Trockenempuile:
Pancreatin 2,0 mg entspricht
Protease 0,7 FIP-U, Lipase
15 FIP-U, Amylase 15 FIP-U

Indikationen:
Adjuvens bei prä- und postoperativer Behandlung maligner Tumoren. Erhöht die Strahlentoleranz. Chronische Entzündungen, Viruserkrankungen und Leukopenie. Reaktivierung der körpereigenen Abwehrkräfte bei Rekonvaleszenz.

Kontraindikationen:
Nicht bekannt. Die Verträglichkeit ist ausgezeichnet, ohne unangenehme oder lästige Nebenwirkungen.



Handelsformen:
O. P. (3 Amp. + 3 aqua bidest.)
DM 25,64
10er Packung (10 Amp. + 10 aqua bidest.) DM 71,24
Klinikpackung (50 Amp. + 50 aqua bidest.) DM 312,59

PHARMA-LABORATORIUM S. M. GASCHLER · 8990 LINDAU-SCHACHEN · TELEFON 08382/5306

38. Nürnberger Fortbildungskongreß

Auf der wiederum von Professor H. Sessner, Nürnberg, geleiteten Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Landesärztekammer in der Meistersingerhalle war von der bei anderen großen Kongressen zu beobachtenden rückläufigen Tendenz nichts zu bemerken: Mit fast 4000 Teilnehmern und mehr als 100 ausstellenden Firmen gab es im Vergleich zu den Vorjahren keine nennenswerten Veränderungen.

In seinem Vortrag über die *Chirurgie der proximalen Aorta* bezog sich Professor H. G. Borst, Hannover, auf seine Erfahrungen bei 148 Patienten, die in den letzten zehn Jahren wegen Dissektion oder Aneurysma der Aorta ascendens operiert wurden. Die Frühletalität der akuten Dissektion betrug insgesamt 24,5 Prozent, in den letzten beiden Jahren konnte sie unter fünf Prozent gesenkt werden. Während das chronische Aortenaneurysma keine diagnostischen Schwierigkeiten bereitet, weil es mit einer Dilatation einhergeht, ist die akute Aortendissektion, die meist an

der Basis beginnt, ein von heftigen Schmerzen begleitetes Krankheitsbild, bei dem es häufig zu einer Herzbeutel-Tamponade kommt. Wird ein solcher Befund fehlgedeutet und nicht sofort chirurgisch eingegriffen, besteht für die meisten Patienten keine Überlebenschance.

In einem ergänzenden Beitrag ging Professor D. Raithel, Nürnberg, auf *chirurgische Probleme bei thorakalen und abdominalen Aortenaneurysmen* ein, bei denen dank der Fortschritte in der Intensivmedizin sowie durch die technische Entwicklung in der Gefäßchirurgie in den letzten Jahren eine deutliche Steigerung der Operationsfrequenz zu verzeichnen ist. Wenn, wie dies häufig der Fall ist, ein Aortenaneurysma als Zufallsbefund entdeckt wird, so ergibt sich die Frage einer Operationsindikation. Raithel nannte mehrere Gründe, die dafür sprechen: Nach verschiedenen Angaben in der Literatur ist die Rupturgefahr mit etwa 50 Prozent innerhalb von zwei Jahren nach Diagnosestellung sehr hoch. Die Erfahrung zeigt,

daß auch kleinere Aneurysmen von 3 bis 4 cm Durchmesser rupturieren können. Hinzukommt noch, daß die Letalität einer Operation im Stadium der Ruptur mit fast 50 Prozent ebenfalls sehr hoch ist, während sie bei einem elektiven Eingriff unter zwei Prozent liegt. Ein hohes Alter allein und begleitende Risikofaktoren stellen heute keine Kontraindikationen zur Operation eines Aneurysmas dar. Nach entsprechender präoperativer Vorbereitung und einem intensiven perioperativen Monitoring sowie intensivmedizinischer Nachbetreuung betrug die Letalität bei den über 75jährigen Patienten, die an der Abteilung für Gefäßchirurgie im Nürnberger Klinikum elektiv an einem Aortenaneurysma operiert wurden, null Prozent; der älteste Patient wurde im 90. Lebensjahr erfolgreich operiert.

In seinem Vortrag über *medizinische Notfälle mit und infolge von kritisch hypertonen Blutdruckwerten* hob Dr. K. Kunigk, Nürnberg, hervor, daß es Situationen gibt, bei denen erhöhter Blutdruck gefunden wird, ohne daß er

die unmittelbare Ursache einer eingetretenen Notfallsituation zu sein braucht. So können reaktive Blutdruckerhöhungen vorkommen bei gesteigertem Hirndruck infolge ischämischer oder hämorrhagischer zerebraler Insulte, bei Asphyxie, Aspiration und auch bei Intoxikationen beispielsweise mit LSD, Alkohol, Amphetamin oder Kohlenmonoxid.

Die hypertensive Enzephalopathie ist nach Kunigk wahrscheinlich der einzige gefährliche Zustand, für den ein exzessiver Blutdruck allein sowohl notwendige als auch hinreichende Bedingung ist. Für die Behandlung dieses Krankheitsbildes gilt die aus der neurologischen Intensivmedizin kommende Empfehlung, den Blutdruck – wenn überhaupt – in den ersten 48 Stunden aktiv nicht unter 170/100 mm Hg zu senken. Dies läßt sich damit begründen, daß das Ödem die Kapillargefäße komprimiert, und daß bis zu seiner Resorption ein erhöhter Perfusionsdruck notwendig ist, weil es sonst überhaupt erst zu ischämischen Läsionen kommt. Dies ist ein Richtwert, der auch für die akute Hypertension beim zerebrovaskulären Insult gilt.

Wesentlich häufiger als die hypertensive Enzephalopathie ist die Angina pectoris in Verbindung mit hohem Blutdruck. In einer amerikanischen Studie trat unter Ergometerbelastung bei 40 bis 50 Prozent der Patienten mit gesicherter KHK eine Angina pectoris auf. Da sich aber bei mehr als 50 Prozent der Patienten keine pektanginösen Zustände entwickelten, bedeutet dies, daß hoher Druck für den Koronarkranken auch dann kritisch sein kann, wenn er nicht mit einer Angina pectoris verbunden ist. Es gibt aber auch die umgekehrte Sequenz der Ereignisse, daß nämlich Patienten, die bei normalem Blutdruck in Ruhe eine Angina pectoris bekommen, eine Blutdruckreaktion zeigen. Diese hängt allerdings vom Ort der Ischämie ab: Angina pectoris bei Vorderwandischämie führt zum Blutdruckanstieg, bei Hinterwandischämie zum Blutdruckabfall.

Aus diesen pathophysiologischen Zusammenhängen zog Kunigk den Schluß, daß Hochdruck mit Angina pectoris sowohl „bei“ als auch „infolge von“ bedeuten kann, was im Akutfall nicht zu entscheiden ist. Deshalb sollte die primäre Maßnahme stets eine konventionelle antianginöse Therapie sein. Nitrate, Ca-Antagoni-

sten, Sedativa und Analgetika führen bereits zu einem Absinken des Blutdrucks. Diese am Symptom der Angina pectoris orientierten Maßnahmen bewegen sich im sicheren Bereich innerhalb der Grenzen der Medizin, während der primäre Einsatz eines „harten“ Antihypertensivums durchaus Risiken in sich birgt und nur als nachrangige Maßnahme diskutabel ist. Welche Bedeutung die diastolische Blutdruckgrenze von 85 mm Hg in der Akutsituation hat, ist noch unklar. Deshalb ist es auch kein Fehler, auf Interventionsmaßnahmen zu verzichten, die zu einer drastischen Unterschreitung dieser diastolischen Druckgrenze führen.

Kunigk kam zu dem Schluß, daß es eigentlich wenig Berechtigung dafür gibt, die Vielfalt der medizinischen Notfälle mit und infolge von kritisch hohen Blutdruckwerten über einen Leisten zu schlagen, auch in therapeutischer Hinsicht. Deshalb sollte der mißverständliche Terminus „hypertensive Krise“ verlassen werden. Vielmehr wäre es an der Zeit, daß er entsprechend der heute zunehmend differenzierten Betrachtungsweise des Notfalls mit und infolge von Hypertension zugunsten einer differenzierten, konkreten, diagnostischen Terminologie in den Hintergrund tritt.

Im Rahmen einer Vortragsreihe über *chronische gastroenterologische Erkrankungen* kam Professor W. Rösch, Frankfurt, zu Wort, der sich u. a. mit der *Refluxkrankheit der Speiseröhre* befaßte. Ursache dieser mit Sodbrennen und epigastrischem Schmerz einhergehenden Erkrankung ist eine Sphinkterinsuffizienz der Kardiamuskulatur, häufig kombiniert mit einer axialen Hernie, so daß es bei Erhöhung des Intraabdominellen Drucks sowie im Liegen zu einem Reflux von Mageninhalt in die Speiseröhre kommt. Die Beschwerden gehen hier-

bei nicht so sehr auf die Azidität des Refluates als vielmehr auf Motilitätsstörungen der Speiseröhre zurück. Deshalb ist es das therapeutische Ziel, das Refluat möglichst rasch wieder in den Magen zu befördern, durch Gewichtsabnahme den Druck im Abdomen zu verringern und durch Schlafen mit erhöhtem Oberkörper ein Zurückfließen des Mageninhalts zu vermeiden. Hier kann ein kräftiger Schluck Wasser den Effekt einer Wasserspülung haben, indem er die Speiseröhre von fremden Inhaltsstoffen befreit.

Beim Auftreten von Refluxsymptomen ist nach Ansicht von Rösch noch vor Einleitung einer spezifischen Diagnostik eine probatorische Therapie mit Antazida in Gelform oder mit sogenannten Gastroprokinetika vom Typ des Domperidon oder Metoclopramid angezeigt. Derzeit befindet sich in mehreren Ländern Cisaprid, eine weitere motilitätssteigernde Substanz, in klinischer Prüfung, deren Vorteil darin zu sehen ist, daß sie auch auf den unteren Verdauungstrakt motilitätssteigernd wirkt und so eine gleichzeitig bestehende Obstipation mitbehandelt werden kann. Wenn die Refluxbeschwerden trotz symptomatischer Therapie über längere Zeit persistieren, sollte eine endoskopische Untersuchung veranlaßt werden. Die alleinige Ösophagoskopie reicht hier nicht aus, vielmehr müssen durch die Inspektion von Magen und Zwölffingerdarm die Ursachen einer sekundären Refluxösophagitis ausgeschlossen werden.

Da es sich bei der Refluxkrankheit der Speiseröhre um ein chronisches, häufig in Schüben verlaufendes Leiden handelt, wurde versucht, durch eine Langzeittherapie eine Dauerheilung zu erzielen. Die bislang vorliegenden kontrollierten Studien haben jedoch gezeigt, daß eine H₂-Blocker-Dauermedikation einer Placebo-

Band 72 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Luftverschmutzung und Atemwegserkrankungen: Ursachen und Therapie – Neues und Wichtiges aus Diagnostik und Therapie – Diagnose und Therapie der Depressionen in der Praxis – Geriatrie in der ärztlichen Praxis – Organtransplantation und Replantation

– Vorträge des 37. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1986 –

kann über die Schriftleitung des Bayerischen Ärzteblattes, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Befügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutzgebühr angefordert werden.

– Alle Kassenärzte in Bayern erhielten diesen Band durch ihre Bezirksstelle der KVB –

handlung nicht überlegen ist. Deshalb müssen bei unzureichenden Ergebnissen einer konservativen Behandlung Korrekturingriffe im Bereich des funktionsuntüchtigen unteren Ösophagus sphinkters erwogen werden.

Von Professor J. Hotz, Celle, wurden einige *internistische Probleme bei der chronischen Pankreatitis* angesprochen, der drei Therapieziele in den Vordergrund stellte, nämlich Beseitigung der ursächlichen Noxen, insbesondere des Alkoholmißbrauchs, Schmerzfreiheit und Normalisierung des Ernährungszustands durch Substitution der exokrinen und – wenn nötig – auch der endokrinen Insuffizienz.

Nach heutigen Erkenntnissen ist die früher propagierte fettarme Pankreaskost obsolet, vielmehr sollte ein Patient mit chronischer Pankreatitis leicht verdauliche pflanzliche Fette bekommen, und wenn eine Steatorrhoe vorliegt, sollte diese durch ausreichende Enzymsubstitution ausgeglichen werden. Auch Kohlenhydrate erweisen sich als gut verdaulich; liegt ein Diabetes vor, sollte man durchaus großzügig die schwerer aufschließbaren Kohlenhydrate zulassen.

Zur Substitutionstherapie mit Pankreasenzymen äußerte sich Hotz dahingehend, daß wegen der starken pH-Anfälligkeit der Lipase die mikroverkapselten Präparate bevorzugt werden sollen. Sie können auch niedriger dosiert werden, wodurch die Behandlung dann entsprechend billiger wird. Neben Kreon steht seit kurzem mit Panzytrat 20 000 ein weiteres Pankreasenzympräparat zur Verfügung, welches magensaftresistente Mikrotabletten enthält. In diesen Präparaten sind die Granula bzw. Mikrotabletten mit einem säurestabilen Mantel umgeben, sie mischen sich im Magen chymus dispers und werden dann im Dünndarm aufgelöst, wo sie fein verteilt ihre Lipaseaktivität entfalten können.

Ein weiteres Problem ist die Behandlung der Schmerzzustände, zumal bei diesen Patienten eine Toxikomanie droht. Hotz empfahl, in der ersten Stufe durch Alkoholkarenz und durch probatorische Gabe von Pankreasenzymen eine Schmerzlinderung zu versuchen. Gelingt dies nicht, sollte man in der zweiten Stufe harmlosere Schmerzmittel geben, beispielsweise die Kombination von Paracetamol

und Codein, wie sie als Nedolon verfügbar ist. Solche Analgetika sollten nicht nach Bedarf gegeben werden, sondern regelmäßig alle sechs Stunden. Dadurch spart man nicht nur Analgetika, sondern oft auch den Übertritt in die nächste Stufe. Bei sonst nicht beherrschbaren Schmerzzuständen kann auf Opiode bzw. Opiate oft nicht verzichtet werden; hier stellt sich aber dann bereits die Frage nach einer chirurgischen Therapie, mit der schwere destruierende Veränderungen der Bauchspeicheldrüse beseitigt werden können, die eine wesentliche Ursache der Schmerzzustände sind.

Während der anschließenden *Diskussion* ging es u. a. um die Frage, welche alternativen Behandlungsmöglichkeiten für Patienten mit peptischen Ulzera bestehen, bei denen trotz Langzeitmedikation mit H₂-Blockern immer wieder Rezidive auftreten. Aus chirurgischer Sicht vertrat Professor H. D. Becker, Tübingen, den Standpunkt, daß ein Patient, bei dem es innerhalb von zwei Jahren trotz ausreichend dosierter H₂-Blockade zum dritten oder vierten Mal zu einem Ulkuszidiv gekommen ist, nicht weiter medikamentös behandelt werden sollte. Vielmehr sollte man ihm eine selektiv-proximale Vagotomie anraten, was speziell für das Zwölffingerdarmgeschwür gilt. Da diese Operation in den letzten Jahren zahlenmäßig stark zurückgegangen ist, sei es wichtig, einen Gastrochirurgen zu finden, der die nötigen Erfahrungen mit der Durchführung dieses technisch schwierigen Eingriffs besitzt. Zu der teilweise kontrovers diskutierten Frage, ob es sinnvoll ist, bei Problem-Patienten eine Kombination verschiedener Ulkustherapeutika einzusetzen, äußerte sich Hotz dahingehend, daß kürzlich zwei Studien veröffentlicht wurden, wonach die Kombination Cimetidin + Sucralfat (Ulcogant) der jeweiligen Monotherapie überlegen war. Aus Kostengründen dürfte dieses Vorgehen für eine Primärtherapie nicht in Frage kommen, wohl aber bei unzureichendem Effekt einer alleinigen H₂-Blockade. Dabei wird empfohlen, den H₂-Blocker am Abend zu geben und tagsüber zweibis dreimal Sucralfat, weil so das für dessen gastroprotektive Wirkung notwendige saure Milieu von etwa pH 3 bis pH 5 erhalten bleibt.

Referent:

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

Pankreoflat

Entschäumer + Pankreatin

Hilft schnell und sicher bei
Druck- und Völlegefühl.



Zusammensetzung: 1 Dragee bzw. 1 Dosisbeutel (= 2 g Granulat) enthält 170 mg Pankreatin, entsprechend 6.500 Lipase-, 5.500 Amylase- und 400 Protease-Einheiten nach F.I.P. und 80 mg Dimethylpolysiloxan. Pankreoflat Granulat enthält pro Dosisbeutel 1,2 g Kohlenhydrate. **Anwendungsgebiete:** Übermäßige Gasbildung und -ansammlung im Magen-Darm-Kanal bei Pankreasinsuffizienz, Leber-, Galle-, Magen- und Darmkrankheiten, nach Operationen und bei Luftschlucken; Flatulenz, Roethmheld-Syndrom. Zur Vorbereitung der röntgenologischen Bauchdiagnostik bei Gasansammlung im Magen-Darm-Kanal (Galle- und Nierendiagnostik, Aufnahme der Lendenwirbelsäule und des Beckens). **Dosierung und Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, 1-2 Dragees unzerkaut bzw. 1-2 Dosisbeutel (2-4 g) Granulat mit Flüssigkeit verrührt zu den Hauptmahlzeiten einnehmen. Säuglingen und Kleinkindern gibt man den Inhalt von 1/2-1 Dosisbeutel. Das Granulat wird in einer kalten oder lauwarmen Flüssigkeit verrührt und getrunken. Um möglichst gasfreie Röntgenaufnahmen zu erhalten, läßt man an den zwei der Aufnahme vorangehenden Tagen 3-4mal 2 Dragees oder 2 Dosisbeutel Granulat, am Aufnahmetag morgens nüchtern 2 Dragees oder 2 Dosisbeutel Granulat einnehmen. **Packungsgrößen und Preise:** 20 Dragees (N1) 9,20 DM, 50 Dragees (N2) 20,00 DM, 100 Dragees (N3) 36,20 DM, 50 Dosisbeutel à 2 g 27,65 DM. KALI-CHEMIE PHARMA GMBH - HANNOVER - Stand: 01.04. 1987



KALI-CHEMIE PHARMA
SPEZIALIST FÜR
GASTROENTEROLOGIE

Der Arzt als Berufsschullehrer

Ein Erfahrungsbericht

von I. Döker

Die wichtigste Mitarbeiterin in der Arztpraxis ist die Arzthelferin. Sie ist Assistentin des Arztes, Sekretärin, Gesprächspartnerin für den Patienten und somit in hohem Maße mitbestimmend für Arbeitsablauf und Betriebsklima in dem Kleinunternehmen Arztpraxis.

Zunehmend aber ist zu beobachten, daß auch Kliniken – insbesondere Polikliniken –, Institute und Amtsstellen Arzthelferinnen beschäftigen, weil sie offensichtlich erkannt haben, daß diese über eine breite Ausbildung verfügen.

Gestaltung und Durchführung des praktischen Teils der Ausbildung, aber auch die Überprüfung des Wissensstandes vor Entlassung in den Beruf sind nach dem Berufsbildungsgesetz Aufgabe der Ärztekammern.

Die Zuständigkeit für die Ausbildung von Arzthelferinnen ist demnach keine freiwillige Aufgabe der Ärztekammer zugunsten der niedergelassenen Ärzte, sondern sie gehört zu den vom Staat übertragenen Aufgaben für die gesamte Ärzteschaft.

Die Kammer hat daher das Recht und die Pflicht, die Ausbildungsinhalte mitzubestimmen, den Ablauf der Ausbildung zu regeln und zu überwachen sowie die Voraussetzungen für die Abschlußprüfung festzulegen und für deren Durchführung zu sorgen.

Diese Mitwirkung an der Ausbildung bedingt aber auch die Verpflichtung, für die Bereitstellung von Ausbildungsplätzen Sorge zu tragen und die Qualität dieser Ausbildungsplätze zu gewährleisten.

Die angehende Arzthelferin wird im dualen System ausgebildet. Auf der einen Seite der Ausbildungsplatz im Betrieb (Praxis, Klinik, Institut), andererseits die schulische Ausbildung in der Berufsschule.

Das bedeutet unter anderem, daß gegenwärtig an 34 bayerischen Berufsschulen in ca. 240 Klassen weit über 100 Ärzte/Ärztinnen als medizinische Fachlehrer Unterricht erteilen. Denn ein beträchtlicher Teil der Unterrichtsstunden entfällt auf die Fächer

„Medizinische Fachkunde“, „Abrechnung“ und „Laborkunde“.

Daneben wird Unterricht in einer Reihe weiterer praxisrelevanter und allgemeinbildender Fächer wie Praxisorganisation und Rechnungswesen, Maschinenschreiben, EDV usw. erteilt. Diese Fächer werden selbstverständlich von hauptberuflichen Pädagogen unterrichtet.

Was verbirgt sich hinter der Bezeichnung „Medizinische Fachkunde“? Das wichtigste Fach überhaupt – sofern der Arzt als Arbeitgeber nicht nur eine Sekretärin sucht! Medizinisch gesehen, handelt es sich um die Basis medizinischen Wissens: Anatomie, Physiologie und Pathologie. Die Arzthelferin soll schließlich nicht nur Fachausdrücke wie Vokabeln gelernt haben, sondern auch wissen, was hinter dem jeweiligen Begriff steckt. Sie muß über den Aufbau und die Funktion des menschlichen Körpers größere Kenntnis haben als ein Laie. Sie soll auch Diagnosen verstehen können, das heißt, den Fachausdruck nicht nur „übersetzen“ können, sondern Wissen darüber besitzen, warum die Funktion des Organs krankhaft ist. Die Schülerin hat sich aber auch Grundkenntnisse in der Arzneimittellkunde anzueignen. Die Funktion medizinischer Geräte und Instrumente muß erlernt werden, und wenn auch nicht in jeder Praxis alles vorhanden ist, so muß die Arzthelferin doch so viele Grundkenntnisse haben, daß sie in der Lage ist, in Praxen der verschiedenen Fachrichtungen tätig zu werden. Schließlich gehören auch die Kenntnisse über Desinfektion und Sterilisation zur Fachkunde. Gerade bei solchen Themen zeigt sich die enge Verknüpfung von betrieblichem Ausbildungsplatz und Schule, der Sinn des dualen Systems.

Es wird aber auch verständlich, warum die Lehrkraft für Fachkunde an der Berufsschule Arzt/Ärztin sein muß. Nur dann ist der Praxisbezug gegeben, nur der Mediziner besitzt den Überblick über die riesige Stofffülle und ist gegebenenfalls in der Lage, Grundsätzliches von Nebensächlichem zu trennen, zwar Detailwissen zu besitzen, aber die allgemeine Linie des Lehrplanes beizubehalten.

Die günstigsten Voraussetzungen bringt eindeutig derjenige mit, der selber in einer Praxis arbeitet, gearbeitet oder zumindest mitgeholfen hat. Dann sind die immer wieder auftauchenden Verknüpfungen zum Kassenarztrecht und zur Berufsordnung am besten zu erläutern, in den Unterricht einzubauen.

Voraussetzung zur Übernahme einer solchen nebenberuflichen Tätigkeit als Lehrer ist aber nicht nur ein gutes, allgemeines, nicht überspezialisiertes Fachwissen, sondern Freude am Unterrichten. Es muß ein pädagogischer Impetus da sein, denn es fehlt dem unterrichtenden Arzt ja ein wesentliches Qualifikationsmerkmal des hauptberuflichen Lehrers: die pädagogische und didaktische Ausbildung. Nur Interesse zu haben, ist fast zu wenig. Es muß die Bereitschaft da sein, selber zu lernen, auf welche Art man sein eigenes Wissen weiter vermitteln kann, Selbstkritik gehört dazu, die Fähigkeit, Unterrichtsinhalte auch wieder zu ändern, umzubauen.

Wer unterrichten will, muß Spaß an der Arbeit, der Auseinandersetzung mit Jugendlichen haben, muß in der Lage sein, blitzartig auf Fragen einzugehen, sein Unterrichtskonzept ändern zu können. Andererseits muß die große Linie, der „rote Faden“ beibehalten werden, es sind schließlich bestimmte Lehrinhalte in bestimmten Zeitabschnitten zu erfüllen. Unterrichten ist etwas ganz anderes, als Vorträge halten, nur reden können, genügt nicht!

In den ersten Jahren seines „Lehrerdaseins“ hat der Verfasser vieles dazulernen müssen. Auch im medizinischen Bereich! Eigene Fortbildung war manches Mal notwendig, schließlich lag der eigene Anatomie- und Physiologieunterricht schon viele Jahre zurück. Und wer wird von sich behaupten können, sich immer und überall fortgebildet zu haben?

Im Laufe der Jahre wird dieser Teil der Arbeit sicher leichter, die Materie ändert sich schließlich nicht grundlegend. Andererseits ist doch umfassende Fortbildung erforderlich, der ärztliche Lehrer muß den Überblick über die gesamte Medizin behalten mit allen grundlegenden Neuerungen, Weiterentwicklungen diagnostischer und therapeutischer Art. Die Ausbildung der Arzthelferin muß die gesamte Medizin einschließen, damit

sie am Ende der Ausbildung oder im Laufe ihres Berufslebens in der Lage ist, bei einem Arztwechsel auch in einem anderen Fachgebiet ihre Aufgabe zu erfüllen.

Doch nicht nur diese grundsätzliche Zielrichtung der Ausbildung erfordert die umfangreichen Kenntnisse, der Lehrer ist diesbezüglich schon im Unterricht durch Fragen der Schülerinnen gefordert.

Das Beantworten von Fragen weist auf einen wesentlichen Teil des Unterrichtes hin: das Unterrichtsgespräch. Pausenloses Vortragen kann die Aufgabe des Lehrens nicht erfüllen, Unterricht muß abwechslungsreich und interessant aufgebaut sein. Denken wir doch nur an unsere eigene Schulzeit, wie schwer es für die Lehrer war, über mehrere Unterrichtsstunden Aufmerksamkeit zu erreichen. Audiovisuelle Hilfsmittel erleichtern das Lehren zwar heutzutage, sind aber in der medizinischen Fachkunde nur beschränkt einsetzbar.

Das Unterrichtsgespräch gibt dem berufspolitisch interessierten Arzt übrigens oft interessante Einblicke in den Alltag der Arztpraxen und Krankenhäuser.

Gefordert ist der nicht-pädagogisch vorgebildete Lehrer auch durch die Zusammensetzung der Klasse. Da sitzt die Hauptschülerin neben der Abiturientin, die Interessierte neben einer nur den Job Suchenden oder einem Mädchen, das die Arzthelferin-

nausbildung nur als Überbrückung bis zur Zuteilung eines Studienplatzes benutzen will. Ausländerinnen mit guten und schlechten Sprachkenntnissen sollen am Ende den gleichen Wissensstand haben. Das alles kann den Unterricht sehr anstrengend, aber auch wieder interessant für den Lehrenden machen.

Schließlich muß man ehrlicherweise noch darauf hinweisen, daß es mit den Unterrichtsstunden allein nicht getan ist. Jeder Unterrichtstag erfordert Vorbereitung und teilweise auch Nachbereitung, das heißt Überlegungen darüber, ob man sein gestecktes Ziel erreicht hat, warum die Klasse vielleicht schlecht mitgemacht hat, unruhig war; man muß darüber nachdenken, ob man Wichtiges vergessen hat, Antworten für zurückgestellte Fragen suchen.

Nicht vergessen darf man schließlich die Leistungskontrollen. Abgesehen davon, daß die Zahl der Schulaufgaben vorgeschrieben ist, zum Halbjahr und am Ende des Schuljahres müssen Noten gegeben werden. Dazu gehören auch die sogenannten mündlichen Leistungen, teilweise als Stegreifaufgaben, vulgo „Exen“, teils aufgrund der Mitarbeit im Unterricht. Noten geben ist gar nicht so einfach und muß auch erst gelernt werden.

Sicher werden alle diese Aufgaben mit zunehmender Erfahrung einfacher, trotzdem stellt jedes neue Schuljahr den Lehrer auch vor neue Aufgaben. Neue Klassen kommen hinzu, neue, andere Menschen, auf

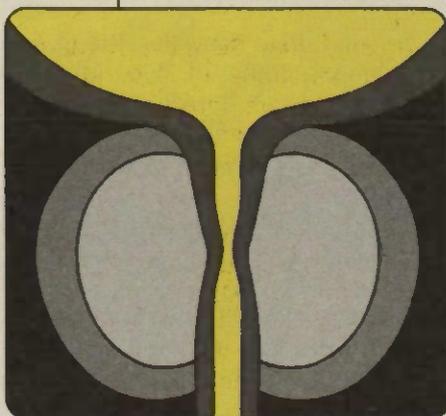
die man sich einstellen muß. Der Unterrichtsablauf wird auch immer wieder etwas anders sein, daraus resultiert die Notwendigkeit, neue Prüfungsfragen zu erarbeiten und alte, die sich nicht recht bewährt haben, zu überarbeiten.

Wie gestaltet sich nun die Zusammenarbeit zwischen „gelernten“ und „ungelernten“ Lehrern? Allgemein läßt sich das sicher nicht beantworten, da sie von den Persönlichkeiten des jeweiligen Kollegiums abhängt. Der Verfasser hat in dieser Hinsicht wohl weitgehend Glück gehabt. Sowohl von meinen ärztlichen Kollegen als auch von den hauptberuflichen Pädagogen habe ich von Anfang an Rat und Hilfe erhalten und auch heute, nach vielen Jahren, findet immer wieder ein Austausch von Gedanken, Meinungen statt, werden Ratschläge gegeben. Das ist sicher auch deshalb nicht selbstverständlich, weil der ärztliche Lehrer oft nur einmal in der Woche kommt, also selten im Lehrerzimmer anzutreffen ist, was die Kontaktaufnahme nicht gerade fördert. Aber ich habe auch die Erfahrung gemacht, daß meine hauptberuflichen Lehrerkolleginnen und -kollegen bereit sind, auf diese besondere Situation der ärztlichen Mitarbeiter einzugehen.

Keiner darf annehmen, der Lehrerberuf sei leicht und wenig anstrengend. Stunde um Stunde ständig präsent und in Aktion zu sein, fast ständig sprechen zu müssen, fordert genauso wie die Arbeit in der Praxis, an manchen Tagen sogar mehr. Persön-

PROSTAMED®

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



Zusammensetzung: 1 Tablette Prostamed enthält: Kürbisglobulin 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

lich mecht es jedoch auch nach vielen Jahren Immer noch Spaß.

Aus der Sicht der ärztlichen Berufspolitik ist die Mitwirkung der Ärzte am Berufsschulunterricht für Arzthelferinnen eine absolute Notwendigkeit. Kolleginnen und Kollegen sollten sich daher überlegen, ob die zusätzliche Tätigkeit als medizinischer Fachlehrer an einer der 34 Berufsschulen nicht auch für sie eine interessante Perspektive wäre. Die Bayerische Landesärztekammer und die Ärztlichen Kreisverbände, die von den Schulen beim Ausscheiden von Ärzten immer wieder um Unterstützung gebeten werden, geben gerne nähere Auskunft.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Ingo Döcker, Kinderarzt, Fasanenstraße 142, 8025 Unterhaching

Amtliches

Ärztliche und zahnärztliche Stellen nach der Röntgenverordnung

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 11. Februar 1988 (II 5/3443/85/87)

1. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat als ärztliche bzw. zahnärztliche Stellen nach § 16 Abs. 3 Röntgenverordnung (RÖV) vom 8. Januar 1987 (BGBl. I S. 114)
 - 1.1 die „Ärztliche Stelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“ für alle Betreiber medizinischer Diagnostikröntgeneinrichtungen, die niedergelassene Kassen-/Vertragsärzte sind,
 - 1.2 die „Ärztliche Stelle bei der Bayerischen Landesärztekammer“ für alle anderen Betreiber medizinischer Diagnostikröntgeneinrichtungen,
 - 1.3 die „Zahnärztliche Stelle gemäß Röntgenverordnung“ für alle Betreiber zahnmedizinischer Diagnostikröntgeneinrichtungen bestimmt.
2. Diese Bekanntmachung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1988 in Kraft.

Personalia

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Professor Dr. med. dent. Dr. med. Dieter Schlegel, Direktor der Klinik für Kieferchirurgie der Universität München, Lindwurmstraße 2 e, 8000 München 2, wurde mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Dr. med. Andreas Graf, Chirurg, Allgemeinarzt, Hermann-v.-Barth-Straße 9, 8960 Kempten

Dr. med. Ferdinand Halbeck, Allgemeinarzt, Droste-Hülshoff-Straße 30 c, 8900 Augsburg

Dr. med. Maurus Huber, Internist, Arbeitsmediziner, Becker-Gundahl-Straße 18, 8000 München 71

Dr. med. Karl Kreiner, Medizinaldirektor i. R., Mozartstraße 5, 8593 Tirschenreuth

Dr. med. Dr. med. dent. Michael Winklmeier, Mund-Kiefer-Gesichtschirurg, Mohrenstraße 4, 8630 Coburg

Verdienstmedaille

Mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Dr. med. Karl Buchegger, Internist, Am Fröhlichenstein 14, 8670 Hof

Dr. med. Josef Spanneberg, Allgemeinarzt, Reibersdorf 9, 8255 Schwindegg

Professor Dr. med. Bernd-Rüdiger Balda, Chefarzt der Klinik für Dermatologie und Allergologie am Zentralklinikum Augsburg, Stenglinstraße 1, 8900 Augsburg, wurde von der Polnischen Dermatologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Franz Paul Gall, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, und Professor Dr. med. Paul Hermanek, Vorstand der Abteilung für Klinische Pathologie der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, beide Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde vom Kuratorium der Deutschen Krebsgesellschaft der „Deutsche Krebspreis 1988. Klinischer Teil“ verliehen.

Professor Dr. med. Erich Lang, Chefarzt der Medizinischen Klinik des Waldkrankenhauses St. Marien, Rathsberger Straße 57, 8520 Erlangen, wurde von der Gesellschaft für Gerontologie der DDR zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Otto-Erich Lund, Direktor der Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, wurde von der Bulgarischen Ophthalmologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Joest Martinus, Direktor des Instituts für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters der Universität München, Heckscherstraße 4, 8000 München 40, wurde für zwei Jahre zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie 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 Indischen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. rer. nat. Dr. med. Werner Müller-Esterl, Abteilung für Klinische Chemie und Klinische Biochemie an der Chirurgischen Klinik Innenstadt der Universität München, Nußbaumstraße 20, 8000 München 2, wurde von der Gesellschaft Deutscher Chemiker der Carl-Duisberg-Gedächtnispreis verliehen.

Professor Dr. phil. Gerhard Pfohl, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin und Medizinische Soziologie der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum ordentlichen Mitglied der Sudetendeutschen Akademie der Wissenschaften und Künste, Klasse für Naturwissenschaften, gewählt.

Dr. med. Paul Schweier, Kinderarzt, Frihindorfstraße 13, 8000 München 60, wurde zum Sprecher der neugegründeten Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (Sitz Köln) gewählt.

Professor Dr. med. Dr. h. c. Josef Zender, em. Ordinarius für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Mauerkircherstraße 174, 8000 München 80, wurde die von der Firma Organon GmbH gestiftete Laqueur-Medaille verliehen.

Kurzbericht über die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 5. März 1988

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Seuß, eröffnete die erste ordentliche Sitzung der neuen Wahlperiode, begrüßte die Mitglieder der Vertreterversammlung und stellte die nachgerückten Mitglieder vor. Er unterrichtete die Delegierten über Ehrungen einiger Mitglieder der Vertreterversammlung.

Der Vorsitzende des Vorstandes, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, erklärte der Vertreterversammlung, daß er im Hinblick auf die hohe Anzahl von Anträgen, die in dieser Sitzung behandelt werden müssen, auf einen umfangreichen Lagebericht verzichtet. Er begründete dies damit, daß alle Mitglieder der Vertreterversammlung sein Referat auf der letzten Vertreterversammlung der vorangegangenen Wahlperiode am 19. Dezember 1987, in dem er ausführlich über den ersten Entwurf des Gesundheits-Reformgesetzes berichtet hatte, erhalten haben. Die weitere Entwicklung ist aus den Veröffentlichungen im „Bayerischen Ärzteblatt“ im Januar, Februar und März zu entnehmen. Außerdem haben alle Mitglieder der Vertreterversammlung die Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Wortlaut erhalten. Damit ist

jedes Mitglied der Vertreterversammlung über den bisherigen Ablauf der Auseinandersetzungen um das Gesundheitsreformgesetz in Einzelheiten unterrichtet. Der Vorstandsvorsitzende wies dann noch auf die Ergebnisse der Ersatzkassenabrechnung für das IV. Quartal 1987 hin. Er machte aber darauf aufmerksam, daß es sich bei den vorliegenden Statistiken um Punktzahlvergleiche handelt. Es muß also, um die finanziellen Auswirkungen absehen zu können, noch der Punktwert für das IV. Quartal 1987 abgewartet werden. Erst dann ist ein Vergleich der Auswirkungen mit dem IV. Quartal 1986 möglich.

Die Vertreterversammlung behandelte zunächst die vorliegenden Anträge auf Satzungsänderungen. Der Antrag, welcher die Einrichtung zahlreicher Ausschüsse bewirken sollte, wurde vom Antragsteller zurückgezogen. Die beantragte Ratifizierung von Verträgen, die der Vorstand abschließt, durch die Vertreterversammlung wurde zunächst ebenfalls zurückgezogen. Auch der Antrag, einen zweiten Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden in die Satzung zu verankern, fand nicht die erforderliche Mehrheit.

Dagegen soll in der Satzung vorgeschrieben werden, daß eine Vertrauensmännerversammlung einberufen werden muß, wenn die Hälfte der gewählten Vertrauensmänner dies beantragen.

Die Vertreterversammlung hat beschlossen, aus der Anlage 7 zum HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns den Abschnitt B ab 1. April 1988 außer Kraft zu setzen. Darüber werden die Kassenärzte in einem gesonderten Rundschreiben genau unterrichtet.

Das Wahlergebnis zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wird zukünftig im „Bayerischen Ärzteblatt“ und nicht mehr im „Bayerischen Staatsanzeiger“ bekanntgegeben.

Im Interesse der Gesundheit der Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wurde darüber hinaus beschlossen, daß zukünftig bei gemeinsamer Beschäftigung von Rauchern und Nichtrauchern in einem Raum das Rauchen vom Einverständnis der im selben Dienstraum tätigen Nichtraucher abhängig gemacht werden soll.

Über weiter beratene Anträge werden die Kassenärzte insoweit im Rundschreiben unterrichtet, als eine allgemeine Aufklärung erforderlich erscheint.

Weiterhin hat die Vertreterversammlung beschlossen, daß die nächste Sitzung für den 9. Juli 1988, 9.30 Uhr, einberufen werden soll.

Chloralhydrat-Rectiole®

Problemlose Sedierung nach Maß.

- ▶ Wirkt zuverlässig und schnell ▶ Kurze Halbwertszeit
- ▶ Gut steuerbar ▶ Soforttherapie akuter Krämpfe

Zusammensetzung: 1 Miniaturklistier (Rectiole) à 3 g enthält 0,6 g Chloralhydrat. **Anwendungsgebiete:** Zur Ruhigstellung von Kindern vor instrumenteller Diagnostik (EEG, Computertomographie, Röntgen, Endoskopie, Katheterisierung), zur Behandlung von Krampfanfällen jeder Genese, insbesondere Fieberkrämpfe und status epilepticus, vor kleinen operativen Eingriffen oder schmerzhaftem Verbandwechsel. **Gegenanzeigen:** Nicht bei schweren Leber-, Nieren-, Herz- und Kreislauferkrankungen anwenden. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Schleimhautreizungen. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, beträgt die hypnotische Dosis bei Säuglingen 1/2-1 Rectiole, bei Kleinkindern 1-2 Rectiolen, bei Schulkindern 2-3 Rectiolen. Zur Sedierung genügt die Hälfte. **Packungsgrößen und Preise:** O. P. mit 3 Miniaturklistieren DM 9,50, A. P. mit 30 Miniaturklistieren. Auch in Österreich und der Schweiz erhältlich.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



CH 3

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

Nordthalben, Lkr. Kronach:

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Lichtenfels:

1 Augenarzt

Hof/Saale:

1 Hautarzt

Kronach:

1 Internist

Hof/Saale:

1 Kinderarzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Hof/Saale:

1 Radiologe
(Praxisübernahmefähigkeit)

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

Mittelfranken

Landkreis Ansbach:

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Erlangen-Höchstadt:

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft)

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Nürnberg:

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Landkreis Nürnberger Land:

1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis)

Gunzenhausen:

1 Chirurg

Nürnberg:

1 Hautarzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

Landkreis Ansbach:

1 Internist

Landkreis Fürth:

1 Internist
(Praxisgemeinschaft)

Nürnberg:

1 Internist
(Praxisgemeinschaft)

1 Internist

(Praxisübernahmefähigkeit)

Landkreis Nürnberger Land:

1 Internist

(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:

1 Internist

(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:

1 Nervenarzt
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:

1 Orthopäde
(Praxisübernahmefähigkeit)

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

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Niedernberg, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Obereurech, Lkr. Haßberge:

1 Allgemein-/praktischer Arzt

Erlenbach/Klängenberg,

Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Amorbach, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Ebern/Eitmann-Ebeisbach/Haßfurt,

Lkr. Haßberge:

2 Augenärzte

Geroizhofen, Lkr. Schweinfurt:

1 Augenarzt

Aizenau, Lkr. Aschaffenburg:

1 HNO-Arzt

Karlstadt/Marktheidenfeld,

Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 HNO-Arzt

Bad Neustadt/Bad Königshofen,

Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 HNO-Arzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:

1 Hautarzt

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

Sulzbach-Rosenberg,

Lkr. Amberg-Sulzbach:

1 Augenarzt

Vohenstreuß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:

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 Chem:

1 Hautarzt

Landkreis Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Vohenstreuß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Internist

Vohenstreuß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Landkreis Schwandorf:

1 Nervenarzt

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

Landkreis Passau und

kreisfreie Stadt Passau:

1 Hautarzt

Pfarrkirchen, Lkr. Rottal/Inn:

1 Hautarzt
(Praxisübernahme)

Rottenburg e. d. Laaber, Lkr. Landshut:

1 Kinderarzt

Waldkirchen, Lkr. Freyung-Grefenau:

1 Kinderarzt

Pocking, Lkr. Passau:

1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 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.



Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferin / des Arzthelfers

Aufgrund des Beschlusses ihres Berufsbildungsausschusses vom 29. Juni 1987 erläßt die Bayerische Landesärztekammer als zuständige Stelle hiermit gemäß den §§ 41 Satz 1, 91 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1692) unter Berücksichtigung der Richtlinien des Bundesausschusses für Berufsbildung vom 9. Juni 1971 und 2. November 1971 und der Verordnung über die Berufsausbildung zur Arzthelferin / zum Arzthelfer (Arzthelfer-Ausbildungsverordnung – ArztHAusbV) vom 10. Dezember 1985 (BGBl. I S. 2200) die folgende Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferin / des Arzthelfers:

I. Abschnitt

Prüfungsausschüsse

§ 1

Errichtung

Für die Abnahme der Abschlußprüfung errichtet die Bayerische Landesärztekammer Prüfungsausschüsse (§ 36 Satz 1 BBiG).

§ 2

Zusammensetzung und Berufung

(1) Der Prüfungsausschuß besteht aus mindestens drei Mitgliedern. Die Mitglieder müssen für die Prüfungsgebiete sachkundig und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignet sein (§ 37 Abs. 1 BBiG).

(2) Dem Prüfungsausschuß gehören als Mitglieder Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer in gleicher Zahl sowie mindestens ein Lehrer einer berufsbildenden Schule an. Mindestens zwei Drittel der Gesamtzahl der Mitglieder sind Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer (§ 37 Abs. 2 BBiG). Von dieser Zusammensetzung darf nur abgewichen werden, wenn anderenfalls die erforderliche Zahl von Mitgliedern des Prüfungsausschusses nicht berufen werden kann (§ 37 Abs. 5 BBiG).

(3) Die Mitglieder haben einen oder mehrere Stellvertreter (§ 37 Abs. 2 BBiG).

(4) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder werden von der Bayerischen Landesärztekammer für drei Jahre berufen (§ 37 Abs. 3 Satz 1 BBiG). Scheidet ein Mitglied aus, wird das neue Mitglied auf die restliche Berufungsdauer des Ausscheidenden berufen.

(5) Die Arbeitnehmermitglieder werden auf Vorschlag der im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer bestehenden Gewerkschaften und selbständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- und berufspolitischer Zwecksetzung berufen (§ 37 Abs. 3 Satz 2 BBiG).

(6) Lehrer von berufsbildenden Schulen werden im Einvernehmen mit der Schulaufsichtsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle berufen (§ 37 Abs. 3 Satz 3 BBiG).

(7) Werden Mitglieder nicht oder nicht in ausreichender Zahl innerhalb einer von der Bayerischen Landesärztekammer gesetzten angemessenen Frist vorgeschlagen, so beruft die Bayerische Landesärztekammer insoweit nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 37 Abs. 3 Satz 4 BBiG).

(8) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nach Anhören der an ihrer Berufung Beteiligten aus wichtigem Grund abberufen werden (§ 37 Abs. 3 Satz 5 BBiG).

(9) Die Tätigkeit im Prüfungsausschuß ist ehrenamtlich. Für bare Auslagen und für Zeitversäumnis ist, soweit eine Entschädigung nicht von anderer Seite gewährt wird, eine angemessene Entschädigung zu zahlen, deren Höhe von der Bayerischen Landesärztekammer mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern festgesetzt wird (§ 37 Abs. 4 BBiG).

§ 3

Befangenheit

(1) Bei der Zulassung und Prüfung dürfen Prüfungsausschußmitglieder nicht mitwirken, die mit dem Prüfungsbewerber verheiratet oder verheiratet gewesen oder mit ihm in gerader Linie verwandt oder verschwägert oder durch Annahme als Kind verbunden oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder bis zum zweiten Grade verschwägert sind, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht.

(2) Mitwirken soll ebenfalls nicht der ausbildende Arzt, soweit nicht besondere Umstände eine Mitwirkung zulassen oder erfordern.

(3) Prüfungsausschußmitglieder, die sich befangen fühlen, oder Prüfungsbewerber bzw. Prüfungsteilnehmer, die die Besorgnis der Befangenheit geltend machen wollen, haben dies der Bayerischen Landesärztekammer mitzuteilen, während der Prüfung dem Prüfungsausschuß.

(4) Die Entscheidung über den Ausschluß von der Mitwirkung trifft die Bayerische Landesärztekammer, während der Prüfung der Prüfungsausschuß.

(5) Wenn infolge Befangenheit eine ordnungsgemäße Besetzung des Prüfungsausschusses nicht möglich ist, kann die

Bayerische Landesärztekammer die Durchführung der Prüfung einem anderen Prüfungsausschuß übertragen. Das gleiche gilt, wenn eine objektive Durchführung der Prüfung aus anderen Gründen nicht gewährleistet erscheint.

§ 4

Vorsitz, Beschlußfähigkeit, Abstimmung

(1) Der Prüfungsausschuß wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter sollen nicht derselben Mitgliedergruppe angehören (§ 38 Abs. 1 BBiG).

(2) Der Prüfungsausschuß ist beschlußfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder, mindestens drei, mitwirken. Er beschließt mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag (§ 38 Abs. 2 BBiG).

§ 5

Geschäftsführung

(1) Die Bayerische Landesärztekammer regelt im Benehmen mit dem Prüfungsausschuß dessen Geschäftsführung, insbesondere Einladungen, Protokollführung und Durchführung der Beschlüsse.

(2) Die Sitzungsprotokolle sind vom Protokollführer und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen. § 22 Abs. 3 bleibt unberührt.

§ 6

Verschwiegenheit

Die Mitglieder des Prüfungsausschusses haben über alle Prüfungsvorgänge gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu wahren. Dies gilt nicht gegenüber dem Berufsbildungsausschuß und der Bayerischen Landesärztekammer. Ausnahmen bedürfen der Einwilligung der Bayerischen Landesärztekammer.

II. Abschnitt

Vorbereitung der Abschlußprüfung

§ 7

Prüfungstermine

(1) Die Bayerische Landesärztekammer bestimmt die für die Durchführung der Prüfung maßgebenden Termine. Diese Termine berücksichtigen den Ablauf der Berufsausbildung sowie des Schuljahres soweit wie möglich.

(2) Die Bayerische Landesärztekammer gibt diese Termine einschließlich der Anmeldefristen rechtzeitig über die Berufsschulen bekannt.

(3) Wird die Abschlußprüfung mit zentral erstellten Prüfungsaufgaben durchgeführt, sind einheitliche Prüfungstage einzusetzen.

§ 8

Zulassungsvoraussetzungen für die Abschlußprüfung

(1) Zur Abschlußprüfung ist zuzulassen (§ 39 Abs. 1 BBiG),

1. wer die Ausbildungszeit zurückgelegt hat oder wessen Ausbildungszeit nicht später als zwei Monate nach dem Prüfungstermin endet,
2. wer an der Zwischenprüfung (§ 8 ArztHAusbV) teilgenommen sowie ein Berichtsheft (Ausbildungsnachweis § 7 ArztHAusbV) geführt hat und
3. wessen Berufsausbildungsverhältnis in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen oder aus einem Grund nicht eingetragen ist, den weder der Auszubildende noch dessen gesetzlicher Vertreter zu vertreten hat.

(2) Körperlich, geistig oder seelisch Behinderte sind zur Abschlußprüfung auch zuzulassen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 nicht vorliegen (vgl. § 48 Abs. 3 Nr. 2 BBiG).

§ 9

Zulassungsvoraussetzungen in besonderen Fällen

(1) Der Auszubildende kann nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule vor Ablauf seiner Ausbildungszeit zur Abschlußprüfung zugelassen werden, wenn seine Leistungen dies rechtfertigen (§ 40 Abs. 1 BBiG).

(2) Zur Abschlußprüfung ist auch zuzulassen, wer nachweist, daß er mindestens das Zweifache der Zeit, die als Ausbildungszeit vorgeschrieben ist, im Beruf der Arzthelferin/des Arzthelfers tätig gewesen ist. Hiervon kann abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargetan wird, daß der Bewerber Kenntnisse und Fertigkeiten erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen (§ 40 Abs. 2 BBiG).

(3) Zur Abschlußprüfung ist ferner zuzulassen, wer in einer berufsbildenden Schule oder einer sonstigen Einrichtung ausgebildet worden ist, wenn diese Ausbildung der Berufsausbildung der Arzthelferin/des Arzthelfers entspricht (§ 40 Abs. 3 Satz 1 BBiG).

§ 10

Anmeldung zur Abschlußprüfung

(1) Die Anmeldung zur Abschlußprüfung hat schriftlich nach den von der Bayerischen Landesärztekammer bestimmten Anmeldefristen und -formularen durch den ausbildenden Arzt mit Zustimmung des Auszubildenden zu erfolgen.

(2) In besonderen Fällen kann der Prüfungsbewerber selbst den Antrag auf Zulassung zur Prüfung stellen. Dies gilt insbesondere in Fällen des § 9 und bei Wiederholungsprüfungen, falls ein Ausbildungsverhältnis nicht mehr besteht.

(3) Örtlich zuständig für die Anmeldung ist die Bayerische Landesärztekammer, wenn in den Fällen der §§ 8 und 9 Abs. 1 die Ausbildungsstätte, in den Fällen des § 9 Abs. 2 und 3 die Arbeitsstätte oder, soweit kein Arbeitsverhältnis besteht, der Wohnsitz des Prüfungsbewerbers in Bayern liegt.

(4) Der Anmeldung sind beizufügen:

- a) In den Fällen des § 8
- die Bescheinigung über die Teilnahme an der Zwischenprüfung,

- das Berichtsheft (Ausbildungsnachweis),
- das Jahreszeugnis der zuletzt besuchten Fachklasse der Berufsschule,
- eine Bescheinigung einer anerkannten Hilfsorganisation über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs in Erster Hilfe von mindestens acht Doppelstunden oder ähnlicher Nachweise innerhalb der Ausbildungszeit,
- ein tabellarischer Lebenslauf,
- gegebenenfalls eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

b) in den Fällen des § 9 Abs. 1

neben den nach § 10 Abs. 4 Buchstabe a) erforderlichen Unterlagen die Stellungnahmen des ausbildenden Arztes und der Berufsschule auf dem Formblatt der Bayerischen Landesärztekammer.

c) In den Fällen des § 9 Abs. 2 und Abs. 3

- Tätigkeitsnachweise oder glaubhafte Darlegung über den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten im Sinne des § 9 Abs. 2 oder Ausbildungsnachweise im Sinne des § 9 Abs. 3,
- das Abschlußzeugnis bzw. das letzte Zeugnis der zuletzt besuchten allgemeinbildenden Schule,
- eine Bescheinigung einer anerkannten Hilfsorganisation über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs in Erster Hilfe von mindestens acht Doppelstunden oder ähnlicher Nachweise, nicht älter als drei Jahre,
- gegebenenfalls weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise,
- ein tabellarischer Lebenslauf,
- gegebenenfalls eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung.

(5) Bei der Anmeldung zur Prüfung hat in den Fällen der §§ 8 und 9 Abs. 1 der ausbildende Arzt, in den übrigen Fällen der Prüfungsbewerber die Prüfungsgebühr zu entrichten. Die Höhe der Prüfungsgebühr wird von der Bayerischen Landesärztekammer festgelegt.

§ 11

Entscheidung über die Zulassung

(1) Über die Zulassung zur Abschlußprüfung entscheidet die Bayerische Landesärztekammer. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuß (§ 9 Abs. 2 BBiG).

(2) Die Entscheidung über die Zulassung ist dem Prüfungsbewerber und der Berufsschule rechtzeitig unter Angabe des Prüfungstermins und -ortes einschließlich der erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel mitzutellen. Auf das Antragsrecht Behinderter nach § 12 ist dabei hinzuweisen.

(3) Die Zulassung kann vom Prüfungsausschuß bis zum Beginn der Prüfung, wenn sie aufgrund von gefälschten Unterlagen oder falschen Angaben ausgesprochen worden ist, zurückgenommen werden.

(4) Die Entscheidung über die Nichtzulassung und Entscheidungen nach Abs. 3 sind dem Prüfungsbewerber unter Angabe der Gründe unverzüglich schriftlich bekanntzugeben. Der ausbildende Arzt und die Berufsschule werden durch Abdruck unterrichtet.

§ 12

Regelungen für Behinderte

Behinderten sind auf Antrag die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen. Die Entscheidung trifft der Prüfungsausschuß.

III. Abschnitt

Durchführung der Abschlußprüfung

§ 13

Prüfungsgegenstand, Koordinierte Prüfung

(1) Durch die Abschlußprüfung ist festzustellen, ob der Prüfungsteilnehmer die erforderlichen Fertigkeiten beherrscht, die notwendigen praktischen und theoretischen Kenntnisse besitzt und mit dem ihm im Berufsschulunterricht vermittelten, für die Berufsausbildung wesentlichen Lehrstoff vertraut ist. Die Verordnung über die Berufsausbildung zur Arzthelferin/zum Arzthelfer (ArztHAusbV) ist zugrunde zu legen (§ 35 BBiG).

(2) Die Abschlußprüfung kann als koordinierte Prüfung durchgeführt werden (vgl. § 33 BSO). Vor Beginn der schriftlichen Prüfung teilt der Prüfungsausschuß den Prüfungsteilnehmern die Jahresfortgangsnoten mit.

§ 14

Gliederung der Abschlußprüfung

(1) Die Prüfung ist in den Prüfungsfächern „Medizin“, „Verwaltung“ sowie „Wirtschafts- und Sozialkunde“ schriftlich und in „Praktische Übungen“ mündlich-praktisch durchzuführen (§ 9 Abs. 2 ArztHAusbV).

(2) Für die schriftliche Prüfung ist von folgenden zeitlichen Höchstwerten auszugehen:

| | |
|---|--------------|
| 1. im Prüfungsfach „Medizin“ | 120 Minuten, |
| 2. im Prüfungsfach „Verwaltung“ | 120 Minuten, |
| 3. im Prüfungsfach „Wirtschafts- und Sozialkunde“ | 45 Minuten. |

(3) Die in Abs. 2 genannte Prüfungsdauer kann insbesondere unterschritten werden, soweit die schriftliche Prüfung in programmierter Form durchgeführt wird (§ 9 Abs. 5 Satz 2 ArztHAusbV).

(4) Die Prüfung im Prüfungsfach „Praktische Übungen“ soll für den einzelnen Prüfungsteilnehmer nicht länger als 45 Minuten dauern (§ 9 Abs. 6 ArztHAusbV).

(5) Die schriftliche Prüfung ist auf Antrag des Prüfungsteilnehmers oder nach Ermessen des Prüfungsausschusses in einzelnen Fächern durch eine mündliche Prüfung zu ergänzen, wenn diese für das Bestehen der Prüfung den Ausschlag geben kann. Die mündliche Prüfung soll für den einzelnen Prüfungsteilnehmer 20 Minuten dauern.

§ 15

Prüfungsaufgaben

(1) Der Prüfungsausschuß beschließt die Prüfungsaufgaben sowie Musterlösungen, Bewertungshinweise und die zulässigen Arbeits- und Hilfsmittel auf der Grundlage der Arzthelfer-Ausbildungsverordnung.

(2) Der Prüfungsausschuß ist gehalten, überregional erstellte Prüfungsaufgaben zu übernehmen.

§ 16

Nichtöffentlichkeit

(1) Die Prüfungen sind nicht öffentlich. Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums des Innern und der Bayerischen Landesärztekammer sowie die Mitglieder oder stellvertretenden Mitglieder des Berufsbildungsausschusses können anwesend sein. Der Prüfungsausschuß kann im Einvernehmen mit der Bayerischen Landesärztekammer andere Personen als Gäste zulassen.

(2) Die in Abs. 1 bezeichneten Personen sind nicht stimmberechtigt und haben sich auch sonst jeder Einwirkung auf den Prüfungsablauf zu enthalten.

(3) Bei der Beratung über das Prüfungsergebnis dürfen nur die Mitglieder des Prüfungsausschusses anwesend sein.

§ 17

Leitung und Aufsicht

(1) Die Prüfung wird unter Leitung des Vorsitzenden vom Prüfungsausschuß abgenommen.

(2) Bei schriftlichen Prüfungen regelt die Bayerische Landesärztekammer im Benehmen mit dem Prüfungsausschuß die Aufsichtsführung, die sicherstellen soll, daß der Prüfungsteilnehmer die Arbeiten selbständig und nur mit den erlaubten Arbeits- und Hilfsmitteln ausführt. Die Prüfungsaufgaben werden dem Aufsichtsführenden im verschlossenen Umschlag übergeben, der erst bei Prüfungsbeginn zu öffnen ist. Die Prüfungsteilnehmer dürfen den Prüfungsraum während der Prüfung nur mit Erlaubnis des Aufsichtsführenden verlassen; die Erlaubnis wird jeweils nur einem Prüfungsteilnehmer erteilt. Die Dauer der Abwesenheit wird auf der ersten Seite der Prüfungsarbeit des Teilnehmers vermerkt.

§ 18

Ausweispflicht und Belehrung

(1) Die Prüfungsteilnehmer haben sich auf Verlangen des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses oder des Aufsichtsführenden über ihre Person auszuweisen. Sie sind vor Beginn der Prüfung über den Prüfungsablauf, die zur Verfügung stehende Zeit, die erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel, die Folgen von Täuschungshandlungen und Ordnungsverstößen zu belehren.

(2) Wird die Chancengleichheit eines Prüfungsteilnehmers durch äußere Bedingungen bei der Ablegung der Abschlußprüfung erheblich beeinträchtigt, so hat der Betroffene diese Beeinträchtigung unverzüglich, spätestens aber vor Ende der jeweiligen Teilprüfung gegenüber einem Mitglied des Prüfungsausschusses oder dem Aufsichtsführenden geltend zu machen.

§ 19

Täuschungshandlungen und Ordnungsverstöße

(1) Teilnehmer, die sich eines Täuschungsversuchs, einer Täuschungshandlung oder einer erheblichen Störung des Prüfungsablaufs schuldig machen, kann der Aufsichtsführende von der Prüfung vorläufig ausschließen. Als Versuch gilt auch die Bereithaltung nicht zugelassener Hilfsmittel nach Be-

ginn der Prüfung. Ebenso kann verfahren werden, wenn die Handlungen zu fremdem Vorteil unternommen werden.

(2) Über den endgültigen Ausschluß und die Folgen entscheidet der Prüfungsausschuß nach Anhören des Prüfungsteilnehmers. In schwerwiegenden Fällen, insbesondere bei vorbereiteten Täuschungshandlungen, kann die gesamte Prüfung für nicht bestanden erklärt werden. Das gleiche gilt bei innerhalb eines Jahres festgestellten Täuschungen. Ein unrichtiges Prüfungszeugnis ist einzuziehen.

§ 20

Rücktritt, Nichtteilnahme

(1) Der Prüfungsbewerber kann nach erfolgter Anmeldung rechtzeitig vor Beginn der Prüfung durch schriftliche Erklärung gegenüber der Bayerischen Landesärztekammer oder dem Prüfungsausschuß zurückeritten. In diesem Fall gilt die Prüfung als nicht abgelegt.

(2) Tritt der Prüfungsteilnehmer nach Beginn der Prüfung zurück, so können bereits erbrachte, in sich abgeschlossene Prüfungsleistungen nur anerkannt werden, wenn ein wichtiger Grund für den Rücktritt vorliegt (z. B. im Krankheitsfalle Vorlage eines ärztlichen Attests).

(3) Erfolgt der Rücktritt nach Beginn der Prüfung oder nimmt der Prüfungsbewerber an der Prüfung nicht teil, ohne daß ein wichtiger Grund vorliegt, so gilt die Prüfung als nicht bestanden.

(4) Die Entscheidung über das Vorliegen eines wichtigen Grundes und über den Umfang der anzuerkennenden Prüfungsleistung trifft der Prüfungsausschuß.

IV. Abschnitt

Bewertung, Feststellung und Beurkundung des Prüfungsergebnisses

§ 21

Bewertung

(1) Die einzelnen Prüfungsleistungen gemäß der Gliederung der Prüfung nach § 14 sowie die Gesamtleistung sind – unbeschadet der Gewichtung von einzelnen Prüfungsleistungen aufgrund der Arzthelfer-Ausbildungsverordnung – wie folgt zu bewerten (die Noten sind auf eine Dezimalstelle abzurunden: $n,49 = n,4$):

| | |
|-----------------------|------------------------------------|
| Note 1 = sehr gut | (bei Werten bis unter 1,5) |
| Note 2 = gut | (bei Werten von 1,5 bis unter 2,5) |
| Note 3 = befriedigend | (bei Werten von 2,5 bis unter 3,5) |
| Note 4 = ausreichend | (bei Werten von 3,5 bis unter 4,5) |
| Note 5 = mangelhaft | (bei Werten von 4,5 bis unter 5,5) |
| Note 6 = ungenügend | (bei Werten ab 5,5) |

„sehr gut“ = eine den Anforderungen in besonderem Maße entsprechende Leistung;

„gut“ = eine den Anforderungen voll entsprechende Leistung;

„befriedigend“ = eine den Anforderungen im allgemeinen entsprechende Leistung;

„ausreichend“ = eine Leistung, die zwar Mängel aufweist, aber im ganzen den Anforderungen noch entspricht.

„mangelhaft“ = eine Leistung, die den Anforderungen nicht entspricht, jedoch erkennen läßt, daß die notwendigen Grundkenntnisse vorhanden sind;

„ungenügend“ = eine Leistung, die den Anforderungen nicht entspricht und bei der selbst die Grundkenntnisse lückenhaft sind.

(2) Jede Prüfungsleistung ist von zwei Mitgliedern des Prüfungsausschusses getrennt und selbständig zu beurteilen und zu bewerten. Können sich die beiden Bewerter nicht auf eine Note einig, so entscheidet der Prüfungsausschuß.

(3) Für die Festsetzung der Note in den Prüfungsfächern „Medizin“, „Verwaltung“ und „Wirtschafts- und Sozialkunde“ werden die entsprechenden Jahresfortgangsnoten, die Note der schriftlichen Prüfung und gegebenenfalls die Note der mündlichen Prüfung (§ 14 Abs. 5) herangezogen.

(4) Sobald die schriftlichen Prüfungsarbeiten bewertet sind, stellt der Prüfungsausschuß unter Einbeziehung der Jahresfortgangsnote fest, welche Prüfungsfächer durch eine mündliche Prüfung zu ergänzen sind. Die Prüfungsteilnehmer sind vom Ergebnis dieser Feststellung möglichst umgehend, spätestens jedoch fünf Tage vor Beginn der mündlichen Prüfung, zu unterrichten.

(5) Ergeben die Jahresfortgangsnote und die schriftliche Prüfung ein Versagen des Prüfungsteilnehmers in den Prüfungsfächern „Medizin“ und „Verwaltung“ derart, daß das Bestehen der Gesamprüfung nicht mehr zu erwarten ist, so kann der Prüfungsteilnehmer von der weiteren Prüfung ausgeschlossen werden. Die Prüfung gilt in diesem Fall als insgesamt nicht bestanden.

(6) Schriftliche und mündliche Prüfung haben das gleiche Gewicht.

(7) Nach Abschluß der Prüfung setzen die Prüfer die Note im jeweiligen Prüfungsfach fest. Dabei sind

- die Jahresfortgangsnote einfach und die Note der schriftlichen und der mündlichen Prüfung doppelt,
- im Prüfungsfach „Medizin“ das Prüfungsgebiet (Unterrichtsfach) „Medizinische Fachkunde“ (§ 9 Abs. 3, 1a)–d), f), g) ArztHAusbV) gegenüber dem Prüfungsgebiet (Unterrichtsfach) „Laborarbeiten einschließlich Qualitätssicherung“ (§ 9 Abs. 3, 1e) ArztHAusbV) dreifach und
- bei der Ermittlung des Gesamtergebnisses die Prüfungsfächer „Medizin“ und „Verwaltung“ gegenüber jedem der übrigen Prüfungsfächer doppelt

zu gewichten, nach Maßgabe der folgenden Übersicht:

| 1 | 2 | 3 | 4*) | 5 | 6**) | | 7 | | 8 |
|--|--|--|--|--|---|-----------|------------------------------|-------------|----------------------------------|
| Prüfungsfächer | Unterrichtsfächer/ Gebiete | Jahresfortgangsnoten § 21.7 PO - einfach - | Schriftliche Prüfungen § 21.7 PO - doppelt - | eventuelle mündliche Prüfungen § 21.7 PO - doppelt - | Summe aus Spalten 3-4 bzw. 3-5 : 3 / : 5 | § 21.7 PO | Noten in den Prüfungsfächern | § 21.7 PO | Ermittlung des Gesamtergebnisses |
| I. Medizin (§ 9 Abs. 3.1 a) – g) ArztHAusbV) | a) Medizinische Fachkunde | | ...x2=.... | ...x2=.... | ...:3/:5=... | x3 | =... | } :4=... x2 | = |
| | b) Labor mit Qualitätssicherung | | ...x2=.... | ...x2=.... | ...:3/:5=... | x1 | =... | | |
| II. Verwaltung (§ 9 Abs. 3.2 a) – f) ArztHAusbV) | a) Praxisverwaltung und Rechnungswesen | | ...x2=.... | ...x2=.... | ...:3/:5=... | x1 | =... | } :2=... x2 | = |
| | b) Kassenabrechnung | | ...x2=.... | ...x2=.... | ...:3/:5=... | x1 | =... | | |
| III. Wirtschafts- und Sozialkunde (§ 9 Abs. 3.3 ArztHAusbV) | Sozialkunde | | ...x2=.... | ...x2=.... | ...:3/:5=... | x1 | =... | x1 | = |
| IV. Praktische Übungen (§ 9 Abs. 4 a) – g) ArztHAusbV) | Gebiete | / | | | Ganze Noten in den Gebieten | | } :3 =... x1 | =... x1 | = |
| | a) Arbeiten in der Praxis | | | | | x1 | | | |
| | b) Laborarbeiten | | | | | x1 | | | |
| | c) Schriftverkehr***) | | | | | x1 | | | |

*) Ab Spalte 4 sind Kommanoten einzutragen, abgerundet auf eine Dezimalstelle (n,49 = n,4)

***) Der Divisor 3 ist zu wählen für die Summe aus den Spalten 3 und 4, der Divisor 5 ist zu wählen für die Summe aus den Spalten 3 bis 5.

****) § 9 Abs. 4 g) „Schriftverkehr“ ArztHAusbV: bei Prüfungsteilnehmern nach §§ 8 und 9.1 PO ist die Jahresfortgangsnote aus dem Unterrichtsfach Maschinenschreiben der 11. Jahrgangsstufe einzutragen.

| | |
|-----------------------|-----|
| Gesamtergebnis: | :6= |
| = Prüfungsnote: | |

§ 22

Feststellung des Prüfungsergebnisses

(1) Der Prüfungsausschuß stellt das Gesamtergebnis und den Tag des Bestehens der Prüfung fest. Über die bestandene oder nicht bestandene Abschlußprüfung ist dem Prüfungsteilnehmer unverzüglich eine vom Vorsitzenden zu unterzeichnende Bescheinigung auszuhändigen.

(2) Zum Bestehen der Abschlußprüfung müssen im Gesamtergebnis sowie im Durchschnitt der Prüfungsergebnisse für das Fach „Medizin“ und für das Fach „Verwaltung“ mindestens ausreichende Leistungen erbracht werden. Werden die Prüfungsergebnisse in mindestens einem Prüfungsfach oder in den Prüfungsgebieten „Kassenabrechnung“ oder „Medizinische Fachkunde“ mit „ungenügend“ gewertet, so ist die Prüfung nicht bestanden.

(3) Über den Verlauf der Prüfung ist eine Niederschrift zu fertigen, aus der Gegenstand, Ablauf und Ergebnisse der Prüfung sowie etwa vorgekommene Unregelmäßigkeiten hervorgehen. Sie ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.

(4) Bei nicht bestandener Prüfung kann der Prüfungsausschuß unbeschadet des § 25 Abs. 2 bestimmen, in welchen Prüfungsfächern eine Wiederholungsprüfung nicht erforderlich ist.

§ 23

Prüfungszeugnis

(1) Über die Prüfung erhält der Prüfungsteilnehmer von der Bayerischen Landesärztekammer ein Zeugnis (vgl. § 34 BBiG).

(2) Das Prüfungszeugnis enthält

- die Bezeichnung „Prüfungszeugnis“,
- die Personalia des Prüfungsteilnehmers,
- die Bezeichnung „Arztheiterin/Arzthelfer“,
- das Gesamtergebnis der Prüfung,
- das Datum des Bestehens der Prüfung,
- die Unterschriften des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses und des Beauftragten der Bayerischen Landesärztekammer mit dem Siegel.

(3) Die Bayerische Landesärztekammer erteilt nach bestandener Prüfung den Arzthelferin-/Arzthelfer-Brief.

§ 24

Nicht bestandene Prüfung

(1) Bei nicht bestandener Prüfung erhalten der Prüfungsteilnehmer und sein gesetzlicher Vertreter sowie der auszubildende Arzt von der Bayerischen Landesärztekammer einen schriftlichen Bescheid. Darin ist anzugeben, in welchen Prüfungsfächern keine ausreichenden Leistungen erbracht worden sind und welche Prüfungsleistungen in einer Wiederholungsprüfung nicht mehr wiederholt zu werden brauchen (§ 22 Abs. 4).

(2) Auf die besonderen Bedingungen der Wiederholungsprüfung (§ 25) ist hinzuweisen.

V. Abschnitt

Wiederholungsprüfung

§ 25

Wiederholungsprüfung

(1) Eine nicht bestandene Abschlußprüfung kann zweimal wiederholt werden (vgl. § 34 Abs. 1 Satz 2 BBiG). Die Wiederholung einer bestandenen Abschlußprüfung zur Verbesserung des Prüfungsergebnisses ist unzulässig.

(2) Hat der Prüfungsteilnehmer bei nicht bestandener Prüfung in einem Prüfungsfach mindestens ausreichende Leistungen erbracht, so ist dieses Fach auf Antrag des Prüfungsteilnehmers nicht zu wiederholen, sofern dieser sich innerhalb von zwei Jahren – gerechnet vom Tage der Beendigung der nicht bestandenen Prüfung – zur Wiederholungsprüfung anmeldet.

(3) Die Prüfung kann frühestens zum nächsten Prüfungstermin wiederholt werden.

(4) Die Vorschriften über die Anmeldung und Zulassung (§§ 8 bis 11) gelten sinngemäß. Bei der Anmeldung sind außerdem Ort und Datum der vorausgegangenen Prüfung anzugeben.

VI. Abschnitt

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 26

Rechtsmittel

Maßnahmen und Entscheidungen der Prüfungsausschüsse sowie der Bayerischen Landesärztekammer sind bei ihrer schriftlichen Bekanntgabe an den Prüfungsbewerber bzw. -teilnehmer mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Diese richtet sich im einzelnen nach der Verwaltungsgerichtsordnung und den Ausführungsbestimmungen des Freistaates Bayern.

§ 27

Prüfungsunterlagen

Auf schriftlichen Antrag bei der Bayerischen Landesärztekammer ist dem Prüfungsteilnehmer nach Abschluß der Prüfung Einsicht in seine Prüfungsunterlagen zu gewähren. Die schriftlichen Prüfungsarbeiten sind zwei Jahre, die Anmeldungen und Niederschriften gemäß § 22 Abs. 3 sind zehn Jahre aufzubewahren.

§ 28

Inkrafttreten, Genehmigung

Diese Prüfungsordnung wurde gemäß § 41 BBiG vom Bayerischen Staatsministerium des Innern mit Schreiben vom 27. November 1987 – Nr. IE8-5370/45.3-1/87 – genehmigt.

Sie tritt nach ihrer Veröffentlichung im „Bayerischen Ärzteblatt“ am 1. Mai 1988 in Kraft.

München, den 20. November 1987

gez. Professor Dr. Dr. h. c. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Black-out, Schwindel

Der Notfall: Herzschrittmacher-Zwischenfälle

bearbeitet von Dr. U. Gerckens und Professor Dr. B. Lüderitz, Bonn

Symptomatik:

Bradykardiebedingte Symptome bei Patienten mit antibradykarden Herzschrittmachern legen den Verdacht einer Schrittmacherfehlfunktion nahe. Hierzu zählen der Morgagni-Adams-Stokes-Anfall und Schwindelbeschwerden mit „Schwarzwerden vor den Augen“ als Ausdruck einer mangelnden zerebralen Perfusion bei kritischen Bradykardien. Darüber hinaus können Leistungsminderung, Herzinsuffizienz (Zyanose, Ruhedyspnoe, Lungenstauung, obere Einflußstauung, periphere Ödeme) und Angina pectoris durch eine inadäquat langsame Herzschlagfolge verursacht werden. Eine vom Patienten ermittelte periphere Pulsfrequenz unterhalb der Schrittmacherstimulationsfrequenz gibt ebenso wie schrittmachersynchrone Muskelkontraktionen Anlaß zur Schrittmacherfunktionsprüfung.

Anamnese:

Frage nach Synkopen, Schwindelattacken und Herzinsuffizienzzeichen vor Schrittmacherimplantation, Kardiale Grunderkrankung, z. B. Myokardinfarkt, Vitium cordis. Der Schrittmacherausweis informiert über klinische sowie elektrokardiographische Indikationen zur Schrittmacherimplantation, Schrittmachertyp, eingestellte Stimulationsfrequenz, Implantationsdatum sowie die Schrittmacherkontrolldaten. Häufigste Schrittmacherkomplikationen innerhalb der ersten drei Monate nach Implantation: Elektrodendislokation und Reizschwellenerhöhung. Spätkomplikationen: Batterieerschöpfung und Elektrodenbruch. Zunehmende Verlangsamung der Herzfrequenz bei Batterieerschöpfung. Plötzlich auftretende bradykardiebedingte Symptomatik bei Stimulationsinsuffizienz durch Elektrodendislokation, Sondenbruch, Adapterdiskonnektion und Reizschwellenanstieg.

Sofortdiagnostik:

Palpation und Herzauskultation: Differenzierung zwischen Absinken der Schrittmacherfrequenz und Extrasystolie oder Parasystolie mit peripherem Pulsdefizit. Schrittmacher-synchrone Pectoraliskontraktionen oder Zwerchfellkontraktionen bei Isolationsdefekten, Elektrodenbruch und Muskelmitterregung bei hoher Stromdichte eines unipolaren Schrittmachers.

Elektrokardiogramm: Überprüfung der Stimulations- und Detektionsfunktion. Stimulationsfrequenz (Frequenzabfall von 5 bis 10% der Ausgangsfrequenz als Zeichen der Batterieerschöpfung). Tachykarde Herzrhythmusstörungen, Extrasystolie?

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Klinische Symptomatik vom zugrundeliegenden Eigenrhythmus bei Schrittmacherausfall abhängig: Bei Herzkreislaufstillstand sofortige Reanimationsmaßnahmen. Bei ausgeprägter Bradykardie mit entsprechen-

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

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

der klinischer Symptomatik Atropin (Atropinum Sulf. 0,5 bis 1 mg s. c. oder i. v., nicht bei Glaukom) oder Alupent 0,5 mg langsam intravenös. Sofortige Einweisung in die Klinik, Transport begleiten. Passagere Schrittmacherstimulation. Bei Zeichen der Herzbeutelamponade bei Myokardperforation (Blutdruckabfall, obere Einflußstauung, Pulsus paradoxus) Perikardpunktion.

Bei Verdacht auf Schrittmacherfehlfunktion Einweisung in die implantierende Klinik. Auch ohne ausgeprägte klinische Symptomatik sollte eine Schrittmacherfunktionsprüfung bei Verdacht auf Dysfunktion in der implantierenden Klinik bzw. bei einem Kardiologen erfolgen.

Elektrokardiographische Kontrolle der Schrittmacherfunktion einschließlich Provokations-Test (isometrische Muskelanspannung der Schultermuskulatur, Lagewechsel, In- und Expirationsstellung). Messung der Stimulationsparameter: Stimulationsfrequenz, Impulsbreite und Arbeitsweise des Schrittmachers. Radiologische Untersuchungen bei Verdacht auf Elektrodendislokation, Sondenbruch und Adapterdiskonnektion. Bei Verdacht auf Elektrodendislokation bzw. Perforation/Penetration ist eine echokardiographische Zusatzuntersuchung notwendig. Programmierung der Stimulationsparameter bei Reizschwellenerhöhung, Muskelmitterregung bei hoher Stromdichte und Detektionsstörungen.

Nach Ausschluß einer Schrittmacherfehlfunktion als Ursache von Synkopen bzw. Schwindelattacken sollte eine weiterführende neurologische HNO-ärztliche sowie angiologische Diagnostik eingeleitet werden. Synkopen nach Implantation eines Kammerschrittmachers können jedoch auch durch das sog. Schrittmachersyndrom bedingt sein: Eine retrograde Vorhoferregung nach Kammerstimulation führt zur Kontraktion des Vorhofs gegen die geschlossenen AV-Klappen mit plötzlichem Vorhofdruckanstieg und Abfall des arteriellen Blutdruckes durch reflektorische Verminderung des peripheren arteriellen Widerstandes. Therapie: AV-sequentielle Schrittmacherstimulation mit erhaltener Vorhof-Kammerkontraktionsfolge. Bei Schrittmacherpatienten sollte eine Behandlung mit Diathermie, Kurzwelle, Hochfrequenztherapie sowie Elektrokautern nur nach Rücksprache mit der implantierenden Klinik erfolgen, um eine Störung der Schrittmacherfunktion zu vermeiden. Eine regelmäßige Überwachung der Schrittmacherfunktion durch den Kardiologen bzw. in einer Schrittmacherambulanz ist zur frühzeitigen Erkennung einer Fehlfunktion erforderlich.

Personalia

Professor Dr. H. W. Pabst 65 Jahre

Professor Dr. med. Hans Werner Pabst, Direktor der Nuklearmedizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar und derzeitiger Dekan der Fakultät für Medizin, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, vollendete am 17. März 1988 sein 65. Lebensjahr.

Professor Pabst ist einer der Pioniere der Nuklearmedizin in Deutschland. Nach seiner internistischen Fachausbildung und der Habilitation im Jahre 1957 erfolgte 1963 die Ernennung zum apl. Professor. Schon 1951 wurde er mit dem Aufbau einer der ersten Isotopenabteilungen der Bundesrepublik Deutschland betraut. Mit der Übernahme der klinischen Abteilung am Institut für Physikalische Therapie und Röntgenologie (Rieder-Institut) der Universität München war Professor Pabst auch hier maßgebend mit dem Aufbau der Nuklearmedizinischen Abteilung befaßt, bis er 1969 auf den damals in Bayern ersten Lehrstuhl für Nuklearmedizin an der Technischen Universität München berufen wurde.

Entsprechend der stürmischen Entwicklung der klinischen Nuklearmedizin hat Professor Pabst eine Klinik aufgebaut, die auf personellem, apparativem und räumlichem Sektor eine für die Bundesrepublik richtungweisende Bedeutung erlangt hat. Vor allem seine interdisziplinäre Koordinierung von Forschungsaufgaben und klinische Untersuchungen mit anderen Kliniken und

Instituten innerhalb und außerhalb der Technischen Universität München führten zu mehreren hundert Publikationen und Vorträgen, die im In- und Ausland allgemeine Anerkennung gefunden haben.

1983 erhielt Professor Pabst aufgrund seiner besonderen Verdienste auf dem Gebiet des Strahlen- und Umweltschutzes die Umweltmedaille des Bayerischen Staatsministeriums für Landesentwicklung und Umweltfragen. Als Vorsitzender der Bayerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin hat er bereits in den ersten Wochen nach dem Reaktorunfall von Tschernobyl durch die unter seiner Federführung speziell für Ärzte konzipierten Merkblätter und durch öffentliche Diskussionen wesentlich zur sachlichen Beurteilung und nüchternen Einschätzung dieses Unfalles beigetragen.

Professor Pabst hat auch beim Ausbau des Fachgebiets Nuklearmedizin in der Bundesrepublik Deutschland eine führende Stellung eingenommen. Aus der Erkenntnis der Bedeutung der Nuklearmedizin für die gesamte Medizin hat Professor Pabst stets für die Einführung eines eigenen Fachgebietes Nuklearmedizin gearbeitet. Er gehörte von Anfang an zum Vorstand der Deutschen Akademie für Nuklearmedizin, unter seiner Federführung wurde 1978 die Bayerische Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. gegründet, er ist seit Jahren als Fachberater in Weiterbildungsgruppen der Bayerischen Landesärztekammer tätig und ist Delegierter seiner Fakultät beim Bayerischen Ärztetag. Seit 1. Oktober 1981 ist Professor Pabst ohne Unterbrechung Dekan der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München.

Privatdozent Dr. med. Heinrich Groitl, Chirurgische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde von der Chirurgischen Gesellschaft der DDR der erste Preis für seinen Video-Film „Endoskopische Fibrin-klbung“ verliehen.

Professor Dr. med. Dietrich Henschler, Vorstand des Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Würzburg, Versbacher Straße 9, 8700 Würzburg, wurde der „Rheinland-Preis für Umweltschutz 1988“ verliehen.

Professor Dr. med. Johannes Scheele, Chirurgische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde von der Chirurgischen Gesellschaft der DDR erstmals vergebene Filmpreis für seinen Beitrag „Metastasenresektion an der Leber – Grundlagen und technische Neuerungen“ verliehen.

Professor Dr. med. Wolf-Bernhard Schill, Dermatologische Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde von der Weltgesundheitsorganisation in Genf zum Berater der Task Force „Methods for the Regulation of Male Fertility“ berufen.

Stadtrat Dr. med. Thomas M. Zimmermann, Chirurgische Klinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum Referenten des Betriebs- und Krankenhausreferates der Landeshauptstadt München gewählt.

Lohmann



Rosidal®-Binde K Elko®

Kurzer Zug und ausdauernd kräftige Kompression charakterisieren diese Lohmann-Binden. Die griffige Gewebestruktur sichert den Wickeltouren rutschfesten Halt.

Rosidal-K bzw. das Bindenpaar Elko werden bevorzugt in der Doppelbindentechnik verwendet.

**Rosidal – die griffige
rutschfeste Binde**

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

30276/0586

Permanentes Thema: Strukturreform

Über die Reform der Krankenversicherung dürfte wohl erst nach Ostern entschieden werden. Blüm weiß inzwischen, daß er noch einen schweren Gang vor sich hat. Von allen Seiten kommt die Kritik. Unterstützung findet er kaum, wenn man einmal davon absieht, daß ihm die Vorsitzende des Sachverständigenrates für die „Konzertierte Aktion“, Rosemarie Scheurlen, und der Präsident des Bundessozialgerichts, Professor Reiter, demonstrativ Beifall gependet haben. Mitglieder des Rates ließen sogleich wissen, daß Frau Scheurlen nur für sich gesprochen habe. Der Gerichtspräsident muß sich sagen lassen, daß er sich nicht in die Politik einzumischen hat. Die entscheidenden Verhandlungen in der Koalition werden erst nach den Wahlen in Baden-Württemberg beginnen. Die Koalition kann sich vor diesem Termin neue Kontroversen nicht mehr leisten.

Nach der F.D.P. hat sich nun auch die CSU zu Wort gemeldet, wobei sie den Vorwurf aus der Steuerrückfrage wiederholt, daß nämlich nicht alles so im Referentenentwurf stehe, wie es in der Koalitionsarbeitsgruppe und in den Koalitionsverhandlungen vereinbart worden sei. Der CSU-Abgeordnete Seehofer hat einen Zehn-Punkte-Katalog zusammengestellt, der zeigt, welche Korrekturen die CSU wünscht. Darin heißt es u. e.:

Die Selbstverwaltung müsse Vorrang haben. Wenn sich die Selbstverwaltung nicht einigt, sollte erst einmal eine Schiedsstelle beraten, bevor das Arbeitsministerium mit einer Rechtsverordnung einschreite. Als unannehmbar wird es bezeichnet, daß Blüm die Zahnarztgebühren durch Rechtsverordnung festlegen will. Für die in dem Gesetz vorgesehenen Verordnungen wird die Zustimmung des Bundesrates verlangt.

Die Pläne für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen werden als weit überzogen qualifiziert; das führe zu gewaltigen Mehrkosten. Die vorgesehenen Datenerfassungen müßten auf das notwendige Maß beschränkt bleiben. Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben seien „allgemeine Leistungskonten mit genereller Datenerfassung“ nicht notwendig, heißt es in dem Seehofer-Papier.

Die Pläne für die Krankenhäuser gefährdeten das Selbstkostendeckungsprinzip und die Planungshoheit der Länder. Nach Ansicht der CSU sollten Versicherungsverträge mit Krankenhäusern nur dann gekündigt werden können, wenn auch die

Voraussetzungen für die Herausnahme aus dem Krankenhausplan gegeben seien. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dürfe das Selbstkostendeckungsprinzip nicht berühren. Verblindete Bundesrahmenverträge über die Krankenhausbehandlung werden abgelehnt. Für vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung komme nur eine Vertragslösung in Betracht, heißt es in dem CSU-Papier.

Im übrigen sieht Seehofer, der an allen bisherigen Verhandlungen beteiligt war, bei folgenden Punkten einen Erörterungsbedarf: Festbeitragsystem für Arzneimittel, Sicherstellung von Forschung und Innovation, Erweiterung der Negativliste für Arzneien, Zuschuß beim Zahnersatz, Kassenrabatt der Apotheker, einheitlicher Apothekenabgabepreis und Fixzuschläge, Arzneimittelsubstitution durch den Apotheker, Finanzausgleich der Krankenkassen, Übergangsregelung beim Sterbegeld und Beitragsrückgewähr. Wenn es nach der CSU ginge, so müßten die Verhandlungen wohl wieder von vorne beginnen. Es fällt auf, daß sich der CSU-Katalog der umstrittenen Fragen ziemlich mit den Kritikpunkten der F.D.P. deckt. Das gilt allerdings nicht für das Krankenhauswesen. Während der CSU hier das Konzept von Blüm schon zu weit geht, drängt die F.D.P. darauf, es auszuweiten.

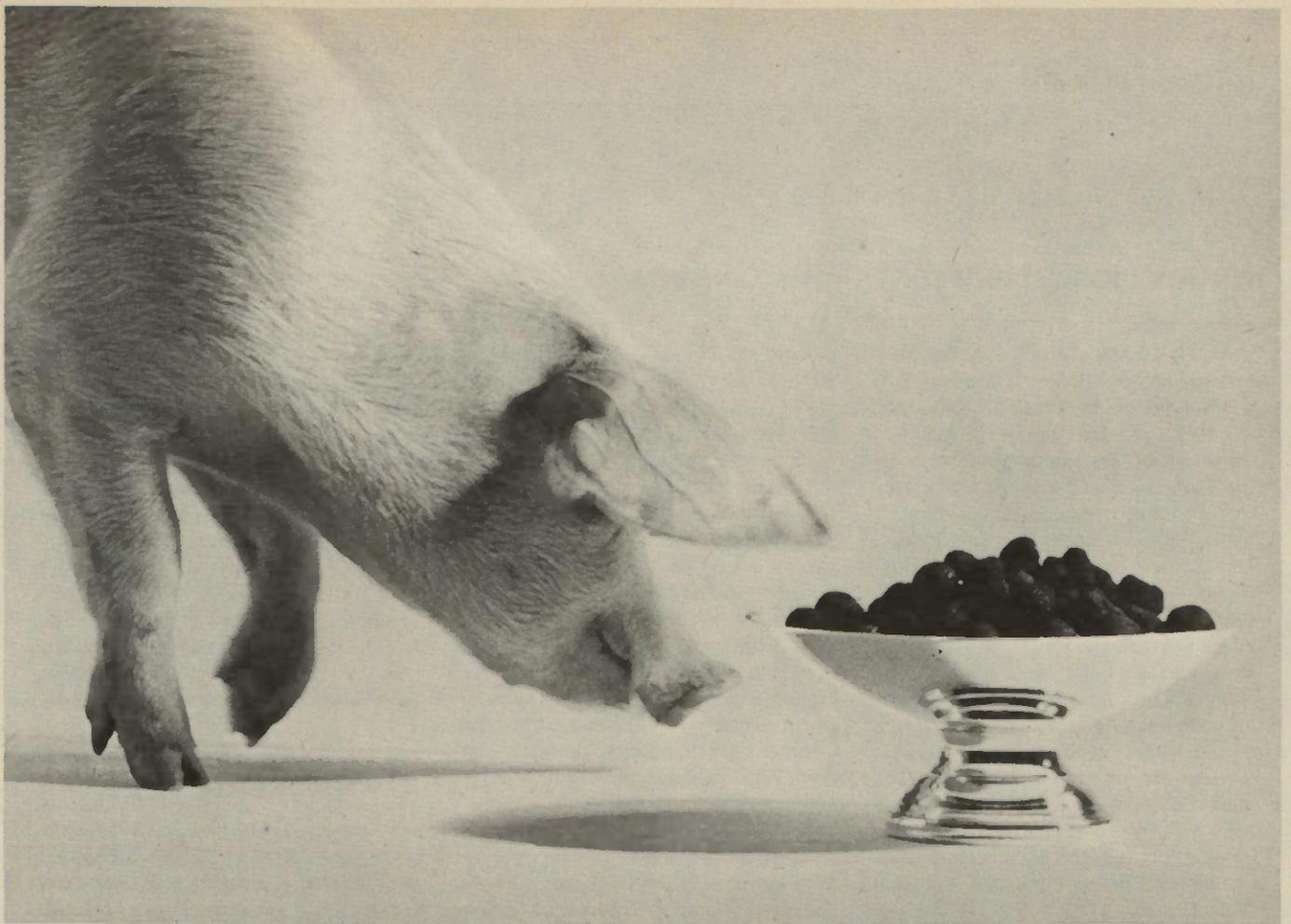
In den Kreis der Kritiker haben sich auch die Gesundheitsminister der Länder eingereiht. Dabei darf freilich nicht übersehen werden, daß die Mehrheit der Länder die Ziele des Referentenentwurfes, die Verbesserungen der Pflegeleistungen und der Prävention für richtig halten und die Beschlüsse von wechselnden Mehrheiten getragen werden. Aber die Einwände der Ländermehrheit sind von solchem Gewicht, daß sie Blüms Reformpaket doch insgesamt gefährden könnten. So wenden sich die Länder geschlossen gegen die Absicht, ihre Zuständigkeit bei der Krankenhausplanung zu beschneiden und statt dessen eine parallele Planungskompetenz aufzubauen und die Krankenversicherung „bundeszentralistisch“ zu regeln. Die Länder würden in die bloße Rolle eines Zahlmeisters gedrängt, sagte nach den Beratungen der Gesundheitsminister der niedersächsische Sozialminister Schnipkowitz. Die Länder sehen auch die Kur- und Rehabilitationskliniken als bevorzugt an. Die Stellungnahme der Länder macht deutlich, daß es keine Chance gibt, die Krankenhäuser stärker in die Reform einzubeziehen.

Die Länder fordern eine Regionalisierung des Krankenversicherungssystems. Sie wenden sich daher gegen alle von Blüm angestrebten bundeseinheitlichen Steuerungsmaßnahmen. Die Spitzenverbände der Kassen sollen also nicht ständig mehr Zuständigkeiten erhalten. Auch paßt den Ländern das vorgesehene Verordnungsrecht des Bonner Arbeitsministeriums nicht. Auf dieser Linie liegt auch der Baschluß, die Ersatzkassenverbände künftig in die regionalen Vertragsbeziehungen einzubinden. Das soll sowohl für die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Gesamtverträge als auch für die Pflegetarverhandlungen gelten. Ohne Zweifel ist hierin ein Ansatz für die Regionalisierung der Ersatzkassen zu sehen, was Schnipkowitz allerdings bestritt. Die Ersatzkassen finden es „grotesk“, wenn ausgerechnet die Länder Kurs auf die Einheitsversicherung nähmen.

Diese Kritik bezieht sich aber nicht so sehr auf das Regionalisierungskonzept, sondern auf die Beschlüsse, die Neugründung und weitere Enttaltung der Innungs- und Betriebskrankenkassen zu erschweren und den Finanzverbund in der gesetzlichen Krankenversicherung zu verstärken. Die Länder vermessen in Blüms Konzept wirksame Maßnahmen zum Ausgleich der Risiken zwischen Kassen und Kassenarten. Sie bemängeln, daß die Organisationsreform zurückgestellt werden soll. Die Länder befürworten einen die Kassenarten übergreifenden Finanzausgleich für Risikogruppen. Dazu werden die Arbeitslosen und Behinderten sowie die mitversicherten Familienmitglieder gezählt. Durch einen solchen Finanzausgleich könnten die Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen verringert werden, sagen die Länder.

Kurz zuvor hatte schon der Sachverständigenrat der „Konzertierten Aktion“ die Bereinigung der Risikostrukturen als Voraussetzung für den Wettbewerb der Kassen untereinander und für die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten und der Vertragsfreiheit genannt. Dabei gehe es zunächst darum, die Unterschiede bei der Grundlohnsumme, bei der Alters- und Geschlechtsstruktur der Kassen sowie bei den mitversicherten Familienangehörigen zwischen den Kassen und Kassenarten finanziell auszugleichen.

Immer mehr rückt also die Frage in den Mittelpunkt der Reformdiskussion, wie lange das gegliederte System die wachsenden Beitragssatzunterschiede verkraften kann. Die Forderung nach dem Finanzausgleich wird immer drängender. Die Reform könnte scheitern, wenn jetzt ernsthaft versucht werden sollte, den Finanzausgleich zwischen den Kassen und Kassenarten über die Pläne Blüms hinaus auszuweiten und zu perfektionieren. bonn-mot



FÜR TRÜFFEL BRAUCHT MAN EINE NASE

Beruflich haben Sie erreicht, was Sie erreichen wollten. Jetzt gilt es, Erfolg und Lebensstandard zu sichern.

Ihr Haus ist praktisch frei von Hypotheken, die großen Anschaffungen liegen hinter Ihnen. Da können Sie nun endlich aus Ihrem Geld mehr Geld machen.

Das ist freilich leichter gesagt als getan. Denn aus Geld ein Vermögen zu machen und ein Vermögen gut zu verwalten, will nicht nur gelernt sein.

Da brauchen Sie einen Anlageberater, der neben großem Wissen und Erfahrung

die richtige Nase hat – und unabhängig ist. Der mit Ihnen eine Anlagestrategie entwickelt, die sich mit Ihren Interessen deckt, und die Anlagen findet, die Ihnen zum Erfolg verhelfen.

Und die Anlagen meidet, die alles andere als Trüffel sind.

Vertrauen Sie dem Geldberater Ihrer Sparkasse. Bei ihm ist Ihr Geld in guten Händen.

wenn's um Geld geht – Sparkasse



Neues Hochschulrecht – alte Gegensätze

Nach rund einem Jahr öffentlicher, kontrovers geführter Debatten über den Entwurf für eine Änderung des Bayerischen Hochschulgesetzes durchläuft die Novelle derzeit die Landtagsausschüsse. Sie wurde aufgrund einer Änderung des Hochschulrahmengesetzes des Bundes notwendig und ordnet u. a. das Drittmittelrecht neu, erweitert die Mitwirkungsrechte der Professoren, ermöglicht die Einrichtung neuer Sonderstudiengänge sowie ergänzender Lehrveranstaltungen für besonders betätigte Studenten und sieht schließlich auch die Institution von Frauenbeauftragten an den Hochschulen vor. Für Studiengänge mit einer Regelstudienzeit von mindestens vier Jahren soll künftig eine Zwischenprüfung zwingend sein. Weitere Neuerungen sind die Anzeigestatt der bisherigen Genehmigungspflicht von Studienordnungen, die freie Wahlmöglichkeit zwischen Rektorats- und Präsidialverfassung und der Grundsatz der hauptamtlichen Leitung der Fachhochschulen. Schließlich wird auch die Direktwahl der Mitglieder des studentischen Konvents eingeführt.

Bei der ersten Lesung im Landtag stellte Wissenschaftsminister Wolfgang Wild heraus, daß der Entwurf, der auch den Anregungen des Senats Rechnung trege, das Hochschulrecht keinesfalls verschärfen, sondern eher liberalisieren wolle. Demgegenüber warf die Grünen-Abgeordnete Ulrike Wax-Wörner, deren Fraktion einen eigenen Entwurf zum Hochschulgesetz eingebracht hatte, dem Minister vor, mit seinen Vorschlägen sollten die Studenten bereits im ersten Semester zu angepaßten Angestellten gemacht werden, und die kulturpolitische Sprecherin der SPD, Christa Meier, sprach von einem „unnötigen Kreftakt“. Wegen der vielfachen Überlastung hätten die Hochschulen eigentlich ganz andere organisatorische Veränderungen zu bewältigen und sollten besser in Ruhe gelassen werden.

Wie in der öffentlichen Diskussion zuvor, so stellte während der ersten Lesung und dann im Kulturpolitischen Ausschuß die durch das Hochschulrahmengesetz geforderte Regelung der Drittmittelforschung einer der wesentlichen Kritik-

punkte der Opposition dar. Nach den Worten des Wissenschaftsministers unterliegt wie bisher die aus Mitteln Dritter finanzierte Forschung keiner Genehmigungspflicht, sondern ist regelmäßig nur einzelgepflichtig. Die Anzeigepflicht entfalle ausnahmsweise dann, wenn die Zuwendungen nicht mit Auflagen verbunden sind, und Personal und Einrichtungen der Hochschule nicht in Anspruch genommen werden. Neu sei, daß finanzielle Erträge aus Forschungsvorhaben den Hochschulen zusätzlich zur Verfügung stünden, betonte der Minister. Damit werde die Kontrolle über die Drittmittelforschung nicht gelockert und auch kein Übergewicht der Industrieforschung gegenüber der aus staatlichen Mitteln finanzierten herbeigeführt. Im übrigen, so betonte er, stamme nur ein ganz geringer Prozentsatz der Drittmittel aus dem Bereich der Privatwirtschaft. Der weitaus überwiegende Teil, der etwa zehn Prozent der insgesamt an den Hochschulen eingesetzten Mittel ausmache, stamme aus Einrichtungen wie der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Auf nur etwa ein bis zwei Prozent bezifferte Wild die Drittmittel direkt von privater Seite. Dagegen meinten die Grünen, daß dieser „Zwerg“ in Zukunft wachsen und sich als gefährlich für die Autonomie der Hochschulen erweisen könne. Man befürchte, daß die Industrie nicht unerheblichen Einfluß auf die Forschung nehme, denn sie habe wohl längst begriffen, daß von ihr finanzierte private Universitäten zu teuer kämen. Auch Christa Meier (SPD) sprach sich für eine generelle Anzeigepflicht aus und kritisierte vor allem, daß aus der Veröffentlichungspflicht der Forschungsergebnisse eine Sollbestimmung gemacht wurde, was sie als einen „Gummiparagrafen“ bezeichnete.

Kontrovers ist auch das Recht der Hochschulen, neue Studiengänge einzurichten, zu denen Studenten aufgrund besonderer Eignungstests zugelassen werden. Minister Wild: Dies sei kein Weg zu einem Zwei-Klassen-Studium, sondern nur ein zusätzliches Angebot für hochbegabte und hochmotivierte Studenten. Demgegenüber sah die Grüne Wax-Wörner darin die Einführung einer Art Elitestudium und ein Bildungsprivileg,

an dessen Abschaffung Generationen gearbeitet haben. Für die SPD meinte Christa Meier, zusätzliche Qualifikationsanforderungen müsse man ablehnen; Zusatz-, Aufbau- und Ergänzungsstudien müßten grundsätzlich allen Studenten offenstehen.

Kritik erntete die Regierungsvorlage aufgrund der Bestimmungen über die Regelstudienzeiten: Durch Zusatzvorschriften über Prüfungs- und Meldefristen werde über die Hintertreppe die Zwangsexmatrikulation wieder eingeführt, erklärte die SPD-Abgeordnete Christa Meier, während Minister Wild der Ansicht war, daß sich an der geltenden Rechtspraxis nichts geändert habe. Exmatrikulation vier Semester nach der normalen Planstudienzeit sei eine Regelung, die man im Interesse der Steuerzahler und der Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft fordern müsse. Ohnehin habe die sehr verlängerte Studiendauer und das sehr hohe Berufseintrittsalter uns zu Weltmeistern gemacht.

Als Verfassungsauftrag hatte Minister Wild bei der Einbringung der Novelle die Institution der Frauenbeauftragten an den Hochschulen bezeichnet: Zur Umsetzung dieser Verpflichtung zur Beseitigung von Nachteilen für Frauen müßten deshalb an jeder Hochschule aus den dem Senat angehörenden Lehrpersonen Frauenbeauftragte bestimmt werden. Sie haben die Aufgabe, auf die Herstellung der Chancengleichheit und auf die Vermeidung von Nachteilen für Wissenschaftlerinnen und Studentinnen hinzuwirken. Auch diese Bestimmung stieß auf das Mißfallen der Opposition, da sie offenlasse, welchen Geschlechts der Frauenbeauftragte sei. Die Grünen verlangten eine klare Festlegung im Gesetz auf Frauen und forderten zusätzlich noch die Einführung eines Frauenbeirats, die SPD sprach sich für ein Vorschlagsrecht der Frauen aus und meinte, der Kreis der Wählbaren dürfe sich nicht nur auf den Senat beschränken. Beide Oppositionsfraktionen verlangten schließlich erneut die verfaßte Studentenschaft, was für die Regierungspartei vom Abgeordneten Erich Schosser mit den Worten abgelehnt wurde, es sei ein glatter Irrtum, zu glauben, eine verfaßte Studentenschaft sei demokratischer als die bestehende Vertretungsregelung. Lehre und Forschung könnten nicht mit dem Begriff Demokratie verbunden werden, was auch nicht das größte Problem sei. Viel gravierender war für Dr. Schosser – und hierin war er sich mit Ulrike Wax-Wörner einig – der Umstand, daß das Gespräch zwischen Geistes- und Naturwissenschaftlern nicht so stattfindende, wie es notwendig wäre.

Michael Gscheidle

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

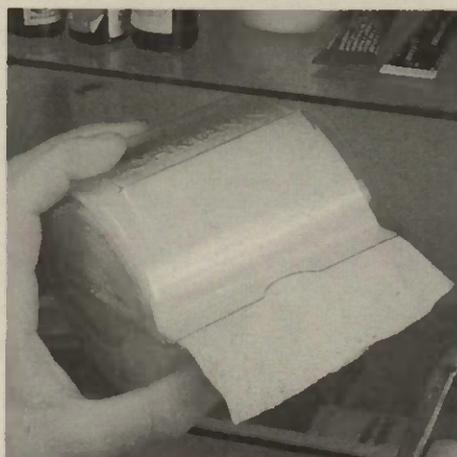
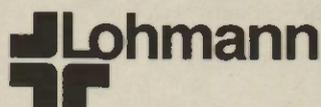
Zeitbedarf: 1 Samstag ganztägig (9.30 bis 17.30 Uhr)

| 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 Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288 Hinweis: Alle Termine sind bereits voll belegt |
| Nürnberg-Fürth Stadthalle Fürth | 30. 4. 14. 5. 15. 5.*) 5. 11. 19. 11. | I 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 *) ausnahmsweise Sonntag! |
| Würzburg Universitätsklinik | 25. 6. 9. 7. | II II | Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg Frau Knüpf, Telefon (09 31) 3 07-278 |

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.



Gazin®

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

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

Gazin – natürlich aus der Apotheke

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

32294/0586

Kongresse

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, Frau Eschrich,
Mühlbeurastraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-248

Anästhesiologie

vom 22. bis 24. April und
10. bis 12. Juni in Erlangen

Institut für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. Rügheimer)

„Einführungskurs – Medizintechnik und Gerätekunde“

Thema: Theoretische Grundlagen, Demonstrationen und praktische Übungen an Narkose- und Beatmungsgeräten (ausführlicher Grundkurs)

Teilnehmergebühr: jeweils DM 375,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr.-Ing. A. Obermayer, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-27 31 oder 37 97

Arbeitsmedizin

21. April in München

Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München (Vorstand: Professor Dr. G. Fruhmann) gemeinsam mit dem Landesverband Südbayern (Leiter: Dr. R. Tiller) des Verbandes deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.

Themen: Inhalative Schadstoffbelastung an Tankstellen – Längsschnittuntersuchung zur Wirkung von Spritzbetonstaub im Tunnelbau auf die Lungenfunktion – Speicherung von Blei und Cadmium in menschlichen Organen – Isocyanat-Pneumopathie – Vogelhalter-Lunge

Zeit: 18 Uhr c. t.

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

Anmeldung nicht erforderlich

Augenheilkunde

11. Mai in Erlangen

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

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

„44. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

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

Beginn: 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

29. April bis 1. Mai und 1. bis 3. Juli in Erlangen

Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. K. Bechmann), Sportmedizinische Abteilung (Leiter: Professor Dr. W. Hilmer) in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzterverband e. V.

Leitung: Professor Dr. W. Hilmer

29. April bis 1. Mai:

EKG-Grundkurs für Sportärzte (Grundlagen der Elektrokardiographie – Das EKG in der Sportarztpraxis – EKG-Beurteilung bei Sportaktiven – Sportpraxis und Diskussion – Ergometrie)

1. bis 3. Juli:

EKG-Fortgeschrittenenkurs für Sportärzte (Herzrhythmusstörungen und Sporttauglichkeit – EKG-Befunde und Sporttauglichkeit – Differenzierung grenzwertiger EKG-Befunde, Funktions-EKG – Sportpraxis und Diskussion – Ergometrie-/Belastungs-EKG)

Ort: Sportzentrum, Gebbertstraße 123, Erlangen

Teilnehmergebühr: jeweils DM 100,-; Begleitperson DM 50,-; Tageskarte DM 50,-

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik, Sportmedizinische Abteilung, Frau E. Bergmann, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-37 02

April 1988

- 15./16. Unfallchirurgie - Nürnberg
- 16. Nerven - Erlangen
- 16. Schmerztherapie - Pfaffenhofen
- 18.–22. Sonographie - Erlangen
- 21. Arbeitsmedizin - München
- 21. Onkologie - Obereudorf
- 21.–23. Sonographie - München
- 21.–24. Sonographie - München
- 22./23. Innere - Donaustauf
- 22.–24. Anästhesiologie - Erlangen
- 23. Schmerztherapie - München
- 23. Tropenmedizin - München
- 27. Kardiologie - Seeshaupt
- 28. 4.–1. 5. Sonographie - München
- 29. 4.–1. 5. Sonographie - München
- 29. 4.–1. 5. EKG - Erlangen
- 30. Neuroorthopädie - Bayreuth
- 30. Rheumatologie - Oberemmergau

Mai 1988

- 7. Innere - Würzburg
- 7. Kardiologie - Bischofsgrün
- 11. Augen - Erlangen
- 19. Onkologie - Obereudorf

Juni 1988

- 8. Gastroenterologie - Nürnberg
- 9.–11. Urologie - Deggendorf
- 10.–12. Anästhesiologie - Erlangen
- 11. Innere - Erlangen

Gastroenterologie

8. Juni in Nürnberg

Medizinische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Komm. Direktor: Professor Dr. W. Domschke) und Medizinische Klinik II im Klinikum Ingolstadt (Cheferzt: Professor Dr. F. Paul)

„Symposium: Aktuelle Neuerungen in der Diagnostik und Therapie von Verdauungserkrankungen“

Zeit: 14 bis ca. 17 Uhr

Ort: Messezentrum, Tegungsgebäude, Seel 6, Nürnberg 50

Auskunft:

Professor Dr. F. Paul, Krumenauerstraße 25, 8070 Ingoistadt, Telefon (08 41) 8 80-21 50

Innere Medizin

22./23. April in Donaustauf

Krankenhaus Donaustauf – Fecht-Klinik für Erkrankungen der Atmungsorgane der LVA Niederbayern/Oberpfalz (Chefarzt: Professor Dr. G. Siemon)

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

Themen: Immunologische Grundlagen – Abgrenzung allergischer und nichtallergischer obstruktiver Erkrankungen der

Die Saison beginnt mit **Ditec**[®]



Schutz und Hilfe
bei Asthma

besonders

Ditec

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



1. In dieser Ausgangsstellung ist das Ditec-Dosier-Aerosol-Gerät für zwei Hübe bereit.



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



Damit 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 Hübe 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, esthmaähnliche 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 vorhersehbarer 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



oberen Atemwege – Allergische Alveolliden – 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

7. Mai in Würzburg

Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. K. Wilms)

„20. Fortbildungstagung“

Thema: Fortschritte in Diagnostik und Therapie innerer Krankheiten in 20 Jahren – Besinnung und Ausblick

Zeit: 9 bis 17.30 Uhr

Ort: Hochschule für Musik, Hofstallstraße 6-8, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. W. Chowanetz, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 3 14 62

11. Juni in Erlangen

Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. K. Bachmann), Sportmedizinische Abteilung (Leiter: Professor Dr. W. Hilmer) und Institut und Poliklinik für Klinische Immunologie und Rheumatologie (Vorstand: Professor Dr. J. R. Kalden)

Leitung: Professor Dr. H. Baenkler, Professor Dr. W. Hilmer

„4. Jahrestagung: Immunologie und Sport“

Thema: Der infektgefährdete Sportler (Antibiotika und Sport – HIV-Infektion bei Sportaktiven – Systemische Immunprophylaxe – Lokale Immunstimulation – Psychische Faktoren und Infektanfälligkeit – Diskussion)

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Sportzentrum, Gebbertstraße 123, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 20,-

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik, Sportmedizinische Abteilung, Frau E. Bergmann, Mexlmiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-37 02

Kardiologie

27. April in Seeshaupt

Klinik für Herz-Kreislaufkrankungen Leuterbacher Mühle (Leitende Ärzte: Dr. K. Borst, Dr. J. Kotzur, Dr. P. Müller, Dr. F. Theisen)

Leitung: Dr. F. Theisen

„Lauterbacher Gespräche“

Thema: Fettstoffwechselstörungen (wenn diagnostizieren, wann therapieren? – Neue Diagnostik- und Therapiekonzepte)

Zeit: 16 bis 18.30 Uhr

Ort: Klinik für Herz-Kreislaufkrankungen Leuterbacher Mühle, Ostersee, Seeshaupt

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat, Frau Mang, Klinik für Herz-Kreislaufkrankungen Leuterbacher Mühle, Ostersee, 8124 Seeshaupt, Telefon (0 88 01) 18-3 05

7. Mai in Bischofsgrün

Carl-Korth-Institut für Herz-Kreislaufkrankungen am Waldkrankenhaus St. Marien, Erlangen (Vorstand: Professor

Dr. E. Leng) in Zusammenarbeit mit der Höhenklinik Bischofsgrün (Direktor: Professor Dr. E. Rupprecht)

„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

Ort: Höhenklinik, Bischofsgrün

Auskunft und Anmeldung:

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

Nervenheilkunde

16. April in Erlangen

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

Leitung: Professor Dr. H. Stefan

„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 Kopfklinikums, Schwebachanlage 6, 8520 Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. J. Bauer, Schwebachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-43 74 oder 45 41

Babylax[®] Glycerin-Miniklistier

- ▶ Schnelle und sanfte Wirkung
- ▶ Keine Nebenwirkungen
- ▶ Keine Belastung für Magen und Darm

Zusammensetzung: 1 Miniatürklistier (Rectiole) à 3,6 g enthält 1,8 g Glycerol (85%). **Anwendungsgebiete:** Symptomatische Behandlung von Darmträgheit und Stuhilverstopfung bei Säuglingen und Kindern. Zur schonenden Enddarm-Entleerung vor diagnostischen und chirurgischen Maßnahmen im unteren Darmbereich, vor rektaler Arzneimitteltherapie. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, werden bei Säuglingen unter 3 Monaten 1/2-1 Rectiole, bei Säuglingen über 3 Monaten und Kleinkindern 1 Rectiole, bei Schulkindern 2-3 Rectiole rektal appliziert. **Packungsgrößen und Preise:** O. P. mit 3 Miniatürklistieren DM 5,10, O. P. mit 6 Miniatürklistieren DM 8,70, A. P. mit 30 Miniatürklistieren. Auch in Österreich und der Schweiz erhältlich.

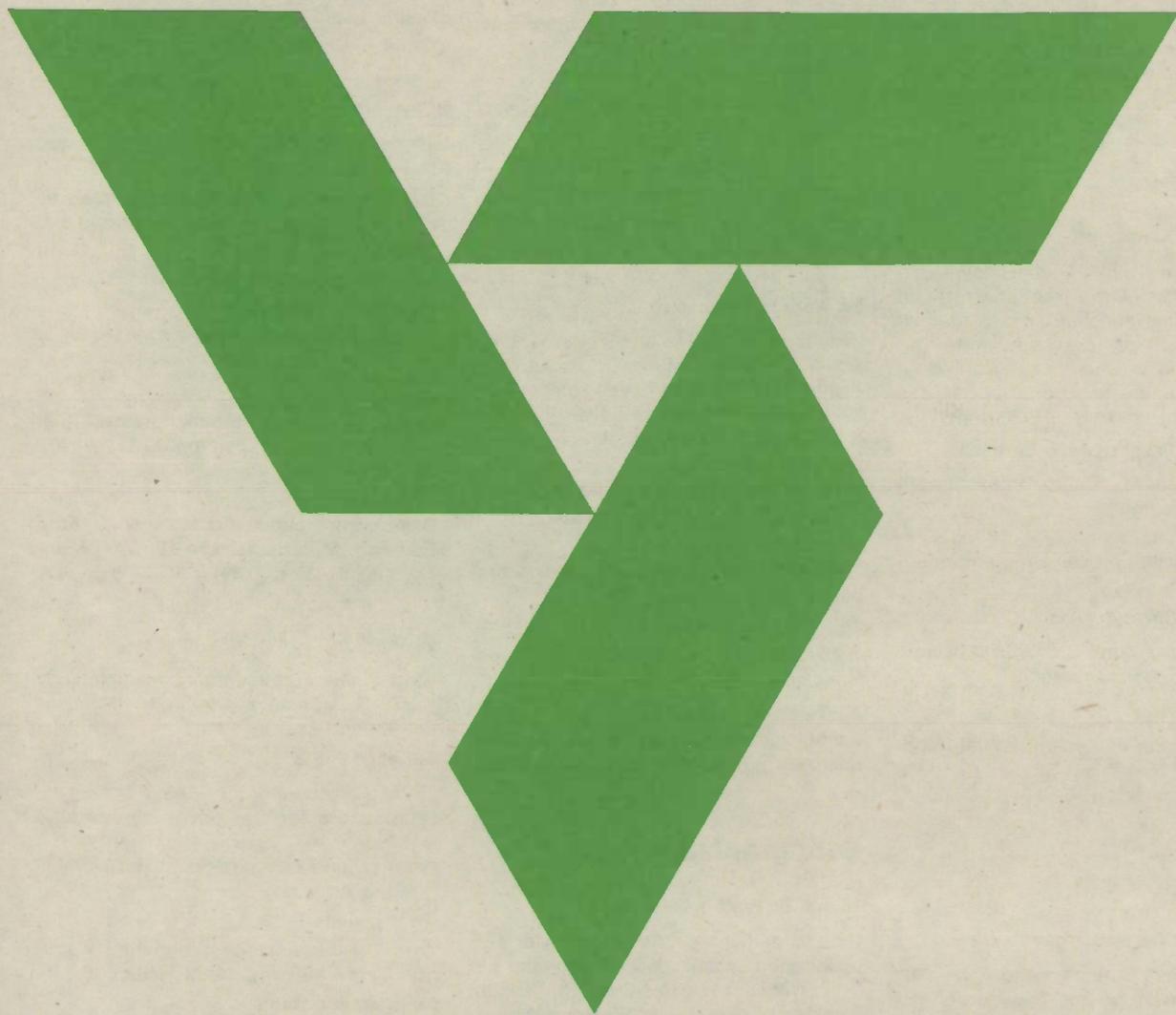
mit Glycerin

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



**Unser Zeichen
für praxisnahe Beratung.**



Mit Sicherheit gut beraten



Vereinte
Versicherungen

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 I, Dr.-Konrad-Pöhner-Straße, Bayreuth

Teilnehmergebühr: DM 40,-

Auskunft und Anmeldung:

Dr. B. Kügelgen, Cottenbacher Straße 23, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 28 33 08

Onkologie

21. April 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“

— Nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Probiempatienten teilnehmender Ärzte —

Beginn: 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

Rheumatologie

30. April in Oberammergau

Rheumaklinik Oberammergau (Chefarzt: Dr. H. J. Albrecht) in Zusammenarbeit mit der Kinderreumaklinik Garmisch-Partenkirchen

„10. Rheumafortbildungstagung“

Thema: Knochenerkrankungen und „Rheuma“ II (Dsteoporose: Strategien der Diagnose und Therapie — Prävention durch Östrogensubstitution — Spezielle orthopädische Probleme der Dsteoporosebehandlung — Morbus PAGET: Strategien der Diagnose und Therapie)

Beginn: 9 Uhr c. t.

Ort: Rheumaklinik, Hubertusstraße 40, Oberammergau

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. J. Albrecht, Hubertusstraße 40, 8103 Oberammergau, Telefon (0 88 22) 18 11

Schmerztherapie

18. April in Pfaffenhofen

Kreiskrankenhaus Pfaffenhofen, Abteilungen für Anästhesie (Leitender Arzt: Dr. C. Nemes) und Radiologie (Leitender Arzt: Dr. E. Eibach)

Leitung: Dr. C. Nemes

„1. Pfaffenhofer Schmerztherapeutisches Kolloquium“

Themen: Kopfschmerz — Zervikalsyndrom — Sudeck-Syndrom und Sympathische Reflexdystrophie — Terminaler Karzinomschmerz — TENS — Postoperative Schmerztherapie

Zeit: 8.45 bis 13.30 Uhr

Ort: Haus der Begegnung, Hauptplatz, Pfaffenhofen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. C. Nemes, Postfach 14 63, 8068 Pfaffenhofen a. d. Ilm, Telefon (0 84 41) 7 92 01 (nur vormittags)

23. April in München

Institut für Anästhesiologie der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. E. Kolb) in Zusammenarbeit mit dem Interdisziplinären Arbeitskreis Tumorschmerz

Leitung: Professor Dr. U. Fink, Professor Dr. E. Kolb, Dr. M. Rust, Professor Dr. A. Struppler

Thema: Interdisziplinäre Schmerztherapie bei Tumorpatienten

Zeit: 8.30 bis 13.45 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Dr. M. Rust, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-26 84

Sonographie

18. bis 22. 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-Grundkurs“

Thema: Ultraschall Innere Medizin

Ort: Medizinische Klinik, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 700,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

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

21. bis 23. April 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: 11. April (Posteingang)

Begrenzte Teilnehmerzahl

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. Welgold

„Seminar für Ultraschallidiagnostik“

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 Anmeldetermin: 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, Frau Eschrich, Mühlabauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-248

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: Theaterseel 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

Tropenmedizin

23. April 1988 in München

Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München (Leiter: Professor Dr. D. Eichenlaub) und Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München (Direktor: Professor Dr. E. Buchborn)

„Malaria-Kolloquium“

Thema: Resistenz- und Prophylaxe-Probleme 1988 – Diagnostik und Therapie

Zeit: 9 s. t. bis 13 Uhr

Ort: Hörsaal des Pharmakologischen Instituts, Nußbaumstraße 26, München 2

Auskunft:

Professor Dr. D. Elchenlaub, Leopoldstraße 5, 8000 München 40, Telefon (0 89) 21 80-35 17

Unfallchirurgie

15./18. April in Nürnberg

Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Unfallchirurgische Abteilung (Leiter: Professor Dr. H. Beck) und Chirurgisches Zentrum Nürnberg, Abteilung für Unfallchirurgie (Cheferzt: Privatdozent Dr. H.-W. Stedtfeld) „2. Kurs für Verriegelungsnagelung“ (mit praktischen Übungen)

Zeit: 15. April, 8.30 bis 18.30 Uhr; 16. April, 9 bis 12.55 Uhr

Ort: Melstersingerhalle, Münchener Straße 21, Nürnberg

Teilnehmergebühr: DM 180,- (inkl. Teilnahme an den praktischen Übungen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH, Irrenstraße 4-6, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 20 92 82-83

Urologie

9. bis 11. Juni in Deggendorf

Hauptkrankenhaus Deggendorf, Abteilung für Urologie (Chefarzt: Professor Dr. P. Cerl)

„14. Gemeinsame Tagung der Bayerischen Urologenvereinigung e. V. und der Österreichischen Gesellschaft für Urologie“

9. Juni, 9 bis 16.30 Uhr:

Fortbildung für urologische Assistenzberufe

10. Juni, 8.30 bis 17 Uhr:

Thema: Möglichkeiten und Grenzen der Endourologie

11. Juni, 9 bis 13 Uhr:

Seminar zum Thema: Funktionsdiagnostik des unteren Harntraktes

Ort: Stedthalle, Edimalstraße 24, Deggendorf

Teilnehmergebühr für: Ärzte in nichtleitender Stellung DM 40,-, Ärzte in freier Praxis DM 60,-, Ärzte in leitender Stellung DM 70,-; für Mitglieder der Vereinigungen und Ärzte im Ruhestand kostenlos

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. P. Cerl, Perlasberger Straße 41, 8360 Deggendorf, Telefon (09 91) 3 41

Allgemeine Fortbildung

Jubiläumskongreß: 40 Jahre Ärztliche Fortbildung in Regensburg

vom 12. bis 15. Mai 1988 in Regensburg, Stadttheater

Jahreavorsitz: Professor Dr. Ellen Weber, Heidelberg

Donnerstag, 12. Mai 1988

Im historischen Reichsseei des Alten Rethauses

20 Uhr – Festvortrag „Europas Aufbruch in den Weltraum“

Professor Dr. R. Lüst, Paris

Freitag, 13. Mai 1988

Neue Aspekte in der Kardiologie – Stand und Ausblick

Tagesvorsitz: Professor Dr. G. Riecker, München

9 bis 9.30 Uhr:

Begrüßung durch die Jahresvorsitzende und Eröffnung der Ausstellung

Einführung in die Thematik

Professor Dr. G. Riecker

9.30 bis 17 Uhr:

Neue Entwicklungen und Aussagemöglichkeiten der Echokardiographie

Professor Dr. G. Autenrieth, München

Chronische Herzinsuffizienz (Aktuelle Therapieprobleme)

Professor Dr. E. Erdmann, München

Wenn ist der Einsatz von ACE-Hemmern geboten?

Dr. H. P. Schultheiß, München

Indikation zur antiarrhythmischen Therapie

Professor Dr. G. Steinbeck, München

Erworbene Herzklappenfehler (Spätprognose, Komplikationen)

Professor Dr. H. D. Bolte, Augsburg

Stumme Myokardischämie

Dr. Th. von Arnim, München

Entscheidungskriterien bei instabiler Angine pectoris und akutem Myokardinfarkt

Professor Dr. B. Höfling, München

Sekundäre Prävention bei Koronarkrankheit und nach Myokardinfarkt

Dr. K. Werdan, München

Rundtischgespräch zum Thema des Tages (17 bis 18 Uhr)

Gesprächsleitung: Professor Dr. G. Rieder – Mitwirkung der Referenten

10 bis 16 Uhr:

Laborseminar

Fortschritte in Diagnostik und Therapie in Praxis und Klinik – Immunglobuline, Notfalldiagnostik, Trockenchemie, Abrechnung

Leitung: Dr. F. Kenter, Boehringer Mannheim

Ort: Regensburg, Heidplatz 8/1, Thon-Dittmer-Palais, Rückgebäude

– Programm bitte anfordern –

Samstag, 14. Mai 1988

Aktuelles in den Fortschritten praktischer Medizin

Tagesvorsitz: Professor Dr. R. Gross, Köln

9 bis 12.45 Uhr:

Einführung

Professor Dr. R. Gross

Neue diagnostische und therapeutische Entwicklungen bei Viruskrankheiten

Professor Dr. R. Thomssen, Göttingen

AIDS aktuell

Professor Dr. G. Maess, Münster

Neues in der antimikrobiellen Therapie

Professor Dr. W. Opferkuch, Bochum

Sind Hunde und Katzen für die Übertragung von Krankheiten relevant?

Professor Dr. Brigitte Gedek, München

Neue Gesichtspunkte bei Malaria-Problemen

Professor Dr. M. Dietrich, Hamburg

Einheimische und tropische Wurmkrankheiten

Dr. G. Burchard, Hamburg

Die Aktuelle Frege (14.15 bis 15 Uhr)

„Neues bei Zeckenkrankheiten“

Professor Dr. W. Künzer, Freiburg

Rundtischgespräch zu den Themen des Tages (15 bis 16 Uhr)

Gesprächsleitung: Professor Dr. R. Gross – Mitwirkung der Referenten

Rundtischgespräch – Aktuell

(16.30 bis 18 Uhr)

„Zerbricht die Partnerschaft zwischen Arzt, Fortbildung und Industrie?“

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. J. Rheindorf, Bad Neuheim

15.15 bis 18 Uhr:

Pädiatrisches Seminar

A-Streptokokkeninfektionen im Kindesalter

Dr. W. Peuckert, Freiburg

Entstehung des Asthmes bronchiale

Privatdozent Dr. R. Urbenek, Freiburg

Therapie des Asthmes bronchiale

Privatdozent Dr. J. Forster, Freiburg

Gesprächsleitung: Professor Dr. W. Künzer, Professor Dr. F. C. Sitzmann, Hamburg, Dr. W. Schmidt, Regensburg

10 bis 16 Uhr:

Laborseminar

– siehe Freitag, 13. Mai 1988 –

Sonntag, 15. Mai 1988

Neues in Erkennung und Behandlung von Notfallsituationen in der Praxis

Tagesvorsitz: Professor Dr. K. Peter, München

9 bis 13 Uhr:

Einführung
Professor Dr. K. Peter

Pathophysiologie des Schocks – Aspekte für die Praxis

Professor Dr. K. Meßmer, Heidelberg

Volumenersatztherapie – Risiken – Benefit

Professor Dr. H. Laubenthal, Bochum

Smale volume resuscitation: Was ist das? – Eine Behandlungsstrategie für die Praxis?

Dr. U. Kreimeier, Heidelberg

Mediatoren beim Trauma – Therapeutische Implikationen: Was ist gesichert?

Dr. K. Skarvan, Basel

Neues zur kardiopulmonalen Reanimation

Dr. J. Zander, Münster

Der psychiatrische Notfall: Der suizidale, der erregte-, der verwirrte Patient

Professor Dr. H. Hipplius, München

Der neurologische Notfall

Professor Dr. D. Schmidt, München

Der neurochirurgische Notfall (Diagnostik, Erstmaßnahmen)

Professor Dr. F. Marguth, Professor Dr. W. Lenksch, beide München

Der internistische Notfall (Herzinfarkt, Lungenembolie)

Professor Dr. K. Theisen, München

Rundtischgespräch zum Thema des Tages (13 bis 13.50 Uhr)

Gesprächsleitung: Professor Dr. K. Peter – Mitwirkung der Referenten

Auskunft und Anmeldung:

Ärztliche Fortbildung, Altes Rathaus, Zimmer 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 507-21 83

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

23. April 1988

25. Juni 1988

17. September 1988

19. November 1988

In der Mühlbaurstraße 16 (Ärztelhaus Bayern), München 80, Einführungslehrgänge 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 15. April, 16. Juni, 9. September und 11. November 1988 zu richten.

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

28. Bayerischer Internistenkongreß vom 18. bis 20. November 1988 in München

Themen: Moderne Technologien – Intensiv- und Notfallmedizin – Rationale Arzneimitteltherapie – Bedeutung röntgen-diagnostischer Verfahren

Auskunft:

Professor Dr. E. Wetzels, Medizinische Klinik I, Städtisches Krankenhaus, Pettenkofferstraße 10, 8200 Rosenheim, Telefon (0 80 31) 39 52 96

Coburger Arzt-Patienten-Seminar

am 16. April 1988

Veranstalter: Deutsche Herzsiftung – HUK Coburg

Leitung: Professor Dr. H. Avenhaus, Coburg

Thema: Herzinfarkt und koronare Herzkrankung

Zeit und Ort: 9 Uhr – Kongreßhaus im Rosengarten, Coburg

Auskunft:

Professor Dr. H. Avenhaus, Landkrankenhaus Coburg, Ketschendorfer Straße 33, 8630 Coburg

Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

vom 13. bis 15. Mai 1988 in Dinkelsbühl

Themen: Die Neue Röntgenverordnung – Bildgebende Diagnostik beim Zervikalsyndrom – Aktuelle Informationen zum Thema nicht-ionische Kontrastmittel – Aktuelle Radioonkologie – Freie Vorträge

Auskunft:

Dr. G. Rey, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Prüfeninger Straße 86, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 3 69-3 41

37. Deutscher Kongreß für Ärztliche Fortbildung

vom 24. bis 28. Mai 1988 in Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Dr. h. c. mult. G. Schettler, Heidelberg
Parallelveranstaltungen für Zahnärzte, MTA und Pflegepersonal

Auskunft:

Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Klingsorstraße 21, 1000 Berlin 41, Telefon (0 30) 7 91 30 91

Carminativum[®]
Babynos Meteorismus-Therapie.
Tropfen für Tropfen behutsam.

- ▶ Krampflösend ▶ Beseitigt Gasansammlungen
- ▶ Rein pflanzlich. Mit Fenchel, Koriander, Kamille, Baldrian

Zusammensetzung: 1 g enthält 890 mg Fluidextrakte (1:1, Ethanol 35 Vol.-%) aus 320 mg Fenchel (DAB 9), 200 mg Koriander (ÖAB 10), 200 mg Kamillenblüten (DAB 9) und 170 mg Baldrianwurzel (DAB 9) sowie 0,5 mg Fenchelöl (DAB 9). Enthält 24 Vol.-% Alkohol. **Anwendungsgebiete:** Zur Verhütung und Beseitigung von Blähungsbeschwerden jeder Art bei Säuglingen und Kindern, insbesondere mit krampflösender Wirkung. Zur Regulierung der Verdauungsfunktionen (z. B. nach Kostumstellung oder Abstillen) oder bei nervösen Magen-Darmstörungen, falls ein ernstes organisches Leiden ausgeschlossen werden kann. Folgeerscheinungen wie Verstimmung, Unruhe und Schieflosigkeit werden ursächlich mitbehandelt. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, Säuglingen 3 mal täglich 3-6 Tropfen, Kindern über 1 Jahr 3 mal täglich 6-10 Tropfen, Schulkindern 3 mal täglich 10-15 Tropfen verdünnt eingeben. Packungsgröße und Preis: DM 6,65. O. P. mit 30 ml Lösung.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



Grado 1988 – Kongreß-Kurort und kunsthistorische Perle an der Adria
36. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

Leitung: Professor Dr. R. Höfer, Wien, zusammen mit Dr. P. E. Odenbach, Köln vom 29. Mai bis 10. Juni 1988

Theme: Therapie und Diagnostik in Praxis, Ambulanz oder Krankenhaus

Grado, in der Bucht von Triest auf einer Sandinsel zwischen einer unvergleichlichen Lagunenlandschaft und dem offenen Meer gelegen, besticht durch seine herrliche Lage und landschaftlichen Reize. Bereits im Jahre 1892 erhielt die Insel die offizielle Anerkennung als Kurort und Seebad. Seither entwickelte sich Grado dank der Heilkraft des Sandes und Maeras sowie der hervorragenden klimatischen Verhältnisse zu einem der meist besuchten Kur- und Badeorte an der adriatischen Küste. Die Kurenlegen mit Sandbädern, Seethermen und Meerwasser-Schwimmbädern entsprechen den neuesten medizinischen Erkenntnissen und stehen dem Kurgast unter ständiger ärztlicher Kontrolle zur optimalen Durchführung der Kur zur Verfügung.

Hauptreferate

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Der Einfluß nichtmedizinischer Argumente auf die Entscheidung, ob der Patient in einem Krankenhaus, ambulant oder in der Praxis untersucht bzw. behandelt werden soll

AIDS

Chemotherapie in Klinik und Praxis

Interventionelle Radiologie

Kinderchirurgie

Neurologie

Nichtoperative Therapie von Steinleiden

Wissenswertes aus der Transplantationsmedizin im Hinblick auf ambulante Überwachung

Gynäkologie

Diabetes

Seminare und Kurse

Einführung in die klinische Echokardiologie – AIDS – Sportmedizin –

graphie gemäß KBV-Richtlinien – Chemotherapie in Klinik und Praxis – Atherosklerose – Nuklearmedizin – Augenheilkunde – Augenspiegelkurs – Kinderchirurgie – Psychiatrie: Der Süchtige und der Geisteskranke (stationär oder ambulant) – Endoskopie – Neurologie – EKG – Notfallmedizinische Maßnahmen im präklinischen und klinischen Bereich – Sonographie-Aufbaukurs gemäß KBV-Richtlinien § 6: Ultraschalluntersuchung des Abdomens (mit perkutanen Übungen am Gerät und Videodemonstrationen) – Diabetes – Rheumatologie – Labormedizin – Geriatrie – Gynäkologie – Selbsterfahrungsgruppe nach Balint

Verschiedene Veranstaltungen

Podiumsgespräche – Theologie und Medizin – Praktische Übungen im Rahmen des sportmedizinischen Seminars – Wissenschaftliche Filme gemäß Sonderprogramm – Besichtigung der Kuranlagen von Grado

Auskunft und Anmeldung:
 Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-221 bis 224

Symposium „Tiefkühkonservierung von Blutzellprodukten“

am 30. April 1988 in München

Leitung: Professor Dr. Mempel, Dr. Helm, Dr. Pechmann, alle München

Theme: Erfahrungen mit der „Eigenbluttransfusion“

Ort: Hotel Holiday Inn, München

Auskunft:
 Frau Dr. M. Toeller, Medizinische Congress Organisation, Rosenkavalierplatz 8, 8000 München 81, Telefon (0 89) 91 80 42

Jahrestagung des Berufsverbandes Deutscher Nuklearmediziner und der Bayerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin

am 7. Mai 1988 in München

Leitung: Professor Dr. G. Hör, Frankfurt
 Thema: Nuklearmedizinische Herzdiagnostik

Ort: Hotel Bayerischer Hof, Promenadeplatz 6, München

Teilnehmergebühr: DM 100,-

Auskunft:
 Dr. D. W. Nitz, Weinstraße 3/III, 8000 München 2, Telefon (0 89) 22 21 18

Veranstaltungen der Vereinigung der Bayerischen Internisten

Die Vereinigung der Bayerischen Internisten führt euch heuer wieder zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen durch:

Tarmlinse:

28. April und 5. Mai (Gastroenterologie) – 19. Mai, 9. Juni, 7. und 21. Juli (Hepetologie) – 25. Juni (Kerdiologie)

Ort: München, Hotel Hilton

Auskunft:

Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Richard-Streuß-Straße 55, 8000 München 80, Telefon (0 89) 98 86 68

49. Ärztlicher Fortbildungskongreß „Kneipp Physiotherapie“

vom 8. bis 15. Mai 1988 in Bad Wörishofen

Veranstalter: Kneippärztebund, Bad Wörishofen

Leitung: Dr. O. Schumacher-Wandersleb, Bad Münstereifel

Themen: Ein ideales gesundheitliches Konzept zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit – Zusammenwirken von Patient, Arzt und Apotheker

Ort: Kurhaus, Bad Wörishofen

Auskunft:

Kneippärztebund e. V., Sekretariat, Postfach 14 36, 8939 Bad Wörishofen, Telefon (0 82 47) 70 01

Schwindel verschiedener Genese
 (besonders arteriosklerotisch bedingter)

Vertigoheel®

Biologische Heilmittel Heel GmbH
 D-7570 Baden-Baden

-Heel

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D4 210 mg, Conium D3, Ambra D6, Petroleum D8 jeweils 30 mg. Tropfen: 100 ml enthalten Cocculus D4 70 ml, Conium D3 Ambra D6, Petroleum D8 jeweils 10 ml. **Injektionslösung:** 1,1 ml enthalten Cocculus D3 7,7 ml, Conium D2, Ambra D5, Petroleum D7 jeweils 1,1 ml. **DOSIERUNGSANLEITUNG UND ART DER ANWENDUNG:** Tabletten, Tropfen: 3mal täglich 3 Tabletten unter der Zunge zergehen lassen bzw 15-20 Tropfen einnehmen, bei anfallsweisem Schwindel initial alle 15 Minuten 1 Tablette bzw 10 Tropfen. **Injektionslösung:** Bei anfallsweisem Schwindel und Übelkeit täglich, sonst 3-1mal wöchentlich 1 Ampulle s.c., i.m., i.c., i.v. **DARREICHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖSSEN:** Packungen mit 50 Tabletten DM 5,32, mit 250 Tabletten DM 17,74. Tropfflaschen mit 30 ml DM 8,81, mit 100 ml DM 24,53. Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 10,18, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 16,80.

Stand April 1985

Arzt und Autor – Bücher für jedermann

Wiederum sind bei der Redaktion eine Reihe von Neuerscheinungen eingegangen. Wir bringen die Besprechungen nach dem zeitlichen Eintreffen der Bücher.

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

Des Diktat der Naturgesetze und die Willensfreiheit

Verfasser: W. Freytag, 240 S., Paperback, DM 26,-. R. G. Fischer-Verlag, Frankfurt.

Werner Freytag, Arzt und Autor zahlreicher populär wissenschaftlicher Bücher über Grundfragen unserer Existenz, legt mit diesem Buch die Quintessenz aus seinem Gedankengut in einer naturphilosophischen Gesamtschau vor. Zitate und Hinweise aus seinen früheren Büchern häufen sich hier. Daß er diesem Buch den Untertitel „Weltbild aus naturwissenschaftlich-medizinischer Sicht“ gab, zeigt dem Leser eine echte, unmißverständliche Standortbestimmung an. Man weiß, was zu erwarten ist, wenn hier auch religiöse Fragen berührt werden. Streng wissenschaftsgläubig entfaltet der Autor eine Weltanschauung aus der Erfahrungsebene der mathematisierten Naturwissenschaften. Verstand und Wille haben sie zum harten Kern unserer Zivilisation werden lassen. Freytag ist von seiner Weltansicht überzeugt und stellt sie in cartesianischer Klarheit dar. Der erste Teil des Buches handelt vom Fundament seines Weltbildes. Ein lenkender Ordnungssinn, die Naturgesetze, waltan und wirken. Geistiges im All, gebunden an Materie. Das bleibende geistige Prinzip ist die angeborene Tendenz zum Agieren, zum Sich-höher-Entwickeln bis hin zur höchsten Ausformung der Geistkategorie, die man Vernunft nennt. Ohne Materie aber kein Geist. Die Feldmatrix des Alls, Strahlungsenergie mit den von Freytag postulierten Urelementen, den „Energien“, seien Ausgangspunkt des Kosmos, allen Seins. Im zweiten Teil nimmt der Autor Stellung zu Problemen der Willensfreiheit – ethologisch, athelstisch. Exogene und endogene Krankheitsursachen und genetische Faktoren wirken einschränkend auf den menschlichen Willen. Ist es ein Sachbuch, dem man das Epitheton „spekulativ“ anhängen könnte? Bleibt nicht jede „Weltansicht“ letztgültig spekulativ-hypothetisch? Auf epiorische Anschauungsformen basierend? Somit wäre auch eine rein naturwissenschaftliche Weltansicht auch eine Glaubenszusage.

Almanach 1988 Deutscher Schriftstellerärzte

Herausgeber: J. Schwalm, 424 S., 17 Abb., brosch., DM 22,-. Verlag Th. Breit, Marquartstein.

Mit dem Almanach 1988 erscheint dieses Jahrbuch für Lyrik und erzählender sowie essayistischer Prosa aus der belletristischen Feder schreibender Ärzte zum zehnten Mal. Ein kleines Jubiläum also. Jürgen Schwalm in der Nachfolge Jünglings als Herausgeber unterzog sich wieder der gewiß nicht leichten redaktionellen Aufgabe, die Flut der Manuskripte zu sichten und auszuwählen. Dies tat er mit Gespür und Gefühl für das Richtige. Seine eigene literarisch-lyrische Begabung kam ihm dabei sehr zugute. In einem Almanach soll er einen repräsentativen Querschnitt geben, muß viel Variables untergebracht werden. Da mag manches diesem oder jenem nicht gefallen. Montage- oder Roboterstil z. B. sind nicht jedermanns Sache, gehören indes genauso zu relevanten Formen literarischer Sprache wie eine ausgefeilte, ästhetisierende Essayistik mit stillistischer Eleganz und prägnanter Wort- und Bildwahl oder eine metaphorreiche, hermetische Lyrik. Alles eingeschlossen auch in diesem Band. Die Literatur in Bayern ist vertreten mit Beiträgen von: Glatz Lothar, Göttlicher Sigurd, Hofmann Erich, Lebede-Blümner Karin, Mureuer Michael, Pfeiffer Peter, Rauchfuss Harald, Schaffner Ottmar, Schmeer Gisela, Schuhmann Andreas, Wolf Friedrich. Ohne ein Werturteil vorwegzunehmen, seien drei der Beiträge eingeführt, die den Rezensenten besonders beeindruckten. In Sigurd Göttlichers „Lilith“ begegnen wir einer jüdischen Frauengestalt zur Zeit des Herodeschen Kindermordes und des Erscheinens von Christus. Lilith, durch die Ermordung ihres einzigen und lang ersehnten Söhnchens in unsagbare Trostlosigkeit gestürzt, fand erst wieder klaglose innere Ruhe, als sie Augenzeuge des Kreuzweges von Jesus wurde. Mit dem stilistischen Kunstgriff des Weglassens direkter Aussagen schildert der Autor feinfühlig die Wirkung Jesus auf Lilith und

deutet dezent die Gnadengabe des Glaubens an. Michael Mureuer überrascht mit einem philosophischen Essay über die Lebenskunst, die auch dem Glaubensunwilligen unserer Zeit zuteil werden kann. Will er nicht Nihilist oder Selbstmörder werden, bedarf er des Nachdenkens über Sinn und Wert des Lebens auch ohne Hingabe an jenseitige Gedanken. Geschickt eingesetzte Zitate von Bertrand Russell, Montaigne und Lichtenberg beleben den aus kritisch-analytischer Sicht geschriebenen Essay. Gisele Schmeer läßt uns in „Brenner-Express“ ihre Liebe zu Italien spüren. Psychogramm einer Staffage am Bahnsteig und im Eisenbahnabteil auf einer Reise von München nach dem Süden könnte man die Charakterisierung der hier beobachteten Südtaliener, Amerikaner und Deutschen im „Brenner-Express“ nennen. Vorherrschend der Dialog in jeweiliger Mentalität. Routiniert in ihrem seelenkundlichen Metier, schöpft sie sprechlich das Sujet elegant und voll aus.

Reflexionen eines Arztes

Verfasser: F. Schedel, 218 S., 33 Abb., 1 Tab., kart., DM 36,-. Karl F. Haug-Verlag, Heidelberg.

„Viele Probleme ergeben sich im Laufe eines Lebens. Eine Fülle von Freud und Leid hat meist der ältere Mensch erlebt.“ – So beendet der Autor Franz Schedel seine „Reflexionen eines Arztes im Wandel der Zeit“. Und er konfrontiert den Leser mit allumfassenden Problemen, die fast nichts auslassen, was das menschliche Leben in seinen Höhen und Tiefen aus allgemeiner und ärztlicher Sicht berührt. Gedanken über die „Sympathie“, die „Einsamkeit“, die „Midlife-Crisis“, über „Was ist Leben?“ oder über „Sterben und Tod“ werden niedargeschrieben, immer mit humanem, sozialen und psychologischen Bezug, immer aber auch mit konkreten Beispielen aus der Wirklichkeit und mit den Hinweisen auf den resanten Wandel in der Zeit, auf Veränderungen in unserem Wertedenken. Medizinisch-wissenschaftliche Themen wie „Akupunktur, Radioaktivität, Katastrophenmedizin“ erheben ebenso allgemeines Interesse. Elegante Erfahrungen aus dem Leben und der wissenschaftlichen Arbeit, Belastung und ein nicht geleugneter Einfluß der Medien heben mosaikartig Bausteine zu dieser bilanzartigen Sicht der Dinge beizutragen. Ein Intarassant und flüssig geschriebenes Buch, das eigenes Nachdenken über schwierige Probleme und deren Lösungsversuche herausfordert. Ein Buch nicht nur für Mediziner, auch für Interessierte Lalen.

Kredit im Sonderangebot Dennoch scharf rechnen

Der Wettlauf um den Kreditkunden ist in eine heiße Phase geraten. Selbst die Zeitung von heute kann zur Information über Darlehens-Konditionen zu alt sein. Zwischen Redaktionsschluss und Zustellung sind nicht selten die Bedingungen bereits wieder verändert worden.

Kreditinteressenten sind in diesen Wochen intensiver denn je auf Vergleiche am selben Tag angewiesen. Allerdings können in den Zinsvarrechnungs-Perioden und Nebengebühren-Forderungen noch Differenzen stecken, die den anscheinenden Vorteil des Anbieters ins Gegenteil verkehren.

Die Aufnahme der Kreditkosten in die Preisangaben-Verordnung war lediglich eine politische Schaufenster-Aktion, weil sich alle Kostenfaktoren nicht erfassen lassen und dem Kreditnehmer eine letzte, exakte Vergleichbarkeit daher gar nicht möglich ist. Er muß sich auf seine Bank verlassen.

Wer im Bewußtsein einer tadellosen Zusammenarbeit mit seiner Bank vor dem Hintergrund einer soliden Praxis-Basis einen Kreditwunsch äußert, befindet sich in einer starken Position. Seine Situation ist um so vorteilhafter, je einwandfreier seine Kontoführung, je besser seine Sicherheiten.

Natürlich spielt auch der Zweck der Kreditaufnahme eine erhebliche Rolle. Wenn ein Arzt eine Praxis-Modernisierung in größerem Umfang beabsichtigt, die Analyse der Kreditabteilung der Bank keine guten Aussichten attestieren kann, dann wird das Institut entweder das Risiko nicht eingehen, oder aber gute Sicherheiten verlangen. Eine Status-Erarbeitung nach dem System der Landesbank verhilft zur Klärung.

Wann die Sicherheiten ausreichen, interessiert sich das Kreditinstitut für den Verwendungszweck des Geldes nicht. Am meisten geschätzt ist eine Eintragung der Forderung ins Grundbuch, also die Vergabe einer Grundschuld oder Hypothek. Häufig sind durch Teiltilgungen neue Beleihungsspielräume entstanden. Denn können die zur Zeit selten niedrigen Hypothekenkonditionen für einen Kredit zu beliebiger Verwendung genutzt werden.

Ebenfalls hoch bewertet werden festverzinsliche Wertpapiere und Aktien, jeweils natürlich seriöser Emittenten. Wertpapie-

ra unterliegen Kursveränderungen, die Rentenpapiere mit schwächeren, die Aktien auch mit stärkeren Ausschlägen. Daher werden nur 75 Prozent des Kurswertes von festverzinslichen Wertpapieren und 50 Prozent von Aktien beliehen. Gold gilt etwa zu 50 Prozent des Tageswertes als Kreditsicherheit.

Die Bank darf also die Immobilien wie die Wertpapiere veräußern, falls der Schuldner zur Rückzahlung des Kredites unfähig wird. Weil sie daraufhin ihr Geld wiederbekommt, braucht sie in den Zinssatz keinen Risikofaktor einzukalkulieren, wie es vor allem beim persönlichen Darlehen ohne Sicherheit, bei den Ratenkrediten, üblich ist.

Vor einer Kreditaufnahme darf eine Anfrage bei der Bayerischen Ärzteversorgung nicht unterlassen werden. Sie reicht nicht nur Bau-, sondern auch Kredite für andere Zwecke aus. Ihre Konditionen liegen an der untersten Grenze.

Über eine gute Sicherheit verfügen Lebensversicherungsgesellschaften, wenn sie Policendarlehen ausreichen. Dagegen stehen das Gutheben des Versicherungsnehmers aus dem spartägigen Anteil seiner Prämie und die Erträge daraus.

Je nach Sicherheitsgrad liegen die Zinssätze für die einzelnen Kreditarten weit auseinander. Zur gleichen Zeit ist für ein Policendarlehen oder auch für einen günstigen Gewerbekredit mit sieben Prozent, für einen Ratenkredit mit 36monatiger Laufzeit dagegen mit rund 9,5 Prozent Zinsen zu rechnen. Das sind 37 Prozent mehr, als für den gut gesicherten Kredit zu zahlen ist.

Zuwahlen kommen Dispositionskredite billiger als die mit fest vereinbarter Laufzeit vor allem, weil dafür die Zinsen nur in Höhe des tatsächlichen Fehlbetrages auf dem Konto berechnet werden. Sie werden also durch jede Gutschrift vermindert.

Solche Überziehungskredit-Kosten müssen indes sehr aufmerksam verfolgt werden. Die Zinsen dafür hängen eng an der alltäglichen Entwicklung. Sie machen Ermäßigungen, wie aber auch Steigerungen der Zinssätze unmittelbar mit. Bei aufstrebender Tendenz sollte mit dem Kreditinstitut über eine Umwandlung gesprochen werden.

Horst Beloch

Kurz über Geld

IMMOBILIENKREDITE IM AUSLAND dürfen deutsche Banken jetzt ausreichen. Umschuldungen sind bei gegenwärtigem Niedrigzins besonders vorteilhaft.

UNGÜLTIG: BANKNOTEN IN ITALIEN über 10 000 Lire, grünlich, und über 100 000 Lire, rosafarben, seit dem 21. März. Nur Filialen der italienischen Notenbank tauschen sie noch gegen gültige Banknoten um.

600 MARK BAUKINDERGELD werden nicht gezahlt, wenn das Ehepaar zusätzlich zu seinem Eigenheim eine Eigentumswohnung kauft und sie dem Kind überläßt ... - entschied das Finanzgericht München XII 370/83E - ... oder wenn ein Ferienhaus gekauft wird, das Finanzgericht Berlin IV 348/85.

EUROCHEQUES IN DER DDR nehmen über 200 Staatsbank-Niederlassungen in den Groß- und Kleinstädten sowie an den Grenzübergängen an, 26 Kreissparkassen und in Ost-Berlin die Deutsche Handelsbank und die Deutsche Außenhandelsbank. Unmittelbar kann mit Eurocheques bei Betrieben gezahlt werden, die fremde Währung entgegennehmen dürfen, so unter anderem Intershops und Intershops. Eurocheques sind dort immer über DM (West) auszustellen.

URLAUBS-MÄNGELRÜGEN SIND ANERKANNT, wenn die Reiseleitung sie am Urlaubsort durch Unterschrift zur Kenntnis genommen hat, urteilte das Landgericht Frankfurt unter 2/24 S 210/87.

KEINE ANHALTENDE GOLDHAUSSE zu erwarten, meinen Londoner Goldhandelshäuser jedenfalls für den Rest dieses Jahres.

STEUERFREI: DEVISENGESCHÄFTSGEWINNE, keine Spekulationsgewinne im Sinne des Einkommensteuergesetzes, befand der Bundesfinanzhof (BFH) unter IX 66/85.

DIE HONORARERHÖHUNG für Architekten nach zwölfjähriger Pausa um 50 Prozent seit dem 1. April ist auf städtebauliche und landschaftsplanerische Leistungen beschränkt. Für andere Aufgaben liegt sie darunter. Im Übrigen der Bund Deutscher Architekten (BDA) zur neuen Honorarordnung für Architekten und Ingenieure (HOAI): „Die Veränderung der HOAI bewirkt, daß in vielen Fällen das Mindestmaß angemessener und auskömmlicher Leistungsvergütung nicht mehr gewährleistet ist.“

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Februar 1988 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Salmonellosa wurden im Februar 1988 etwas häufiger als im Januar gemeldet. Die Erkrankungsziffer stieg von 50 auf 53 je 100 000 Einwohner (jeweils umgerechnet auf ein Jahr). Sie war damit etwa doppelt so hoch wie im entsprechenden Monat des Vor-

jahres. Die Erkrankungshäufigkeit an übrigen Formen der Enteritis infectiosa hat gegenüber Januar gleichfalls zugenommen, und zwar von 23 auf 28 Fälle je 100 000 der Bevölkerung. Sie entsprach damit dem Stand vom Februar 1987.

Eine Virushepatitis wurde bei knapp 15 von 100 000 Einwohnern registriert. Im Vormonat waren 12, im Vorjahr 14 derartige Fälle verzeichnet worden. An Meningitis/Enzephalitis erkrankten 4 von 100 000 Einwohnern. Im Januar waren es 3 Personen gewesen.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Januar bis 26. Februar 1988 (vorläufiges Ergebnis)

| Gebiet | Meningitis/Enzephalitis | | | | | | | | Enteritis infectiosa | | | | Virushepatitis | | | | | |
|---------------|--------------------------|----|---------------------------------|----|----------------------------|----|---------------|----|----------------------|----|-----------------------------|----|----------------|----|-------------|----|--|----|
| | Meningokokken-Meningitis | | andere bakterielle Meningitiden | | Virus-Meningo-enzephalitis | | übrige Formen | | Salmonellose | | übrige Formen ¹⁾ | | Hepatitis A | | Hepatitis B | | nicht bestimm- bare und übrige Formen | |
| | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St |
| | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | |
| Oberbayern | 5 | — | 5 | — | 2 | — | — | — | 99 | — | 69 | — | 31 | — | 18 | — | 3 | — |
| Niederbayern | — | — | 3 | — | — | — | — | — | 85 | — | 30 | — | 2 | — | 3 | — | 1 | — |
| Oberpfalz | — | — | 2 | — | — | — | — | — | 29 | — | 26 | — | 2 | — | 2 | — | — | — |
| Oberfranken | 2 | — | 3 | — | — | — | 1 | — | 25 | — | 11 | — | 3 | — | 2 | 1 | 1 | — |
| Mittelfranken | 1 | — | 2 | — | — | — | 1 | — | 38 | — | 59 | — | 5 | — | 9 | — | 3 | — |
| Unterfranken | 2 | — | — | — | 1 | — | — | — | 138 | — | 32 | 1 | 4 | — | 1 | — | 2 | — |
| Schwaben | 2 | — | 4 | — | — | — | 2 | — | 35 | — | 13 | — | 22 | — | 10 | — | — | — |
| Bayern | 12 | — | 19 | — | 3 | — | 4 | — | 449 | — | 240 | 1 | 69 | — | 45 | 1 | 10 | — |
| Vormonat | 6 | — | 15 | 2 | 3 | — | 4 | — | 425 | — | 197 | — | 48 | — | 41 | — | 11 | — |
| München | — | — | — | — | 2 | — | — | — | 37 | — | 27 | — | 11 | — | 7 | — | 2 | — |
| Nürnberg | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 6 | — | 34 | — | 2 | — | 3 | — | 1 | — |
| Augsburg | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 3 | — | 6 | — | 1 | — | 6 | — | — | — |
| Regensburg | — | — | — | — | — | — | — | — | 4 | — | 8 | — | — | — | — | — | — | — |
| Würzburg | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Fürth | — | — | — | — | — | — | — | — | 4 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — |
| Erlangen | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 7 | — | 4 | — | 1 | — | 1 | — | — | — |

| Gebiet | Typhus abdominalis | | Paratyphus A, B und C | | Shigellenruhr | | Botulismus | | Ornithose | | Angeb. Toxoplasmosen | | Brucellose | | Malaria | | Q-Fieber | | Sterbefällen Keuchhusten | | Tollwutverdacht ²⁾ |
|---------------|--------------------|----|-----------------------|----|---------------|----|------------|----|-----------|----|----------------------|----|------------|----|---------|----|----------|----|--------------------------|----|-------------------------------|
| | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St | E | St | |
| | 10 | | 11 | | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | | |
| Oberbayern | 1 | — | — | — | 15 | — | — | — | 5 | — | — | — | 1 | — | 13 | — | — | — | — | 1 | 4 |
| Niederbayern | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 2 | — | — | — | — | — | — |
| Oberpfalz | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 10 |
| Oberfranken | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — | 2 |
| Mittelfranken | 1 | — | — | — | 5 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | 5 |
| Unterfranken | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | 3 | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Schwaben | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 7 | — | — | — | — | — | 3 |
| Bayern | 3 | — | 1 | — | 21 | — | 1 | — | 5 | — | 2 | — | 2 | — | 31 | — | 1 | — | — | 1 | 25 |
| Vormonat | 3 | — | — | — | 23 | — | 2 | — | 2 | — | — | — | — | — | 5 | — | — | — | — | — | 20 |
| München | — | — | — | — | 5 | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — | 10 | — | — | — | — | 1 | — |
| Nürnberg | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | — |
| Augsburg | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — | — |
| Regensburg | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| Würzburg | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Fürth | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Erlangen | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

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

St = Sterbefälle.

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

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

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

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 06-228
☎ 9 118 319 — nma
☎ 6 23 613 nma d

Kritische Arzneitherapie:

neue Empfehlungen.



Jetzt mit
Preisangaben
für die
N2-Packungen

„Die Arzneiverordnungen sind in meiner Sicht für die Ärzte in Klinik und Praxis das beste derzeit verfügbare, nach Indikationen geordnete Werk. Der Umfang hat etwas zugenommen, weil die Preise für die N2-Packungsgrößen enthalten sind. Mir persönlich ist das Werk seit Jahren unentbehrlich. Es gehört auf den Schreibtisch jedes Arztes.“

Prof. Dr. med. Rudolf Gross in:
Deutsches Ärzteblatt 3/88.



Arzneiverordnungen Ratschläge für Ärzte und Studenten

Herausgegeben von den Mitgliedern der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
16. Auflage 1988, 719 Seiten, 25 Tabellen,
Taschenbuch, DM 39,80 ISBN 3-7691-1078-1



Deutscher Ärzte-Verlag

Postfach 400265 · 5000 Köln 40
Tel. (0 22 34) 7011-316

Bestellcoupon



Ja, ich bestelle aus dem Deutschen Ärzte-Verlag,
Postfach 400265, 5000 Köln 40, durch die Buchhandlung

— Expl. Arzneiverordnungen je DM 39,80

Name, Vorname

PLZ, Ort

Straße

Datum, Unterschrift

Irrtümer und Preisänderung vorbehalten.

BÄ 4/88

Buchbesprechungen

Großdruckbücher

Großdruck hilft allen, die trotz Brille ein größeres Schriftbild wünschen oder brauchen. Aus dem Angebot der Verlage hat der Deutsche Caritasverband in seiner jährlichen Liste wieder etwa 130 Bücher ausgewählt, überwiegend Erzählendes und Heiteres, aber auch Bücher zur Besinnung, Sachbücher und Kalender. Die Liste „Eine Auswahl Großdruckbücher 1987/88“ kann kostenlos angefordert werden beim Deutschen Caritasverband, Caritas-Korrespondenz, Postfach 4 20, 7800 Freiburg.

Krankenhausfinanzierung in Bayern – Kommentar

Herausgeber: Professor Dr. H. Genzel/Dr. R. Hanisch/C. L. Zimmer, 2., neubeerb., Aufl., Loseblattausgabe, 1. u. 2. Lieferung, 576 S., DM 169,- inkl. Kunststoffordner und 4teiligem Trennregister. Deutscher Gemeindeverlag, München.

Mit der von erfahrenen Fachleuten herausgegebenen 2. Lieferung wird dieser Kommentar weiter ausgebaut. Im Mittelpunkt stehen die Ausführungen zur Bundespflegesatzverordnung. Zusammen mit der ebenfalls kommentierten Abgrenzungsverordnung hat der Benutzer damit eine umfassende Stellungnahme zu allen wesentlichen Vorschriften des Bundeskrankenhausrechtes, auch unter Berücksichtigung landesspezifischer Verhältnisse. Ferner ist der Kosten- und Leistungsneueinsicht erläutert, der mit Hilfe von Beispielen – insbesondere für den Praktiker – zum besseren Verständnis beiträgt.

Gelenke – Wirbelfverbindungen

Herausgeber: W. Dihmann, 824 S., 1139 Abb. in 1557 Einzelstellungen, 7 Tef., geb., DM 268,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

In dieser 3. Auflage ist erstmals ein „Repetitorium radiologicum“ als zweiter Bildband integriert. Dem Leser werden als „Röntgen-Quiz“ Reproduktionen von Röntgenaufnahmen mit den verschiedensten krankhaften Befunden am Gleitgewebe und seiner nahen Umgebung vorgelegt, damit er sein im Text erworbenes, erarbeitetes oder rekapituliertes Wissen überprüfen, gewissermaßen den „Ernstfall“ proben kann. Dennoch bleibt die Röntgenskizze das charakteristische Merkmal dieses handlichen Lehrbuches, das dem praktisch tätigen Arzt eine umfassende Information vermittelt.

Hepatologie

Herausgeber: W. Gerok, 680 S., 278 Abb., 183 Tef., geb., DM 368,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Der erste Band der Reihe „Innere Medizin der Gegenwart“ ist dem Thema „Hepatologie“ gewidmet. Die Autoren beschreiben zunächst die wichtigsten und häufigsten Symptome bei Lebererkrankungen. Diese werden aber nicht nur unter dem Aspekt der speziellen Erkrankung, sondern auch in ihrer Beziehung zu den internistischen Nachbargebieten differentialdiagnostisch bewertet. Die hierzu notwendigen Untersuchungsverfahren sind mit ihren Indikationen, ihrer Aussagekraft und ihren Risiken kritisch abgehandelt. Der Hauptteil „Krankheitsbilder“ enthält eine nosologisch gegliederte Darstellung der einzelnen Krankheitsbilder. Abschließend analysieren die Herausgeber die Rückwirkungen von Lebererkrankungen auf andere Organe und Organsysteme, aber auch umgekehrt.

Röntgenanatomie

Herausgeber: Professor I. Meschen, 708 S., 1413 Abb., 18 Tef., geb., DM 198,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

In diesem Buch findet der Radiologe alle anatomischen Kenntnisse, die für die Analyse von Röntgenbildern und Computertomogrammen notwendig sind. Die über 600 Abbildungen mit typischen und seltenen Befunden tragen dazu bei, den Stoff in didaktisch ausgezeichnete Weise zu vermitteln. Des weiteren ermöglichen klare, übersichtliche Strichzeichnungen und ein kurzer, prägnanter Text eine rasche Orientierung. Darüber hinaus dient das Werk als Basis für die Anfertigung von Röntgenaufnahmen und die Beurteilung der Qualität eines Röntgenbildes.

Die große Küche und ihre kleinen Geheimnisse

Herausgeber: H. Winkler, 275 S., 61 Abb., DM 78,-. Heyne Verlag, München.

Dieses brillante Buch enthält Beispiele der „Großen Küche“, die ein Meister wie H. Winkler in Perfektion praktiziert. Es ist nach der Speisenfolge eines klassischen Mehrgängemenüs gegliedert und zeigt, daß es gar nicht so schwer ist, diese Gerichte auch zu Hause nachzukochen. Sehenswert sind auch die hervorragenden Fotografien von R. Wolf, die dem Betrachter den Geschmack der Spezialitäten „auf der Zunge spüren lassen“.

Geschichten, die die Forschung schreibt

Herausgeber: K.-H. Preuß/R. H. Simen, 256 S., Illustr., geb., DM 29,80. Verlag Deutscher Forschungsdienst, Bonn-Bad Godesberg.

Von Lebenswundern in der Tiefsee bis zu Wunderwelten in Technik, Mikro- und Makrokosmos spannt sich der Bogen der rund 70 spannend geschriebenen Geschichten. – Kurzum: ein Lesebuch für jung und alt.

„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: Mühlbeurenstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 55177-0, Fernschreiber: 523662, Telegremmedresse: etiespress. Heide-R. Widow; Anzeigenverkaufsstelle, 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 0005-7128

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leserenalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

LA-MED

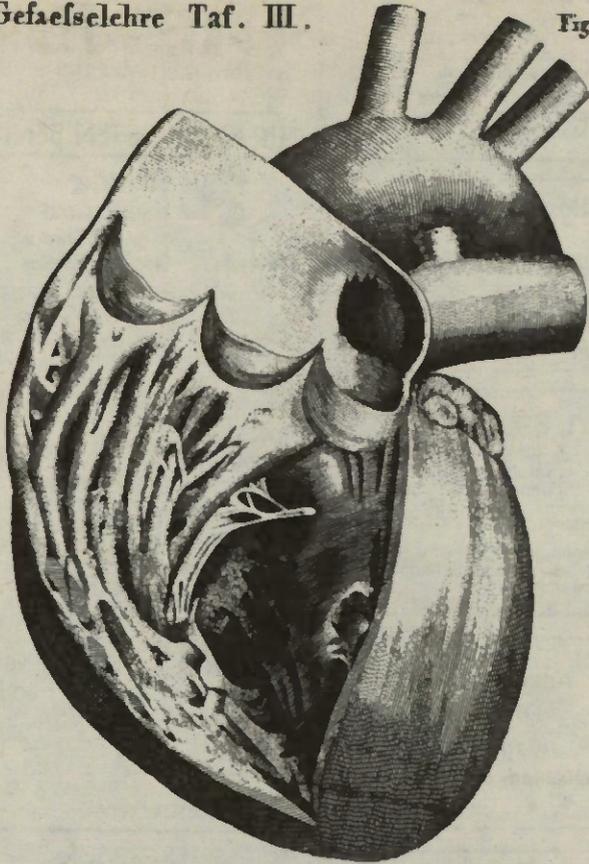


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1826.



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

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



Handelsformen und Preise:
OP Tropfflasche mit 10 ml DM 5,95
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 14,00
Großpackung mit 100 ml DM 36,90

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Praxisfinanzierung und Absicherung nach Maß

besorgen wir für Sie zu günstigsten Konditionen.

Mit unseren langjährigen Erfahrungen unterstützen wir Sie von der Niederlassungsabsicht an und bieten Ihnen optimalen Versicherungsschutz (Arzthaftpflicht-, Unfall- und Praxisversicherung).

Es beraten Sie in

Nordbayern Herr Georg C. Klughardt, Tel. 09 11/83 42 89

Südbayern Frau Ingrid Schulte-Rahde, Tel. 089/704044

Wir führen regelmäßig Niederlassungsseminare durch. Fordern Sie unser Seminarprogramm an.

Coupon
Meine Anschrift

BÄ



Ich erwarte Ihren Anruf
unter Telefon

Senden Sie diesen Coupon an:

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Assekuranz-
Vermittlung



Stiftsbogen 132
8000 München 70

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 entgegentreten.
7. Weil wir den Mut haben, miteinander fröhlich zu sein.

**Schuleinschreibung für die 5. Klasse
Dienstag, 19. 4. 1988 von 8–12 und 15–18 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**

Wegen Organisationsänderung des bisherigen Belegarztsystemes suchen wir für das Städt. Krankenhaus Friedberg mit 120 Plätzen

für die künftig hauptamtlich geleitete **Innere Abteilung**

1 Chefarzt/-ärztin

1 Oberarzt/-ärztin

1 Assistenzarzt/-ärztin mit Berufserfahrung

Gesucht werden umfassend weitergebildete, klinisch erfahrene Persönlichkeiten mit der Befähigung, eine neue hauptamtliche Abteilung zu organisieren und personell und fachlich zu führen, die auch für eine wirtschaftliche Betriebsführung aufgeschlossen sind.

Wir erwarten die Bewerbungen überdurchschnittlich qualifizierter Ärzte mit umfassenden fachlichen Kenntnissen der Kardi- und Gastroenterologie, einschließlich Endoskopie sowie sicherer Beherrschung der internen Röntgendiagnostik und Sonographie.

Die Innere Abteilung umfaßt 50 Betten. — Stellenplan 1:1:3. Neben den hauptamtlichen Abteilungen Chirurgie und Anästhesie bestehen Belegarztabteilungen für Geburtshilfe/Gynäkologie und HNO-Hellkunde. Eine interdisziplinäre Intensivpflege mit 5 Betten steht zur Verfügung; das Krankenhaus ist in das Notarztsystem integriert.

Wir bieten Vergütung nach BAT, außerdem das Liquidationsrecht bei Privatpatienten sowie Nebentätigkeitserlaubnis für den Chefarzt.

Der **Oberarzt** muß in der Lage sein, den Chefarzt zu vertreten. Wir bieten die im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen nach BAT.

Für den **Assistenzarzt/-ärztin** ist ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst angeordnet.

Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir behilflich.

Die „altbairische Herzogstadt“ Friedberg (26 000 Einwohner) liegt am Rande der Großstadt Augsburg; regelmäßige Verkehrsverbindung mit Bus und Bahn ist vorhanden.

Alle weiterführenden Schulen sind am Ort; die Universitätsstadt Augsburg ist 8 km entfernt.

Schriftliche Bewerbungen mit ausführlichen Unterlagen und Nachweisen über eventuelle spezialisierte Weiterbildungen erbitten wir umgehend an das

Stadtkrankenhaus Friedberg

— Verwaltung —

Herrgottsruhstraße 3 — 8904 Friedberg

Telefon 08 21 / 60 04 - 202 / 203

Überdurchschnittlich gutgehende

Allgemeinarzt- und Badearztpraxis

(EKG mit Bel., Röntgen) in Oberallgäuer Kurort aus gesundheitlichen Gründen bis Sommer 1988 abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/871 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Photometer

Lange Photometer LP 8 + Liquitherm FV preisgünstig abzugeben.

Telefon (0 89) 78 91 19

Gelegenheit

Gebrauchte Arztmöbel aus Praxisrenovierung sowie Ausstellungsmöbel preisgünstig zu verkaufen.

Ing. K. Frank, Sedanstraße 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 79 20 04

Wegen Praxisauflösung zu verkaufen:

Siemens Siretherm 609 S

Gerät im besten Zustand mit einem Breit- und einem Rundstrahler.

Telefon (0 82 86) 2 06

Sehr gutgehende

HNO-Praxis

(1200 Scheine) mit Belegbetten in schöner unterfränkischer Kleinstadt baldmöglichst aus privaten Gründen zu verkaufen.

Anfragen unter Chiffre 2064/864 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Orthopädische Praxis

Im Großraum München mit Oberbayern 1990/91 zur Übernahme gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/866 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Arzt, 39 Jahre

Dr. med. mit umfangreicher klinischer Weiterbildung und Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und Sportmedizin sucht Praxisübernahme.

Anfragen unter Chiffre 2064/860 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Anzeigenschluß

für die

Ausgabe Mai

ist am **11. April 1988**

Raum

Würzburg/MSP

Ärztin, 12 Jahre Berufserfahrung, sucht Teilzeitmitarbeit in einer Praxis.

Telefon (0 93 53) 37 62

Diverse Einrichtungsstelle

Rezeptionen, Behandlungseinheiten, Liegen, U-Stühle etc.

aus unsarer Ausstellung zur Zeit günstig abzugeben.

Traumedizin GmbH, 8033 Planegg-München, Georgenstraße 8, Telefon (0 89) 8 59 90 21

Privatklinik Wirsberg

für Neurologie und Psychiatrie. Privat und alle Kassen.

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

9655 Wirsberg über Kulmbach/Bayern, Telefon (0 92 27) 804-805

Praxisräume

(Erstbezug 1985) 120 qm, Erdgeschoß, eventuell mit Wohnung, zentrale Lage (Ortsmitte), ab 1. Juli 1988 in Emskirchen/Mittelfranken zu vermieten.

Anfragen unter Telefon (0 81 04) 14 52

Befelka-Oel

das altbewährte, wirksame Kräuteroel

bei Milchschorf, Ekzemen, Wundsein, Bartflechte

Befelka-Oel — Zusammensetzung: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g, Öl. Chemom. Inf. 3 g, Öl. Olliver, 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. **Dosierung:** Befelka-Oel ist mehrmals täglich auf die zu behandelnden Hautpartien aufzutragen. **Packungsgrößen:** 50 ml OM 7,56, 100 ml DM 13,08, 200 ml OM 22,55.

Befelka-Arzneimittel · 4500 Osnabrück

ÄRZTE-DIENST

Völker GmbH · Wartbergstraße 19

7100 Heilbronn 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
Eichkasten 9,00

Stethoskop
Planoskop 27,00

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

Ärzte-Krepp

Die hygienische
Liegenabdeckung,
hochweiß gebleicht

| | | | |
|-------------------|------|------|------|
| Bei 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!**