



Nachstehend geben wir ein Interview wieder, das in der Patientenzeitschrift „medizin heute“ im Mai 1988 erschienen ist:

## Patient im Spannungsfeld zwischen Praxis und Klinik:

### **Wo die ärztliche Diagnostik zu Hause ist**

**mh:** Herr Prof. Sewering, einige kennen das Problem, über das wir uns unterhalten haben, aus eigener Erfahrung als Patient. Stellen wir uns vor, jemand hat Beschwerden und geht zu seinem Arzt. Der untersucht ihn und stellt fest, bei diesem Patienten sei eine Therapie einzuleiten, die nur im Krankenhaus durchzuführen ist. Um es ganz einfach zu machen, die ärztliche Diagnose lautet: Eine Operation ist angezeigt. Es erfolgt die Einweisung in ein Krankenhaus und der Patient erfährt, daß einige Untersuchungen im Krankenhaus wiederholt werden. Dazu unsere Frage: Reicht die Untersuchung beim Arzt – ich spezifiziere diese Untersuchung ganz bewußt nicht – in der niedergelassenen Praxis, auf der ja letztendlich die Klinik-einweisung beruht, eigentlich aus?

**Prof. Sewering:** Es gibt Fälle, in denen der zu Hilfe gerufene oder aufgesuchte Arzt bei seiner Untersuchung sofort zu dem Ergebnis kommen kann, daß eine Krankenhausesinweisung unverzüglich notwendig ist. Ein typisches Beispiel hierfür ist die akute Blinddarmentzündung. In den meisten Fällen geht man aber zum Arzt wegen Beschwerden, oder weil man Veränderungen am Körper bemerkt. In diesen Fällen ist es notwendig, zunächst einmal eingehend zu untersuchen und abzuklären, ob und gegebenenfalls welche Krank-

heit vorliegt, ob eine Krankenhausesinweisung, etwa zum Zwecke einer Operation, erforderlich ist oder nicht. Die dann folgenden notwendigen Untersuchungsmaßnahmen sind – das kann man ganz generell sagen – heute in der ambulanten Praxis in vollem Umfange möglich. Es gibt ja neben den Hausärzten eine außerordentlich große Zahl von spezialisierten Ärzten, die sich im Laufe der letzten Jahre mit einer Kassenpraxis niedergelassen haben. Der in der Regel zuerst in Anspruch genommene Hausarzt wird also nun entscheiden müssen, welcher spezialisierte Arzt für die weitere Diagnostik erforderlich ist. Das kann ein einzelner Arzt sein, möglicherweise sind auch mehrere dazu erforderlich. Erst nach Vorliegen aller Befunde wäre dann zu entscheiden, ob zum Beispiel eine Operation im Krankenhaus erforderlich ist. Der Hausarzt wird sich dann um ein Bett im Krankenhaus bemühen und bei der Einweisung dem Patienten alle erhobenen Befunde mitgeben. Damit erübrigt sich eine erneute Untersuchung im Krankenhaus, die Operation kann sofort angesetzt werden und teure Aufenthaltstage werden eingespart. Bei einem Kropf etwa wird in der ambulanten Praxis die Schilddrüse mit einer Spezialmethode dargestellt, der Befund durch Ultraschalluntersuchung weiter gesi-

chert, gegebenenfalls eine Probe-punktion von Knoten durchgeführt, die notwendigen Röntgenaufnahmen, zum Beispiel des Halses, gemacht und natürlich die Funktion der Schilddrüse überprüft, um eine Über- oder Unterfunktion festzustellen. Diese Befunde benötigt der Operateur, er hat sie aber bei der Einweisung des Patienten bereits zur Verfügung und kann ohne Zeitverzug tätig werden.

Wir haben aber noch etwas Weiteres eingeführt: Um das Risiko einer Narkose und Operation so gering wie möglich zu halten, haben wir schon vor Jahren ein Programm für eine internistische Untersuchung dieser Patienten entwickelt. Es wird dabei nach der Krankheitsgeschichte gefragt, also nach früheren Erkrankungen, nach chronischen Erkrankungen, die noch bestehen, oder nach verdächtigen Beschwerden. Eine genaue Prüfung von Herz und Kreislauf einschließlich eines Elektrokardiogramms gehört dazu und eine Röntgenaufnahme der Brustorgane. Selbstverständlich werden auch wichtige Laborwerte kurz vor der Krankhausesinweisung ermittelt. Auch diese Befunde werden dem Patienten in das Krankenhaus mitgegeben. Wir haben dafür eigens eine „grüne Tüte“ eingeführt, die der Patient dem Arzt im Kranken-

haus übergibt. Der geschilderte Ablauf gilt natürlich auch für alle anderen Beschwerden, die auftreten können, etwa im Bauchbereich. Hier kommt dann in erster Linie die Magen- oder Darmspiegelung in Frage oder auch eine Röntgenuntersuchung dieser Organe.

**mh:** Hier möchte ich einmal ganz kurz einhaken. Kann das alles bereits beim niedergelassenen Arzt durchgeführt werden?

**Prof. Sewering:** Wie ich schon geschildert habe, können all diese Untersuchungen bei niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden. Natürlich muß hier die Zusammenarbeit dieser Ärzte voll gewährleistet sein. Es ist aber die Regel, daß jeder Hausarzt diejenigen Spezialärzte kennt, mit denen er regelmäßig zusammenarbeitet. Die Erstellung der Diagnose und die Entscheidung über weitere Maßnahmen sind also in aller Regel eine Gemeinschaftsleistung mehrerer Ärzte in freier Praxis.

**mh:** Darf ich zum Verständnis bitte noch eine Frage stellen. Sie sagten vorhin: Wir haben vor einigen Jahren die internistische Untersuchung eingeführt. Wer ist jetzt bitte gemeint?

**Prof. Sewering:** Dieses Modell der internistischen Voruntersuchung hat sich international entwickelt. Wir haben in Bayern damit begonnen, und es ist heute eigentlich allgemein üblich. Ziel dieser internistischen Untersuchung ist es, das möchte ich noch einmal unterstreichen, das Risiko der Narkose und Operation für den Patienten so gering wie möglich zu halten und damit also auch den Operateur vor Überraschungen zu schützen.

**mh:** Könnten wir mal ein anderes Beispiel ansprechen?

**Prof. Sewering:** Natürlich. Ich habe ja schon kurz auf Beschwerden im Bauchbereich hingewiesen. In diesen Fällen wird der Hausarzt entweder eine Spiegelung von Magen und Zwölffingerdarm oder eine Spiegelung des Dickdarms vom After aus veranlassen. Solche Spiegelungen im Magen-Darm-Bereich mit entsprechenden Instrumenten erbringen die sichersten Ergebnisse. Wenn der Untersucher zum Beispiel Veränderungen an der Magen- oder Darmwand sieht, dann kann er durch dieses Instrument eine ganz kleine Zange einschieben und eine Probe ent-

nehmen. Die schickt er dann zum Pathologen und läßt eine genaue mikroskopische Untersuchung durchführen. Dabei kann mit Sicherheit festgestellt werden, ob es sich zum Beispiel um eine bösartige Veränderung handelt. Zur genauen Bestimmung, an welcher Stelle des Magen-Darm-Kanals die Veränderung liegt, kann noch eine Röntgenuntersuchung durchgeführt werden. Die Bilder zeigen dann dem Operateur genau die Stelle, an der der Tumor lokalisiert ist.

**mh:** Eine Frage dazu, Herr Prof. Sewering, sind Doppeluntersuchungen – unter Doppeluntersuchungen verstehe ich jetzt die identische Untersuchung sowohl der ersten Stufe in der niedergelassenen Praxis als auch dann im Krankenhaus – eigentlich aus medizinischer Sicht unter bestimmten Gegebenheiten denkbar und auch erforderlich?

**Prof. Sewering:** An den geschilderten Beispielen konnte ich Ihnen zeigen, daß in der freien Praxis, gegebenenfalls durch das Zusammenwirken mehrerer Ärzte, eine komplette Diagnostik möglich ist und darüber entschieden werden kann, ob eine Operation erforderlich ist oder nicht. Es gibt keinen vernünftigen Grund, derartige Untersuchungen im Krankenhaus noch einmal zu wiederholen. Dabei gehe ich selbstverständlich davon aus, daß es sich um qualitativ einwandfreie und damit sofort beurteilbare Befunde handelt. Um dies zu gewährleisten, haben wir zum Beispiel für alle Kassenärzte, die Röntgenuntersuchungen durchführen, schon seit Jahren eine Qualitätskontrolle der Röntgenaufnahmen eingeführt.

**mh:** Ich könnte mir auch Krankheitsbilder vorstellen, die einer konkreten zeitlichen Veränderung unterliegen. Gibt es dann die Notwendigkeit für Verlaufsuntersuchungen aus medizinischer Sicht?

**Prof. Sewering:** Wenn sich bei einer eingehenden Untersuchung lediglich Verdachtsmomente ergeben, die eine sofortige Operation nicht rechtfertigen, so ist es Sache des niedergelassenen Arztes, mit dem Patienten eine Kontrolluntersuchung im entsprechenden zeitlichen Abstand zu vereinbaren. Bestätigt sich dann der Verdacht, dann läuft die Einweisung in der geschilderten Weise ab. Verzögert der Patient selbst, zum

Beispiel bei einer Kropfoperation, wo dies im allgemeinen keine nachteiligen Folgen hat, dann muß natürlich überprüft werden, welche Befunde noch aktuell sind und welche neu erhoben werden müssen. Dies gilt zum Beispiel mit Sicherheit für die internistische Voruntersuchung, hier vor allem für das Elektrokardiogramm oder die Laborwerte. Die Entscheidung darüber muß natürlich in jedem Fall der Arzt treffen. Keinesfalls kann er aber den Patienten mit alten Befunden, die längst überholt sein könnten, in das Krankenhaus einweisen.

**mh:** Welche Zeitspanne darf eigentlich dazwischen liegen?

**Prof. Sewering:** Das muß, wie schon gesagt, im Einzelfall entschieden werden. Gerade bei Laboruntersuchungen soll aber der Abstand zur Krankenhausaufnahme nur Tage betragen. Ich darf hier nochmals betonen, daß dies alles nicht gelten kann, wenn der Arzt einen hochakuten Befund feststellt, der eine sofortige Einweisung ins Krankenhaus erforderlich macht, oder der Zustand des Patienten so schlecht ist, daß ein weiteres Verbleiben zu Hause nicht verantwortet werden kann.

**mh:** Wie sieht eigentlich das Instrumentarium der fast annähernd 70 000 niedergelassenen Kassenärzte im Bundesgebiet aus, um praktisch diese Diagnostik sicherzustellen? Könnten Sie dazu bitte noch einige Erläuterungen geben?

**Prof. Sewering:** Ich sagte schon, daß heute in der Praxis der niedergelassenen Kassenärzte praktisch alle diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden können. Wenn dies ausnahmsweise nicht zutrifft, dann ist sichergestellt, daß diese Leistungen ambulant auch in einem Krankenhaus erbracht werden können. Natürlich stehen die verschiedenen Geräte, welche zu einer umfassenden Diagnostik erforderlich sind, nicht alle in einer einzigen Praxis, zum Beispiel beim Hausarzt. Dafür gibt es aber die zahlreichen spezialisierten Praxen, die dann, je nach Fachgebiet, mit Röntgendiagnostik, Nuklearmedizin oder Endoskopie und anderen diagnostischen Einrichtungen ausgestattet sind. Ich unterstreiche also nochmals: Die komplette Diagnostik kann es erforderlich machen, daß mehrere Ärzte in freier Praxis zusammenarbeiten.

**mh:** Wie sieht es bei der Therapie aus?

**Prof. Sewering:** Bei der Therapie, also der ärztlichen Behandlung, muß man natürlich differenzieren. Vieles kann heute ambulant durchgeführt werden. Wenn ein Patient an einer Lungenentzündung erkrankt, dann muß er heute nicht mehr ins Krankenhaus eingewiesen werden. Oder ein anderes Beispiel: Magengeschwüre, die früher in aller Regel stationär, also im Krankenhaus, behandelt wurden, werden heute fast ausnahmslos in der Praxis ambulant behandelt. Selbst Operationen können vielfach heute ambulant durchgeführt werden. Voraussetzung ist dabei natürlich, daß der Arzt über eine entsprechende Einrichtung verfügt. Dies kann in seiner eigenen Praxis der Fall sein, oder er hat die Möglichkeit, ambulant in einem Krankenhaus zu operieren. In der Bundesrepublik gibt es ja bekanntlich über 6000 spezialisierte Gebietsärzte, die in freier Praxis niedergelassen sind, denen aber Betten in einem Krankenhaus oder einer Privatklinik zur Verfügung stehen. Wir nennen diese Ärzte „Belegärzte“. Diese Kollegen haben die Möglichkeit, Patienten sowohl stationär in dem betreffenden Krankenhaus zu behandeln oder die operativen Einrichtungen für ambulante Operationen zu benützen. Ein ganz typisches Beispiel ist die Kinderchirurgie. Viele der kleinen Patienten können am Morgen operiert und am Abend von ihrer Mutter schon wieder mit nach Hause genommen werden. Sind Komplikationen, zum Beispiel Nachblutungen, zu bedenken, so wird der Arzt den Patienten natürlich im Krankenhaus behalten, ihn möglicherweise aber dann auch schon einmal am nächsten Tag nach Hause schicken. Insgesamt ist ja der Aufenthalt im Krankenhaus in den vergangenen Jahren laufend kürzer geworden.

**mh:** Wenn beim niedergelassenen Arzt, beim praktischen Arzt unter Hinzuziehung gegebenenfalls eines spezialisierten Gebietsarztes, alles abgeschlossen ist, die Befunderhebung abgeschlossen ist, wie erfolgt eigentlich im gegenwärtigen kassenärztlichen Versorgungssystem die Überweisung an die Klinik, das heißt, vor allem der Transfer dieser Befunddaten. Wie haben wir uns das vorzustellen?

**Prof. Sewering:** In aller Regel wird sich der behandelnde Arzt nach Abschluß der Untersuchungen, je nach Diagnose, selbst darum kümmern, den Patienten in die richtige Krankenhausabteilung einzuweisen. Jeder niedergelassene Arzt kennt ja die Krankenhäuser seines Einzugsbereiches und weiß somit, wo der Patient am besten, je nach seiner Erkrankung, untergebracht und behandelt werden kann. Die Sorge des niedergelassenen Arztes um seinen Patienten umfaßt also auch die Sorge um das richtige Bett im Krankenhaus. Natürlich werden dabei sehr häufig auch Wünsche von Seiten des Patienten geäußert. Bei Kassenpatienten ist allerdings der Kassenarzt gehalten, zu prüfen, ob dies aus wirtschaftlichen Gründen auch gerechtfertigt ist. Er wird es nicht vertreten können, einen Patienten in die weiter entfernte Universitätsklinik einzuweisen, wenn die Behandlung ebensogut im nächstgelegenen Kreis Krankenhaus durchgeführt werden könnte.

**mh:** Es sind Ultraschallaufnahmen oder Röntgenaufnahmen gemacht worden. Wie kommen die eigentlich zur Klinik hin?

**Prof. Sewering:** Ich habe ja schon erwähnt, daß wir eine eigene „grüne Tüte“ eingeführt haben, in der wir alle erhobenen Originalbefunde, natürlich auch schriftliche Berichte, den Patienten ins Krankenhaus mitgeben. Der Patient soll diese Tüte dann sofort dem Arzt im Krankenhaus übergeben, damit dieser sich ohne Zeitverzug über die erhobenen Befunde informieren kann.

**mh:** Gibt es dafür eigentlich eine bundesweite Empfehlung oder wie weit ist das bundesweit eingeführt?

**Prof. Sewering:** Der von mir geschilderte Ablauf der Diagnostik und gegebenenfalls der Krankenseinweisung dürfte sich in den verschiedenen Bundesländern heute kaum mehr unterscheiden. Wir in Bayern stellen jedenfalls unseren Kassenärzten die „grünen Tüten“ kostenlos zur Verfügung. Sie werden in großer Zahl angefordert.

**mh:** Was passiert mit den Befunden im Krankenhaus?

**Prof. Sewering:** Meine Darstellung hat Ihnen gezeigt, daß die vollständige Diagnostik ambulant, also außerhalb des Krankenhauses, möglich ist.

Wir wollen damit erreichen, daß der Patient so lange wie möglich zu Hause bleiben kann, wir wollen den Kostenträgern teure Krankenhaustage ersparen und eine Doppeluntersuchung vermeiden. Wenn der niedergelassene Arzt mit „seinen“ Krankenhausärzten gut zusammenarbeitet, oder die Einweisung ohnedies durch einen niedergelassenen Arzt erfolgt, der selbst auch im Krankenhaus stationär behandelt, also einem Belegarzt, dann gibt es mit Sicherheit keine Probleme, also auch keine Doppeluntersuchungen. Wo dies noch nicht reibungslos funktioniert, ist es Sache der ärztlichen Berufsvertretung, zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten die notwendige Kooperation herzustellen. Ich habe aber den sicheren Eindruck daß dies zunehmend gewährleistet ist.

**mh:** Dieses Prinzip droht der Blümische Gesundheitsreformgesetz-Entwurf zu unterhöhlen.

**Prof. Sewering:** Ihre Besorgnis ist nicht unbegründet. Im Referentenentwurf des Gesundheitsreformgesetzes findet sich ein Paragraph, durch welchen der Krankenhausarzt ermächtigt werden soll, stationär eingewiesene Patienten einer ambulanten Untersuchung im Krankenhaus zuzuführen, wenn dieser Krankenhausarzt den Eindruck hat, daß der Patient nicht sofort ins Bett gelegt werden muß. Darin erblicke ich sowohl eine Gefährdung der Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte untereinander als auch der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten. Diese Bestimmung im Referentenentwurf darf also keinesfalls Gesetz werden. Ich bin persönlich intensiv darum bemüht, daß sie gestrichen wird. Andererseits begrüße ich es aber, daß das Gesetz die Krankenkassenverbände, die Krankenhausesellschaften und die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, Verträge über eine enge und reibungslose Zusammenarbeit zwischen ambulanter Praxis und Krankenhaus oder, besser gesagt, zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten zu gewährleisten. Wenn alle Beteiligten guten Willens sind, müßte es uns nach Inkrafttreten des Gesetzes sehr bald gelingen, hier konstruktive, vertragliche Vereinbarungen zu erarbeiten.

**mh:** Kommen wir jetzt bitte auf die juristischen Aspekte bei der Diagnose zu sprechen. Ist es denkbar, daß ein Klinikarzt Untersuchungen wiederholt, um sich rechtlich abzusichern, denn letztendlich haftet der Arzt für sein Handeln, das er aus medizinischer Sicht zu tun beginnt. Wie sieht überhaupt die rechtliche Stellung des Arztes aus, auch was die Diagnose angeht?

**Prof. Sewering:** Von Krankenhausärzten wurde und wird gelegentlich der Einwand gebracht, sie könnten sich, um rechtlich abgesichert zu sein, nicht auf fremde Befunde stützen. Diese Bedenken sind unbegründet. Nach der Rechtsprechung kann sich ein Arzt generell auf Befunde eines anderen Arztes verlassen, es sei denn, daß offensichtlich Zweifel begründet erscheinen. Man muß ja auch die Wirklichkeit im Krankenhaus sehen. Hier macht ja auch nicht ein Arzt alles selber, kommt der Patient auf die innere Abteilung, so werden die Röntgenuntersuchungen in der zentralen Röntgenabteilung durchgeführt, die Laboruntersuchungen im Zentrallaboratorium. Beim Internisten laufen dann die Befunde zusammen und werden gemeinsam verwertet. Dies gilt ebenso für andere Fächer, vor allem auch für die Chirurgie. Wenn der Chirurg operiert, dann stützt er sich sehr häufig auf „fremde“ Befunde. Es kann also keinesfalls geltend gemacht werden, daß nur im Krankenhaus erhobene Befunde anerkannt werden, jedoch nicht diejenigen aus der freien Praxis.

**mh:** Gibt es aus Ihrer Sicht, Herr Professor Sewering, eigentlich Grund zur Klage, daß es mit dieser Akzeptanz der Diagnosebefunde bei den Klinikärzten hapern könnte, umgekehrt vielleicht auch bei Therapieempfehlungen von Seiten der Klinikärzte an die niedergelassene Praxis für die Nachsorge?

**Prof. Sewering:** Die von mir geschilderte Arbeitsteilung und Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten mußte sich natürlich im Laufe der Jahre erst richtig einspielen, und ich gebe durchaus zu, daß es auch heute hier noch „Sand im Getriebe“ geben mag. Das Gewöhnen an neue Formen hat in allen Bereichen des Lebens seine Schwierigkeiten. Warum sollte es bei uns anders sein? Nach

wie vor beobachten wir, daß niedergelassene Ärzte Patienten ohne ausreichende Diagnostik ins Krankenhaus einweisen, oder Krankenhausärzte die mitgegebenen Befunde unbeachtet lassen und neue Untersuchungen durchführen. Aber, wie gesagt, das bessert sich fortlaufend und ich bin sicher, daß wir zu einer klaglosen Zusammenarbeit kommen werden. Sie haben aber auch nach den Therapieempfehlungen gefragt, also nach der Zusammenarbeit bei der Entlassung des Patienten. Hier kommt es uns in erster Linie darauf an, daß dem Patienten bei der Entlassung sofort eine Kurzmitteilung für den weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt mitgegeben wird, damit dieser Bescheid weiß und die Behandlung sinnvoll fortsetzen kann. Das funktioniert heute schon weitgehend. Schwieriger wird es mit den ausführlichen Entlassungsberichten. Dies liegt aber vielfach nicht am Krankenhausarzt, sondern daran, daß die Schreibzimmer der Krankenhäuser personell unterbesetzt sind, die Bänder mit den Diktaten also viel zu lange liegenbleiben. Natürlich kann es auch einmal Meinungsverschiedenheiten in der medikamentösen Therapie geben. Auch hier sind wir bemüht, die Zusammenarbeit der Ärzte in beiden Bereichen weiter zu verbessern.

**mh:** Wie kann für den Patienten die Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung gewährleistet werden?

**Prof. Sewering:** Ich habe schon darauf hingewiesen, daß die Originalbefunde, zum Beispiel Röntgenaufnahmen, natürlich technisch einwandfrei sein müssen. Durch die seit Jahren von uns durchgeführte Qualitätskontrolle, auch das habe ich schon erwähnt, dürfte dies heute weitgehend gewährleistet sein. Sollten solche Aufnahmen, um bei diesem Beispiel zu bleiben, aber in einem Einzelfall tatsächlich technisch unbrauchbar sein, so würde ich erwarten – dies jedenfalls für die Zukunft –, daß im Krankenhaus nicht einfach stillschweigend alle Befunde neu erhoben und die unbrauchbaren Aufnahmen, welche der Patient mitbrachte, zur Seite gelegt werden. Hier muß die Zusammenarbeit noch ausgestaltet werden. Dies ist aber eine rein innerärztliche Frage, die den Patienten nicht berührt. In aller Regel kennt der Hausarzt die spezialisierten Ärz-

te, also die Gebietsärzte, mit denen er zusammenarbeitet und er kennt sie nicht nur persönlich, sondern auch die Qualität ihrer Arbeit. Diese Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und niedergelassenem Gebietsarzt ist ja schließlich der Kern der gesamten kassenärztlichen Versorgung.

**mh:** Der Bundesarbeitsminister Blüm behauptet, durch die Öffnung der Krankenhäuser für die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung könnten auch Kosten eingespart werden.

**Prof. Sewering:** Wie man im Bundesarbeitsministerium zu dieser Auffassung gekommen ist, weiß ich nicht. Mir ist aber bekannt, daß eigentlich die gesamte Fachwelt darüber einig ist, daß alles, was im Krankenhaus erbracht werden muß, zwangsläufig teurer ist als die Leistungen in der freien Praxis. Das ist beileibe kein Vorwurf gegen die Ärzte im Krankenhaus. Es liegt vielmehr an den besonderen Strukturen des Krankenhauses, den zwangsläufig dort erwachsenen Fixkosten, aber auch den Auswirkungen von Tarifverträgen im öffentlichen Dienst, die sich ja automatisch auch auf das Krankenhaus auswirken. Denken Sie nur an den gerade abgeschlossenen Tarifvertrag, der auch eine Arbeitszeitverkürzung vorsieht. Ich möchte es aber abschließend ganz positiv ausdrücken: Der Bevölkerung in unserem Lande – wie Sie wissen, gehören über 90 Prozent der gesetzlichen Krankenversicherung an – stehen in großer Zahl niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete zur Verfügung und die Versicherten haben die freie Arztwahl. Damit ist die ambulante kassenärztliche Versorgung in unserem Lande gewährleistet. Auf der anderen Seite haben wir hochqualifizierte Krankenhäuser und Krankenhausärzte, welche die Behandlung der Patienten übernehmen, sofern eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Dieses System der Arbeitsteilung, verbunden mit einer sinnvollen Zusammenarbeit, sollten wir weiter entwickeln, denn damit ist unseren Patienten am besten geholfen.

**mh:** Herr Professor Sewering, wir bedanken uns für das Gespräch.

Das Interview mit Prof. Dr. Dr. h. c. Hans J. Sewering führte Johann Fr. Jeurink.

### Professor Josef Zander 70 Jahre

Professor Dr. med. Dr. h. c. Josef Zander, em. Ordinarius für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Universität München, Mauerkircherstraße 174, 8000 München 80, konnte am 19. Juni 1988 seinen 70. Geburtstag feiern.

Professor Zander war von 1970 bis 1987 Direktor der I. Frauenklinik der Universität München, zu der neben der Hebammenschule auch eines der größten Behandlungszentren für gynäkologische Onkologie in der Bundesrepublik Deutschland gehört. In seiner Amtszeit wurde die Klinik zu einem modernen Forschungszentrum ausgebaut.

Der gebürtige Rheinländer studierte Medizin und Chemie. Über Tübingen (wo er mit Nobelpreisträger Professor Adolf Butenandt arbeitete), Marburg, Köln und Heidelberg – dort von 1964 bis 1970 Ordinarius – kam er nach München. Auf dem Gebiet der Hormonforschung veröffentlichte Professor Zander eine Reihe grundlegender wissenschaftlicher Arbeiten, machte sich um Bayerns Perinatalprogramm zur Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit verdient und befaßte sich als einer der ersten Gynäkologen mit dem Embryo-Transfer, der extrakorporalen Befruchtung.

Sein vielfältiges Wirken im Interesse der Wissenschaft und der Öffentlichkeit fand durch die Mitgliedschaft in der Bayerischen Akademie der Wissenschaften und durch die Verleihung des Bayerischen Verdienstordens breite öffentliche Anerkennung.

ad multos annos!

Professor Dr. med. Wolfram Domschke, Kommissarischer Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde zum Mitglied der New York Academy of Sciences gewählt.

Professor Dr. med. Wolf Dieter Keidel, em. Ordinarius für Physiologie, Am Meilwald 8, 8520 Erlangen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Hals- und Kieferchirurgie zum Ehrenmitglied gewählt.

### Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. D. Nolte

Der Stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer Dr. Klaus Hellmann überreichte anlässlich der Eröffnung des 21. Kolloquiums der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane e. V. am 17. Juni 1988 die Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Professor Dr. med. Dietrich Nolte, seit 1. Oktober 1974 Chefarzt der Inneren Abteilung II am Städtischen Krankenhaus, Riedelstraße 5, 8230 Bad Reichenhall, hat sich in besonderer Weise um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht.

Seit 1. Juli 1977 auch wissenschaftlicher Leiter der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane, organisiert er nunmehr zehn Jahre im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer die alljährlichen Juni-Kolloquien der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt, die durchschnittlich über 500 Teilnehmer aufweisen. Seit über zwei Jahrzehnten ist Kollege Nolte ein bewährter und gesuchter Referent auf ungezählten regionalen und überregionalen Fortbildungsveranstaltungen. Von fast 300 Einzelveröffentlichungen aus dem Bereich der Pneumologie über 17 Bücher, Monographien und Buchbeiträge – u. a. auch das in vierter Auflage erschienene Werk „Sprechstunde: Asthma“ – reichen seine Fortbildungsaktivitäten hin bis zu Fortbildungsfilm für Ärzte (Lungenfunktionsdiagnostik in der Praxis, Asthma bronchiale).

Darüber hinaus hat er sich als Herausgeber der „Medizinischen Klinik“, Schriftleiter der Monatschrift „Atemwegs- und Lungenerkrankungen“ und Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Gesellschaft für Lungen- und Atmungsforschung in Bochum in hohem Maße publizistisch um die Fortbildung der Ärzte verdient gemacht.

Dr. med. Hans Scheeser, Allgemeinarzt, Rosenheimer Straße 149, 8000 München 80, wurde die Goldene Ehrennadel des Bayerischen Roten Kreuzes verliehen.

### Bayerischer Verdienstorden

Professor Dr. med. Hanns Hippus, Direktor der Psychiatrischen Klinik der Universität München, Nußbaumstraße 7, 8000 München 2, wurde der Bayerische Verdienstorden verliehen.

### Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Dr. med. Robert Schindlbeck, Ehrenpräsident des Bundesverbandes Deutscher Internisten, Ehrenvorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten und Chefarzt der Medizinischen Privatklinik Herrsching, Seestraße 43, 8036 Herrsching, wurde das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

### Verdienstmedaille

Dr. med. Hanns Lobbichler, Allgemeinarzt, Kreszentiaheimstraße 52, 8262 Altötting, wurde die Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Professor Dr. med. Volker Becker, Direktor des Pathologisch-anatomischen Instituts der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 8-10, 8520 Erlangen, wurde für die Dauer von drei Jahren in den Vorstand des Medizinischen Fakultätentages gewählt.

Professor Dr. med. Alfred Breit, Direktor des Instituts für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 15, 8000 München 80, wurde von der Deutschen Röntgengesellschaft die Albers-Schönberg-Medaille verliehen.

Privatdozent Dr. med. Karl-Heinz Deeg, Klinik für Kinder und Jugendliche der Universität Erlangen-Nürnberg, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, wurde von der Society of Pediatric Radiology der Jacques-Lefèbvre-Preis verliehen.

Professor Dr. med. Franz Paul Gall, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde als Gutachter in die Deutsche Forschungsgemeinschaft 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 Berliner Chirurgischen Gesellschaft die Ernst-von-Bergmann-Gedenkmedaille verliehen.

Dr. med. Anton Platiel, Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern und des Ärztlichen Kreisverbandes Bad Tölz/Wolfratshausen, Schnellriederweg 6, 8190 Wolfratshausen, wurde für treue Verdienste im Bayerischen Roten Kreuz die Auszeichnungsspanne für 60 Dienstjahre verliehen.

Privatdozent Dr. rer. nat. Dr. med. Hans Jürgen Raitchel, Institut für Arbeits- und Sozialmedizin und Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Schillerstraße 25 und 29, 8520 Erlangen, wurde von der Deutschen und Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin der E.-W.-Baader-Preis 1988 verliehen.

Professor Dr. med. Dr. phil. Johannes Ring, Dermatologische Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung gewählt.

Professor Dr. med. Hermann Schell, Dermatologische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, wurde der von der Firma Upjohn gestiftete Forschungspreis für Trichologie verliehen.

Professor Dr. med. Malte E. Wigand, Direktor der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität Erlangen-Nürnberg, Weldstraße 1, 8520 Erlangen, wurde von der Ungarischen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Friedrich Wolf, Direktor des Instituts und Poliklinik für Nuklearmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde für die Amtsperiode 1989 bis 1991 erneut zum Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin gewählt.

## In memoriam

### Dr. Fritz Valentin †

Am 3. Juni 1988 verstarb nach einem erfüllten ärztlichen Berufsleben im 92. Lebensjahr Dr. med. Fritz Valentin. Die Bayerische Ärzteschaft verliert in ihm einen hervorragenden Arzt und hochgeschätzten Berufspolitiker. Zunächst stellvertretender Chefarzt am Schwabinger Kreiskrankenhaus und während des Krieges Chefarzt an Ausweichkrankenhäusern der Stadt München, war Kollege Valentin bis ins hohe Alter als niedergelassener Internist in München tätig. Er war Mitbegründer und – von 1949 bis 1959 – Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V. sowie Mitbegründer des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V., dessen Vizepräsident er von 1960 bis 1969 war. Sein hoher Sachverstand und sein ausgewogenes Urteil stellte er viele Jahre der Bayerischen Landesärztekammer als internistischer Fachberater zur Verfügung.

Mitbegründer und Mitherausgeber der Zeitschrift „Der Internist“, nahm er bis zuletzt am wissenschaftlichen Fortschritt der Inneren Medizin und an den berufspolitischen Problemen teil. Dabei war sein Hauptanliegen die psychologische Erfassung des Patienten in seiner Gesamtheit sowie dessen sozialer Umwelt. Die bayerischen und deutschen Ärzte haben Dr. Fritz Valentin, einem

sowohl aufgrund seines umfassenden Wissens als auch seiner integren starken Persönlichkeit gleichermaßen vorbildlichen Kollegen, viel zu verdanken.

### Hanns Zauner †

Im Alter von 77 Jahren starb am 3. Juni 1988 der Dachauer Druckereibesitzer und Verleger Hanns Zauner.

Bayerische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns verlieren in ihm einen in jahrzehntelanger vertrauensvoller Zusammenarbeit stets bewährten und geschätzten Partner. Nach dem Krieg baute er den väterlichen Betrieb zu einer modernen und leistungsfähigen Druckerei aus und übergab ihn vor einem Jahr seiner Tochter. Auch bei seinen Kollegen im Druckereigewerbe genöß er hohes Ansehen: als gelernter Setzermeister war Hanns Zauner von 1958 bis 1967 erster Bezirksvorsitzender des Verbandes der Bayerischen Druckindustrie sowie Mitglied im Vorstand dieses Verbandes. Für seine Verdienste um diese Berufssparte wurde er mit der Goldenen Verbandsnadel ausgezeichnet.

Bayerische Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und das „Bayerische Ärzteblatt“ werden Hanns Zauner stets ein ehrendes Andenken bewahren.

### Achtung!

#### Falsche Dosisangaben im „Lymphom Manual des Tumorzentrums München“

In der 3. Auflage dieses Handbuches, das ab November 1987 an interessierte Kollegen abgegeben wurde, finden sich drei falsche Dosisangaben von Zytostatika, und zwar muß die jeweilige Dosierung lauten:

auf Seite 57 im IM-VP-16-Schema von *Methotrexat* nicht 300/m<sup>2</sup>, sondern richtig **30 mg/m<sup>2</sup>**;

auf Seite 49 im VAD-Schema von *Adriamycin* nicht 9 mg/Tag, sondern richtig **9 mg/m<sup>2</sup>/Tag**;

auf Seite 65 im COPBLAM-Schema von *Bleomycin* nicht 15 mg/m<sup>2</sup>, sondern **15 mg/Person**.

Professor Dr. B. Emmerich, München

# Krankenhausbereich und Gesundheits-Reformgesetz

Die Länder achten auch weiterhin darauf, daß der Schutzzaun um das Krankenhauswesen nicht durchlöchert wird. Diese Schlußfolgerung ist aus den Beratungen und Abstimmungen des Bundesrates über das Gesundheits-Reformgesetz zu ziehen. Nicht einmal die wenigen von Blüm und der Koalition vorgesehenen Maßnahmen, die den Druck auf die Krankenhäuser verstärken sollen, wirtschaftlich zu arbeiten, sind gegen den Widerstand der Länder durchzusetzen.

Die F.D.P. hält zwar daran fest, daß die vorgesehenen Pflegeleistungen nur dann zu Lasten der Krankenkassen eingeführt werden dürfen, wenn auch die Krankenhäuser in die Kostendämpfung einbezogen werden. Aber daraus wird wohl nichts. Zwar ist anzunehmen, daß Regierung und Koalitionsfraktion daran festhalten werden, den Krankenkassen ein Kündigungsrecht für die Behandlungsverträge mit Krankenhäusern einzuräumen, Preisvergleichslisten für Krankenhäuser aufzustellen und die Ausgaben für die stationäre Behandlung an die Grundlohnentwicklung zu binden. Dann aber dürfte es über den Gesetzentwurf ein Vermittlungsverfahren geben, dessen Ausgang schwer voreuszusagen ist. Im Vermittlungsausschuß sind nämlich die Mehrheiten anders als jeweils im Bundesrat und im Bundestag.

Die SPD-regierten Länder haben demonstriert, daß sie jede Chance nutzen wollen, Blüm mit seinem Konzept im Bundesrat in die Minderheit zu bringen. An dieser Strategie dürfte sich nichts ändern. Am Ende wird dann auch die F.D.P. nicht in der Lage sein, Beschlüsse zu verhindern, die den in den Koalitionsvereinbarungen hergestellten sachlichen und politischen Zusammenhang zwischen Pflegeleistungen und Krankenhauswesen auflösen. Die F.D.P. ist zwar in den Landesregierungen von Rheinland-Pfalz, Hessen und Niedersachsen vertreten. Aber es genügt ja, wenn Strauß oder Späth mit den SPD-Ländern gegen das Regierungskonzept für die Krankenhäuser stimmen.

Über die Einordnung des Krankenhausbereichs in das Gesundheits-Reformgesetz wird es im Spätherbst noch zu einem politischen Tauziehen zwischen Bonn und den Ländern mit ungewissem Ausgang kommen. Doch sonst haben die Länder keine Beschlüsse gefaßt, an denen das gesamte Gesetzgebungsprojekt scheitern könnte. So hat das Plenum des Bundesrates nicht die weitgehenden

Empfehlungen der Bundesratsausschüsse zur Organisationsreform der Krankenversicherung übernommen. Dennoch verdienen diese Beschlüsse Aufmerksamkeit, denn sie laufen darauf hinaus, die Länderkompetenzen im Krankenhauswesen auszuweiten, die Regionalisierung des Gesundheitswesens voranzutreiben, die Kassenarten rechtlich gleichzuschalten, einen umfassenden Finanzausgleich einzuführen und die Stellung der Ortskrankenkassen gegenüber den Ersatzkassen und den Betriebs- und Innungskassen zu verbessern. Daß damit der Einheitsversicherung der Weg bereitet würde, hat wohl noch die Ministerpräsidenten der CDU-/CSU-regierten Länder geschreckt, aber schon nicht mehr alle der CDU angehörenden Länder und Landesminister.

Die Ausschüsse des Bundesrates hatten dem Plenum rund 250 Änderungsvorschläge präsentiert; weitere 36 Änderungsanträge der Länder kamen hinzu. Eine solche Flut von Änderungsbegehren zu einem einzigen Gesetzentwurf hat es noch nie gegeben. Rund 200 Änderungsanträge und Prüfungsbegehren hat die Bundesratsmehrheit am Ende übernommen. Davon verdienen vor allem folgende Beschlüsse Aufmerksamkeit:

Der Einführung von Festbeträgen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln wird zugestimmt; sie seien geeignet, den Wettbewerb zu beleben. Skepsis wird jedoch den Festbeträgen für Arzneimittel entgegengebracht, wenn sich diese nicht nur auf identische Wirkstoffe beziehen sollen. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren soll noch einmal geprüft werden, ob es wirklich möglich ist, Festbeträge auch für pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Wirkstoffe und auch für pharmakologisch vergleichbare Wirkprinzipien zu bestimmen. Bislang fehle es an medizinisch-wissenschaftlich eindeutigen Kriterien dafür, meint der Bundesrat. Auch seien die Auswirkungen auf die ärztliche Therapie und auf die Forschungs- und Innovationsfähigkeit der Pharma-Industrie zu prüfen. Die Festbetragsregelung solle so gestaltet werden, daß ein Erlahmen oder Verlagern der Forschungsaktivitäten ins Ausland verhindert werde. Dabei wird auch an eine Neuregelung des Patentschutzes für Arzneimittel gedacht.

Der Bundesrat hält es für notwendig, für die schwierige Phase der Einführung der Festbeträge nicht nur zwei, sondern vier

Jahre vorzugeben. Dies bedeutet zugleich, daß er dafür eintritt, die von der F.D.P. durchgesetzte prozentuale Beteiligung der Versicherten bei Arzneimitteln nicht schon für 1991, sondern erst für 1993 zu beschließen. Bis dahin soll eine Gebühr von drei DM pro Medikament gelten. Der Arzt, der Medikamente verschreibt, deren Preis über dem Festbetrag liegt, soll verpflichtet werden, den Patienten über die Mehrkosten zu unterrichten. Nach dem Regierungsentwurf war dies nur für den Fall vorgesehen, daß der Versicherte die Verordnung des teureren Medikaments wünscht.

Ausschußempfehlungen und Landesanstrengungen (Berlin und Bremen) für einen die Kassenarten übergreifenden Finanzausgleich hat der Bundesrat nicht übernommen. Doch soll der im Gesetzentwurf vorgesehene verbindliche Finanzausgleich auf der Ebene der Landesverbände der einzelnen Kassenarten verschärft werden. Dieser soll schon greifen, wenn der Bedarfssatz einer Kasse den durchschnittlichen Bedarfssatz um fünf Prozent überschreitet und nicht erst bei einer Differenz von zehn Prozent.

Für große Aufregung hätte die Ausschlußempfehlung gesorgt, nur jenen Arbeitnehmern den Beitritt zu einer Ersatzkasse zu gestatten, deren Einkommen 60 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze übersteigen. 1988 entspricht dies einem Monatseinkommen von 3600 DM. Berufsanfängern sollte für fünf Jahre der Zugang zur Ersatzkasse gänzlich versperrt werden. Auch sollten die Bedingungen für die Einrichtung von Betriebskrankenkassen verschärft werden. Ziel dieser Bestrebungen ist es, den Ortskrankenkassen zwangsweise eine bessere Risikomischung zu verschaffen, was zugleich auf längere Sicht die Existenzgrundlage der Ersatzkassen ausgehöhlt hätte. Der Bundesrat ist diesem Weg nicht gefolgt.

Versicherte sollen auf ärztliche Anordnung die Möglichkeit erhalten, sich in sozialpsychiatrischen Diensten behandeln zu lassen. Da diese Dienste im Vor- und Nachsorgebereich die Aufgaben der niedergelassenen Ärzte und Therapeuten ergänzen, so heißt es im Bundesratsbeschluß, sei die anteilige Finanzierung dieser Institutionen durch pauschale Vergütungsvereinbarungen gerechtfertigt. Krankenkassen sollen Einrichtungen zur Prävention und Rehabilitation fördern können, um die Versorgung in betreuten Wohnungen, therapeutischen Wohngemeinschaften, Tagesstätten oder Beratungsstellen zu sichern.

Trotz dieser Beschlüsse gibt sich Blüm optimistisch. Er will den Zeitplan für das Gesetzgebungsverfahren einhalten. Nur ein Vermittlungsbegehren der Länder wird das am Ende verhindern können.

*bonn-mot*

### Konzertierte Aktion gegen Müllberg

Jährlich fallen in Bayern gegenwärtig vier Millionen Tonnen Hausmüll an. Auf den Einwohner umgerechnet, sind das 350 Kilogramm, während es im 15-Jahresvergleich, nämlich 1972, nur 260 Kilogramm waren. Noch mehr als das Gewicht wuchs jedoch das Abfallvolumen. Aufgrund der Zunahme des Verpackungsabfalls hat es sich innerhalb des gleichen Zeitraums von 16 Millionen Kubikmetern auf 28 Millionen Kubikmetern fast verdoppelt. Er macht heute bereits die Hälfte des gesamten Hausmülls aus.

Um dem wachsenden Müllberg Herr zu werden, hat die Staatsregierung ein Konzept entwickelt, das davon ausgeht, daß es mit der Abfallbeseitigung allein heute nicht mehr getan ist. Es kommt darauf an, Abfälle zunächst ganz zu vermeiden oder zumindest zu vermindern. Die unvermeidbaren Abfälle sollen weitgehend verwertet und nur die wirklich unverwertbaren Abfälle schadlos abgelagert werden. Entsprechend wird auf Wertstoffrecycling, Kompostieren, Sammeln von Problemmüll und Einsatz der Abfallverbrennung mit Energiegewinnung gesetzt. Dort, wo Deponien zur Ablagerung unverwertbarer Reststoffe fehlen, müssen jedoch neue errichtet werden, um Entsorgungsengepässe zu vermeiden.

Dieses „integrierte Entsorgungskonzept“, wie es Umweltminister Alfred Dick bezeichnete, und das in den nächsten vier Jahren Investitionen in Höhe von fast vier Milliarden DM notwendig macht, stand im Mittelpunkt einer mehrstündigen Landtagsdiskussion anläßlich zweier Interpellationen von CSU und SPD. Hart wurden dabei manche Wirtschaftsunternehmen kritisiert, die beispielsweise der SPD-Sprecher Dr. Helmut Ritzer als „Umwelt-Rambos“ bezeichnete, weil sie beim Verpackungsmaterial den Ton angeben. Ihnen gegenüber seien härtere Maßnahmen angebracht. Die Entscheidung, ob Müllverbrennung oder Deponierung,

stellte sich für Dr. Ritzer als Wahl zwischen „Pest und Cholera“. Deshalb sei es um so entscheidender, Abfälle möglichst zu vermeiden und – wenn sie schon entstehen – wieder zu verwerten. Für die CSU erklärte Herbert Huber, bei der Abfallbeseitigung seien nicht nur Staat und Kommunen herausgefordert, sondern auch die Wirtschaft und jeder einzelne Bürger. Die derzeitige Situation ist nach seinen Worten gekennzeichnet von einem wachsenden Abfallberg bei in gleichem Maße abnehmender Akzeptanz von Entsorgungsanlagen innerhalb der Bevölkerung.

In seiner Antwort auf die Großen Anfragen von CSU und SPD stellte Umweltminister Dick die Prioritäten des von seinem Hause entwickelten Hausmüllplanes heraus, der auf Abfallvermeidung und -wiederverwertung setzt: Verbrannt werden sollte – dem Minister zufolge – soviel wie nötig, deponiert dagegen so wenig wie möglich. Wie Herbert Huber sah auch der Ressortchef, daß dem Anstieg der Abfallflut eine Abnahme der Akzeptanz von Entsorgungseinrichtungen, gleich welcher Art, seitens des Bürgers gegenüberstehe. Jeder einzelne müsse jedoch seinen Beitrag zur Vermeidung und Verwertung von Abfällen leisten, vor allem bei der Verpackung könne sinnvolle Abfallvermeidung bereits einsetzen. Sie macht rund die Hälfte des Volumens und ein Drittel des Gewichts beim Hausmüll aus, was sich aus dem Anstieg der Einwegverpackungen erkläre. Das klassische Beispiel zur Abfallvermeidung ist für Minister Dick die Mehrweg-Flasche, denn zwar gebe es drei Viertel aller Getränke in Mehrweg-Flaschen, sie machten jedoch nur ein Viertel des Abfalls an Getränkeverpackungen aus. Das eine Viertel an Einweg-Abfüllungen produziere dagegen drei Viertel des Gesamtabfalls aus dem Getränkebereich.

Bei der stofflichen Wiederverwertung erinnerte Dick an die zahlreichen Pilotprojekte, die von der Staatsregie-

rung mit beträchtlichen Mitteln landesweit gefördert wurden. Auch der verstärkte Einsatz von Recycling-Papier bei den Behörden zeige, daß die öffentliche Hand mit gutem Beispiel vorangehe. Ausführlich ging der Minister auf die Kompostierung als Möglichkeit der Müllverwertung ein und betonte den hohen Stellenwert der Verbrennung: Sie reduziere das Abfallvolumen um 80 bis 90 Prozent und schone damit wertvollen Deponieraum. Stoffliche und thermische Verwertung haben – laut Dick – im Konzept der Staatsregierung den gleichen Rang, seien also nicht Konkurrenten, sondern Partner. Rund die Hälfte des Abfallaufkommens würde durch die 15 bayerischen Verbrennungsanlagen entsorgt. Andererseits könne – so Dick – nicht auf die Deponierung verzichtet werden, die mittlerweile jedoch Ihre Vorteile eingebüßt habe. Ohne neue Verbrennungsanlagen sind – dem Minister – zufolge die vorhandenen Deponiekapazitäten innerhalb der nächsten vier bis fünf Jahre verbraucht. Deshalb seien 15 neue Verbrennungsanlagen geplant.

Als eine der schwierigsten Fragen bei der Neuordnung der Abfallwirtschaft bezeichnete Dick die Finanzierung. Würde den kommunalen Gebietskörperschaften, in deren Verantwortung die Müllbeseitigung liegt, die gewaltige Investitionssumme von 3,9 Milliarden DM allein aufgebürdet, so befürchtete der Minister, daß sich die Gemeinden auf das kurzfristig Nötigste beschränken müßten, ohne eine Kapazität für das langfristig Sinnvollste zu haben. Auch der Bürger werde über steigende Müllgebühren seinen Beitrag leisten müssen, da auch hier das Verursacherprinzip gelte. Gleichzeitig sah der Umweltminister in höheren Müllgebühren einen wirksamen Anreiz zur Abfallvermeidung. Zur staatlichen Förderung der genannten Investitionen stellte er fest, es werde schwierig werden, in den kommenden Staatshaushalten einen tragbaren Kompromiß zwischen dem finanziell Möglichen und dem sachlich Notwendigen zu finden.

Insgesamt müsse der Bürger mit seiner Wegwerf-Mentalität Schluß machen, und dazu sei rückhaltlose Aufklärung notwendig. Das gleiche gelte für eine Bereitschaft zur Solidarität, denn das „St. Florians-Prinzip“ greife immer dort Platz, wo notwendige Entsorgungseinrichtungen gebaut werden sollen.

Michael Gscheidle

### Reminiszenz an einen Ärzte-Liederabend

#### Dank an Wolfgang Ulrich

In einer schnelllebigen Zeit wie die unsere, wo sich Ereignisse über Ereignisse jagen, gerät doch manches Denkwürdige, auch oder gerade weil es die Aure des Einmaligen um sich hat, rasch wieder in Vergessenheit. Die Rede soll sein von einem erfolgreichen „großen Ärzte-Liederabend“ als öffentliche Uraufführung in der Hochschule für Musik zu Würzburg – unbestreitbar ob seiner Erstmaligkeit von euratischer Ausstrahlung. Der Würzburger Arzt und Komponist Dr. med. Wolfgang Ulrich stellte vor vollbesetztem Haus und einem begeistert mitgehendem Publikum rund 30 der insgesamt 70 von ihm vertonten Arztgedichte vor. Dieses großartige Ereignis, das dank einer tatkräftigen Förderung von seiten der Stadt Würzburg und der Bayerischen Landesärztekammer in einem so festlich-schönen Rahmen abgehalten werden konnte, fand in den darauffolgenden Tagen eine gebührende „aktuell-journalistische“ Würdigung in der Presse. In der Kultur rubrik des „Volksblattes“ erschien ein ausführlicher Artikel mit der Überschrift „Ungewöhnlicher Einlellsreichtum – Ärzte-Liederabend mit dem Arzt-Komponisten Dr. Ulrich“. Alfred Rottler berichtete ebenfalls eingehend über den „Ärzteliederabend in Würzburg“ im kulturellen Teil der „Ärztezeitung“ unter der Devise: „in jedem guten Arzt suche den Künstler“.

Im Hier und Jetzt indes geriert man sich nicht als Reporter oder Journalist, der „aktuell“ sein will oder möchte. Der Abstand zum Ereignis verbietet das. Redaktionelle Absicht ist es vielmehr, des Komponisten geistigen und künstlerischen Standort aufzuzeigen und die Erinnerung an diesen Liederabend wachzuhalten, beides ihm zum Dank. In einer Zeit der Entmythologisierung, Entzauberung und Entpoetisierung der Welt, in einer Zeit des kontinuierlichen Abbaues illusionärer Tendenzen bis hin zur neusachlichen Desillusionierung darf es als seltener Gnadenstand des Menschen engesehen werden, wenn er sich als Künstler wieder den Erlebnisstufen und Erlebnismöglichkeiten des „Ich“ zuwenden kann und sich zu sehnsüchtigem

Suchen nach den Kräften der Intuition, der schützenden Innerlichkeit vor bedrohlicher Außengegenwart bekennt.

Von seitdem „Einlellsreichtum“ des Komponisten Wolfgang Ulrich wird gesprochen in jenem zitierten Zeitungsartikel. Heimito von Doderer sprach einmal intuitiv von der Einlellt der Seele, die in jedem Augenblick durch den Einfall einer gewaltigen Apperzeption ins Genie umzuschlagen vermag und eben einer der seltensten, kaum mehr gesehenen Gnadenstände des Menschen sei. Eine ganz und gar romantische Auffassung vom Schöpferischen. Jene „Einfelt der Seele“ verlor sich in einer wirren Zeit, wie sie sich in der romantischen Epoche darbot. Eine Zeit des Aufbruchs und Umbruchs und gar nicht romantisch verklärt, Zeit des Verzweifels, der Todessehnsucht, entsprungen einer seinerzeitigen von symbol-, anschauungs- und phantasieerme Nüchternheit gezeichneten Gegenwart.

Wir spielten in unserer Vorstellung des Arzt-Komponisten Wolfgang Ulrich im „Bayerischen Ärzteblatt“, Heft 9/1985, bewußt auf jenen Zeitgeist an, der des Hereufkommen der romantischen Geistesheilung und Gemütsverfassung bewirkte und zogen Parallelen zur Jetztzeit. Wir nannten Ulrich einen Tondichter der Postmoderne. Diese Pesse-pertout-Vokebei „postmodern“ wurde von uns im Sinne Umberto Ecos gedeutet, der als einer der ernsthaften Wegbereiter postmodernen Denkens gilt. Wir dürfen ihn hier zitieren: „Die moderne Haltung, diejenige der großen Avantgarden der Jahrhundertwende und der folgenden Jahrzehnte, zielt dahin, die Vergangenheit zu zerstören. Aber jede Modernität erreicht dann einen Moment, wo es nicht mehr weiter geht. Und in diesem Moment – den wir ‚postmodern‘ nennen können – nähert man sich wieder der Vergangenheit des historischen Erbes an.“ ... Und von der Romantik sagte man, sie suche ihre Zukunft in der Vergangenheit. Allenthalben spricht man heute von einer aufkommenden Neoromantik als Gegenreaktion zu einer wirklichkeitsfremden intellektuellenisierung, als Aus-

druck der Sehnsüchte einer „lost generation“.

Musikexperten und Musikkritiker von Rang reihen Ulrichs tonale Klavierlieder in eine neoromantisch-impressionistische Stilrichtung ein. In seinen über 400 Liedkompositionen nach Gedichten von Eichendorff, Mörike, Storm, Rückert, Helne u. a. verpflichtet sich der Tondichter dem hohen Anspruch der Romantik, geht aber nicht etwa nur epigonal in den Fußstapfen der Tradition einher, bringt durchaus auch „Positive“ modernen Komponierens mit ein. Dennoch ist er überzeugt, „das Wesen der Musik bleibt die Melodie“. Hieraus entspringt seine Liebe zum Lied, schlägt sich der Bogen zur Lyrik. Lyrik ist das nicht Musik aus der Sprache? Rhythmus und Klang sind die Elemente, die uns die gesprochene poetische Sprache erleben lassen und die uns mitten ins Herz treffen. Das Lied sagt es uns im Konkreten: Ton und Wort vermischen sich lyrisch. Wo Musik erklingt, verstummt die Rede! Wo ein Gedicht anklings, verstummt die Rede, denn Wort und Musik gehen eine innige Verbindung ein. „Dichten“ ist nach Nietzsche ein Tanz in Ketten. Gibt es aber einen Tanz ohne Musikalität? Gewiß nicht.

Die bayerischen Dichterärzte schulden Wolfgang Ulrich für jene Uraufführung vertonter Gedichte nicht nur Dank, zollen ihm auch hohe Anerkennung für diese Leistung. Er hat eine erstaunliche Anpassungsfähigkeit an verschiedenste lyrische Formen, vom einfachen Reimgedicht bis hin zu freien Rhythmen mit einsilbigen Tekten, Synkopen und unregelmäßig gestauten Rhythmen unter Beweis gestellt und hat den Poeten Klangleiß und Klangstruktur ihrer Gedichte in überraschender Weise aufgedeckt.

Liedertexte von folgenden Ärzte-Dichtern kamen an diesem Liederabend zur Erstaufführung: M. Bednara: Wieviele-Doppelstern-Nichts hilft-Deine Stimme; O. Baege: Die Rose-Sternen-Kind-Helmetland-Herbststimmung; H. Carossa: Der alte Brunnen; W. Fick: Abend am Bodensee-Puppenlee-Vorfrühling-Waldrend im Herbst-Weihnacht; P. Hümmel: Reichtum; G. Lest: Psychoanalytische Liebe; R. Peschke: Herbst; W. Reger: Kindes Tod-Froschperspektive; E. Rossmüller: An Dich-Jugend-Des Herz; A. Rottler: Noch einmal; F. Schmid: Letzte Sonnenstrahlen; A. Schuhmann: Erkenntnis-Welttrem-Warum nur?-Sehnsucht; E. Steffer: Christbaum; E. Weihs: Jahreszeit.

Dr. med. Andreas Schuhmann, Rothen-desch 7, 8162 Schliersee 2

## Kongresse: Allgemeine Fortbildung

### Grado 1988

#### 22. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

vom 21. August bis 2. September 1988

Veranstalter: Bundesärztekammer und Österreichische Ärztekammer

Leitung: Professor Dr. H. Losse, Münster, Dr. P. E. Odenbach, Köln

#### Kongreßeröffnung und Eröffnungsvortrag

#### Seminara und Kurse mit praktischen Übungen:

Der psychiatrische Patient in der ärztlichen Sprechstunde – Grundkurs: Doppelsonographie der hirnversorgenden Arterien mit praktischen Übungen (gemäß KBV-Richtlinien) – Grundkurs: Echokardiographie mit praktischen Übungen (gemäß KBV-Richtlinien) – Notfallmedizin – Onkologie – Sportmedizin – Sexualmedizin – AIDS – Chirurgie in der Praxis – Das behinderte Kind

– Endokrinologia – Manuelle Medizin – HNO – Autogenes Training für Anfänger und Fortgeschrittene – Gynäkologia – Gastroenterologia – Grundkurs: Sonographia des Abdomens mit praktischen Übungen (gemäß KBV-Richtlinien) – Kardiologia – Geriatria – Labormedizin – Rationelle Pharmakotherapie – Allgemeine Prävention – Angiologie – Moderna bildgebende Verfahren und konventionelles Röntgen – Proktologie – Urologia

#### Verschiedene Veranstaltungen:

Podiumsgespräche „AIDS“ und „Geriatrie“ – Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik – Praktische Übungen im Rahmen des Sportmedizinischen Seminars – Theologia und Medizin – 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 04-2 21 bis 2 24

### 47. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

vom 6. bis 10. September 1988  
in München

Leitung: Professor Dr. H. Ludwig, Basel  
Themen: Fetalentwicklung – Immunologia der Schwangerschaft – Eileiter – AIDS – Vulvatumoren – Frühformen des Ovarialkarzinoms – Blutung, Schock, Sepsis – Psychosomatik – Hormonantagonisten und GnRH-Agonisten

#### Auskunft:

W. Girstenbrey, Birkanallee 9, 8131 Penzance, Telefon (0 89) 8 50 24 12

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

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

#### Auskunft:

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

## Blaulichärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1988

Orte: Augsburg, München und Nürnberg

### 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	10. 9. 24. 9.	II II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
München Ärztelhaus Bayern	23. 7. 12. 11.	I III	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288 <b>Hinweis:</b> Alle Termine sind bereits voll belegt
Nürnberg-Fürth Stadthalla Fürth	5. 11. 19. 11.	III III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532

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.

# 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,  
Möhlbaustreße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-248

## Allergologie

### 16. Juli in Erlangen

Institut und Poliklinik für klinische Immunologie und Rheumatologie der Universität Erlangen-Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. J. R. Kalden)

„Grundlagen und Praxis der Hyposensibilisierungsbehandlung“

Thema: Diagnostik, Differentialdiagnose und Therapie allergischer Erkrankungen  
Zeit: 10 c. t. bis ca. 15 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal der Medizinischen Klinik, Krankenhausstraße 12, Erlangen  
Teilnehmergebühr: DM 30,-

Auskunft und Anmeldung:  
Sekretariat Professor Dr. J. R. Kalden, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-34 18

## Arbeitsmedizin

### 21. Juli 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.

Thema: Bedeutung der HIV-Infektion in der arbeitsmedizinischen Praxis  
Zeit: 18 Uhr c. t.

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

Anmeldung nicht erforderlich

## Augenheilkunde

### 20. Juli in München

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

Thema: Laserbehandlung der Makula  
Zeit: 16 bis ca. 19 Uhr (einschließlich klinischer Demonstrationen)

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

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

## Lungen- und Bronchialheilkunde

### 16./17. Juli in Bad Reichenhall

Klinik Bad Reichenhall, Klinik für Erkrankungen der Atmungsorgane (Chelarzt: Privatdozent Dr. W. Petro) in Zusammenarbeit mit der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane e. V.

Thema: Patientenschulung in der Rehabilitation von obstruktiven Atemwegserkrankungen

Beginn: 16. Juli, 16 Uhr; Ende: 17. Juli, 15 Uhr

Ort: Stelgenberger Hotel „Axelmannstein“, Bad Reichenhall

*Teilnahme nur für Reha-Kliniken*

Auskunft und Anmeldung:  
Pharmedico Consulting GmbH, Bihildstraße 13, 6500 Mainz 1

### 2. bis 4. September in Nürnberg

Zentrum für Innere Medizin, Abteilung für Pneumologie, Klinikum Nürnberg (Chelarzt: Dr. P. L. Bölschel)

Leitung: Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz, Dr. P. L. Bölschel, Nürnberg

Thema: Prima vista Diagnose in der Pneumologie – eine rasche Fehldiagnose?

Ort: Kleine Meistersingerhalle, Nürnberg  
Teilnehmergebühr: Tageskarte DM 50,-  
Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:  
Verlag Gedon & Reuss, Leopoldstraße 87, 8000 München 40, Telefon (0 89) 39 90 33

## Onkologie

### 21. Juli in Oberaudorf

Onkologische Klinik Bad Trissl und Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität München

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart

„Interdisziplinäre Tumorkonferenz mit Fallbesprechungen“

*Vorlesung des Tumorzentrums beider Universitäten*

### Juli 1988

16. Allergologie - Erlangen  
16./17. Lungen - Bad Reichenhall  
20. Augen - München  
21. Arbeitsmedizin - München  
21. Onkologie - Oberaudorf

### September 1988

2.-4. Lungen - Nürnberg  
10. Radiologie - Würzburg  
12.-16. Sonographie - Erlangen

– Nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten 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

## Radiologie

### 10. September in Würzburg

Institut für Strahlendiagnostik, Leopoldine-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt (Chelarzt: Dr. E. Trüber)

„Symposium: Dünndarm – Radiologische Technik und Krankheiten“

Zeit: 10 bis 14 Uhr

Ort: Festung Marienberg, Würzburg  
Teilnehmergebühr: Selbständige Ärzte und Ärzte in leitender Stellung DM 100,-;  
Ärzte im Angestelltenverhältnis DM 50,-

Auskunft und Anmeldung:  
Dr. E. Trüber, Gustav-Adolf-Straße 8, 8720 Schweinfurt, Telefon (0 97 21) 52 32 12

## Sonographie

### 12. bis 16. September in Erlangen

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

Leitung: Privatdozent Dr. N. Heyder  
„Ultraschall-Aufbeukurs“

Thema: Ultraschall Innere Medizin  
Ort: Medizinische Klinik mit Poliklinik, 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

### Den steigenden Baukosten folgt dynamisches Bausparen

An den eigenen vier Wänden kommt niemand vorbei, der seine Einkünfte im Alter entlasten will. Bis dahin sollte das Einfamilienhaus oder die Eigentumswohnung bezahlt sein. Dann fallen die Kosten für das Wohnen weitestgehend weg. Und sie bilden einen beträchtlichen Teil der ständigen Haushaltsausgaben. Je eher das eigene Dach über dem Kopf gedeckt wird, um so sicherer ist es bis zum Ruhestand bezahlt. Je kürzer die Zeit bis dahin ist, um so schneller sollten die Baudarlehen getilgt werden. Bausparkassen bieten Systeme für die eine wie die andere Absicht. Durch Dynamik sind beide zu meistern.

Bausparen mit wachsenden Beiträgen ist auch ohne eine besondere Methode möglich. Die Bausparkassen empfehlen einen sogenannten Regelsparbeitrag. Er liegt bei den weitestverbreiteten Tarifen bei DM 4,00 oder DM 4,20 monatlich je eintausend DM Bausparsumme.

Niemand muß sich indes daran halten. Jeder Bausparer kann höhere wie niedrigere Beträge zahlen. Er darf die Höhe seiner Beiträge beliebig wechseln. Diese Möglichkeit sollte indes vermieden werden. Das Ziel des eigenen Heimes fordert Planmäßigkeit. Zudem kann sich die Bausparkasse die Kündigung des Bausparvertrages unter bestimmten Voraussetzungen vorbehalten, wenn das Bausparguthaben hinter der normalen Höhe zurückbleibt.

Die entscheidende Formel des Bausparens ist genial, einfach und in ihrer Logik überzeugend. Sie lautet Zeit mal Geld. Das heißt, nach der Höhe der Einzahlungen (Geld) und die Dauer (Zeit), auf die sie sich verteilen, wird das Datum festgesetzt, zu dem der Bausparer seinen Anspruch auf sein Bauspardarlehen hat.

Der Darlehens-Zinssatz kann unverbrüchlich niedrig und während der ganzen Laufzeit in gleichbleibender Höhe zugesichert werden. Das ist nur möglich, weil der Zinssatz in der Ansparphase unter dem anderer Sparformen mit gleich langer Laufzeit liegt und unveränderbar ist.

Hier steckt der Hintergrund der Bauspargemeinschaft. Sie macht sich als Gruppe auf Gegenseitigkeit unab-

hängig vom vielfältig beeinflussten, allgemeinen Zinssatz auf dem sogenannten Kapitalmarkt mit seinen Möglichkeiten hektischer Veränderungen. Man bleibt unter sich. Während die einen zum Niedrigzins sparen, beziehen die Bausparer von gestern diese Mittel als zinsgünstige Bauspar-Darlehen.

Bei der Entscheidung über die Höhe der Bausparsumme wird die Wirklichkeit häufig aus zwei Gründen mißachtet:

1. Die Bauspar-Vertragssumme wird niedriger angesetzt, als das Bausparguthaben – und Darlehen schon nach jeweils gegenwärtigen Preisen das Vorhaben mitfinanzieren könnte.
2. Bausparer beziehen die vorausgerichteten Baupreissteigerungen bis zur Realisierung ihres Vorhabens nicht oder nur unzulänglich ein, wenn sie die Höhe ihrer Bausparsumme festsetzen.

Zum ersten Punkt sind die Erfahrungen des Gesprächspartners der Bausparkasse zu nutzen, nachdem der Bauspar-Interessent ihm seine Vorstellungen seines Kauf- oder Bauvorhabens im einzelnen geschildert hat. So wird die Bausparsumme wirklichkeitsnah bestimmt.

Zum zweiten Punkt ist der Rat des Experten über eine vermutliche Preissteigerung bis zur Verwirklichung des Vorhabens einzuholen. Er kann sich natürlich nur an der Vergangenheit orientieren, eine gewiß etwas unsichere Größe.

Freilich richtet sich die Höhe der Bausparsumme nicht allein nach dem späteren Finanzierungsbedarf, sondern auch am Leistungsvermögen des Bausparers für diesen Zweck. Für die Begegnung mit dem Bausparfachmann sollte er sich vorbereiten, zu nennen

- die äußerste Höhe der monatlichen Sparrate,
- den Prozentsatz einer jährlichen, automatischen Steigerung dieser Sparrate,
- die Dauer seines Sparvorganges, bis er das Mindestparguthaben von 40 Prozent der Bausparsumme erreicht haben will.

Diese Fakten bieten dem Gesprächspartner von einer Bausparkasse die Grundlagen zur Errechnung der Bausparsumme. Bei der Bemessung dieser drei Faktoren hat ein Arzt natürlich einzubeziehen, ob er seine Praxis in seine eigenen vier Wände verlegen will, wenn sie einmal stehen. Wenn die Räume für diesen Zweck nicht mehr als ein Drittel des Objekts beanspruchen und die anderen zwei Drittel für Wohnzwecke bestimmt sind, darf ihre Herstellung mit Bausparmitteln mitfinanziert werden.

Eine grundsätzliche Entscheidung ist zu treffen:

● Wer sein volles Bauspardarlehen in absehbarer Zeit zur Finanzierung einsetzen und die Tilgung nicht durch Sonderzahlungen wesentlich verkürzen will, begnügt sich mit einem niedrigeren Guthabenzins von beispielsweise 2,5 Prozent und spart so schnell wie möglich an. Dann kann er das Bauspardarlehen zu nur 4,5 Prozent Zins um so eher in Anspruch nehmen.

● Wer ein steigendes Einkommen erwartet und dementsprechend seinen Bausparbeitrag erhöhen will, wählt einen dynamischen Bausparvertrag. Eine Dynamik von drei Prozent ist in jedem Fall erwägenswert, um den der Baukostenentwicklung wenigstens in etwa zu folgen. Es gibt Bausparkassen, die nicht eine prozentuale, sondern eine absolute jährliche Erhöhung des Bausparbeitrages beispielsweise um zwanzig oder dreißig DM vorsehen.

Die Unterschiede sind erheblich. Wenn ein Sparbeitrag von monatlich DM 200 durchgehend gewählt wird, ist bei fünfjähriger Spardauer eine Bausparsumme von DM 31 000, mit jährlicher Steigerung um fünf Prozent von DM 34 000 und von zehn Prozent von DM 38 000 abzuschließen. Bei siebenjähriger Sparzeit lautet die Bausparsumme über DM 45 000, mit fünfprozentiger Dynamik über DM 52 000 und mit zehnprozentiger über DM 60 000.

Der Arzt kann nicht von einer jährlichen Gewinnerhöhung analog den Lohn- und Gehaltssteigerungen ausgehen. Daher könnte eine Dynamik eines Tages das konsumfähige Einkommen vermindern. In einem solchen Fall darf der Bausparer die Dynamik-Rate vermindern oder nur mit Regel-Beitragszahlungen fortsetzen. Dadurch verringert sich die Bausparsumme oder verlängert sich die Sparzeit.

Horst Beloch

## Schnell informiert

### Mobiler AIDS-Pflege- und Betreuungsdienst

Die Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Oberbayern, hat im Rahmen einer Modellförderung das Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (MBJFFG) einen mobilen AIDS-Pflege- und Betreuungsdienst für AIDS-Kranke in Oberbayern (ausgenommen die Landeshauptstadt München) eingerichtet. Mit diesem Bundesmodell soll erprobt werden, wie die häusliche Pflege von AIDS-Kranken im ländlichen Raum optimal sichergestellt werden kann.

Die zentrale Einsatzstelle dieses mobilen Dienstes für Oberbayern befindet sich in 8128 Polling, Kirchplatz 1, Telefon (08 81) 29 89.

Eine telefonische Anforderung für

- die häusliche Pflege von AIDS-Patienten
- die psychosoziale Betreuung von AIDS-Patienten im Krankenhaus und
- Beratung und Betreuung HIV-Positiver im ländlichen Raum Oberbayerns

ist jederzeit möglich.

Die Krankenpfleger und Sozialarbeiter sind absolut vertraulich und arbeiten mit dem Hausarzt des jeweiligen Patienten eng zusammen. Sie sind auf die Pflege und Betreuung von AIDS-Erkrankten in Theorie und Praxis sorgfältig vorbereitet und durch ständigen Kontakt zu AIDS-Spezialisten in Münchener Kliniken über neueste Pflege- und Infusionstechniken für AIDS-Kranke informiert.

### Bellagahinweis:

Diesem Heft liegt eine Ballage der Fa. Medica GmbH, 5860 Isarhorn, bei. Wir bitten die Leser um freundliche Beachtung.

„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 Dahler, Dr. med. Kurt Stordeur - verantwortlich für den redaktionellen Inhalt; Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlabaustraße 18, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 5 51 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: atlaspress. Helde-R. Widow, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

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

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

LA-MED

## Gefäßlehre Taf. III.

Fig. II.

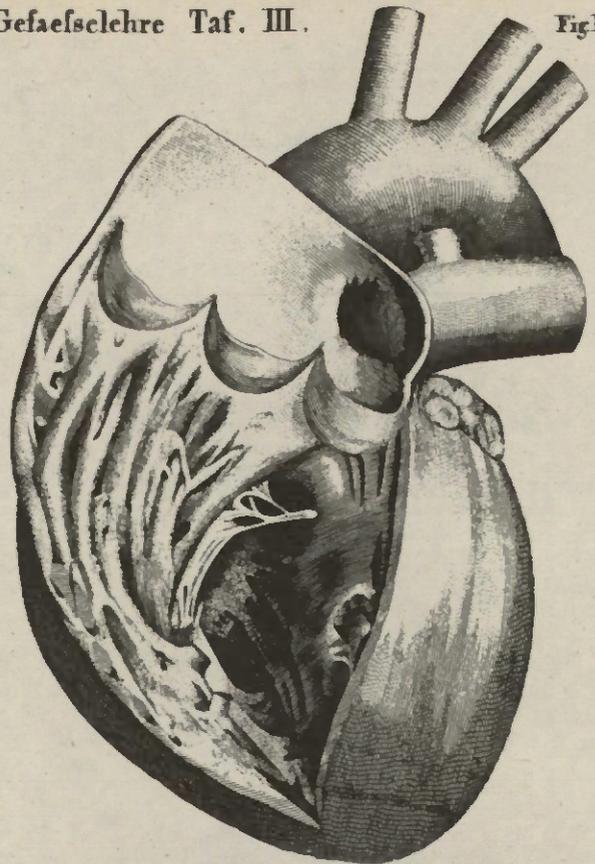


Abb. aus „Dr. H. Coesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1829.

# KORODIN®

für Herz und Kreislauf



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

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

KORODIN

Handelformen und Preise:

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

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

Das

Landesversorgungsamt  
Bayern

sucht für seine Versorgungsdienststellen  
Ärztinnen/Ärzte (mit abgeschlossener Weiter-  
bildung) als

## Gutachter- ärztinnen/-ärzte

In	mit Arztbezeichnung
Augsburg	Chirurg, Orthopäde, Nerven- arzt, Allgemeinarzt, Internist
Beyreuth	Chirurg, Orthopäde
Lendshut	Internist, Allgemeinarzt
München	Internist (eventuell mit Teilge- biet Lungen- und Bronchiel- heilkunde), Lungenarzt, Chir- urg, Orthopäde, Nervenarzt
Nürnberg	Internist, Nervenarzt, Chirurg, Orthopäde, Allgemeinarzt
Regensburg	Chirurg, Orthopäde, Allge- meinerzt, Nervenarzt, Internist
Würzburg	Chirurg, Orthopäde

Die Einstellungen erfolgen in der Regel im  
Angestelltenverhältnis (Bundes-Angestell-  
tentarifvertrag), unter bestimmten Voraus-  
setzungen und auf Wunsch des Bewerbers  
auch im Beamtenverhältnis. Geboten wer-  
den die üblichen Leistungen des öffent-  
lichen Dienstes; Nebentätigkeitswünschen  
kann im Rahmen des Nebentätigkeitsrechts  
entsprochen werden.

**Rückfragen und Bewerbungen** mit den übli-  
chen Unterlagen (u. e. Lebenslauf, Lichtbild,  
Zeugnisebschriften) werden erbeten an den  
**Leitenden Arzt des Landesversorgungs-  
amtes Bayern**, Schellingstraße 155, 8000  
München 40 (Abt. Direktor Dr. Prechtel,  
Telefon [0 89] 12 61 2331).

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

**Langjährige und gute Erfahrungen mit  
Ein- und Umschulungen**  
**Leistungskursangebot für K 12 1988/89**  
D. E. L. F. M. B. G. und Ku

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

Der Markt Breitenbrunn, ca. 3000 Einwohner, ein  
staatlich anerkannter Erholungsort im Naturpark Alt-  
mühlal, möchte eine

### 2. Arztstelle

baldmöglichst besetzen.

Nähere Auskünfte:

**Marktverwaltung 8431 Breitenbrunn,**

1. Bürgermeister Josef Köstler, Telefon (0 94 95) 266

### Nähe Prien: romantische Wohnung = Hirsberg

mit Bergblick, altbäuerliche Ausstattung, mit Gerege und Garten, 142 qm  
Wohn-/Nutzfläche, DM 280 000,—, provisionsfrei.

Ing.-Büro Schmaus, Telefon (0 89) 6 09 72 66

### Privatklinik Wirsberg

für Neurologie und Psychiatrie. Privat und alle Kassen.  
Leitender Arzt: Dr. Wolfgang Pinkow-Margerle, Arzt für Neurologie und  
Psychiatrie.  
8655 Wirsberg über Kulmbach/Bayern, Telefon (0 92 27) 804-805

### BV Niederaudorf: Dorfidylle in Ober-/Niederaudorf

Sonnige, ruhige Lage, alter Original-Inntaler Bauernhof mit drei neuen  
Heuställen, je vom Kellergeschoß bis 2. Obergeschoß, Gartenenteil und  
Gerege, provisionsfrei, ab 135 qm Nettowohnfläche DM 350 000,—.

Ing.-Büro Gregor Schmaus, Telefon (0 89) 6 09 72 66



## DIE LANDESVERSICHERUNGSANSTALT UNTERFRANKEN

sucht für Ihre Rheumaklinik Bad Aibling zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen/eine

### Arzt/Ärztin

In Teilzeitbeschäftigung (Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit).

Die Klinik verfügt über Behandlungsmöglichkeiten für rund 150 Personen. Die Indikation umfasst vorwiegend Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises; außerdem werden Anschlussbehandlungen durchgeführt.

**Wir suchen** einen/eine Internist/Internistin mit Berufserfahrung sowie Interesse für Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich der notwendigen Röntgenuntersuchungen.

**Geboten werden** Vergütung nach BAT, Vergütung für Rufbereitschaftsdienst, 13. Monatsgehalt sowie die sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes.

Wenn Sie an einer Tätigkeit in unserer Rheumaklinik, die im Vorelpenland liegt, interessiert sind, richten Sie bitte Ihre Bewerbung (mit Lebenslauf, Lichtbild und beglaubigten Zeugnisschriften), die vertraulich behandelt wird, bis zum 16. 7. 1988 an den

**Chefarzt der Rheumaklinik, Herrn Dr. med. Jochen Ellßel**  
Ghersburgstraße 20, 8202 Bad Aibling, Telefon (0 80 61) 496-0  
LVA Unterfranken - Der Geschäftsführer  
Friedenstraße 14, 8700 Würzburg

**Jede Woche**  
AB MÜNCHEN  
**Nonstop**

**MAURITIUS**

12 Hotels vom First Class  
bis zum einfachen Hotel

MIT AIR MAURITIUS

Beratung und Buchung  
in Ihrem Reisebüro oder bei

**Intercontinental**  
8000 München 40 Türkenstraße 71

ISTS REISEN **23727-0**

16seitigen Spezial-Katalog anfordern

## Befelka-Asthma-N-Tabletten

zur Vorbeugung und wirksamen Behandlung von:  
**allergisch bedingtem Bronchialasthma und Heuschnupfen**

**Zusammensetzung:** Diphenhydraminhydrochlorid 12,5 mg, Ephedrinhydrochlorid 12 mg.  
**Indikationen:** Allergisch bedingtes Bronchialasthma leichten bis mittleren Grades, Heuschnupfen. **Kontraindikationen:** Hypertonie, Thyreotoxikose, Phäochromocytom, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Resthambildung, Schwangerschaft, Vorsicht bei organ. Herz- und Gefäßveränderungen, Herzrhythmusstörungen. **Nebenwirkungen:** Bei Überdosis können Herzklopfen, ventrikuläre Herzrhythmusstörungen, Miktionsbeschwerden, zentrale Erregung, Mundtrockenheit, Hautreaktionen und Sedierung auftreten. **Wechselwirkungen:** Halothan, Guanethidin, zentraldämpfende Pharmaka und Alkohol (gegenseitige Wirkungsverstärkung). **Packungsgröße:** 50 Tabletten DM 12,30.

Befelka-Arzneimittel · 4500 Osnabrück

**Angehender Laborarzt**  
mit 2. Gebietsenerkennung sucht  
Weiterbildungsstelle **Medizinische Chemie**.

Anfragen unter Chiffre 2064/975  
an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,  
8000 München 2

**Kardiologe** für große internistische  
Praxis im Raum Augsburg  
wegen Umstellung auf Gemein-  
schaftspraxis gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/945  
an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,  
8000 München 2

## Allgemeinarzt

sucht Praxisübernahme oder Assoziation oder Vertretung.

Anfragen unter Chiffre 2064/959  
an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29,  
8000 München 2

Kleine, ausbaufähige

## Internistenpraxis

auch für Allgemeinarzt geeignet,  
nordbayerische Uni-Stadt,  
120 qm, Personal vorhanden,  
zum 1. Oktober 1988 eltershalber  
zu üblichen Bedingungen neht-  
los abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/961  
an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29,  
8000 München 2

## Internistin sucht Kollegin

für Gemeinschaftspraxis in München.  
Gute Möglichkeiten, günstige  
Bedingungen.

Anfragen unter Chiffre 2064/979  
an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,  
8000 München 2

## 8623 Staffelstein

**Obermeln-Therme**  
**Praxisräume**

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

Fa. M.K.B., 8623 Staffelstein, Post-  
fach 1325, Telefon (0 95 73) 66 66

# FV AKTUELL

Fachvermittlung  
für besonders  
qualifizierte Fach-  
und Führungskräfte

Um die ärztliche Approbation zu erlangen, müssen Jungmediziner künftig nach dem Studium noch eine Tätigkeit als Arzt/Ärztin im Praktikum (AiP) ableisten. Schon in diesem Jahr werden dafür ca. 6000 Stellen benötigt; im Frühjahr 1989 wird sich der Bedarf sogar verdoppelt haben.

Die Fachvermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit suchen deshalb dringend Stellen für

## Ärzte/Ärztinnen im Praktikum (AiP).

Unsere Bitte an alle Krankenhäuser und Praxisinhaber: Helfen auch Sie Ihren jungen Kolleginnen und Kollegen, indem Sie AiP-Plätze zur Verfügung stellen!

Vermittlung und weitere Auskünfte durch die  
Fachvermittlungsdienste für besonders qualifizierte Fach- und Führungskräfte bei den Arbeitsämtern  
Augsburg, Berlin, Bielefeld, Bochum, Bonn, Bremen, Dortmund, Düsseldorf, Frankfurt, Freiburg,  
Gießen, Göttingen, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kiel, Köln, Mainz, München, Münster, Nürnberg,  
Oldenburg, Saarbrücken, Stuttgart, Würzburg sowie durch alle anderen Arbeitsämter.



**Bundesanstalt für Arbeit**



**BAYERWALD—  
KLINIK**  
8491 CHAM/OPF.  
WINDISCHBERGERDORF

Zur Erweiterung unseres ärztlichen Teams suchen wir zum 1. 10. 1988

## 1 Oberarzt/Oberärztin

— Arzt für Innere Medizin —  
mit Schwerpunkt Gastroenterologie/Onkologie

und ab sofort

## 2 Assistenzärzte

**Es erwartet Sie:** Eine AHB-Klinik (240 Betten) für Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen sowie Tumoren des Gastrointestinaltraktes und der weiblichen Brustdrüse.

**Stellenplan:** 1 leitender Arzt, 2 Oberärzte, 8 Assistenzärzte und 4 Psychologen.

**Ausstattung:** Die Klinik verfügt über umfangreiche diagnostische Einrichtungen wie Röntgenanlage mit Bildverstärker-Fernsehkette, Langzeit-EKG, Farbdoppler-Echokardiographie, Rechtsherzkatheter-Meßplatz, Gastroskopie, Koloskopie, Rektoskopie, Leberblindpunktion, abdominelle Sonographie etc.

**Wir erwarten vom Oberarzt:** Fundiertes Fachwissen auf dem Gesamtgebiet der Inneren Medizin, interne Röntgenzulassung, Basiskenntnisse in der kardiologischen Diagnostik, Interesse am weiteren Ausbau unserer Endoskopieabteilung, Interesse an Gesundheitserziehung, Freude an der Arbeit im Team.

Gesucht wird ein Kollege, der die Internistische Diagnostik und Therapie in ihrer gesamten Breite überschauen kann, dessen besonderes Interesse aber der **Gastroenterologie und Onkologie** gilt.

**Wir bieten:** Obertarifliche Bezahlung, Beteiligung an den Umzugskosten, Wohnmöglichkeit im Personalwohnheim. Die Bayerwald-Klinik liegt im Vorort Windischbergdorf der Stadt Cham am Rande des Bayerischen Waldes. Die Umgebung bietet einen hohen Freizeitwert. München ist in 1 1/2 Stunden, Straubing und Regensburg in einer halben Stunde zu erreichen.

Ausführliche Bewerbung mit Lebenslauf, Lichtbild sowie Tätigkeitsnachweisen senden Sie bitte an:

**Herrn R. Schnelder, Bayerwald-Klinik**

8490 Chem-Windischbergdorf, Telefon (0 99 71) 4 82 73

### Älteres Wohnhaus

mit 4 Praxisräumen und nettem Garten im Zentrum von Landau/Isar, Kreis Dingolfing (BMW) zu verkaufen.

Telefon (0 99 51) 78 36 Mo.-Fr. von 12 bis 14 Uhr.

### Ärztin

27 Jahre, Approbation 11/1987, Promotion Sommer 1988, sucht Gelegenheit zum Einstieg ins Berufsleben.

Anfragen unter Chiffre 2064/967 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

### Nervenklinik Gauting

bei München

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

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

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

### BV Eggstätt: Chiemseenähe

Zwischen Prien und Seebuck, sehr schöner alter Bauernhof, geteilt in drei Hausteile mit Grundanteile. Ab 120 qm Nettowohnfläche DM 290 000,— provisionsfrei.

Ing.-Büro Schmeus, Telefon (0 89) 6 09 72 66

Qualifizierte Internistenpraxis in Allgäuer Kreisstadt altershalber in 1988 oder 1989 abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/971 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

### Reflotron

neuwertig, mit Garantie und komplettem Zubehör, umständehalber günstig zu verkaufen.

Telefon (0 89) 20 11 550

### Deutscher Anästhesist

38 Jahre, mit patientenorientierter Einstellung, versiert in allen Anästhesie- und Regionalverfahren sowie Intensiv- und Notfallmedizin (NAW und RTH) sucht Anschluß an Kollegiensystem bzw. leitende Stelle oder Oberarztstelle mit Chefarzt-nachfolge ab 1. Januar 1989 oder später.

Anfragen unter Chiffre 2064/941 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

### Praxisräume

in Simbach/Inn neben in Bau befindlichem Altenheim zu vermieten.

Telefon (0 85 81) 63 11

### Frauenärztin

sucht Praxisübernahme oder Beteiligung an Praxisgemeinschaft/ Gemeinschaftspraxis im Raum Rosenheim.

Anfragen unter Chiffre 2064/968 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

### Reum München

Weiterbildungsstelle sucht 34-jährige Deutsche, promovierte Ärztin (bisher 1 Jahr Klinik).

Anfragen unter Chiffre 2064/969 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

### BÜRO-SENSATION

Anrufbeantworter gebraucht ab 250,-  
fabrikneu ab 398,-

Eurosignale, Mte. mtl. 57,97 (60 Mon.)

Oiktierkombination

m. Hand- u. Abspielgerät 598,-

Normalpapier-Kopierer fabrikneu 1698,-

Kostenlosen Katalog anfordern!

technik+design 040 / 7211255

### Frauenarzt

sucht Praxisübernahme eventuel mit Belegbetten oder Assoziation.

Anfragen unter Chiffre 2064/959 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Für unsere Rehabilitationsklinik in Bayern suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine(n)

## Neurologische(n) Oberärztin/Oberarzt

Der Bewerber muß über eine abgeschlossene Weiterbildung in Neurologie/Psychiatrie verfügen und im Besitz einer Erlaubnis zur Berufsausübung sein (§ 10 BÄO).

Aufgrund des Charakters der Klinik und der gegebenen Zielsetzung ist ein besonderes Interesse und Engagement für zeitgemäße medizinische Rehabilitation in einem interdisziplinär arbeitendem Team gewünscht.

Indikationsspektrum und Therapiekonzept neurologischer rehabilitativer Heilverfahren wollen wir mit Ihrer Hilfe gemeinsam planen und gestalten.

Das Haus steht in privater Trägerschaft. Wir bieten Ihnen eine der Bedeutung der Position entsprechende Vergütung.

Ihre Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte unter Chiffre 2064/974 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2



## Zur Kenntnis genommen:

Vor der Sommerpause befaßte sich der Ausschuß für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik des Bayerischen Senats auf Antrag seines Mitglieds Senator Dr. Merk, dem Präsidenten des Bayerischen Roten Kreuzes, noch mit einem Teilaspekt des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen, nämlich der Kostenregelung bei Rettungseinsätzen und Krankentransporten. Dazu besagt der Gesetzentwurf in seinem Paragraphen 68 folgendes:

- „(2) Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten
1. in Höhe des DM 20,- je Fahrt übersteigenden Betrages bei Leistungen, die vollstationär erbracht werden,
  2. soweit der Versicherte durch die Fahrkosten unzumutbar belastet würde (Paragraph 69), im übrigen, soweit Paragraph 70 dies vorsieht.“

Es folgt dann eine Aufzählung der verschiedenen Transportmittel und der dafür jeweils geltenden Regelungen. Die Rettungsorganisationen sind darüber außerordentlich besorgt, und bei näherer Betrachtung können wir uns dem nur anschließen, wenn auch die Gründe dafür unterschiedlich sind. Das Rote Kreuz wehrt sich energisch dagegen, in Zukunft bei Transporten zur „vollstationären“ Behandlung jeweils DM 20,- einziehen zu müssen, bei Transporten zu ambulanter Behandlung aber die vollen Kosten. Das Rote Kreuz befürchtet, daß dies eine Aufblähung des Verwaltungsapparates bei den Rettungsorganisationen erfordere, und außerdem sei damit ein erhebliches Risiko verbunden, weil der Zahlungseingang außerordentlich unsicher wäre.

Als weitere Erschwernis komme noch die Regelung in den beiden zitierten Paragraphen 69 und 70 hinzu. Was besagen sie? Nach Paragraph 69 hat die Krankenkasse „die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendigen Fahrkosten von Versicherten zu übernehmen, wenn die Versicherten unzumutbar belastet würden“. Eine solche unzumutbare Belastung liegt vor, wenn „die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach Paragraph 18 des 4. Buches nicht überschreiten“. Das heißt kurz gesagt, daß der Versicherte nur über ein Minimal Einkommen verfügt. Nach Paragraph 70 erfolgt eine teilweise Befreiung von den Zuzahlungen. Hier heißt es: „Die Krankenkasse hat die während eines Kalenderjahres im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendigen Fahrkosten und Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln des Versicherten zu übernehmen, soweit sie bei seinen jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt bis zur Höhe der Jahresarbeitsverdienstentgeltgrenze (Paragraph 6 Absatz 1 Nummer 1) zwei vom Hundert, bei höheren Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt vier vom Hundert dieser Einnahmen übersteigen.“ Wie soll, so fragen die Rettungsorganisationen, bei der Rechnungsstellung geprüft werden, ob ein Versicherter eine der genannten Voraussetzungen erfüllt?

Die bei der Sitzung des Ausschusses anwesenden Sozialminister Dr. Glück und Innenminister August Lang haben versprochen, in dieser Sache im Interesse der Rettungsorganisationen tätig zu werden. Nachdem die gesetzlichen Krankenkassen nach den zitierten Bestimmungen ohnedies Leistungskonten für ihre Versicherten führen müssen, ist die Frage eigentlich naheliegend, ob es nicht besser wä-

re, wenn die Krankenkassen etwaige Zuzahlungen der Versicherten einziehen, den Rettungsorganisationen aber für Rettungseinsätze und Krankentransporte die vollen Kosten erstatten.

Sorgen haben die Rettungsorganisationen aber auch hinsichtlich der zukünftigen Verhandlungen über die Kosten ihrer Einsätze. Nachdem sie zur ständigen Bereitschaft verpflichtet sind, also hohe Vorhaltekosten haben, könnte die deutlich in Erscheinung tretende Konkurrenz privater Transportfirmen erhebliche Probleme aufwerfen. Mir scheint, daß die Ärzteschaft an diesen Fragen nicht vorbeigehen kann. Es muß unser Interesse sein, daß notwendige Rettungseinsätze und qualifizierte Krankentransporte so wie bisher auch in der Zukunft einwandfrei gewährleistet sind, damit unseren Kranken so gut und so schnell wie möglich geholfen werden kann.

Für uns Ärzte stellen sich aber noch weitere Fragen. Für Transporte, die nicht mit dem Ziel einer „vollstationären“ Behandlung durchgeführt werden, muß der Versicherte ganz aufkommen. Das kann außerordentlich teuer werden. Muß man nicht mit der Gefahr rechnen, daß dann jeder bei einem Rettungseinsatz geborgene Versicherte dringend darum bittet, ihn wenigstens einen Tag stationär aufzunehmen? Doch dies ist nicht die einzige Sorge. Es muß grundsätzlich gefragt werden, ob es gerechtfertigt ist, den Versicherten bei notwendigen Transporten zur „vollstationären“ Behandlung anders zu stellen, als wenn er aufgrund seines Krankheitszustandes mit einem Krankenkraftwagen zu einer ambulanten Untersuchung transportiert werden muß. Ich meine, daß hier der Grundsatz der Gleichbehandlung gröblich verletzt wird. Es könnte aber noch schlimmer kommen: Ich habe läuten hören, daß man erwägt, die Beschränkung auf eine Zuzahlung von DM 20,- auf alle Transporte in ein Krankenhaus auszudehnen, also sowohl für „vollstationäre“ als auch für ambulante Behandlung im Krankenhaus. Nur beim Transport in die Praxis eines niedergelassenen Arztes würde es dabei bleiben, daß der Patient auf jeden Fall voll bezahlen muß. Ich kann mir eigentlich nicht vorstellen, daß eine derartige Diskriminierung der freipraktizierenden Ärzte ernsthaft erwogen wird. Man kann aber nie früh genug eine mahnende Stimme erheben. Wir werden deshalb sofort nach der Sommerpause auch dieses Thema aufgreifen und darüber mit den Politikern sachliche, aber auch ernste Gespräche führen.

Vor der Sommerpause hat auch der Bayerische Krankenhausplanungsausschuß noch eine fünfstündige Sitzung abgehalten. Wenn ich mir die Ergebnisse überlege, dann wird mir bedrückend bewußt, wie weit der angeblich gewünschte Bettenabbau und die tatsächlich fortlaufende Zunahme der Betten auseinanderklaffen. An zwei drastischen Beispielen zeigt sich dies besonders deutlich. In den letzten zwei Jahren sind Anstalten mit zusammen mindestens 250 Betten allein für die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen in den Krankenhausbetriebsplänen aufgenommen worden. Und schon stehen weitere Anträge ins Haus. Niemand von uns verkennt die Bedeutung psychosomatischer Krankheitszusammenhänge, und wir wissen, daß es auch hier ernste bis lebensbedrohende Erkrankungen, wenn auch selten, geben kann. Die Errichtung kleiner psychosomatischer Abteilungen als Forschungseinheiten war

und ist deshalb sicher gerechtfertigt. Nachdem aber niemand weiß, welche Erfolge in diesem Bereich zu erzielen sind und andererseits zwangsläufig eine Art „Drehtür-Psychosomatik“ zu entstehen droht, wäre es sicher nützlicher gewesen, einer unvertretbaren Ausweitung entgegenzuwirken. Das Vorhandensein solcher Häuser mit genügend Betten und sehr langer Verweildauer spricht sich nämlich rasch herum und lockt Patienten an, bei denen die Notwendigkeit einer stationären Behandlung durchaus erst einmal erwiesen werden müßte.

Ein weiteres Beispiel sind chronisch-rezidivierende Hauterkrankungen, und zwar vor allem die Neurodermitis und die Psoriasis; also zwei Krankheiten, von denen wir alle wissen, daß sie in Schüben verlaufen. Es gibt kaum eine Behandlungsmöglichkeit, von der Diät bis zur Pharmakotherapie und Psychotherapie, die nicht schon erprobt worden wäre. Am wellenförmigen Verlauf hat dies alles noch nichts geändert. Man denke nur an die Behandlung im Toten Meer, von der die einen begeistert, die anderen enttäuscht zurückkehren. Aber da werden dann plötzlich aufgelassene Krankenhäuser zu „Spezialkliniken“ umfunktioniert, die notwendige Propaganda ist sichergestellt, und schon kommen Patienten mit neuen Hoffnungen aus allen Himmelsrichtungen angereist. Nun muß man sich fragen, wie solche Häuser zu ihren Pflegesätzen kommen. Das ist sehr einfach und läßt sich, geradezu wie in einem Theaterstück, in „Akte“ einteilen:

1. Akt: Man errichtet oder übernimmt ein Haus, stellt Betten und alles Dazugehörige auf und sorgt für Flüsterpropaganda.

2. Akt: Die Patienten kommen, denn sie klammern sich an jede Hoffnung, gesund zu werden. Eine gute Belegung ist damit gesichert.

3. Akt: Natürlich müssen die Patienten zunächst ihre Pflegekosten selber bezahlen, es wird ihnen aber empfohlen, zu ihrer Kasse zu gehen und die Rückerstattung der Kosten zu verlangen.

4. Akt: Schon aus Konkurrenzangst leisten die Kassen keinen Widerstand und – siehe da – der Laden läuft.

Schließlich 5. Akt: Man stellt Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan, damit man langfristig abgesichert ist, und Steuermittel für Investitionen fließen.

Schlußbild: Obwohl es in dem betreffenden Fachgebiet bereits genügend oder mehr als genügend Betten gibt, wird dem Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan stattgegeben, weil man die richtige Hintertüre gefunden hat. So umgeht man die Krankenhausplanung. Damit wird dann der Schlußstein gesetzt für eine Entwicklung, die von Anfang an hätte verhindert werden müssen. Dazu bedürfte es aber der vollen Solidarität aller gesetzlichen Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen. Dem steht, wie schon ausgeführt, die Konkurrenzangst entgegen. Erst werden Rechnungen erstattet, dann fängt die erste Kassenart an, einen Vertrag zu schließen, und schon ziehen die anderen nach. Ist diese letzte Grenze erreicht und überschritten, dann sind es vor allem die Krankenkassen, die Wert darauf legen, daß das Krankenhaus in den Bedarfsplan aufgenommen wird. Die – siehe 5. Akt – dann fließenden Steuermittel für Investitionen sind eine Voraussetzung für günstigere Pflegesatzvereinbarungen. Auch von der neuen Krankenversicherungs-Gesetzgebung ist leider keine Besserung zu erwarten. Im Gegenteil! Einige tausend Betten sollen nach Angabe der gesetzlichen Krankenkassen sogar legalisiert werden, weil sie im Sinne der Besitzstandswahrung Ansprüche erworben haben.

Macht man den Vertretern der Krankenkassen Vorhaltungen wegen ihrer mangelnden Solidarität und viel zu großen Nachgiebigkeit, dann sind sie ehrlich bereit, dies auch zu-

zugeben. Aber sie haben sofort auch eine „Retourkutsche“ bereit: „Es liegt kein Patient in diesen überflüssigen Betten, der nicht von einem Ihrer Kollegen eingewiesen worden ist. Sie sollten also die von uns verlangte Härte auch gegenüber den Kassenärzten praktizieren, dann bleiben die Betten leer.“ Das ist ohne Zweifel eine zutreffende Antwort. Und dennoch kann ich sie nicht akzeptieren. Es geht dem einzelnen Kassenarzt in dieser Situation nicht besser als der Krankenkasse selber. Beide stehen unter dem massiven Druck der versicherten Patienten. Dem Kassenarzt sitzt der Patient mit seiner chronischen Erkrankung gegenüber, möglicherweise begleitet von der Ehefrau oder einem Familienangehörigen, und erzählt ihm, es gäbe nun in Hinterhughlhapfing eine ganz neue Spezialklinik mit völlig anderen Behandlungsmethoden und, wie man verlässlich gehört habe, geradezu fantastischen Erfolgen. Für den Kassenarzt gibt es in einer solchen Lage nur zwei Lösungen: Entweder er verliert den Patienten, oder er schreibt die Einweisung. Der zunehmende Konkurrenzkampf kennzeichnet nun einmal die derzeitige Lage sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Kassenärzten. Wirklich gedient ist damit allerdings niemandem.

Bevor wir uns gegenseitig in die „Sommerruhe“ verabschieden, noch eine politische Bemerkung zu einem Thema, das sich mir auf den Magen schlagen würde, wenn ich psychosomatisch anfällig wäre. Die Abgeordneten des Bayerischen Landtages haben vor der Sommerpause ihre steuerpflichtige Entschädigung und die steuerfreie Unkostenpauschale bescheiden erhöht. Dies ist in der veröffentlichten Meinung und an den Stammtischen stets ein beliebter Gesprächsgegenstand, aber leider keiner, der objektiv abgehandelt wird. Man wirft den Abgeordneten vor, sie würden den Landtag als Selbstbedienungsladen mißbrauchen. Es ist offenbar noch niemandem aufgefallen, daß den Abgeordneten des Bayerischen Landtages, aber auch denen anderer Parlamente, gar nichts anderes übrigbleibt, als selbst über die Höhe ihrer Entschädigungen zu beschließen. Sie haben nämlich weder einen Arbeitgeber noch einen sonstigen Interessenvertreter, der ihnen dies abnehmen könnte. Also bleibt nur der Mut, es selbst zu tun. Wenn man reichlich Gelegenheit hat, das Leben von Abgeordneten aus der Nähe zu betrachten, so kommt man sehr bald zu dem Ergebnis, daß sie nicht zu beneiden sind. Sie haben weder eine limitierte Wochenarbeitszeit noch Anspruch auf ein freies Wochenende. Für viele von ihnen ist die Tätigkeit im Parlament darüber hinaus mit einer „chronisch-rezidivierenden“ Trennung von der Familie verbunden. Wenn man dies alles berücksichtigt, so sind unsere Abgeordneten nach meiner Meinung keineswegs überbezahlt. Unseren Mitbürgern wäre deshalb zu empfehlen, bei einer Nachricht über Diätenerhöhung die im menschlichen Wesen verborgenen Neid- und Mißgunstgefühle einmal hinunterzuschlucken. Alle, die von Montag bis Freitag pünktlich ihren Arbeitsplatz verlassen und die lange Freizeit einschließlich des langen Wochenendes genießen, sollten einmal darüber nachdenken, wie gut es ihnen eigentlich geht. Aber, wie sagt doch ein schöner Spruch?: „Einem Menschen geht es nicht gut, wenn es ihm gut geht, sondern schlecht, wenn er meint, daß es einem anderen besser gehe.“

In der Hoffnung, daß die Zeugnisse Ihrer Sprößlinge recht gut ausgefallen sind, wünsche ich Ihnen eine angenehme Sommerpause und schöne Ferientage.

Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

## Schilddrüsenkrankheiten in der Praxis: neue Kenntnisse zur Diagnose und Therapie

78. Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. W. Börner, Würzburg:

### In-vivo-Methoden der Schilddrüsen- diagnostik: Klinische Grundlagen ihrer Indikation und Interpretation

Szintigraphie, Sonographie und Zytologie besitzen in der Schilddrüsen-  
diagnostik einen unterschiedlichen  
Stellenwert. Zur Funktionsbeurteilung  
der einzelnen Organbezirke er-  
laubt allein die Szintigraphie eine  
Aussage. Wegen der hohen Detail-  
auflösung ist die Sonographie heute  
zur Beurteilung der Morphologie, des  
Organvolumens sowie der Lagebe-  
ziehung zu Nachbarorganen der  
Schilddrüse das Verfahren der Wahl.  
Die Punktionszytologie gestattet als  
einziges diagnostisches Verfahren  
eine Beurteilung der Dignität von  
Schilddrüsenläsionen.

Die Szintigraphie der Schilddrüse  
sollte heute mit einer Gamma-Kamera  
und einem angeschlossenen Aus-  
wertesystem durchgeführt werden,  
da dieses Verfahren bezüglich der  
Detailauflösung der Szintigraphie mit  
dem Scanner überlegen ist. Darüber  
hinaus ist eine quantitative Auswer-  
tung möglich, die zur Bestimmung  
des globalen bzw. regionalen Up-  
takes, vor allem bei Suppressions-  
szintigramm notwendig ist. Die we-  
sentlichen Indikationen zur Kamera-  
szintigraphie sind die Abklärung von

Knotenstrumen hinsichtlich ihres  
Speicherverhaltens (heiß, warm,  
kalt), der Nachweis unterschiedlich  
speichernder Gewebe, der Nachweis  
von retrosternalen und dystop ge-  
legenem Schilddrüsen Gewebe und von  
speicherndem Restgewebe im Hals-  
bereich bzw. Metastasen im Ganzkör-  
per. Vor dieser Untersuchung muß  
bei Gabe von Perchloraten ein thera-  
piefreies Intervall von acht Tagen, bei  
Gabe von L-Trijodthyronin ein sol-  
ches von zwei Wochen und nach  
L-Thyroxingabe eines von sechs  
Wochen eingehalten werden. Die  
quantitative Kammerszintigraphie  
wird heute mit den beiden kurzlebi-  
gen Radionukliden  $^{99}\text{Tc}^m$  oder  $^{123}\text{I}$   
durchgeführt; eine Ausnahme stellen  
die Metastasensuche des Schilddrü-  
senkarzinoms sowie die Bestimmung  
der Radiojodaufnahme über zwei bis  
drei Tage zur Berechnung der  $^{131}\text{I}$   
Therapedosis dar.

Für die morphologische Diagnostik  
der Schilddrüse ist die Sonographie  
heute die führende Methode, vor al-  
lem dann, wenn man die Grenze der  
Aussagemöglichkeit des Sono-  
gramms hinsichtlich der Funktions-  
beurteilung der Schilddrüse entspre-  
chend berücksichtigt. Die Sonogra-  
phie wird bei jeder Erstuntersuchung  
durchgeführt, und zwar zur Volumen-  
bestimmung, zur Erfassung von Herd-

befunden und zur Abgrenzung von  
Zysten, sowie als alleiniges Verfahren  
bei Kindern, Jugendlichen und Gravi-  
den. Bei Verlaufs- und Therapiekon-  
trollen bei nahezu allen Schilddrü-  
senkrankheiten stellt die Sonogra-  
phie heute das bevorzugte Untersu-  
chungsverfahren dar. So kann die  
Effektivität einer Schilddrüsenhor-  
monbehandlung der Struma sono-  
graphisch ohne Schwierigkeiten  
nachgewiesen werden. Desgleichen  
ist mit Veränderungen des Echomu-  
sters von der Echoarmut zur Echo-  
normalität bzw. zum Echoreichtum  
eine Besserung im Verlauf einer thy-  
reostatischen Untersuchung zu doku-  
mentieren. In ähnlicher Weise gilt  
dies für die subakute Thyreoiditis.

Die Zytologie wird dann eingesetzt,  
wenn klinisch suspektes Gewebe  
oder ein Knoten in der Schilddrüse  
vorliegt. Besonders wichtig ist eine  
zytologische Abklärung, wenn der  
szintigraphisch kalte Knoten sono-  
graphisch echoarm ist, da erfah-  
rungsgemäß bei dieser Befundkon-  
stellation in einem höheren Prozent-  
satz ein Schilddrüsenmalignom vor-  
liegt. Tastbare Knoten oder größere  
Herdbefunde sind ohne Schwierig-  
keiten zytologisch abzuklären, bei  
kleineren Herdbefunden wird unter  
sonographischer Sicht punktiert.  
Herdbefunde unter einem Zentimeter  
Durchmesser werden nur in Ausnah-  
mefällen punktiert. Biopsiezusätze  
haben sich nicht bewährt.

Durch die bessere Diagnostik wird es  
bei zunehmend weniger Patienten  
notwendig, aus diagnostischen

## HYPERFORAT®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen,  
Wetterfühligkeit, Migräne.

Vegetativ stabilisierend, gut verträglich, MAO-Hemmung.

**Zusammensetzung:** Hyperforal-Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb. Hyperici perf. 100 g,  
stand. auf 0,2 mg Hypericin\* pro ml. Enth. 50 Vol.-% Alkohol. Hyperforal-Oragées: 1 Oragée  
à 0,5 g enthält: Extr. sicc. Herb. Hyperici perf. 40 mg, stand. auf 0,05 mg Hypericin\* Vit.  
B-Komplex 1 mg. \*und verwandte Verbindungen, berechnet auf Hypericin.

**Anwendungsgebiete:** Depressionen, auch im Klimakterium, nervöse Unruhe und Erschöpfung,  
Wetterfühligkeit, Migräne, vegetative Dystonie.

Tropfen in der Kinderpraxis: Enuresis, Stottern, psychische Hemmungen, Reizüberflutungssyndrom.

**Gegenanzeigen:** Keine.

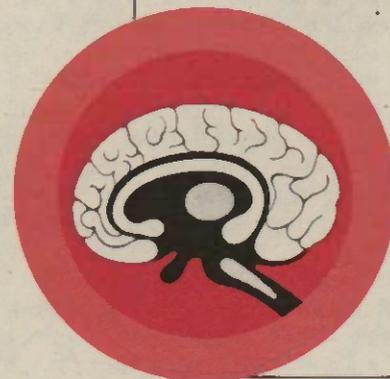
**Nebenwirkungen:** Photosensibilisierung ist möglich, insbesondere bei hellhäutigen Personen.

**Dosierung:** Hyperforal-Tropfen: 2-3 x täglich 20-30 Tropfen vor dem Essen in etwas  
Flüssigkeit einnehmen. Hyperforal-Oragées: 2-3 x täglich 1-2 Oragées vor dem Essen  
einnehmen. Zur Beachtung: Bei Kindern entsprechend geringer dosieren. Die letzte  
tägliche Einnahme möglichst vor dem Abend. Häufig ist eine einschleichende Dosierung  
besonders wirksam.

**Handelsformen und Preise:** Hyperforal-Tropfen: 30 ml DM 9,27; 50 ml OM 14,47;  
100 ml OM 24,46. Hyperforal-Oragées: 30 St. DM 7,48; 100 St. DM 18,96.



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



Gründen eine Strumaresektion durchzuführen mit dem Ziel, eine histologische Klärung herbeizuführen. Desgleichen nahm die Zahl der Malignome, die präoperativ nachgewiesen werden konnten, mit Verbesserung der Diagnostik zu.

Dr. P. Lind, Graz:

#### **In-vitro-Methoden: Kritische Auswahl in Abhängigkeit von Anamnese und Befund – einschließlich Immunthyreoiditis**

Ausgehend von einer exakten Anamnese und klinischen Beurteilung des Patienten ist der führende und erste Parameter zum Ausschluß einer Schilddrüsenfunktionsstörung das basale Thyreoidea-stimulierende Hormon (TSH). Basale TSH-Werte zwischen 0,4 und 3,5 mU/l schließen eine Funktionsstörung – nicht jedoch eine Proteinbindungsanomalie – aus. Grenzwertige TSH-Spiegel zwischen 0,1 und 0,4 mU/l bzw. zwischen 3,5 und 10 mU/l erfordern zum Nachweis einer latenten Funktionsstörung einen TRH-Test (200 µg TRH i.v.). Besteht der klinische Verdacht auf eine Schilddrüsenfunktionsstörung, so muß bei supprimiertem TSH der Nachweis einer manifesten Hyperthyreose mit erhöhtem Thyroxin und/oder Trijodthyronin-Spiegel, bei erhöhtem TSH der Nachweis einer manifesten Hypothyreose durch einen niedrigen  $T_4$ -Spiegel geführt werden. Die Bestimmung von  $T_3$  trägt zur Hypothyreosedagnostik wenig bei, da die  $T_3$ -Spiegel durch verstärkte Sekretion und Konversion von  $T_4$  zu  $T_3$  lange im unteren Normbereich gehalten werden. Untersuchungen haben gezeigt, daß in der diagnostischen Aussagekraft verschiedener Testkombinationen für  $T_3$  und  $T_4$  einschließlich der indirekten Parameter die Kombination freies  $T_3$  ( $fT_3$ ) und freies  $T_4$  ( $fT_4$ ) die größte Treffsicherheit aufweist. Die Bestimmung des  $T_3$  bzw.  $fT_3$  in der Hyperthyreosedagnostik ist geradezu bei uns von größter Wichtigkeit, da im Endemiegebiet häufiger mit einer  $T_3$ -Hyperthyreose gerechnet werden muß. Da die Schilddrüsenhormone zu über 99 Prozent an ihre Bindungsproteine Präalbumin, Albumin, und Thyroxinbindendes Globulin (TBG) gebunden werden, sind bei Bestimmung der Gesamthormonkonzentration Veränderungen der Bindungsproteine, vor allem eine TBG-Erhöhung durch Gravidität oder Antikonzeptiva, nach wie vor die häufigste Ursache von Fehlinterpretationen. Um diese zu vermei-

den, wurden indirekte Parameter für das freie  $T_4$  eingeführt. Für die indirekte Beurteilung der freien Hormonspiegel sind der freie  $T_4$ -Index, der sich aus Gesamt- $T_4$ - und  $T_3$ -Uptake errechnet, und der  $TT_4$ /TBG-Quotient relevante Größen. In den letzten Jahren besteht aber die Möglichkeit der direkten Bestimmung freier Schilddrüsenhormonkonzentrationen.

Schwere nicht-schilddrüsenbedingte Erkrankungen, Heparin und noch wesentlich ausgeprägter pathologische Serumproteine beeinflussen den freien Schilddrüsenhormonspiegel. Das 1979 erstmals beschriebene familiär-bedingte Syndrom der Albumin-assoziierten Hyperthyroxinämie (AAH) ist durch maximal erhöhte  $fT_4$ -Spiegel im Analog-Tracer-Verfahren, weiterhin durch mäßige Erhöhung des Gesamt- $T_4$ -Spiegels, des freien  $T_4$ -Index und des  $TT_4$ /TBG-Quotienten bei euthyreoter Stoffwechsellage gekennzeichnet. Da die AAH trotz ihrer geringen Prävalenz von 0,1 Prozent immer wieder als Hyperthyreose fehldiagnostiziert wird, ist es eine vordringliche Aufgabe, dieses Syndrom exakt abzuklären, um auch alle davon betroffenen Familienmitglieder vor inadäquaten therapeutischen Konsequenzen zu schützen. Die Diagnose Hyperthyreose darf bei erhöhtem  $T_4$ - und/oder  $T_3$ -Spiegel nur dann gestellt werden, wenn auch das TSH völlig supprimiert ist. Ist eine Funktionsstörung anhand von klinischer Symptomatik, unterstützt durch kongruente Laborparameter, gesichert, sollte eine pathogenetische Differenzierung versucht werden. Sekundäre Hyperthyreosen, die durch erhöhte TSH-Spiegel bei gleichzeitig erhöhtem peripheren Schilddrüsenhormonspiegel gekennzeichnet sind, stellen insgesamt ein seltenes Ereignis dar. Die Abklärung der neoplastischen Formen, also TSH-produzierende Hypophysentumoren, gegen die nicht-neoplastische inappropriete TSH-Inkretion ist für das weitere therapeutische Vorgehen von entscheidender Bedeutung. In der Differentialdiagnose der primären Hyperthyreose ist zwischen immunogener Hyperthyreose und primärer Autonomie zu unterscheiden.

Neben der Differentialdiagnose zwischen immunogener und nicht-immunogener Hyperthyreose kommt der Bestimmung der mikrosomalen und Thyreoglobulin-Antikörper eine entscheidende Rolle in der Diagnose der Autoimmun-Thyreoiditis im enge-

ren Sinne zu. Pathogenetisch steht bei der Hashimoto-Thyreoiditis die destruktive Komponente der Immunantwort im Vordergrund. Hierbei werden strukturegebundene Zellantigene, wie Mikrosomen und Thyreoglobulin, freigesetzt, die die Antikörperproduktion aufrechterhalten. Mikrosomale Antikörper sind bei der Hashimoto-Thyreoiditis in etwa 90 Prozent, Thyreoglobulin-Antikörper in etwa 80 Prozent nachweisbar.

Als laborchemische *Therapiekontrolle* der Substitutionsmedikation einer primären Hypothyreose ist in erster Linie die Bestimmung des basalen TSH nach Normalisierung der Funktion ein TRH-Test angezeigt. Für die Beurteilung der gesamten oder freien  $T_4$ -Spiegel ist darauf zu achten, daß die letzte Thyroxineinnahme und die Blutentnahme mindestens 24 Stunden auseinanderliegen. Dies gilt im besonderen Maß für die Therapiekontrolle der blanden Struma mit hohen L-Thyroxin-Dosen (Suppressionstherapie). Bei Verdacht auf eine Hyperthyreosis factitia ist die Bestimmung von  $T_3$  bzw.  $fT_3$  und Thyreoglobulin erforderlich. Für die Verlaufskontrolle der thyreostatischen Therapie einer immunogenen Hyperthyreose sollten  $T_3$  und  $T_4$  bestimmt werden. Zur Erkennung einer latenten Hypothyreose im Sinne einer Überdosierung ist ein TRH-Test notwendig. Die Kontrolle der Leukozyten unter thyreostatischer Medikation ist selbstverständlich. In der Nachsorge der Struma maligna ist zur Beurteilung einer ausreichenden Suppression ein TRH-Test bzw. das basale TSH, bei Verdacht auf eine Überdosierung die Bestimmungen von  $TT_3$  bzw.  $fT_3$  notwendig.

Professor Dr. F. A. Horster, Düsseldorf:

#### **Jodmangelkrankheit Struma: Diagnose und Therapie**

Die krankhafte Vergrößerung der Schilddrüse, die Struma, ist ätiologisch eng mit dem Jodmangel verbunden. Der endemische Jodmangel ist die häufigste Ursache für die Entwicklung einer Struma in Deutschland. In der DDR wurde bei über einer halben Million Musterungsuntersuchungen in 12,4 Prozent eine Struma gefunden und durch einen Jodmangel im Urin bestätigt. Die Jodausscheidung lag unter 50 µg in 24 Stunden mit einem deutlichen Nord-Süd-Gefälle. Auch in der Bundesrepublik finden sich bei gemusterten jungen

Männern in 13 Prozent eine Struma, auch mit einem Nord-Süd-Gefälle. Bei jungen Mädchen zeigt sich eine Struma zweieinhalbmal häufiger als bei jungen Männern. Etwa die Hälfte dieser Jodmangelstrumen wird bis zum 20. Lebensjahr auffällig, weitere 25 Prozent bis zum 30. Lebensjahr. Leider wird die frühzeitige Diagnose einer Struma in der täglichen Praxis immer wieder versäumt, so daß 65 Prozent der Struma-Patienten erst zur Schilddrüsendiagnostik kamen, als die Struma schon nodös umgewandelt war.

Die Diagnose „Struma“ kann ambulant in jeder ärztlichen Praxis gestellt werden. Engegefühl im Halsbereich, Fremdkörpergefühl, Schluckbeschwerden und Luftnot, besonders im Liegen und bei längerem bzw. lautem Sprechen dienen als Hinweise. Die Inspektion zeigt dann ein verändertes Halsrelief bzw. eine Gefäßstauung, bei der Palpation ist die Schilddrüse diffus oder nodös vergrößert, konsistenzvermehrte. Manchmal ist ein spontaner oder provozierter inspiratorischer Stridor nachweisbar.

Dieses ABC der Erstdiagnose einer Struma erfordert stets eine Sonographie und – meist – eine Szintigraphie der Schilddrüse. Alle krankhaften morphologischen Veränderungen der Schilddrüse, wie Veränderungen der Lage, Form, Größe, Struktur und Funktionstopographie (zum Beispiel „heiße“ oder „kalte“ Knoten) können objektiviert und dokumentiert werden. Der Nachweis eines Jodmangels als Ursache einer Struma ist schwierig; man kann sich auf epidemiologische Daten stützen und annehmen, daß Struma-Patienten, die aus den bekannten Jodmangelgebieten stammen oder dort leben, an einer Jodmangelstruma leiden. Erhärtet wird der Verdacht durch den Nachweis eines Joddefizits im Urin, eine einfache Urin-Jod-Bestimmung steht noch nicht zur Verfügung, und durch eine typische Konstellation der  $T_3$ - und  $T_4$ -Werte im Blut:  $T_4$ -Spiegel relativ niedrig und  $T_3$ -Spiegel relativ hoch innerhalb des mit dieser Methode verbundenen Normbereichs. Eine medikamentöse Therapie einer Struma ist nur dann indiziert, wenn durch Sonographia echoarme oder komplexe Strukturen, durch Szintigraphie „kalte“ oder „autonome“ Bezirke und in vitro eine Hyperthyreose oder funktionelle Autonomie ausgeschlossen wurden. Ziele der medikamentösen Therapie sind eine objektivier-

## 41. Bayerischer Ärztetag in Nürnberg

### Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer

7. bis 9. Oktober 1988

#### Tagesordnung:

1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
2. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
  - 2.1 Rechnungsabschluss 1987
  - 2.2 Entlastung des Vorstandes 1987
  - 2.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1988
  - 2.4 Haushaltsplan 1989
3. Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns aufgrund des Beschlusses des 91. Deutschen Ärztetages in Frankfurt
4. Änderung der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer: Wahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag
5. Ergänzung der Vorschlagsliste zur Benennung der ehrenamtlichen Richter bei den Berufsgerichten
6. Bestätigung des Tagungsortes und Bekanntgabe des Termins für den 42. Bayerischen Ärztetag 1989
7. Wahl des Tagungsortes des 43. Bayerischen Ärztetages 1990

bare Rückbildung der Struma, eine Suppression der thyreotropen strumigenen Reaktion und die Substitution der strumigenen Noxa „Jodmangel“. Objektiviert werden kann der Erfolg der Therapie durch folgende Parameter: Minderung von Umfang und Konsistenz der Struma durch Palpation, Messung des Halsumfangs und Sonographie; Suppression des TSH-Spiegels bzw. des TRH-Tests; Normalisierung der Relation von  $T_4$  zu  $T_3$  im oberen Normbereich. Jüngere Untersuchungen haben gezeigt, daß bei einer Monotherapie mit einem Levothyroxinpräparat die Struma zwar kleiner wird, der Jodmangel als strumigene Noxe aber persistiert.

So wird heute eine Struma ohne Jodmangel mit einem Levothyroxinpräparat behandelt, wobei die Tagesdosis bei  $2 \mu\text{g } T_4$  pro kg Körpergewicht liegen sollte, damit die hypophysäre Suppression mit einer ausreichenden peripheren Substitution verbunden ist. Eine Struma mit Jodmangel wird mit einer Kombination

aus Levothyroxin und Jodid behandelt, wobei sich die Kombination von  $100 \mu\text{g}$  Levothyroxin und  $100 \mu\text{g}$  Jodid als vorteilhaft erwiesen hat.

Eine erste Kontrolluntersuchung sechs Monate nach Therapiebeginn zeigt bereits, ob das gewählte Präparat in der gewählten Dosierung mit einer meßbaren Minderung von Umfang und Konsistenz verbunden und gut verträglich ist, so daß die Therapie solange unbedenklich fortgesetzt werden kann, bis der Erfolg einen sogenannten Auslaßversuch rechtfertigt. Während dieser Auslaßphase sollte die strumigene Noxe „Jodmangel“ weiterhin substituiert werden, etwa mit  $100 \mu\text{g}$  Jodid pro Tag.

Professor Dr. R. Pickardt, München:

#### Die Hypothyreose bei Neugeborenen, Erwachsenen und im Senium

Die Schilddrüsenunterfunktionen können in jedem Lebensalter als primäre, seltener als sekundäre Hypothyreose

aufzutreten. Unter einer sekundären Hypothyreose versteht man eine hypophysäre oder hypothalamische bedingte Unterfunktion, die selten ohne weitere Zeichen einer hypophysären Erkrankung auftritt. Dadurch ist die Erkrankung nur selten durch den Ausfall der Schilddrüsenfunktion allein charakterisiert.

Die Neugeborenenhypothyreose tritt in unserem Land bei etwa 1:3500 Neugeborenen auf und wird mit Hilfe des Neonatal-Screening-Programms am fünften Lebenstag diagnostiziert. Irreversible Fehlanlagen der Schilddrüse sind die häufigsten Ursachen. Genetisch bedingte Störungen der Synthese der Schilddrüsenhormone oder eine Unterempfindlichkeit der abhängigen Organe sind seltener. Transiente neonatale Hypothyreosen sind sehr selten (zum Beispiel bei kranken Frühgeborenen und bei Kindern von Müttern mit einem alimentären Jodmangel). Der frühzeitige Screening-Test ist sehr wichtig, da klinische Symptome, wie Trinkfaulheit, Obstipation, Inaktivität und Muskelhypotonie, zu spät für eine effektive Therapie erkannt werden; besonders das Skelettsystem und das zentrale Nervensystem sind in den ersten drei Lebensmonaten besonders empfindlich gegenüber einem Schilddrüsenhormonmangel.

Nach Bestätigung des erhöhten TSH durch eine zweite Bestimmung im Serum erhalten die Kinder sofort eine Thyroxin-Substitution mit 25 bis 50 µg pro Tag in den ersten sechs Monaten und 50 bis 75 µg pro Tag bis zum Ende des ersten Lebensjahres. Für den Behandlungserfolg ist die Aufklärung der Eltern von größter Bedeutung; sie müssen wissen, daß eine Inkonsistenz in der Substitutionstherapie zu einer schweren Behinderung der Kinder führen kann. Eine konsequente Therapie dagegen führt zu einer nahezu normalen Entwicklung der Kinder.

Unter den postnatal erworbenen Hypothyreosen ist die thyreoprive Hypothyreose nach Operationen oder Radiojodbehandlung einer Schilddrüsenerkrankung häufig und anamnestisch zu klären. Die autoimmunologische bedingte Hypothyreose mit und ohne Struma ist sehr viel seltener und betrifft drei- bis fünfmal häufiger das weibliche Geschlecht. Andere Ursachen, wie langfristige Überdosierung von antithyreoidalen Medikamenten, extremer Jodmangel oder chroni-

sche Jodexzesse, sind bei uns heute selten geworden.

Die sekundäre Hypothyreose ist, wie bei Kindern, im Erwachsenenalter als singuläre Insuffizienz einer Hypophysenvorderlappenpartielfunktion kaum zu beobachten, weitere Zeichen der Hypophysenvorderlappeninsuffizienz sind nahezu obligat. Bei Tumoren im Sellagebiet sind darüber hinaus Störungen des Chiasma opticum zu erwarten. Die periphere Schilddrüsenhormonresistenz in ihrer Spätmanifestation wird funktionell oft kompensiert und ist klinisch charakterisiert durch das Zusammentreffen von erhöhtem (freiem) Schilddrüsenhormon, fehlenden Hyperthyreosesymptomen und einem erhöhten Thyreotropin-Spiegel.

Zu den Symptomen der Hypothyreose gehören vermindertes Schwitzen, Kälteempfindlichkeit, Haarausfall, Obstipation, Appetitlosigkeit, Gewichtszunahme, Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, Adynamie, verlangsamte Reflexe, langsame Sprache, trockene und kalte Haut, Gesichtsoedem, Blässe, Bradykardie. Charakteristisch für das Krankheitsbild ist, daß die Patienten häufig nur zu Beginn der Erkrankung unter ihren Beschwerden leiden und später infolge der Wesensänderung den Krankheitszeichen gegenüber eher gleichgültig werden. Es kommt also darauf an, frühzeitig die Diagnose zu stellen, wobei neben den klinischen Symptomen Laborveränderungen Hinweise bieten.

So kann die GOT, die LDH, die Kreatinin-Kinase im Serum erhöht sein, es besteht häufig eine Hyperlipoproteinämie und bei 40 Prozent eine Anämie.

Die Hypothyreose im fortgeschrittenen Lebensalter (Altershypothyreose) soll eine Prävalenz von etwa drei Prozent bei Menschen jenseits des 60. Lebensjahres in geriatrischen Krankenhäusern haben. Eine Diagnose aufgrund der Vorgeschichte ist oft schwer möglich, insbesondere wenn die Symptome, wie Müdigkeit, Konzentrations- und Merkschwächen, Muskelschwäche, Nachlassen des Hörvermögens und Antriebsminderung, wegen ihres langsamen Auftretens auf das Alter des Patienten geschoben werden. Bei einer Kombination von Bradykardie, Kardiomegalie und peripheren Ödemen – in 20 Prozent bei einer Hypothyreose auftretend und nicht selten auf eine Herzer-

krankung bezogen – sollte die Refraktärität der Symptome gegenüber Digitalis und Diuretika an eine Hypothyreose denken lassen.

Bei jeder eindeutigen Schilddrüsenunterfunktion ist eine Schilddrüsenhormonsubstitution indiziert. Bei Patienten ohne Zweiterkrankung, bei denen die Hypothyreose nicht jahrelang unbehandelt bestanden hat, kann mit einer Dosis von 50 bis 75 µg L-Thyroxin begonnen werden. Die Dosis wird nach ein bis zwei Wochen auf 100 µg und, wenn nötig, nach weiteren ein bis zwei Wochen auf 150 µg gesteigert. Wesentlich vorsichtiger mit Dosen von zunächst 25 µg T<sub>4</sub> pro Tag sollte bei Patienten mit schwerwiegenden Zweiterkrankungen, zum Beispiel kardiovaskuläre Erkrankungen, begonnen werden. Dann wird die Dosis langsamer in Intervallen von vier bis sechs Wochen erhöht, so daß man die Erhaltungsdosis von 100 µg bis 150 µg erst nach Monaten erreicht.

*Professor Dr. J. Herrmann, Bielefeld:*

#### **Die Hyperthyreosen: Probleme bei der Diagnose und bei der Therapie**

Rationale Basis jeder Schilddrüsendiagnostik sollte nach wie vor die gekonnte, das heißt Schilddrüsen-spezifische Erhebung von Anamnese und Befund sein, unter anderem auch deswegen, weil die diagnostische Zuverlässigkeit auch durch die modernen radioimmunologischen In-vitro-Teste ganz entscheidend von der Eingangswahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Hyperthyreose abhängt. Diese Eingangswahrscheinlichkeit wiederum basiert vollständig auf der gekonnten Erhebung von Anamnese und Befund, so daß es für eine sichere Diagnostik rational und rationell richtig ist, an den hohen diagnostischen Stellenwert solcher Symptome, wie Wärmetoleranz, zusammen mit Schwitzen, mit stets warmen Händen und Füßen, Gewichtsverlust trotz Heißhunger, Herzklopfen und innere Unruhe, zu erinnern; ein Symptomenkomplex, der bei deutlicher Ausprägung fest schon beweisend für das Vorliegen einer Hyperthyreose ist. Vielleicht ist nicht allgemein bekannt, daß es mit großer Wahrscheinlichkeit auch isolierte Organ-Hyperthyreosen gibt, die sich zum Beispiel klinisch nur am Herzen in Form von Tachykardien, gehäuften Extrasystolen, einer absoluten Arrhythmie und einer Herzinsuffizienz

manifestieren können. Auch die Altershyperthyreose, die mit völlig untypischer Symptomatologie einhergehen kann und sich lediglich in Gewichtsverlust, Adynamie, Herzinsuffizienz und einer Tachyarrhythmia absoluta bemerkbar macht, ist ein Beispiel dafür, daß die Empfindlichkeit der Organe gegenüber dem Schilddrüsenhormon sehr unterschiedlich sein kann.

Um zu erfahren, ob ein Patient hyperthyreot ist, sollte als wirtschaftlichstes Verfahren eine  $T_3$ -/ $T_4$ -Bestimmung oder ein TRH-Test durchgeführt werden, nicht aber ein Szintigramm, ein Sonogramm oder eine Antikörperbestimmung. Ist der TRH-Test positiv, ist eine Hyperthyreose praktisch ausgeschlossen. Viel häufiger in der täglichen Praxis ist die Situation, daß man eine Hyper- oder Hypothyreosa ausschließen muß und hierfür gilt: je unklarer die klinische Situation, je unsicherer der Arzt und je dringender die Klärung ist, desto häufiger sollte der TRH-Test der Bestimmung von  $T_3$  und  $T_4$  vorgezogen werden. Um zu klären, wodurch eine Hyperthyreose ausgelöst wurde, wird heute zunächst eine Sonographie durchgeführt und erst danach, je nach Befund, kommen Szintigramm, Zytologie und Antikörperbestimmung.

Zur Pathogenese der beiden am häufigsten mit Hyperthyreose einhergehenden Schilddrüsenerkrankungen:

Beim Morbus Basedow handelt es sich um eine genetisch determinierte Autoimmunerkrankung, bei der Antikörper gegen den TSH-Rezeptor zu einer unkontrollierten Stimulierung aller Schilddrüsenzellen führen. Diese Stimulierung der gesamten Drüse

macht sich bemerkbar in einer palpatörisch diffusen Struma, in der gleichmäßigen kräftigen Nuklidspelerung im Szintigramm und in den keilförmigen, echoarmen Bildern im Sonogramm. Die genetisch-bedingte Autoimmunerkrankung kann bewiesen werden, wenn es gelingt, ein bestimmtes HLA-Muster, mikrosomale Antikörper oder direkt die stimulierenden Antikörper nachzuweisen.

Im Gegensatz zum Morbus Basedow weist die funktionelle Autonomie mit ihrem Hauptvertreter, dem autonomen Adenom, keine Merkmale einer Immunpathogenese auf. Ausgelöst werden die aus diesen Autonomien entstehenden Hyperthyreosen sehr häufig durch Jodexposition des meist älteren Patienten.

Am Anfang jeder *Behandlung* von Hyperthyreosen, sei es bei Morbus Basedow oder bei funktioneller Autonomie, steht die thyreostatische medikamentöse Therapie. Erst nach Normalisierung des Stoffwechsels wird entschieden, ob beim Morbus Basedow eine einjährige medikamentöse Kombinationstherapie sich anschließen sollte, wobei hierzu besonders Kinder und Jugendliche geeignet sind, oder ob nach Eintritt der Euthyreose definitive Maßnahmen eingeleitet werden sollen. Für das Gros, auch der Basedow-Patienten, empfiehlt sich nach neuerer Anschauung wie bei der funktionellen Autonomie die Applikation von Radiojod. Große Strumen mit mechanischen Problemen sollten chirurgisch angegangen werden, ebenso die rezidivierende Hyperthyreose bei Kindern und Jugendlichen.

Referent:

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

## Kongreßsplitter

**Auf der 54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Herz- und Kreislaufforschung in Mannheim (8. bis 10. April 1988) war zu erfahren, daß**

● bei Teilnehmern am Koronarsport während der Trainingsstunde wesentlich häufiger Ischämiezeichen auftreten als während der übrigen Tätigkeiten. Das sechs- bis zehnmal häufigere Auftreten lebensbedrohlicher Arrhythmien während des Trainings könnte durch Ischämien getriggert werden. Weiterhin wurde festgestellt, daß der Anteil stummer Ischämien in der Gesamtschämiedauer bei Teilnehmern am Koronarsport höher ist als bei anderen Patienten mit stabiler Angina pectoris (E. Hoberg, Heidelberg).

● bei der dilatativen Kardiomyopathie auch eine Störung des myozytären Ca-Metabolismus vorliegt. In einer prospektiven offenen Pilotstudie erhielten 22 Patienten zusätzlich zur üblichen Behandlung dreimal täglich 60 bis 90 mg Diltiazem; 25 Patienten dienten als Kontrolle – es war ein „historisches“ Kontrollkollektiv. Bei letzterem betrug die mittlere Überlebenszeit  $29 \pm 3$  Monate, die linksventrikuläre Auswurfaktion nahm von 0,41 auf 0,36 ab. In der Diltiazem-Gruppe verstarb kein Patient, die Auswurfaktion stieg von 0,34 auf 0,44 an; nur ein Patient verschlechterte sich. Trotz der relativ geringen Patientenzahl deuten diese Ergebnisse darauf hin, daß Ca-Antagonisten auf die Hämodynamik und auf die Letalität dieser Erkrankung einen günstigen Effekt ausüben (H. R. Figulla, Göttingen).

● zwischen Nitroglycerin und Heparin eine Interaktion besteht. Bei 27 KHK-Patienten wurde die Wirkung von i. v. appliziertem Nitroglycerin auf den gerinnungshemmenden Heparineffekt untersucht. Zur vollen Antikoagulation wurde eine Verlängerung der partiellen Thromboplastinzeit (PTT) auf mehr als 100 s angestrebt. Die Patienten erhielten eine konstante Heparindosis zwischen 24 000 und 36 000 I.E./24 h. Bei gleichzeitiger Nitratapplikation sank die PTT bei 24 von 27 Patienten signifikant ab und lag unterhalb des angestrebten therapeutischen Bereiches. Deshalb sollte bei gleichzeitiger Gabe beider Pharmaka eine Erhöhung der Heparindosis und eine fortlaufende Kontrolle mittels PTT erfolgen (L. Pizzulli, Bonn).

– mpl –

### Praxisvertreter gesucht

Die Bayerische Landesärztekammer ist seit Jahren bemüht, niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Krankheitsfall, während des Urlaubs und für den Besuch von Fortbildungskongressen durch die Vermittlung eines Vertreters die Weiterführung der Kassenpraxis zu ermöglichen.

Wir appellieren deshalb an alle Kollegen, die hieran Interesse haben – praktische Ärzte/Allgemeinärzte und Gebietsärzte –, sich für eine Praxisvertretung zu melden (speziell in den Zelten der bayerischen Schulferien).

### Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer

am 8. Juli 1988

Wie in jedem Jahr befaßte sich der Vorstand bei seiner Sitzung vor der Sommerpause vorrangig mit der Vorbereitung des 41. Bayerischen Ärztetages in Nürnberg.

In seinem Bericht informierte Professor Dr. Dr. h. c. Sewering den Vorstand über die letzte Entwicklung zum Gesundheitsreformgesetz. Im Bundesrat haben Anhörungen stattgefunden mit einer ungewöhnlich großen Zahl von kontroversen Stellungnahmen. Er rechne mit der abschließenden Beratung des Gesetzes etwa Anfang November 1988, hoffe jedoch, daß von den in der Mehrzahl unerfreulichen Beschlüssen des Bundesrates vom Bundestag keiner übernommen wird. Weitere Gespräche zum Gesundheitsreformgesetz werden nach dem 1. September stattfinden.

In Zusammenhang mit seinem Leitartikel im Juli-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ zum „Arzt im Praktikum“ führte Professor Sewering aus, er habe hierzu die zu berücksichtigende Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes sorgfältig untersucht und dargestellt. Dabei würden die Konsequenzen dieser Rechtsprechung den Fakten im Krankenhaus häufig nicht entsprechen. Grundsätzlich sei der AIP wie jeder Berufsanfänger zu behandeln. Er sei der Meinung, daß die 18 Monate für den AIP im wesentlichen im Krankenhaus erbracht werden sollten. Die Kassenärzte werden ihre Bemühungen darauf richten müssen, daß die zur Niederlassung dann noch erforderliche sechsmonatige Vorbereitungszeit reibungslos abgeleistet werden kann. Aus Kapazitätsgründen erscheine es ihm kaum möglich, daß die Kassenärzte darüber hinaus eine wesentliche Zahl von AIPs beschäftigen. Abschließend wies er darauf hin, daß entsprechend der BGH-Rechtsprechung für den AIP auch ein Übernahmeverschulden möglich ist. Das bedeutet, daß sich der AIP – wie jeder Berufsanfänger – über seine erworbenen Fähigkeiten und deren Grenzen jederzeit im klaren sein muß. Aber auch darin unterscheidet sich der AIP

nicht vom Assistenzarzt in Weiterbildung.

Der Präsident schlug sodann dem Vorstand vor, daß sich die Kammer dem Bayerischen Staatsministerium des Innern gegenüber bereit erklärt, Organisation und Durchführung der Ausbildungsveranstaltungen für die Ärzte im Praktikum zu übernehmen. Während der 18 Monate Praktikumsphase muß der AIP an mindestens sechs Ausbildungsveranstaltungen von je zwei- bis dreistündiger Dauer teilnehmen. Dabei sollen sowohl medizinische Themen zur Vertiefung des medizinischen Wissens wie berufspolitische Themen angesprochen werden. Diese Ausbildungsveranstaltungen sollen dezentral durchgeführt werden.

Nach Erteilung der § 10-Erlaubnis durch das Innenministerium hat der AIP die Pflicht, sich beim zuständigen Ärztlichen Kreisverband anzumelden. Er erhält dann dort einen Ausweis als „Arzt im Praktikum“, der ihn zur kostenfreien Teilnahme an den Ausbildungsveranstaltungen sowie den Fortbildungsveranstaltungen der ärztlichen Berufsvertretung berechtigt. Verbunden damit ist auch der kostenlose Bezug des „Bayerischen Ärzteblattes“.

Der Vorstand bekräftigte seine bereits früher geäußerte Auffassung, daß von den Ärzten im Praktikum kein Kammerbeitrag erhoben werden sollte. Sodann berichtete der Präsident, daß die „Ärztliche Stelle bei der Bayerischen Landesärztekammer“, die die Qualitätssicherung nach § 16 RöV für den nichtkassenärztlichen Bereich obliegt, noch in diesem Jahr ihre Prüf- und Beratungstätigkeit aufnehmen könne. Nach Zustimmung des Vorstandes wurden radiologisch tätige Krankenhausärzte sowie Medizintechniker für die im Rahmen der Prüf- und Beratungstätigkeit notwendigen Kommissionen bestellt.

In diesem Zusammenhang informierte Professor Sewering den Vorstand darüber, daß für die aufgrund der

neuen Röntgenverordnung notwendigen Prüfungen (Sachverständigen-, Abnahme- und Konstanzprüfungen) von den beauftragten Firmen zum Teil hohe Gebühren angesetzt würden. Kammer und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns seien zusammen mit der Aufsichtsbehörde bemüht, durch eine Überprüfung des unverzichtbaren Prüfaufwandes und des dafür erforderlichen Zeiteinsatzes eine Kostenreduzierung auf das unbedingt notwendige Maß zu erreichen.

Der Präsident berichtete weiter, daß zwischenzeitlich bei der Bayerischen Landesärztekammer eine Ethikkommission unter Vorsitz von Professor Würmeling zur Durchführung klinischer Versuche am Menschen (§ 1 BO) ihre Arbeit aufgenommen hat. Diese Kommission hat zwischenzeitlich die ersten Anträge geprüft.

Als nächstes erläuterte der Vorsitzende des Finanzausschusses den vorgelegten Finanzbericht des Geschäftsjahres 1987, der vom Finanzausschuß in seiner Sitzung am 25. Juni dieses Jahres beraten wurde. Der Vorstand beschloß einstimmig, sowohl den Rechnungsabschluß 1987 als auch den Haushaltsvoranschlag 1989 dem 41. Bayerischen Ärztetag zur Annahme zu empfehlen. Weiter stimmte der Vorstand der Empfehlung des Finanzausschusses für die Wahl des Abschlußprüfers – eine jahrelang bewährte Handhabung – zu. Anschließend teilte der Vorsitzende des Finanzausschusses mit, daß er – gestützt auf ein einstimmiges Votum – dem 41. Bayerischen Ärztetag empfehlen wird, dem Vorstand Entlastung für das Geschäftsjahr 1987 zu erteilen.

In Zusammenhang mit der Besprechung der Ergebnisse des 91. Deutschen Ärztetages in Frankfurt erläuterte Vizepräsident Dr. Hege die dort beschlossene Musterberufsordnung, die dem 41. Bayerischen Ärztetag zur Beschlußfassung vorgelegt wird.

Sodann befaßte sich der Vorstand mit dem Ablauf des diesjährigen 41. Bayerischen Ärztetages in Nürnberg. Die Tagesordnung wurde aufgestellt. Sie umfaßt neben dem Tätigkeitsbericht und der Beratung des Finanzberichts und Haushaltsplans die Beratung der Berufsordnung und einer Satzungsänderung, welche die Wahl der Vertreter der Bayerischen Lan-

des Ärztekammer zum Deutschen Ärztetag regelt.

Aus Zeitgründen sah sich der Vorstand nicht in der Lage, ein weiteres Thema in die Tagesordnung aufzunehmen.

Zur Thematik „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung – Liste weiterbildungsermächtigter Ärzte in Bayern“ lagen insgesamt 125 Anträge vor. 76 wurden positiv entschieden, 49 mußten abgelehnt werden. Eine Weiterbildungsermächtigung wurde zurückgegeben.

47 Einzelprüfungen von Weiterbildungsermächtigungen, die länger als fünf Jahre zurückliegen, bestätigte der Vorstand einstimmig.

Zwei Anträgen auf Berechtigung zur Vermittlung der Medizinischen Fachkunde im Strahlenschutz wurde zugestimmt.

Außerdem lag dem Vorstand die Neufassung der „Richtlinien über den In-

halt der Weiterbildung in Gebieten, Teilgebieten und Bereichen“ vor, die der Vorstand der Bundesärztekammer am 15. April 1988 verabschiedet und als Empfehlung an die Landesärztekammern weitergeleitet hatte. Es handelt sich hierbei um die Kommentierung und detaillierte Darstellung zu § 3 Abs. 3 (Art, Inhalt, Dauer und zeitlicher Ablauf der Weiterbildung) der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1988, die dem Weiterbilder und dem Weiterzubildenden aufzeigt, was im einzelnen Inhalt der Weiterbildung sein muß und zugleich die Grundlage für den Inhalt des Fachgesprächs vor dem Prüfungsausschuß darstellt. Der Kammervorstand stimmte diesen Richtlinien einstimmig zu.

Bei zwei Rügen, die durch Kreisverbände ausgesprochen wurden, empfahl der Vorstand, daß innerhalb der Kreisverbände hierüber nochmals befunden werden soll. Eine wegen nicht nachgekommener Meldepflicht erteilte Rüge wurde bestätigt.

wird, bringt für Bayern keine Fortschritte. Die Bedingungen für die Feststellung der Überversorgung sind derartig weitgehend, daß sie fast nicht erfüllt werden können, auch wenn nach vernünftigen Maßstäben längst eine Überbesetzung vorliegt. Auch auf die absurde Regelung bei der ambulanten Tätigkeit ermächtigter Krankenhausärzte wies der Referent hin, wonach die Abrechnung über die Krankenhausverwaltung erfolgt, an die auch das Honorar zu überweisen ist.

Im zweiten Teil seiner Ausführungen erläuterte Professor Sewering die Abrechnungsergebnisse für RVO und Ersatzkassen der Quartale IV/87 und I/88 und die Auswirkungen der auf dem EBM basierenden Vertragsgebührenordnungen BMÄ '87 bzw. E-GO '87. Korrekturen und Verbesserungen sind auf Bundesebene bereits in Arbeit.

Über die Fortsetzung der bayerischen Gesamtverträge (Bayern-Vertrag) über den 30. Juni 1988 hinaus stehen Verhandlungen unmittelbar bevor. Insbesondere die neue Wegegeldregelung bedürft, so Professor Sewering, dringend einer Modifizierung. Der Vorstandsvorsitzende berichtete sodann über die zahlreichen Anfragen zum „Arzt im Praktikum“ auch hinsichtlich einer Beschäftigung in den Arztpraxen. Professor Sewering hat in seinem Leitartikel in Heft 7/88 des „Bayerischen Ärzteblattes“ eine umfangreiche Darstellung aller damit verbundenen Fragen und Rechtsprobleme gegeben, die der Vertreterversammlung auch als Sondardruck vorgelegt worden ist. Bezüglich der Durchführung der neuen Röntgenverordnung wurden in Bayern, so berichtete Professor Sewering, bereits frühzeitig Gespräche sowohl mit dem bayerischen Sozialministerium als auch der Industrie aufgenommen, um für die Kassenarztpraxen einigermaßen erträgliche Bedingungen zu erreichen; sie werden demnächst hoffentlich erfolgreich abgeschlossen werden.

In der anschließenden Aussprache wurde deutlich, wie sehr die von Professor Sewering angesprochenen Thesen Gesundheitsreformgesetz, Vergütung ärztlicher Leistungen und Arzt im Praktikum die bayerischen Ärzte bewegen.

Die Vertreterversammlung hatte sich mit 34 Anträgen zu befassen:

## Kurzbericht über die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

am 9. Juli 1988

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung eröffnete die zweite Arbeitssitzung der neugewählten Vertreterversammlung um 9.30 Uhr im Ärztehaus Bayern in München und begrüßte die fast vollzählig erschienenen Mitglieder der Vertreterversammlung, die Mitglieder des Vorstandes und die Vertreter der ärztlichen Standespresse sehr herzlich. Nach der Genehmigung der Tagesordnung und des Wortprotokolls über die letzte Vertreterversammlung vom 5. März 1988 gab der Vorsitzende des Vorstandes, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, einen Bericht zur aktuellen gesundheitspolitischen Situation. Professor Sewering berichtete über das Gesetzgebungsverfahren zum „Gesundheitsreformgesetz“, welches aller Voraussicht nach am 1. Januar 1989 in Kraft treten wird. Alle Bemühungen der Ärzteschaft sollten deshalb darauf gerichtet werden, durch politische Überzeugungsarbeit auf eine vertretbare, vernünftige und sinnvolle Gesetzgebung hinzuwirken. So wer-

tete Professor Sewering die vorgesehene Totalerfassung von Patientendaten weder vom Aufwand her vertretbar, noch mit den bisher anerkannten Grundsätzen des Schutzes der Patientendaten und der ärztlichen Schweigepflicht vereinbar. Bisher hat auf die damit verbundenen Gefahren lediglich die Ärzteschaft aufmerksam gemacht. Es ist erstaunlich, daß aus Kreisen der Versicherten oder der Versicherungsvertreter in den Selbstverwaltungsorganen der gesetzlichen Krankenversicherung gegen diese umfangreiche Entblößung der Versicherten als Patienten durch Erfassung ihrer medizinischen Daten noch kein Protest laut wurde.

Hingewiesen wurde auch auf die Problematik einer vieltelligen Versicherungenummer, die auf allen Formularen von den Arzthelferinnen eingetragen werden muß. Das Bedarfsplanungsgesetz, welches nun Bestandteil des neuen Kassenarzt- und Krankenversicherungsrechtes

Zwei Anträge zleiteten auf eine Satzungsänderung, nach der die Vertreterversammlung einen „Vertragsausschuß“ wählen sollte, in dessen Zustimmung der Abschluß von Verträgen durch den Vorstand gebunden werden sollte. Auch eine Ratifizierung von Gesamtverträgen durch die Vertreterversammlung wurde von den Antragstellern angestrebt. Beide Anträge wurden nach Diskussion mit überwältigender Mehrheit abgelehnt.

Damit brechte die Vertreterversammlung zum Ausdruck, daß sie eine „Mischverwaltung“ oder „Mischverantwortung“ nicht wünscht. Der Vorstand bleibt damit voll in der Verantwortung für jeden von ihm abgeschlossenen Vertrag.

Die weiteren Anträge befeßten sich mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, für den eine Reihe von Veränderungen in den Gebührensätzen gewünscht wurde, der Verbesserung der Wegegeldregelung und der Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes im Labor.

Die Vertreterversammlung beschloß sodann die Abnahme des Rechnungsabschlusses 1986 und die Entlastung des Vorstandes.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Seuß, schloß die nur von einer kurzen Mittagspause unterbrochene Arbeitssitzung erst gegen 16.45 Uhr mit dem Dank an alle Mitglieder für ihre überaus sachkundige und engagierte Mitarbeit.

Die nächste Sitzung der Vertreterversammlung findet am 17. Dezember 1988, 9.30 Uhr, im Ärztehaus Bayern in München statt.

## 202mal Klinik-Talkshow in Bad Trißl

Als die Klinik-Talkshow in der Krebsnachsorgeklinik Oberaudorf/Bad Trißl zwei Jahre alt geworden war, nannte sich der Medizinjournalist Dr. Georg Schreiber, der diese in unserem Land einzigartige Veranstaltung zusammen mit seiner Ehefrau Dr. med. Hedda Heuser „erfunden“ hat, vorsichtig einen „Amateur-Talkmaster“. Das war 1979. Inzwischen sind neun Jahre ins Land gegangen. Die Talkshow hat, von zufällig im Wege stehenden hohen Feiertagen abgesehen, mit der Regelmäßigkeit einer eingefahrenen Institution 202mal an jedem dritten Freitagabend stattgefunden, und aus dem Amateur-Talkmaster ist ein ausgefuchster, das Gesprächsinstrumentarium perfekt handhabender Profi geworden.

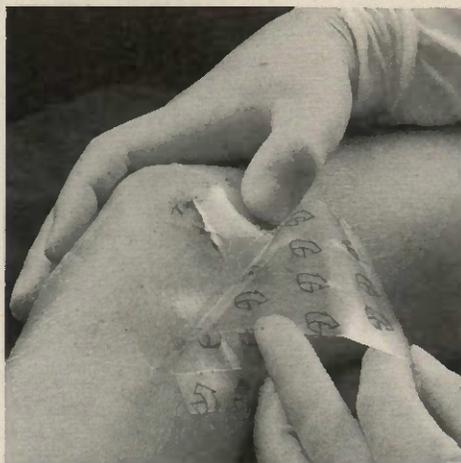
Am Stil und an der nahezu intimen Atmosphäre dieser gezielt auf Krebspatientinnen konzipierten Veranstaltung hat sich dadurch nichts geändert. Weder langjährige Routine noch kalendarische Regelmäßigkeit haben die Talkrunde ihrer Bestimmung entfremden können, ein Psychotherapeutikum für leidende, oft hoffnungsarme, wohl auch verzagte und verzweifelte Frauen zu sein (Männer bilden in dieser Klinik verständlicherweise eine Minderheit). Mit dem Etikett „unklinische Visite“ ist die beabsichtigte Wirkungsrichtung des Unternehmens sehr genau ausgedrückt. Lachen und Nachdenklichkeit, die bei dieser expressis verbis nicht-medizinischen Visite als Therapie angeboten werden, helfen den Patientinnen, „mit ihrer Krankheit besser fertig zu werden“. In vielen Dankbriefen haben sie das selbst so zu Protokoll gegeben.

Die Gesprächspartner, die unter Schreibers behutsamer Leitung dazu beitragen, daß der heilsame Effekt erreicht werden kann, kommen – auch das ist seit der „Erfindung“ dieser Talkshow unverändert geblieben – „möglichst kontrovers gemischt“ aus den unterschiedlichsten Sparten öffentlichen Lebens. Ob produzierende oder reproduzierende Künstler, die außer dem Talk meist auch Show aus ihrem Repertoire beisteuern, Exponenten aus Literatur oder Wirtschaft, Politik oder Wissenschaft, sie alle sind hochdodierte Spitzenkräfte ihrer Metiers. Seit 1976 hat die Gesamtzahl der Teilnehmer, Mehrfachmitwirkungen eingeschlossen, die Marke 890 überschritten. Um dabei zu sein, verzichten sie auf gewohnt hohe und höchste Gagen oder Honorare. Nur die Auslagen für Reise und Übernachtung werden ihnen erstattet. Auch der „Erfinder“ und Moderator erbringt übrigens seinen enormen Arbeits- und Zeitaufwand ehrenamtlich und ohne Büro.

Nach Ablauf der ersten beiden Jahre hatte Georg Schreiber über seine Talkshow gesagt, was er der Bedrängnis von Krebskranken entgegenzusetzen versuche, sei „sicher nicht allzuviel, aber ebenso sicher besser als nichts“. Nach langen Jahren kann als erwiesen gelten, daß es nicht „besser als nichts“, sondern „viel, sehr viel“ ist. Das gelungene Experiment brauchte daher nicht einmalig zu bleiben. Aber wer ist bereit, es unter vergleichbaren Umständen aufzugreifen? Wer traut sich? Und – wer kann es?

Kurt Gelsner

**Lohmann**



## Opraflex® Folien-Wundverband

Die hauchdünne, hochelastische Folie verhindert das Eindringen von Keimen. Sie schützt die Wunde, ermöglicht Baden oder Duschen und begünstigt ein physiologisches Heilungsmilieu. Der transparente Verband mit patentierter Applikationshilfe hilft Verbandwechsel zu reduzieren.  
Wundversorgung unter Sichtkontrolle

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

32301/0386

## Personalia

### Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Dr. med. Klaus Hellmann, Internist – Lungen- und Bronchialheilkunde, Grottenau 2, 8900 Augsburg, Mitglied des Deutschen Senats für Ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben und des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg sowie der Bezirksstelle Schwaben der KVB, wurde das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

### Bundesverdienstkreuz am Bande

Das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde verliehen an:

Dr. med. Friedrich Haggemüller, Ltd. Arzt der Kneippschen Kinderheilstätte, Fidel-Kreuzer-Straße 12, 8939 Bad Wörishofen

Dr. med. Josef Schuster, Ltd. Medizinaldirektor i. R., Ostlandstraße 6, 8604 Scheßlitz

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9–11, 8000 München 2, wurde von der Bayerischen Akademie der Wissenschaften zum ordentlichen Mitglied der Mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse gewählt. Ferner wurde er von der American Dermatological Association und gleichzeitig von der Dänischen Dermatologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt. Für Verdienste um die Dermatologie in Japan und die japanisch-deutsche Zusammenarbeit wurde Professor Braun-Falco der „Orden der aufgehenden Sonne mit goldenen Strahlen am Halsband“ verliehen.

### Professor Dr. Hans Blömer 65 Jahre

Professor Dr. med. Hans Blömer, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, seit 1. Juni 1960 Chefarzt der I. Medizinischen Abteilung (Schwerpunkt Kardiologie, Angiologie und Pulmologie) am Krankenhaus rechts der Isar, seit 1967 Ordinarius für Innere Medizin und Direktor der I. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, konnte am 29. Mai seinen 65. Geburtstag feiern.

Professor Blömer absolvierte seine Weiterbildung nach dem Medizinstudium an der LMU München, nach Staatsexamen und Promotion 1950 zunächst bei Professor Dr. G. von Bergmann, dann bei Professor Dr. G. Bodechtel und wurde 1956 Internist, 1957 Privatdozent und 1964 apl. Professor. Schon während seiner Weiterbildung und danach spezialisierte sich Professor Blömer durch zahlreiche Auslandsaufenthalte in Stockholm, London und USA auf die Kardiologie, der er den Schwerpunkt seiner weiteren ärztlichen und wissenschaftlichen Tätigkeit widmete. Professor Blömer ist einer der Nestoren dieses Teilgebiets, die Einführung der Kardiologie in die Musterweiterbildungsordnung 1969 ist im wesentlichen auch ihm zu verdanken. Der Name Blömer steht hier ebenso für die Erarbeitung von Grundlagen wie für die herausragende Entwicklung dieses Teilgebiets bis zum heutigen Tag. Im Ausschuß und Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Herz- und Kreislauforschung seit 1972, Präsident dieser Gesellschaft 1979 und 1980 sowie Vorsitzender der Kommission für Klinische Kardiologie 1980 bis 1985, von 1973 bis 1978 im Ausschuß und Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Gründungsmitglied der Deutschen Herz-

stiftung 1979 und ebenso im Wissenschaftlichen Beirat seit 1984, hat er in der Kardiologie auf allen Ebenen, als Kliniker und akademischer Lehrer den Nachwuchs geprägt und gefördert, die Kardiologie in Lehre und Forschung vorangetrieben, wobei er bei aller Spezialisierung immer die Einbindung in den Gesamtrahmen der Inneren Medizin aus seiner Grundüberzeugung im Auge behielt.

393 wissenschaftliche Publikationen, drei Handbuchbeiträge, sechs Monographien und über 200 Referate im Rahmen ärztlicher Fortbildungskongresse runden das Bild eines deutschen Kardiologen von überragender Bedeutung ab, dem es in besonderer Weise eigen ist, im Schwerpunkt seines ärztlichen Wirkens dem Patienten zu dienen, dessen menschliche Wärme ein so herausragender Wesenszug seines Charakters ist, daß sich alle – Patienten und auch Ärzte – in Dankbarkeit seiner erinnern, wenn sie das Glück hatten, den Arzt Blömer kennengelernt zu haben.

Die bayerische Ärzteschaft hat Anlaß und Grund, dem Wissenschaftler und Arzt Blömer, aber auch dem Menschen dankbar zu sein und wünscht ihm aus vollem Herzen, es möge ihm vergönnt sein, noch viele Jahre in geistiger Frische erleben zu dürfen.

ad multos annos!

Professor Dr. med. Frenz Paul Gall, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde von der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgie zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Dr. med. Josef Gmeinwieser und Dr. med. Werner Golder, beide Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde der 2. Wilhelm-Konrad-Röntgenpreis verliehen.

Professor Dr. med. Rudolf Hartung, Direktor der Urologischen Klinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum Präsidenten der Bayerischen Urologenvereinigung gewählt.

### 39. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 2. bis 4. Dezember 1988

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

## Dr. Franz Schmidl 65 Jahre

Dr. med. Franz Schmidl, Wutzlhofen 58b, 8400 Regensburg, Internist, Vikarius und Kollegiumsmitglied des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung seit der Gründung im Jahre 1948 durch Professor Dr. Dietrich Jahn, von Anfang an bis heute über 40 Jahre und für bisher 80 Kongreßveranstaltungen ununterbrochen als organisatorischer Leiter und Mitgestalter tätig, konnte am 18. Juli seinen 65. Geburtstag feiern.

Kollege Schmidl begann nach dem medizinischen Staatsexamen im Februar 1952 in Erlangen seine Weiterbildung zum Internisten an der I. Medizinischen Klinik der Krankenhäuser Nürnberg unter Professor Dr. Jahn, die er 1963 mit der Anerkennung als Internist abschloß. In der Folgezeit Oberarzt bei Professor Jahn, ließ er sich 1985 als Internist in Regensburg nieder und übernahm die Organisation des Regensburger Fortbildungskongresses. Verleihung der Ernst-von-Berg-

mann-Plakette 1968, des Bundesverdienstkreuzes am Bande 1974 und der Goldenen Bürgermedaille der Stadt Regensburg 1988 sind Beleg dafür, daß seine hereusregenden Aktivitäten die wohlverdiente Anerkennung sowohl in der ärztlichen als auch der allgemeinen Öffentlichkeit gefunden haben. Neben dem organisatorischen Wirken hat Dr. Schmidl es aber auch verstanden, im Rahmen des Kollegiums Form und Inhalt mitzuprägen, wobei er immer mit großem Erfolg die wegberaubenden Gedanken seines Lehrers Dietrich Jahn vertritt, die dem Regensburger Kongreß bis heute seine herausragende Attraktivität bewahrt haben, was das große Interesse der Teilnehmer und die gleichbleibend hohen Teilnehmerzahlen belegen. Dem Geschäftsführenden Vorstand des Kollegiums Dr. Schmidl wünscht die bayerische Ärzteschaft, daß er auch weiterhin der ärztlichen Fortbildung in Bayern an dieser hervorragenden Stelle zur Verfügung stehen möge!

ad multos annos!

Dr. med. Angelika Bockelbrink, praktische Ärztin, Berlachstraße 38, 8000 München 40, wurde von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Muskelkrankheiten der Muskel-dystrophie-Preis 1988 verliehen.

Professor Dr. med. Karl-August Bushe, Direktor der Neurochirurgischen Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg, wurde von der American Association of Neurological Surgeons und gleichzeitig von der Society of Neurological Surgeons der USA zum Honorary Member gewählt.

Professor Dr. med. Hellmut Mehner, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung und Ärztlicher Direktor des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Leiter der Forschergruppe Diabetes (Klinik), Kölner Platz 1, 8000 München 40, wurde erneut zum Vertreter der Bundesrepublik Deutschland im Diabetes-Experten-Komitee der WHO gewählt.

## Blaulichtärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1988

Orte: Augsburg, München und Nürnberg

### 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 Ärztehaus Schwaben	10. 9. 24. 9.	II II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
München Ärztehaus Bayern	12. 11.	III	Bayerische Landesärztekammer Mühlbaurestraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288 Hinweis: Der Termin ist bereits voll belegt
Nürnberg-Fürth Stadthalle Fürth	5. 11. 19. 11.	III III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Freu Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532

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.