



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

April 1989

Zur Kenntnis genommen:

In unserer März-Ausgabe habe ich den von vielen Seiten beklagten Mangel an Pflegekräften in unseren Krankenhäusern angesprochen. Man konnte seither viele Alarmmeldungen in der Zeitung lesen. Selbst Krankenhausabteilungen seien bereits wegen Schwesternmangel geschlossen worden, andere haben die Zahl der neu aufgenommenen Patienten reduziert. Als sehr erfreulich wurde berichtet, daß Tarifverhandlungen mit dem Ziel einer Verbesserung der Gehaltsstruktur anlaufen. Bei diesem Informationsstand würde wohl niemand sagen wollen, es zeige sich schon ein „Silberstreif am Horizont“. Um so erstaunter war ich über eine Antwort des Bundesministers für Arbeit auf eine Anfrage der Bundestagsabgeordneten Frau Schmidt, Nürnberg (SPD).

Sie fragte: „Wie viele Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger waren in den vergangenen drei Jahren, jeweils halbjährlich aufgegliedert, bei der Bundesanstalt für Arbeit arbeitslos gemeldet, und wie viele von ihnen bezogen Arbeitslosenhilfe bzw. Arbeitslosengeld?“

Dazu die Antwort des parlamentarischen Staatssekretärs Vogt:

„Aussagen über die Zahl der Arbeitslosen in bestimmten Berufen sind nur aufgrund der von der Bundesanstalt für Arbeit jährlich (jeweils September) durchgeführten Strukturanalysen möglich. Die Daten aus der Strukturanalyse 1988 werden erst im März dieses Jahres vorliegen. Für Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger sowie für Altenpflegerinnen und Altenpfleger stellt sich die Arbeitsmarktsituation in den Jahren 1985 bis 1987 wie folgt dar:

Krankenschwestern/Krankenpfleger

	Arbeitslosa	offene Stellen
1985	11 553	866
1986	10 919	1 296
1987	11 687	1 486

Altenpflegerin/Altenpfleger

	Arbeitslosa	offene Stellen
1985	6 230	492
1986	6 989	985
1987	7 658	1 234

Wie aus den Zahlen zu entnehmen ist, überstieg die Zahl der Arbeitslosen die Zahl der offenen Stellen erheblich. Der Anteil der arbeitslosen Frauen an der jeweiligen Gesamtarbeitslosigkeit liegt bei Krankenschwestern/Krankenpflegern bei rund 90 vom Hundert, bei Altenpflegerinnen/Altenpflegern bei rund 85 vom Hundert.

Die auf alle Arbeitslosen bezogene Quote der Leistungsberechtigten (für Arbeitslosengeld/Arbeitslosenhilfe) lag 1985 bei 67,3 vom Hundert, 1986 bei 67,0 vom Hundert und 1987 bei 69,2 vom Hundert. Bei einem Vergleich ergibt sich, daß die Quote der Leistungsberechtigten für Krankenschwestern/Krankenpfleger über dem Durchschnitt liegt (1987: 78,2 vom Hundert). Für den Beruf der Altenpflegerin/des Altenpflegers entspricht die Quote der Leistungsberechtigten in etwa dem Durchschnitt (68,7 vom Hundert).“

Bei der Bewertung der Zahlen möchte ich keineswegs verkennen, daß es auch im Arbeitsgebiet Krankenpflege Strukturprobleme gibt. Nicht für jede arbeitslose Krankenschwester findet sich ein Arbeitsplatz vor der Haustüre. Das erklärt aber keinesfalls die hohe Zahl der „Arbeitslosen“ im Vergleich zu den freien Arbeitsplätzen. Wenn über Schwesternmangel geklagt wird, dürfte es keinen freien Arbeitsplatz geben. Oder zeigt sich auch hier das Phänomen unseres Sozialstaates „Arbeitslosengeldbezieher: ja, Arbeitsplatzsuchender: nein“? Der Frage sollte jedenfalls nachgegangen werden. Ich gehe dabei von der möglicherweise altmodischen Vorstellung aus, daß jeder Bezieher von Arbeitslosengeld primär den Wunsch hat, wieder einen Arbeitsplatz zu finden.

Auch zur ärztlichen Nachwuchssituation gibt es neue Informationen. Gutachter haben sich in den letzten Jahren dazu geäußert, ob und wie weit man die Zahl der Studienanfänger in der Humanmedizin reduzieren müßte und könnte, um sie den Ausbildungsmöglichkeiten wenigstens einigermaßen anzupassen. Man kam auf 9500 pro Jahr statt der bisherigen 12 000. Das ist, gemessen an der Ausbildungssituation, immer noch eine viel zu hohe Zahl, vor allem wenn man daran denkt, daß die Ausbildungszeit mit sechs Jahren Studium und weiteren 18 Monaten AiP-Zeit eigentlich verkürzt werden sollte. Will man die praktische Ausbildung aber während des Studiums vermitteln, die AiP-Zeit also eines Tages wieder streichen, dann kann es nur einen einzigen Maßstab geben, nämlich die Patienten, die in den klinischen Einrichtungen der medizinischen Fakultäten oder angeschlossenen Krankenhäusern behandelt werden, soweit ihnen in ihrem Zustand zugemutet werden kann, sich freiwillig für die Ausbildung von Studenten zur Verfügung zu stellen. 9500 Studierende pro Jahrgang dürften dann wohl unreal sein. Im übrigen würden auch dann noch Tausende von arbeitslosen Jungärzten „produziert“, vor allem, wenn man auch an diejenigen denkt, die jährlich von einem Auslandsstudium zurückkehren.

Vor einigen Wochen tagte nun die Kultusministerkonferenz, um sich mit dem Thema zu befassen. Wie man hörte, stand die Reduzierung der Studienanfänger auf der Tagesordnung. Der Einspruch eines Bundeslandes – angeblich Hamburg – habe eine Beschlußfassung verhindert. Das Thema wurde wieder um einige Monate vertagt.

Nachweinen lohnt nicht. Ob in etwa acht Jahren ein paar junge Ärzte mehr oder weniger vergeblich nach einem Arbeitsplatz Ausschau halten, ändert kaum das düstere Zukunftsbild. Deshalb müssen wir es den politisch Verantwortlichen immer wieder vor Augen halten. Eine fortschreitende Fehlleitung des Nachwuchses – zunehmender Mangel in handwerklichen und sonstigen praktischen Berufen und hoffnungsloses Überangebot bei den akademischen Berufen – wird nicht ohne gesellschaftliche Folgen bleiben. Sie können leider nur negativ und damit gefährlich sein.

Hohe Wellen schlägt derzeit das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion. Die Vorschläge für die Neustrukturierung der kassenärztlichen Versorgung sind natürlich für uns von besonderer Bedeutung, aber nur ein Teil des Gesamtgutachtens. Ich wiederhole meinen Rat: Keine emotionalen Reaktionen, sondern sachbezogene Diskussion. Es dürfte kaum genügen, daß alle Kandidaten für einen Sitz im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die uns betreffenden Vorschläge in Bausch und Bogen abgelehnt haben. Bessere Vorschläge sind gefragt. Auch mit dem Motto „Der Deckel muß weg“ werden wir allein nicht recht weit kommen. Darauf habe ich zuletzt vor vier Wochen hingewiesen.

Mitte März schrieb ein in den KBV-Vorstand gewählter Kollege unter anderem: „Ein Gesamtpauschalhonorar verstößt gegen den Grundsatz der Aufgabenteilung zwischen einer Versicherung, die das Morbiditätsrisiko übernimmt, und einer Ärzteschaft, die die Leistung zum Abbau desselben erbringt. Solange das Gesamthonorar an die Kassenärzte mit befreiender Wirkung als Pauschale gezahlt wird, steht die Existenzberechtigung der Krankenkassen überhaupt in Frage. Was eigentlich produzieren sie noch, abgesehen von einer teuren Verwaltung? Wenn ohnehin eine Gesamthonorarpauschale gezahlt wird, dann kann man den Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Lastschriftermächtigung für die Lohnkonten geben, aus denen diese Gesamthonorarpauschale finanziert wird.“

Ich kann mir vorstellen, daß solche Worte für manche so süß sind wie Honig oder so wohlklingend wie ein Klarinettenkonzert. Nur: Es ist reine Polemik und hat nichts mit Realität zu tun. Wenn wir uns auf diese Diskussionsebene begeben, könnte nämlich auch die Kassenseite die Existenzberechtigung einer eigenen Selbstverwaltung der Kassenärzte in Frage stellen. Schließlich gab es ja die Zeit, wo jeder Arzt direkt vom Kassendirektor und seinen Entscheidungen abhing. Vor diesem Stil kann man also nur warnen.

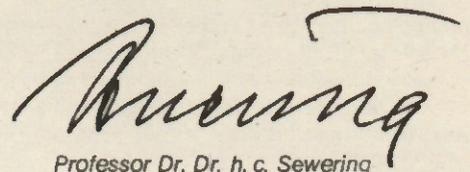
„Morbidität“ im Sinne der Krankenversicherung heißt strenggenommen nur Zahl der Abrechnungsfälle. Ich möchte den Leistungsumfang je Fall hinzunehmen. Wer stellt dabei den objektiven Bedarf fest, so fragen die Verantwortlichen auf der Seite der Krankenversicherung. Sie haben dabei die Sozialpolitiker aller Parteien auf ihrer Seite. Natürlich wissen wir, daß die Zahl behandlungsbedürftiger Menschen zugenommen hat. Das ist ja eine der Merkwürdigkeiten des medizinischen Fortschrittes: Viele Krankheiten – vor allem Infektionskrankheiten – wurden ausgerottet oder können, wenn sie vereinzelt auftreten, schnell geheilt werden. Andere, wie Hypertonie oder Diabetes, können „eingestellt“ werden. Sie beeinflussen dann kaum die Lebenserwartung, bedürfen aber einer lebenslangen Therapie. Krebs und Rheuma sind nach wie vor die Crux der Medizin. Menschen, deren Nierenfunktion nicht mehr zur Lebenserhaltung ausreicht, gewinnen Jahre durch die Dialyse oder haben die Chance, nach

einer Nierentransplantation jahrelang nahezu normal leben zu können. In der Bundesrepublik gibt es derzeit auf eine Million Einwohner 192 Dialysepatienten. In Großbritannien sind es nur 78. Die Kosten für die Dialysebehandlung betragen pro Jahr etwa 1,2 Milliarden DM, dazu kommen die Aufwendungen für Transplantationen. Herzkreislauferkrankungen stellen einen großen Teil der Morbidität. Etwa 450 Menschen pro einer Million Einwohner leben bei uns mit einem Schrittmacher. In der wohlhabenden Schweiz sind es nur 230. Ich will keine wissenschaftliche Diskussion dazu entfachen, sondern nur auf die Differenz und die Kosten hinweisen. Wenn ich allerdings in der Zeitung lese, daß jeder dritte Münchener eine Allergie haben soll, dann geht mir „der Hut hoch“. Hier wird wohl schon jedes Münchener Wetteramentröpfel als Allergie gewertet.

Das Thema ließe sich beliebig ausdehnen. Ich will damit nur andeuten, daß der epidemiologische Begriff der „Morbidität“, der Behandlungsbedarf und der Leistungsbedarf in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in einen Topf passen. Das hat natürlich auch der Sachverständigenrat gesehen und Überlegungen daran geknüpft. Ich möchte sie um die Frage ergänzen, wie viele Ärzte die „Morbidität“ erfordert und wie viele die Gesellschaft sich wünscht und zu zahlen bereit ist. Dabei taucht bereits die nächste heikle Frage auf, welcher Lebensstandard dem Arzt zugebilligt wird.

Wenn man sich zu diesem Thema – Morbidität, Behandlungsbedarf und Leistungsbedarf – und damit auch zu den Aufgaben der Krankenversicherung äußert, dann muß man in Erinnerung rufen, daß auf 100,- DM kassenärztliches Honorar noch zusätzlich über 470,- DM für verordnete Leistungen entfallen. Die Ausgaben für Medikamente nähern sich der Honorarsumme für die gesamte kassenärztliche Versorgung! Irgend etwas kann da nicht mehr stimmen. Wir müssen unser Verordnungsverhalten gründlich überprüfen. Dabei betone ich erneut: Das Notwendige muß verordnet werden, aber ob es notwendig ist, bedarf der Überlegung von Fall zu Fall. Nur wenn einige Milliarden durch gezielte Verordnungsweise eingespart werden, schaffen wir Luft für die Honorarpolitik und damit für eine qualitative Verbesserung der eigentlichen ärztlichen Versorgung. Zu hoffen bleibt, daß man uns nicht mit Festbeträgen in den Rücken fällt, die höher sind als die Preise der meisten Generika. Das könnte böse Folgen haben.

Übrigens hört man neuerdings wieder ärztliche Stimmen, man sollte doch den Krankenschein abschaffen und das Kostenerstattungssystem einführen. Ich darf darauf hinweisen, daß die Türe dazu durch das SGB V bereits geöffnet worden ist. Den Kassen wird das Recht eingeräumt, zur Erprobung für bestimmte Versichertengruppen statt der Sachleistung die Kostenerstattung einzuführen. Warten wir erst einmal diese Erprobung ab. Da kann es nämlich einige Überraschungen geben. Jeder von uns sollte vielleicht einmal in Ruhe darüber nachdenken, wie es in seiner Praxis aussähe, wenn jeder Patient, der uns aufsucht, eine spezifiziertere Rechnung bekommen soll und der Kassenarzt dann darauf warten muß, wie die Beträge kleinweise eingehen. Daß damit natürlich auch der Weg in alle Institute oder Ambulanzen geöffnet würde, dürfte doch hoffentlich bekannt sein.


Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

Von Herzenge befreien: Monostenase[®]-20/40

Isosorbid-5-Nitrat

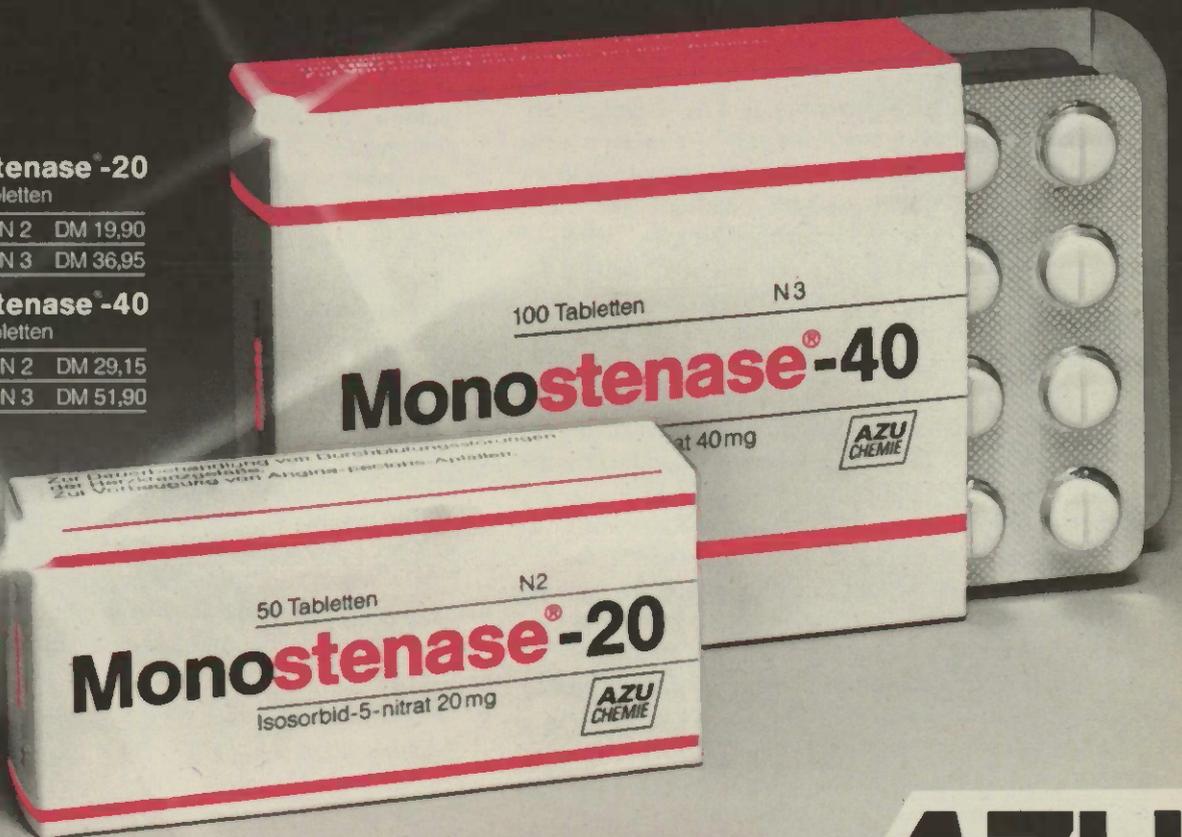
Bioverfügbarkeit
dokumentiert
**AZU-
CHEMIE**

Monostenase[®]-20
teilbare Tabletten

50 Tabl. N 2 DM 19,90
100 Tabl. N 3 DM 36,95

Monostenase[®]-40
teilbare Tabletten

50 Tabl. N 2 DM 29,15
100 Tabl. N 3 DM 51,90

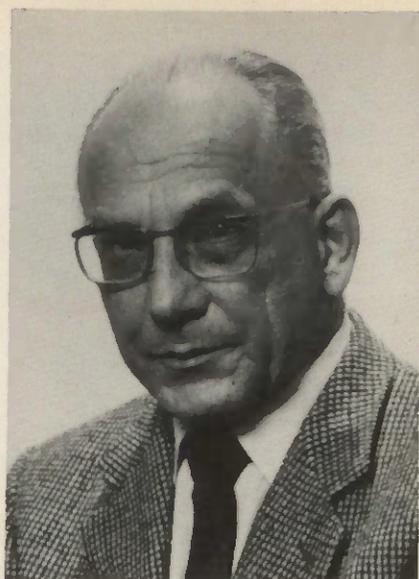


kostensenkende Marken-Präparate

**AZU-
CHEMIE**

Monostenase[®]-20/40 Tabletten

Zus.: 1 Tabl. enth.: Isosorbid-5-nitrat 20/40 mg. **Indik.:** Dauerbehandl. u. Vorbeugung v. Angina pectoris, Nachbehandl. d. Herzinfarkts, Behandl. schwerer chron. Herzinsuffizienz in Verbind. m. Herzglykosiden und/oder Diuretika. **Kontraind.:** Akuter Herzinfarkt mit niedrigen Füllungsdrücken, Schock u. Gefäßkollaps m. Blutdruckabfall, akuter Angina pectoris-Anfall, hypertrophische obstruktive Kardiomyopathien. **Nebenwirk.:** Zu Beginn d. Behandl. Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Übelkeit, Erbrechen, Hypotonie, Herzjagen, Flush. **Wechselwirk.:** Kalziumantagonisten, Antihypertonika, trizyklische Antidepressiva, Vasodilatoren. **Dos.:** Monostenase-20: 2-3 x tägl. ½-1 Tabl. Monostenase-40: 2-3 x tägl. ½-1 Tabl. unzerk. m. etwas Flüssigkeit einnehmen. Azuchemie, 7016 Geringen.



Dr. Hans Hege 65 Jahre

Am 22. März konnte der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, unser Kollege Dr. Hans Hege, seinen 65. Geburtstag feiern. Er ist ein geborener Berliner. Wenn man davon überhaupt nichts merkt, so liegt es vielleicht daran, daß er in der hessischen Metropole Frankfurt aufgewachsen ist. Nach Abitur am Humanistischen Gymnasium wurde der Achtzehnjährige Soldat, kämpfte an verschiedenen Fronten, kam im Mai 1945 in englische Kriegsgefangenschaft und kehrte im Oktober des gleichen Jahres in die Heimat zurück. Nach einem Semester Philosophie – wer ihm aufmerksam zuhört oder seine Publikationen liest, merkt das heute noch – wandte er sich der Medizin zu, studierte in Frankfurt und Heidelberg, wo er auch das Staatsexamen ablegte und promovierte. Erst nach zwölf Jahren „medizinischer Wanderschaft“ hat er sich 1965 als Praktischer Arzt in München niedergelassen. Diese zwölf Jahre waren eine geradezu klassische Vorbereitung auf seine kassenärztliche Tätigkeit: Baustellenarzt in Afghanistan, Assistenzarzt in Chirurgie und Gynäkologie in einem Kreiskrankenhaus, wissenschaftlicher Assistent am Physiologischen Institut der Universität Heidelberg und Assistent an der Medizinischen Klinik in Darmstadt mit Tätigkeitsabschnitten im Zentrallabor und in der zentralen Röntgenabteilung. Einige Jahre war er dann sogar noch Leiter der Abteilung für klinische Prüfungen der Ciba-AG für Süddeutschland. 24 Jahre ist er nun als Praktischer Arzt tätig und er betreibt seine Praxis immer noch mit echter Passion. Die Tätigkeit als Betriebsarzt eines großen Verlagshauses ist für ihn sicher eine ideale Abrundung seines ärztlichen Tuns.

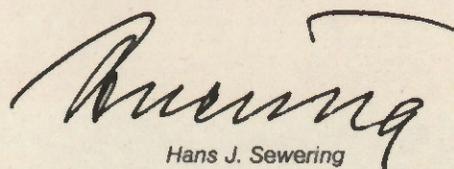
In den verschiedenen Bereichen der ärztlichen Selbstverwaltung ist Hans Hege seit Anfang der siebziger Jahre tätig. Zunächst arbeitete er in der Vereinigung praktischer Ärzte Bayerns und war vorübergehend deren Vorsitzender.

Von 1976 bis 1984 war er Vorsitzender bzw. Stellvertretender Vorsitzender der Bezirksstelle München der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Von 1976 bis 1980 gehörte er dem Vorstand der KVB an. Als 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München von 1981 bis Ende 1986 war er auch Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer. Im Januar 1987 wählte ihn die Konstituierende Vollversammlung zum 1. Vizepräsidenten der Kammer.

In diesen nüchternen Daten spiegelt sich ein ärztliches Berufsleben, reich in seiner Vielfalt und fruchtbar in den Ergebnissen. Der Jubilar erweist sich als Diener seiner Patienten und seiner Kollegen im vornehmsten Sinne. Er ist aber nicht nur ein unermüdlicher Arbeiter, sondern auch ein gründlicher Denker. In seinen Publikationen hat er sich mit vielen Fragen des ärztlichen Handelns und Problemen des Arztums schlechthin beschäftigt. Er hat dabei versucht, hineinzuleuchten in die Hintergründe und in verborgene Winkel. Es war und ist nicht seine Art, Probleme oberflächlich zu behandeln. Deshalb fordert er seinen Lesern mit seinen Publikationen intensives Mit- und Nachdenken ab. Wenn man zu seiner Arbeit ergänzend feststellt, daß er auch in unserer Ethikkommission mitwirkt, die wir vor einiger Zeit gegründet haben, so erscheint dies nahezu wie eine Selbstverständlichkeit. Fragen der ärztlichen Ethik sind das Feld, auf dem er am liebsten ackert. Er scheut dabei keine Mühe, es gründlich zu machen.

Neben allen beruflichen Arbeiten und Belastungen hat Hans Hege die Welt um uns herum nie vergessen. Er ist ein passionierter Reisender in Gegenden, die Vergangenheit und Kultur ausstrahlen. Philosophie, Musik und Botanik gehören zu seinen Lieblingsbeschäftigungen. Verheiratet ist Hans Hege mit einer Französin, deren Charme jede Begegnung zu einem besonderen Vergnügen werden läßt.

ad multos annos!


Hans J. Sewering

Keine Kollegen? – Diskriminierung, Vertreibung und Verfolgung jüdischer Ärzte in Deutschland*

von Gerhard Baader

Wir sind heute hier zusammengekommen, um eines jener fatalen Jahrestage zu gedenken, die sich in diesem Jahr zwangsläufig häufen. Morgen vor 50 Jahren wurde aufgrund der Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz vom 25. Juli 1938 allen jüdischen Ärzten – es waren noch 3152 – die Approbation entzogen. 709 von ihnen durften auf Widerruf weiterarbeiten, aber nicht mehr als Ärzte, sondern zu sogenannten Krankenbehandlern degradiert, die nur noch Juden sowie ihre eigenen Frauen und Kinder als Patienten haben durften. Auch ihre Mitwirkung an der kassenärztlichen Versorgung jüdischer Versicherter und deren Angehöriger war an die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gebunden. Am 17. Januar 1939 wurde dasselbe mit Wirkung vom 31. Januar auch für jüdische Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker verfügt; jüdische Hilfskräfte der Krankenpflege durften nur für Juden bzw. an jüdischen Anstalten tätig sein. Dieser Vorgang, der nicht nur für heutige Verhältnisse unerhört war, war jedoch nur ein Schritt zur Vernichtung jüdischer Menschen in Deutschland generell. Zwar war dies für viele, die bis dahin die für sie lebensbedrohende Situation noch nicht voll erfaßt hatten, ein Signal, die Emigration trotz aller Schwierigkeiten zu versuchen, doch sollte sich dies nach der Prognose nach 1938, die sich ebenfalls in diesem Jahr zum 50. Mal jährt, noch verschärfen. In ihrem Gefolge erfolgte die Inhaftierung von 25 000 bis 30 000 jüdischen Männern in Konzentrationslagern, von denen sich ein Drittel noch Ende 1938 in Haft befand. Bei der Auswahl auf noch oder früher wohlhabende Menschen waren unter ihnen eine große Anzahl von Ärzten. Nicht nur, weil die Entlassung aus der sogenannten „Schutzhaft“ an die Vorlage von Ausreisepapieren bzw. an die Zusage, sich um eine Emigration zu bemühen, gekoppelt war, setzte eine Massenflucht ein, so daß das Jahr 1938 mit 40 000 Emigranten sogar noch das Jahr 1933 mit 37 000

Emigranten übertraf. Die Maßnahmen der Nationalsozialisten gegen den jüdischen Bevölkerungsteil verliefen dabei von Anfang an auf zwei Ebenen. Einerseits wurde die offiziell propagierte Judenpolitik mit dem Ziel einer restlosen Auswanderung verstärkt durchgeführt; andererseits ging damit parallel – zunächst als sogenannte Vergeltungsaktionen für das Attentat auf den Legationssekretär der Deutschen Botschaft in Paris, v. Rath, am 10. November 1938 von Goebbels bezeichnet – nicht nur die Zerstörung der Synagogen sowie die Zerstörung oder zumindest Plünderung jüdischer Geschäfte und Wohnhäuser, sondern Goebbels kündigte in derselben Rede die endgültige Antwort auf das Attentat auf dem Gesetz- bzw. Verordnungswege an. Von diesen Maßnahmen sind Ärzte wieder in hohem Maße betroffen. Ob es sich um die sogenannte „Sühneleistung“ der Juden deutscher Staatsangehörigkeit, erlassen am 12. November 1938 von Göring als Beauftragten für den Vierjahresplan, oder um die Reichsfluchtsteuer handelte, oder um die Vielzahl von Gesetzen und Verordnungen, die das verbleibende Vermögen von Juden bis hin zum Schmuck erfaßten und dem Zwangsverkauf an den Staat zuführten, so wurde die Auswanderung de facto behindert. Trotzdem konnten bis zu ihrem Verbot am 4. November 1941 noch 101 000 Menschen Deutschland verlassen; in den letzten beiden Jahren waren es allerdings nur mehr 23 000 und die nur in neutrale oder überseeische Länder. Die Ärzte waren von all diesen Maßnahmen auch zentral betroffen; selbst über ihre Einnahmen durften nicht einmal die sogenannten „Krankenbehandler“ frei verfügen; durch Erlaß vom 9. Februar 1940 mußten sie alle Einnahmen, die nicht zur Ausübung der Praxis nötig waren, beschränkt verfügbaren Sicherheitskonten zuführen. Doch darüber hinaus wurden auch auf sie speziell zielende Maßnahmen getroffen. Es sei hier nur darauf verwiesen, daß den bereits 1933 aus dem Dienst entfernten jüdischen Professoren, Lehrkräften und wissenschaftlichen Beamten die ausnahmsweise erteilte Genehmigung, privat in Hochschulinstitutionen, Bibliotheken oder anderen öf-

fentlichen Instituten wissenschaftlich weiterzuarbeiten, durch den Erlaß des Reichsministers für Erziehung und Unterricht vom 8. Dezember 1938 entzogen wurde. Ansonsten galten auch für sie alle die Maßnahmen von Diskriminierung und Verfolgung, die Zug um Zug die deutschen Juden weiter entrechteten und ihre Deportation vorbereiteten.

Das „Gesetz über Mietverhältnisse mit Juden“ bereits vom 30. April 1939 ermöglichte den Gemeinden, Juden in bestimmte Wohngebiete abzudrängen. Juden wurden als Zwangsarbeiter in der Rüstungsindustrie eingesetzt. Es wurde am 10. September 1939 eine Ausgangssperre für Juden nach 22 Uhr verhängt. Ihre Rundfunkgeräte wurden am 23. September 1939 eingezogen. Die sogenannte „Sühneabgabe“ wurde am 19. Oktober 1939 um 25 Prozent erhöht. Ende 1939 wurde ihnen die Kleiderkarte entzogen und sie wurden auch bei der Zuteilung der Lebensmittel benachteiligt, da laut Verordnung vom 2. Dezember 1939 auf die mit „J“ gekennzeichneten Lebensmittelkarten manches nicht aufgerufen wurde. Darüber hinaus wurden ihre Einkaufsmöglichkeiten auf bestimmte Zeiten beschränkt. Am 13. April 1940 wurden sie aus der privaten Krankenversicherung ausgeschlossen. Zum 30. September 1940 wurden ihnen die Fernsprechanschlüsse gekündigt; nur für Kranken- und Zahnbehandler galten Ausnahmeregelungen. Am 1. September 1941 wurde Juden auch die Benutzung öffentlicher Telefonzellen verboten. Es war dieselbe Zeit, als die Pflicht, den Stern zu tragen, im „Reichsgesetzblatt“ verkündet wurde.

Zu dieser Zeit, im Zuge des Beginns des Überfalls auf die Sowjetunion, ist die Entscheidung darüber bereits gefallen, die europäischen Juden durch perfekt organisierten Massenmord zu töten. Bereits am 14. Oktober 1941 war der erste Deportationsbefehl für deutsche Juden mit Bestimmungsort Lodz von Kurt Dalwege, dem Chef der Ordnungspolizei, unterzeichnet worden. Am 25. November wurden die deutschen Juden vogelfrei, als ihnen durch die 11. Verordnung zum

*) Vortrag gehalten auf der Gedenkfeier des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München am 29. September 1988 im Ärztehaus Bayern in München anlässlich des „Entzugs der Approbation jüdischer Ärzte vor 50 Jahren“

Reichsbürgergesetz bei ständigem Aufenthalt im Ausland, also sowohl bei Emigration, aber auch bei Deportation, die deutsche Staatsangehörigkeit entzogen, aber auch ihr Vermögen zugunsten des Reichs eingezogen wurde. Den Ärzten, die zu dieser Zeit noch im Reichsgebiet lebten, und denen nicht die Emigration gelungen war, stand dasselbe Schicksal wie allen europäischen Juden bevor: die Shoa, der Holocaust, des europäischen Judentums.

Dies alles ist jedoch nur das grausame Ende einer Entwicklung, die 1933 eingesetzt hat und die seit 1939 einer steten Verschärfung unterlag, bis hin zur Teilhabe am Schicksal des gesamten europäischen Judentums. Doch bereits am Anfang steht Terror und Mißhandlung, noch bevor am 7. April 1933 die Reichsregierung das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ beschloß, das mit einer Verordnung vom 22. April sinngemäß auch auf die Kassenärzte ausgedehnt wurde. Der § 3 „Beamte, die nicht arischer Abstammung sind, sind in den Ruhestand zu versetzen“ lautet in dieser Verordnung „Die Tätigkeit von Kassenärzten nicht arischer Abstammung und von Kassenärzten, die sich in kommunistischem Sinne betätigt haben, wird beendet. Neuzulassungen solcher Ärzte zur Tätigkeit bei den Krankenkassen finden nicht mehr statt.“

Schon 1932 ließ der SA-Standartenführer und SA-Arzt Erwin Villain jüdische Ärzte durch seinen SA-Sturm in Köpenick niederschlagen; der erste Tote war 1933 Dr. Arno Philippsthal aus Berlin-Biesdorf. Doch es ging bald über Terror gegen einzelne Personen hinaus. Hauptziel waren die Krankenkassen und Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens bzw. deren Ärzte. Ein Beispiel möge für viele stehen. Der Stadtarzt von Berlin-Lichtenberg Georg Löwentstein wurde am 30. Januar 1933 von der SA aus dem Amt geholt. Es hat – so berichtet er – „mich die SA auf den Händen möglichst schnell durch die Straßen geführt, durch viele Pferdeäpfel, entschuldigen Sie den Ausdruck, und am Wühlischplatz lag da eine große Schüssel mit Essen, in die die Leute hineingespuckt hatten – ich hatte in Berlin die Suppenküche eingeführt –; das mußte ich aussessen – unter Schlägen. Dann haben sie mich besinnungslos da liegen lassen, irgendwann bin ich in meiner Wohnung in Charlottenburg aufgewacht.

Meine Frau war damals mit den Kindern in der Tschechoslowakei. Am nächsten Tag war noch kein Nachfolger bestimmt und ich mußte wieder ins Amt. Die Leute haben sich nichts dabei gedacht. Das ist nur eine Erfahrung. Die Erfahrung war eine gedankenlose Brutalität.“

Von den Krankenkassen wurde gesagt – wie es der Breslauer Pathologe Martin Staemmler schon 1933 ausdrückte –, daß sie „in den letzten Jahrzehnten größtenteils marxistisch regiert und verwaltet waren. Nichts lag näher, als daß die jüdischen Ärzte sich in großer Zahl den marxistischen Parteien zuwandten.“ Äußerungen wie diese zeigen klar die Richtung, die eingeschlagen werden sollte. Indem man hier, wie überall, marxistisch und jüdisch gleichsetzte, ging Hand in Hand mit der Eliminierung der jüdischen Ärzte auch die der politisch aktiven einher. Nach der Unterstellung der Krankenkassen und der Kassenvereinigung unter Staatskommissare durch den Reichsarbeitsminister am 1. März 1933 wurden – oft unter dem Vorwand von Veruntreuungen – die Absetzung der bisherigen Vorstände vorgenommen und den Verbandsbeamten zum nächstzulässigen Termin gekündigt. Berlin sei hier wieder ein Beispiel. Zwar verfügte die NSDAP trotz der Annullierung der Mandate der KPD auch nach den Stadtverordnetenwahlen vom 12. März noch immer nicht über die absolute Mehrheit der Sitze. Da half nur mehr die Absetzung des Berliner Magistrats und die Einsetzung des Führers der nationalsozialistischen Stadtverordnetenfraktion Julius Lippert zum Staatssekretär von Berlin; jetzt war der Weg frei zur Säuberung des Berliner Gesundheitswesens durch den Stadtmedizinalrat Dr. Wilhelm Klein, Parteigenosse und Zahnarzt aus Wiesbaden. Schon am 17. März ließ er verlauten, daß er beabsichtige, die Ärztekollegien der städtischen Krankenhäuser grundlegend umzugestalten. Er empfing aus diesem Grund am Freitag eine Reihe von kommissarischen Bezirksbürgermeistern, die besonders über die Zustände in den Krankenhäusern berichteten und darüber Beschwerde führten, daß an den meisten städtischen Krankenhäusern 80 bis 90 Prozent, teilweise sogar 100 Prozent jüdische Kommunisten und Sozialdemokraten als Ärzte tätig seien. Dr. Lippert gab Anweisung, daß die Verträge aller dieser Ärzte zum nächstmöglichen Termin gekündigt werden. Im Kran-

kenhaus Moabit wurde es bald ernst damit. „Er räumte“, wie es am 21. März im „Völkischen Beobachter“ heißt – dort „auf“. „Die Beschwerden der Staatskommissare für die Berliner Bezirke“ – so heißt es weiter – „über die Verjudung der städtischen Krankenhäuser haben den neuen Stadtmedizinalrat PG Dr. Klein veranlaßt, die Verhältnisse im Moabiter Krankenhaus einer Untersuchung zu unterziehen. In deren Verlauf sind nicht nur der Stadtarzt Dr. Harms und der leitende Arzt der gynäkologischen Abteilung, Dr. Siegbert Joseph, sondern auch die Volontärärzte Czapski, Halpern, Wolff, Frl. Riesenfeld und Frl. Teichmann, die Medizinalpraktikanten Cohen, Horn, Peysack, Goldstein, Schereschewsky, Steinberg und Frl. Weil sowie die Hospitanten Goldstern, Frl. Mitlin-Mirsky, Frl. Levy und Frl. Deutsch mit sofortiger Wirkung beurlaubt worden. Den Genannten, die entweder Juden bzw. Ausländer oder Angehörige der marxistischen Parteien sind, ist das Betreten des Krankenhauses verboten worden. Gegen Dr. Joseph wird wahrscheinlich noch ein Strafverfahren eröffnet werden.“

Doch Moabit war keine Ausnahme. Beim Bezirksamt Wedding – so berichtet die „Vossische Zeitung“ am 27. März 1933 – haben der Oberarzt des Krankenhauses in der Achenbachstraße, Dr. Levy, und vier nicht vollbeschäftigte Ärzte die Kündigung erhalten. Der Staatskommissar für die Geschäfte des Bezirksbürgermeisters in Neukölln teilt mit, daß „im Rahmen der Säuberungsaktion“ zwölf jüdischen Ärzten das Beschäftigungsverhältnis gekündigt worden sei. Ferner ist das Dienstverhältnis von drei jüdischen Ärztinnen im städtischen Säuglings- und Mütterheim Neukölln gelöst worden.

„Den jüdischen Ärzten des städtischen Krankenhauses Spandau und der Wohlfahrtsfürsorge ist gekündigt worden. Professor Bernhard Zondeck ist vom 1. April ab beurlaubt...“ „Die jüdischen Ärzte des Hauptgesundheitsamtes, Professor Dr. Seligmann, Dr. Boronski, Dr. Wolff und Dr. Cohn sind bis auf weiteres beurlaubt worden.“

Bei den Zwangsvorfürhrungen aus dem Gesetz für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der Zwangsvorführungsstelle im Hauptgesundheitsamt sind die jüdischen Ärzte völlig ausgeschaltet worden,

Bei venösen Beinleiden

Hepathrombin[®] hilft transepidermal.

Bei oberflächennahen venösen Symptomen.



2 x tägl.
topisch reicht

selbst-
regulierender
Heparin-
Speicher
über 12 Std.

Hepathrombin[®]

Hepathrombin[®] Salbe 50000: Zusammensetzung: 100 g enth.: Heparin 50000 I. E., Allantoin 300 mg, Dexpanthenol 400 mg. Anwendungsgebiete: Bei varikösem Symptomenkomplex, Thrombophlebitis, postthrombotischem Syndrom, Varizen, Wadenkrämpfen, Ulcus cruris. Bei Sport- und Unfallverletzungen (Hämatomen, Prellungen, Kontusionen, Distorsionen). Ferner bei Tendovaginitis sowie Narbenkontraktur. Gegenanzeigen: Bestehen nach derzeitigem Wissensstand nicht. Nebenwirkungen: In vereinzelten Fällen ist über allergische Hautreaktionen berichtet worden. Handelsformen und Preise: 100 g Salbe DM 38,55, 150 g Salbe DM 43,15, Anstaltspackungen. A 819-0. Stand 1/89. ADENYL-CHEMIE GM8H · 1000 Berlin 10

auch die jüdische Ärztin Frä. Dr. Nußbaum.

Der jüdische Leiter der Krüppelfürsorgestelle VII in Charlottenburg (Hildegard-Krankenhaus) Dr. Böhm ist entlassen worden. Zum Leiter wurde Dr. Kniepkamp von der orthopädischen Universitätsklinik bestellt. „Für zwei weitere ebenfalls jüdische Assistenten stellt die Universitätsklinik Ersatz.“

Doch das blieb nicht auf Berlin beschränkt. Überall in den großen Ballungszentren, in Breslau, in Hamburg, in München, um nur einige zu nennen, ist dies ebenso zu beobachten. „In Breslau“ – so wieder die „Vossische Zeitung“ vom 1. April 1933 – „sind gestern 28 jüdische Ärzte, die in den städtischen Krankenhäusern arbeiteten, gekündigt worden. Unter den Gekündigten befinden sich die Chefärzte mehrerer Krankenhäuser.“

Doch daneben stand – wie schon stets – brutaler Terror. Der Ambulatoriumsarzt Dr. Bruno Cohn war selbst Zeuge gewesen, wie „etwa Mitte März auf der Geschäftsstelle der Ambulatorien der AOK der Leitende Geschäftsführer, Herr Ebel, und auch ein Kollege, der den Chefarzt der Ambulatorien vertrat, nämlich Dr. Raphael Friedberg, kurz vor meinem Erscheinen dort aus der Geschäftsstelle verhaftet und dann vor meinen Augen abgeführt worden waren – mit blutenden Gesichtern und zerbrochenen Brillen in der Hand“.

Als die Aktionen gegen jüdische Ärzte einen stets größeren Umfang annahmen, bildete sich schon bei der Jüdischen Gemeinde ein Komitee mit dem Ziel, Verbindungen zu ausländischen Ärzteorganisationen aufzunehmen, um den Kollegen die Auswanderung zu erleichtern. Eine Sitzung des Komitees sprengten SS-Ärzte und verhafteten die Teilnehmer unter der Anschuldigung, eine marxistische Geheimorganisation entdeckt zu haben, die Greuelpropaganda betreibt; alle Teilnehmer wurden im Ausstellungspark am Lehrter Bahnhof einige Tage unter Mißhandlungen festgehalten. Am 14. März 1933 wurde der Stadtarzt am Prenzlauer Berg und sozialdemokratische Gesundheitspolitiker Alfred Korach auf Anweisung von Hermann Göring und Dr. Leonardo Conti durch einen SA-Sturmtrupp verhaftet und in das SA-Quartier Hedemannstraße gebracht; nach der Überstellung ins Polizeiprä-

sidium Alexanderplatz wurde er am 17. März 1933 wieder entlassen. Eine neuerliche Verhaftung zusammen mit 60 anderen Spitzenpolitikern der SPD erfolgte schon am 23. Juni 1933; nach neuerlicher Freilassung wurde er unter Polizeiaufsicht gestellt.

Das alles war jedoch nur ein erster Schritt zu dem, was noch kommen sollte. Den Auftakt dazu bildete der am 27. März von der NSDAP für den 1. April angekündigte Boykott aller jüdischen Geschäfte, Arztpraxen und Anwaltsbüros in Deutschland von 10 Uhr vormittags bis abends. Die Praxiseingänge jüdischer Ärzte wurden durch Plakate kenntlich gemacht und davor aufgestellte Posten der SA und SS warteten die Bevölkerung vor dem Betreten. In Moabit wurde wieder ernst gemacht. Der berüchtigte SA-Sturm 33 fuhr im Klinikgelände auf und holte die jüdischen Ärzte aus ihren Arbeitszimmern, Operationssälen und Krankenzimmern. Sie wurden verladen und in die ehemalige Kaserne in die General-Pape-Straße abtransportiert, das als wildes Konzentrationslager der SA diente. Unter den Verhafteten befand sich unter anderem Professor Dr. Kurt Goldstein, einer der Pioniere einer psychosomatisch ausgerichteten Neurologie; bei der Durchsuchung seiner Diensträume zertrümmerte die SA eine von ihm angelegte Sammlung von Gehirnpräparaten und Gewebsschnitten. Professor Goldstein wurde gerettet, ebenso wie sein Zellennachbar, der Psychoanalytiker Professor Dr. Erich Simenauer, damals Chirurg am Urban-Krankenhaus. Professor Goldstein bekam seine Kollegin und spätere Frau, die Nervenärztin Eva Rothmann, über Beziehungen zu einflußreichen Persönlichkeiten aus der Haft frei. Er wurde nach vier Tagen am 5. April 1933 aus der General-Pape-Straße entlassen unter der Auflage, daß er sofort das Land verlasse. Er floh unter Zurücklassung seiner kompletten Wohnungseinrichtung und seiner großen wertvollen Bibliothek in die Schweiz. „Er weigerte sich energisch“ – so Toni Cassirer, die Frau des Philosophen Ernst Cassirer, mit dem Goldstein eng befreundet war, selber auf der Flucht – „auch nur ein Wort über seine Erlebnisse zu berichten“.

Ernst Simenauer hatte seine Rettung einem anderen Umstand zu verdanken. „Zufällig war einer unserer Bewacher ein ehemaliger Patient von mir, dem ich kurz zuvor den Blind-

darm rausgenommen hatte. Um sich mir erkenntlich zu zeigen, veranlaßte er, daß auf der Rückseite meines Laufzettels handschriftlich vermerkt wurde: ‚Nicht mißhandeln‘. Als in der folgenden Nacht die SA-Wachmannschaft eine wilde Prügellorgie veranstaltete, hielt ich denen, als ich an der Reihe war, meinen Laufzettel mit dieser Aufschrift entgegen. Darauf befahl mir einer: ‚hinlegen!‘ und ich warf mich zu Boden und wurde verschont. Rechts und links von mir wurden einige Leute mit Knüppeln so lange geschlagen, bis sie tot waren, es war entsetzlich. Wenn sie sie wenigstens erschossen hätten, aber sie haben sie zu Tode geknüpelt! Mir hat dieser Zettel das Leben gerettet.“

Daneben gingen die Entlassungen gezielt weiter. Das gilt ebenso für das Krankenhaus Moabit wie für das ganze Reichsgebiet. Das gilt auch für München. An dieser Stelle ist es mir ein Anliegen, Frau Renate Jäckle von der „Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte in München“ zu danken, die mir die Unterlagen für München zur Verfügung gestellt hat. Diese von den Kolleginnen und Kollegen erarbeitete Dokumentation über die jüdischen Ärzte in München, die in Ihrer aller Hände ist, ist ein würdiges Mahnmal für die Toten und soll ein Zeichen unserer Verbundenheit für die noch Lebenden sein sowie eine Aufforderung, uns selbst der Vergangenheit zu stellen und es nicht bei dieser Veranstaltung heute Abend zu belassen. Für uns Medizinhistoriker ist dieses Dokument, das ärztliche Kollegen erstellt haben, eine Mahnung, es ihnen für andere Orte gleichzutun; denn etwas Vergleichbares liegt einzig in einer medizinhistorischen Dissertation für Wiesbaden vor.

In München hat nun am Vortag des Boykotts – und hier zitierte ich die Dokumentation – der „Völkische Beobachter“ bereits unter der Überschrift „Ausschaltung der jüdischen Ärzte und Schulärzte im Bereiche der Stadt“ über „einschneidende Verfügungen des kommissarischen 1. Bürgermeisters“ berichtet. Der neue Oberbürgermeister Karl Fiehler, ein Kampfgenosse Hitlers vom 9. November 1923, hatte angeordnet: „Die in den städtischen Krankenanstalten beschäftigten jüdischen Ärzte haben ihre Tätigkeit auf die Behandlung jüdischer Patienten zu beschränken. Ausnahmen können übergangsweise vom Direktor des Krankenhauses zugestanden werden, wenn der plötz-

liche Wechsel in der Behandlung dem Patienten gesundheitlichen Schaden bringen würde. Den jüdischen Ärzten, die Prosekturen vornehmen, ist nur das Sezieren jüdischer Leichen gestattet. Die durch diese Anordnung überzählig werdenden Ärzte sind, soweit sie Beamte sind, zunächst zu beurlauben, soweit sie Dienstvertragsangestellte sind, ist das Dienstverhältnis zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu kündigen. Jüdische Medizinalpraktikanten und jüdische Studierende sind nicht mehr zu beschäftigen.“

Am 1. April wurden auch am Schwabinger Krankenhaus Dr. Martin-David Mandelbaum, Professor Dr. Otto Neubauer, Chefarzt der II. Medizinischen Abteilung, und Professor Dr. Siegfried Oberndorfer, Leiter des dortigen Pathologischen Instituts, entlassen. Unter den jüdischen Medizinalpraktikanten war auch Frau Leni Castrillon, die Tochter von Professor Oberndorfer. Vergeblich wandte sie sich schriftlich an den Stadtrat von München: „Ich bin am 1. 4. 1933 nach den Bestimmungen vom 30. 3. 1933 von der I. Medizinischen Klinik (Geheimrat von Romberg), wo ich seit 9. 1. 1933 als Medizinalpraktikantin arbeite, beurlaubt worden ... bitte ich mein praktisches Jahr dort fortsetzen zu dürfen. Ich bin katholisch, mit einem Arier verheiratet und beabsichtige nach der Approbation nach Kolumbien auszuwandern.“ Doch auch dies fruchtete nichts.

Doch an anderen Orten blieb man nicht bei Entlassungen stehen, sondern schritt zum totalen Boykott weiter. Aus Ludwigshafen berichtete der „Völkische Beobachter“ am 10. April 1933, „das Bürgermeisteramt habe verfügt, daß seitens des Wohlfahrtsamtes für 16 jüdische Ärzte keine Krankenscheine mehr ausgestellt werden“.

Inzwischen war für alle diese Maßnahmen durch das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ die gesetzliche Grundlage gegeben worden. Zunächst ging allerdings noch nackter Terror daneben weiter. Am 21. Juni 1933 wurde wieder vom Köpenicker SA-Sturm Villains in der sogenannten „Köpenicker Blutwoche“ vom 20. bis 26. Juni 1933 zusammen mit 500 anderen – von 70 fehlt bis heute jede Spur – der sozialdemokratische Politiker Johannes Stelling, der ein Kontaktmann des Parteivorstands der SPD zur „Arbeits-

gemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte“ gewesen war, verschleppt, umgebracht und in die Dahme geworfen.

Anfang Juli 1933 glaubte schließlich die SA, unter dem Namen „Beratungsstelle für Ärzte“ eine Vereinigung marxistischer, kommunistischer und anarchistischer Ärzte entdeckt zu haben. Villains Männer verhafteten zusammen mit der Gestapo unter Mißhandlungen diese 50 Ärzte und brachten sie in das Zuchthaus Tegel. Es war eine Abteilung der Jüdischen Wirtschaftshilfe, die mit dem Reichsarbeitsministerium zusammenarbeitete, die hier ausgehoben wurde. Unter ihnen befand sich unter anderem der leitende Arzt der Beratungsstelle für Geschlechtskrankheiten am Prenzlauer Berg und ehemalige Sekretär der „Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte“ Hans Birnbaum.

Dieser Terror sollte jedoch sein vorläufiges Ende, zumindest bis zur Programmnacht 1938, finden, je mehr die Ausschaltung jüdischer Kollegen zu einem Verwaltungsakt wurde, der von der Kassenärztlichen Vereinigung ausgeführt und dessen Berufungsinstanz das Reichsarbeitsministerium war. Diese Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands war von den Nationalsozialisten am 2. August ins Leben gerufen worden, „um eine alte standespolitische Forderung der Ärzteschaft zu befriedigen, nämlich Ihnen die lange gewünschte Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Sozialversicherung zu geben“. Ihre Führung wurde zwar auch wieder Gerhard Wagner als Kommissar der ärztlichen Spitzenverbände übertragen, doch zieht unter ihm die gesamte Mannschaft der Hauptgeschäftsstelle des Hartmannbundes in Leipzig nach Berlin, um zur Geschäftsführung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands zu werden, angefangen vom geschäftsführenden zweiten Vorsitzenden Franz Reichert, über den Hauptgeschäftsführer Hermann Lautsch, die Generalsekretäre Johannes Hardt und Wilhelm Sonneburg, den Syndikus Rechtsanwalt Clemens Bewer, den volkswirtschaftlichen Syndikus Julius Hadrlich bis hin zu Dr. Kurt Töplitz, der allerdings 1935/36 selbst ein Opfer der Rassen-gesetzgebung wurde und noch 1938 eine Praxis in Zeuthen, Kreis Teltow, führte. In der Hand dieser Männer lag mit dem Recht auf Kassenarztzulassung wie der Berufsergänzbarkeit ein Machtfaktor von ganz besonderer

Tragweite, und zu ihnen hatten die Nationalsozialisten Vertrauen. „Sie ermöglicht“, so das „Deutsche Ärzteblatt“ 1934, „die weitgehende Disziplinierung solcher Ärzte, die immer noch gegen den Strom schwimmen.“ Vorläufig ging es um den Entzug der Kassenarztzulassung jüdischer und sogenannter kommunistischer Ärzte, und da bewährte sich die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands voll im Sinna der Machthaber. Im Jahre 1933 wurde 1568 Ärzten, Zahnärzten und Zahntechnikern die Kassenzulassung entzogen; von den 1464 Ärzten wurde in 294 Fällen bei Kollegen, denen nur aufgrund Ihrer nicht arischen Abstammung die Approbation entzogen worden war, die Entscheidung der Kollegen von der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands vom Reichsarbeitsministerium aufgehoben. Es handelt sich dabei um solche, die bereits am 1. August 1914 Beamte gewesen waren, im Ersten Weltkrieg an der Front für das Deutsche Reich und seine Verbündeten gekämpft haben oder in einem Seuchenlazarett tätig waren bzw. deren Väter bzw. Söhne im Weltkrieg gefallen sind. So sah es das Gesetz vor. Es gehört zu den tragischen Ironien, daß gerade die Kollegen, die aufgrund des Bescheides des Reichsarbeitsministeriums ihre Praxis bis 1938 weiterführen konnten, oft damit den richtigen Zeitpunkt zur Emigration versäumt haben und Opfer des Holocaust wurden.

Doch all das war den Nationalsozialisten nicht genug; ihr Ziel war das, was sie 1938 mit dem Entzug der Approbation wirklich erreichten, nämlich den Ausschluß aller Juden aus dem ärztlichen Beruf. Dies forderte auch ohne Umschweife bereits 1933 der Kommissar im Provinzialverband der Ärzte der Provinzen Brandenburg und Grenzmark Dr. Ruppin unverhohlen:

„Die freien akademischen Berufe, insbesondere die Ärzte, kommen mit weitesten Kreisen der Bevölkerung in persönliche Berührung und nehmen als Ärzte ihren Patienten gegenüber eine Vertrauensstellung ein, die ihnen Einfluß auf die Denkweise dieser Kreise einräumt.

Der Provinzialvorstand der Ärzte Brandenburgs hält es daher in unserem völkischen Staat für undenkbar, daß ein Jude die Möglichkeit behält, das Gift jüdischen Denkens auf diesem Weg auszustreuen. Durch die Überjudung ist unstreitbar die früher

Ideale Berufsauffassung in weiten Kreisen der freien Berufe dem jüdischen Geschäftsgeist bereits gewichen. Dieser Geist muß aus unserem Ärztestand ausgetilgt und jede Möglichkeit seiner Wiederkehr beseitigt werden. Mit schärfsten Mitteln ist die Korruption, soweit sie schon eingedrungen ist, auszurotten. Wir deutschen Ärzte fordern daher Ausschluß aller Juden von der ärztlichen Behandlung deutscher Volksgenossen, weil der Jude die Inkarnation der Lüge und des Betrugers ist.“

Die nächsten Jahre sind voll von Not und Elend für die Betroffenen sowie von weiteren Restriktionen.

Ab Mai 1933 werden bei Privatpatienten Rechnungen jüdischer Ärzte von der privaten Krankenversicherung nur anerkannt, wenn der betreffende Patient ebenfalls Nichtarier ist.

Gemäß der 2. Verordnung zur Durchführung des „Gesetzes über Ehrenämter in der sozialen Versicherung und Reichsversorgung“ vom 23. Juni 1933 dürfen nicht arische Ärzte nicht als Vertrauens- und Durchgangsarzte berufen werden und erhalten, falls sie nicht beamtet sind, zum 1. August die Kündigung.

Am 29. Juli wird verboten, daß deutschstämmige und fremdrassige Ärzte einander vertreten; daß deutschstämmige Ärzte Überweisungen an fremdrassige Ärzte vornehmen oder von ihnen annehmen; daß deutschstämmige Ärzte fremdrassige zu Konsilien zuziehen oder sich von ihnen zuziehen lassen. Dieses Verbot vom 29. Juli wird im Oktober 1933 dahingehend erweitert, daß Praxisgemeinschaften zwischen arischen und nicht arischen Ärzten grundsätzlich nicht gestattet sind.

Am 7. November 1933 werden nicht arische Ärzte von der Behandlung Hilfsbedürftiger durch die Bezirksfürsorgeverbände ausgeschlossen.

Am 20. November 1933 erfolgt eine Verordnung über die Zulassung von Ärzten, Zahnärzten und -technikern zur Tätigkeit bei den gesetzlichen Krankenkassen: „In Städten mit mehr als 100 000 Einwohnern werden vom Jahresende an nicht arische Ärzte und Zahnärzte usw. sowie Ärzte bzw. Zahnärzte, deren Ehepartner nicht arischer Abstammung sind, nicht mehr zu den reichsgesetzlichen Krankenkassen zugelassen. Die Tä-

tigkeit weiblicher nicht arischer Personen wird nicht beendet, wenn der Ehemann im Weltkrieg gefallen ist.“ Durch eine weitere Verordnung vom 17. Mai 1934 wird bestimmt, „daß die dauernde Entziehung der Zulassung zu verfügen ist, wenn ein Kassearzt eine Person nicht arischer Abstammung heiratet oder nach dem 1. Juli 1933 geheiratet hat. Die Verordnung vom 22. April 1933 wird aufgehoben, wodurch auch die Ausnahmeregelungen für nicht arische Frontkämpfer hinfällig werden“.

Am 8. Dezember 1933 werden Juden aus der Kraftfahrer-Vereinigung deutscher Ärzte ausgeschlossen.

Ab 11. Januar 1934 ist die Erlangung der medizinischen Doktorwürde für Nichtarier nur noch in Ausnahmefällen möglich. Dies findet mit dem Erlaß des Reichsministers für Erziehung und Unterricht vom 15. April 1937 endgültig sein Ende.

Am 5. Februar 1935 erfolgt eine Änderung der Prüfungsordnungen für Ärzte und Zahnärzte. Die Zulassung zu den Prüfungen und die Erteilung der Approbation ist vom Nachweis der arischen Abstammung abhängig zu machen.

Am 12. April 1935 schließt die Reichsschrifttumskammer sämtliche nicht arischen Mitglieder aus. Damit wird auch die schriftstellerische Tätigkeit jüdischer Ärzte, die an die Mitgliedschaft gebunden war, zunichte gemacht.

Das zu den „Nürnberger Gesetzen“ gehörende „Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ vom 15. September 1935 enthält auch die Bestimmung, „daß Juden weibliche Staatsangehörige deutschen oder artverwandten Blutes unter 45 Jahren in ihrem Haushalt nicht beschäftigen dürfen“. Letztere Bestimmung war für viele jüdische Ärzte mit jüngeren Sprechstundenhilfen ein schwerer Schlag.

In der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 wird schließlich die Approbation eines Arztes versagt, „wenn der Betreffende aufgrund seiner Abstammung oder der seines Ehegatten nicht Beamter werden kann, und wenn der Anteil der nicht deutschblütigen Ärzte an der Gesamtzahl der Ärzte den Anteil der Nichtdeutschblütigen an der Bevölkerung des Reiches übersteigt“.

Durch die 2. Verordnung zum „Reichsbürgergesetz“ vom 21. Dezember 1935 müssen leitende jüdische Ärzte an öffentlichen Krankenanstalten und freien gemeinnützigen Krankenanstalten sowie Vertrauensärzte mit Wirkung vom 31. März 1936 ausscheiden.

Ab 9. Oktober 1936 werden aufgrund eines Erlasses des Reichsministers des Innern über Notstandsbeihilfen Unterstützung an Behördenangestellte, die der Begleichung von Rechnungen jüdischer Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Kranken- und Heilanstalten, Entbindungsheime usw. dienen, nicht mehr gezahlt. Ab sofort werden Atteste jüdischer Ärzte nicht mehr anerkannt.

Am 1. Januar 1938 erlischt die bisherige Zulassung jüdischer Ärzte zu den Ersatzkassen; diese Regelung betrifft nicht die Pflichtkrankenkassen und die private Krankenversicherung.

Viele haben dem Druck dieser Jahre nicht standhalten können und wählten den Freitod. Für sie mag der Berliner Stadtverordnete der SPD Ludwig Jaffé stehen. Er entschloß sich, wie er selbst sagte, zu spät zur Emigration. Er hatte zwar 1933 die Kassenzulassung durch Dr. Karstedt, den Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium, zurückbekommen, doch war zu Schikanen 1936 die Verhaftung wegen des Verdachts der Vorbereitung zum Hochverrat hinzugekommen. Als Jaffé 1938 nach Holland ging, gelang es ihm nicht mehr, Fuß zu fassen. Etwa drei Wochen vor dem gemeinsam mit seiner Frau gewählten Freitod schrieb er 1939 an Alfred Korach, den ehemaligen Stadtarzt am Prenzlauer Berg: „Ich hatta für mein Leben hier meiner Meinung nach für eine ganze Zeit vorgesorgt, das erste aber, was ich erfuhr, war, daß die Börsenkrise des vorhergehenden Jahres den größten Teil davon verschlungen hat. Es war also nicht daran zu denken, daß ich etwa hier versuchen konnte, nochmals ein Examen zu machen und vielleicht mich dann nach drei Jahren niederzulassen, nicht einmal dazu hat es gereicht, was ich auch in Erwägung gezogen hatte, weiter nach USA zu gehen. Ich mußte eben versuchen, auf irgend eine Weise etwas zu verdienen. Schriftstellerisch war ich ja nie tätig gewesen. Ein Versuch, das zu tun, ist insofern mißglückt, als ich gewarnt wurde, das Machwerk zu veröffentli-

chen, weil es Fremden hier verboten ist, sich irgendwie politisch zu betätigen. Ich verstehe aber eigentlich nur von Sozialhygiene etwas, und das ist ja nie ohne politische Färbung zu schreiben. Dann haba ich versucht, durch Übersetzung medizinischer Artikel was zu verdienen, wurde aber nicht bezahlt. Dabei weiß ich ja auch gar nicht mal, wie lange es dauern wird, daß man uns hier unbelästigt weiterleben läßt. Die Nähe des Dritten Reiches erhöht unsere Sicherheit in keinem Falle. Ganz selbstverständlich haben wir auch unsere Schwierigkeiten mit den Pässen, denn das Deutsche Generalkonsulat hat sich geweigert, den inzwischen schon abgelaufenen Paß meiner Frau zu erneuern. Ich werde deshalb schon in den nächsten Tagen sehen, einen Ersatzpaß zu erhalten. Es ist dabei wirklich ein Glück für uns, daß wir durch Kautskys mit den führenden Genossen hier in nähere Beziehung gekommen sind. Sie werden mir sicherlich behilflich sein, soweit sie das hier können."

Auch die Emigration selbst wird für viele zum schwierigen Ereignis. Für die meisten jüdischen Ärzte brachte zwar die Zuspitzung der Entwicklung seit 1933 die Einsicht, daß die Emigration für sie unumgänglich wäre; und diese Erkenntnis kam um so früher, je politischer die Betroffenen von vornherein dachten. Gerade die älteren, die durch die Klausel des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ aufgrund einer Niederlassung vor 1914 oder durch die Teilnahme am Ersten Weltkrieg zunächst die Kassenzulassung behalten hatten und insgesamt aufgrund ihres Alters bereits an sich weniger Mobilität aufwiesen, hatten allerdings oft jede Möglichkeit zur Emigration verspielt und waren um so leichter später in die Vernichtungsmaschinerie des Dritten Reiches geraten.

So ist selbst der führende sozialdemokratische Gesundheitspolitiker Julius Moses trotz aller Verfolgung in Deutschland geblieben und 1942 im Konzentrationslager Theresienstadt umgekommen. Der Berliner Wohlfahrtsärztin Martha Wygodzinski, die schon vor 1914 zugelassen worden war, wurde zwar zunächst nicht die Kassenzulassung entzogen, doch 1938 verlor sie die Approbation; am 27. Februar 1943 ist sie im Konzentrationslager Theresienstadt umgekommen.

Zudem war es nicht leicht gewesen, aus Deutschland herauszukommen, wenn man die erste Zeit verpaßt hatte. Noch 1933 waren 422 Ärztinnen und Ärzte, 1934 1307 ausgewandert. Die Verteilung war 1933 noch so gewesen, daß Palästina mit 37,1 Prozent an der Spitze lag und dann die europäischen Nachbarländer mit 54,1 Prozent folgten, wobei Frankreich mit 11,1 Prozent die Reihe anführte, und die außereuropäischen Länder einschließlich der USA nur 8,6 Prozent ausmachten. Doch bald machten sich auch in den Gastländern Abschottungstendenzen gegen die aus Deutschland zuwandernden jüdischen Ärzte geltend. 1934 weiß Franz Wolff von der „Reichsstelle für Auswanderungswesen“ für die europäischen Staaten als Voraussetzung für die Ausübung des ärztlichen Berufs zu berichten:

- „1. Ablegung der im Lande vorgeschriebenen Reifeprüfung und im Anschluß daran normales medizinisches bzw. zahnheilkundliches Studium in: Frankreich, der Schweiz,
2. nochmaliges Ablegen der ärztlichen bzw. zahnärztlichen Abschlußprüfung in der Landessprache, gegebenenfalls nach einem Nachstudium von mehreren Semestern und staatlicher Registrierung in: Belgien, Großbritannien, Italien, den Niederlanden, Spanien, Südslawien,
3. Erwerb der betreffenden Staatsangehörigkeit vor Zulassung zur Berufsausübung in: Frankreich, Luxemburg, der Schweiz, Spanien, Südslawien.“

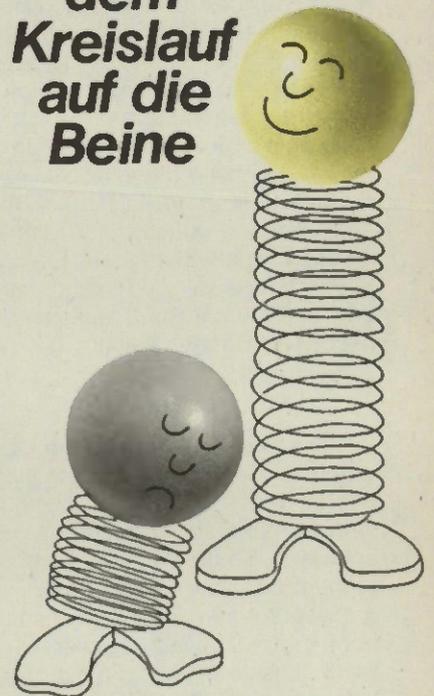
Die Lage war in den außereuropäischen Ländern – sieht man von der Sondersituation in Shanghai ab, wo allerdings die Existenzmöglichkeiten sehr beschränkt waren – nicht viel besser. In Palästina begann der absolute Zulassungsstopp 1935, nachdem 1933, 1934 und 1935 30, 40 und 45 Prozent aller Neuapprobationen auf deutsche Emigranten gefallen waren; und dies waren 929 Ärzte und 153 Zahnärzte gewesen. In den Vereinigten Staaten von Amerika war mit Ausnahme des Staates New York – und das dauerte auch hier nur bis 1936 – die Situation nicht grundlegend anders. Während in New York bis 1936 etwa 500 Emigranten ziemlich formlos die Praxiserlaubnis erhielten, und damit 4 Prozent der dort tätigen

Verladyn® - Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 1,0 mg Dihydroergotaminmesilat, 1 ml Lösung (20 Tropfen) enthält: 2,0 mg Dihydroergotaminmesilat. **Anwendungsgebiete:** Hypotone und orthostatische Kreislaufregulationsstörungen, vaskuläre Kopfschmerzen, Migräne, Wetterfühligkeit. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Mutterkornalkaloiden. **Vorsicht!** bei unzureichender Durchblutung der Herzkranzgefäße und bei Bluthochdruck. Erste drei Schwangerschaftsmonate. Ab dem vierten Schwangerschaftsmonat bei strenger Indikationsstellung. **Warnhinweis:** Lösung enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Nebenwirkungen:** Selten Übelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen oder allergische Hautreaktionen (Hautödem, Hautjucken, Hautausschlag). **Warnhinweis:** Bei zu langer und zu hoch dosierter Anwendung kann es bei individueller Überempfindlichkeit zu Taubheitsgefühl in den Fingern und Zehen oder Kältegefühl in Händen und Füßen sowie Muskelschmerzen in Armen und Beinen kommen. Des Präparat ist dann abzusetzen.

Verladyn®

Dihydroergotaminmesilat

hilft
dem
Kreislauf
auf die
Beine



Verla-Pharm
Arzneimittelfabrik
8132 Tutzing

Ärzte eusmachten, waren es in allen anderen Staaten zusammen 0,4 Prozent der in ihnen zugelassenen Ärzte. Zwanzig von allen 48 Staaten forderten die Staatsbürgerschaft, die mindestens fünf Jahre Wartezeit erforderte, ebenso wie die Wiederholung des Studiums oder zumindest der Prüfungen als Voraussetzung. 21 Staaten haben auf diese Weise de facto aufgrund dieser und weiterer administrativer Bestimmungen nie Ausländern die Approbation erteilt, nicht zuletzt auf das Betreiben der amerikanischen ärztlichen Standesverbände, die auch im Staat New York von 1936 an eine strengere Regelung durchgesetzt hatten. So hat der Stadtarzt von Berlin-Lichtenberg, Georg Löwenstein, der seit 1936 in England und ab 1938 in den USA zu finden ist, erst 1941 seine Examina wiederholen können. Obzwar er staatlicher Gesundheitsbeamter in Maine wurde, und auch wissenschaftlich als Sozialhygieniker Anerkennung fand, sagte er 1979 von sich, daß er in Amerika eigentlich nie mehr hochgekommen wäre. „Ich hatte so viele praktische Intentionen und Pläne, aber mir fehlte eine Stelle, wie die in Lichtenberg, in der ich hätte entsprechend wirksam sein können.“ All das läßt den Zustrom der Emigranten in den USA zur Psychoanalyse und den Mental State Hospitals, für die es eine Sonderregelung gab, verstehen.

Insgesamt ist die Situation der Emigrantenärzte, besonders der Illegalen, in den europäischen Nachbarländern Deutschlands aber sehr schwierig. So gelingen dem Ambulatoriumsarzt Paul Marx Auswanderungsversuche weder nach England noch in die Schweiz. Obzwar ihm als Weltkriegsteilnehmer die Kassenzulassung zunächst nicht entzogen wurde, war er seit 1935 ständig psychischem Druck durch die Gestapo ausgesetzt gewesen. 1938 wurde ihm, wie allen anderen, die Approbation entzogen. Ab 1943 lebte er im Untergrund, wurde jedoch 1944 entdeckt, mißhandelt und ins Konzentrationslager Flossenbürg gebracht. Von den dort erlittenen Verletzungen erholte er sich nicht mehr bis zu seinem Tod 1958 in Braunschweig. Auch der Kreuzberger Stadtarzt Curt Dietrich Manfred Bejach hatte vergebliche Versuche gemacht, in die Vereinigten Staaten zu emigrieren; im Jahre 1944 wurde er nach Theresienstadt deportiert, wo er umgekommen ist. Der Charlottenburger Stadtarzt

und Professor für Hygiene an der Sozialhygienischen Akademie in Charlottenburg, Welter Oettinger, hatte zwar zunächst Emigrationsversuche in die USA und nach England unternommen, konnte aber nirgends Fuß fassen. Als er auf der Rückreise nach Deutschland 1938 bei Jaffé in Amsterdam Station machte, sagte er zu Recht, daß ihm zumute wäre, als ob er zu seiner Hinrichtung führe. Er wurde 1942 durch die Gestapo ins Ghetto Riga deportiert und ist dort verschollen.

Ansonsten galt es überall, Boden unter die Füße zu bekommen, um wieder, wenn auch oft in bescheidenem Maße, ärztlich arbeiten zu können – illegal bei anderen Kollegen oder legal nach Erfüllung der Bestimmungen des jeweiligen Landes. Selbst da, wo dies alles verhältnismäßig informell vonstatten ging, galt es, die ersten Klippen zu überwinden: Die stellvertretende Neuköllner Stadtärztin Käte Frankenthal zum Beispiel hatte zwar schon 1937, weniger als ein Jahr nach ihrer Ankunft, die Zulassung zur medizinischen Praxis in New York erhalten, doch warf ihre kleine psychiatrische Praxis über ein Jahr lang so wenig ab, daß sie als Eisverkäuferin und als Wahrsagerin und Handleserin in Nachtlokalen ihr Brot verdienen mußte. Bei den meisten bildete derartige nur ein Übergangsstadium. Manche jedoch kamen nie mehr davon weg. Der Berliner Zahnarzt Alexander Drucker mußte in den USA, wohin er 1940 von Paris aus emigrierte, seinen Lebensunterhalt als Hilfskraft bei der Columbia University verdienen. Der Zahnarzt Ewald Fablan hatte in Paris, ebenso wie in Prag, noch illegal als Zahnarzt gearbeitet, in den Vereinigten Staaten, wohin er 1939 nach seiner Internierung in Frankreich ging, konnte er aber bis zu seinem Tode nur mehr als Packer arbeiten.

Besonders schwierig wird die Situation für diejenigen, die sich erst nach der sogenannten „Reichskristallnacht“ zur Emigration entschlossen. Der Frankfurter Zahnarzt Dr. Benjamin Elk sei hier ein Beispiel: er hatte bei nicht jüdischen Freunden Zuflucht gesucht, wurde jedoch am 11. November 1938 dort verhaftet und nach Buchenwald gebracht. „In der Nacht zum 4. Dezember“, so berichtet 1977 seine Tochter Charlotte Zernik, „schellte es um 5 Uhr morgens an der Gartentür. Im Nachthemd liefen wir nach draußen. Vater war gekommen!

Voll Rührung und Dankbarkeit lagen wir uns in den Armen. Wir bemerkten, daß er Schwierigkeiten beim Gehen hatte und halfen ihm ins Haus. Er hatte offene Wunden an den Beinen, die man ihm in Buchenwald beigebracht hatte. Sein Kopf war kehlgeschoren. Er war so abgemagert, daß die Kleidung lose an ihm herunterhing. Er hatte eine Bedingung für die Entlassung aus dem Konzentrationslager das schriftliche Versprechen abgeben müssen, Deutschland mit Frau und Tochter bis zum 31. Dezember zu verlassen. Sonst drohe die Gefahr einer Wiederverhaftung, hatte man ihm bedeutet.“ Am 16. Dezember sollten sich die Elks in Hamburg einschiffen. Am 13. Dezember jedoch erklärte Uruguay alle im November ausgestellten Einreisevisa für ungültig. Die Elks hatten nun eine Ausreiseerlaubnis, aber kein Zufluchtsland. Eine in Antwerpen lebende Jugendfreundin, Aenne Elks, an die sie sich in ihrer Verzweiflung wandten, war bereit, mit ihrem belgischen Mann die illegale Einreise nach Belgien zu arrangieren. Wie in den meisten europäischen Asylländern war auch in Belgien Emigranten jede Berufsausübung untersagt. Zudem wurde die politische Lage wegen der deutschen Expansionspolitik täglich bedrohlicher. So bemühten sich die Elks um die Weiterreise nach den Vereinigten Staaten. Für die Tochter Charlotte, die im lothringischen Thionville geboren war und somit unter die französische Quote fiel, war ein Visum mühelos zu erhalten. Ein Verwandter des Vaters in New Jersey stellte das erforderliche Affidavit aus. Benjamin und Aenne Elk, die unter die litauische bzw. die deutsche Quote fielen, erhielten hingegen hohe Wartenummern. Auf Drängen ihrer Eltern und ihres Verlobten Hans Ansbach, seit Spätsommer 1939 Leiter der Tuberkulose-Abteilung des Jüdischen Krankenhauses in Berlin, fuhr Charlotte Elk Ende September 1939 mit dem holländischen Dampfer „SS Pennland“ von Antwerpen zu den Verwandten nach New Jersey. Benjamin und Aenne Elk blieben zunächst in Belgien. Sie wurden am 10. Mai 1940 in Belgien als feindliche Ausländer interniert, aber wegen der vorrückenden deutschen Truppen kurz darauf wieder entlassen. Als Aenne und Benjamin Elk von den ersten Judentransporten hörten, flohen sie nach Frankreich, wurden für kurze Zeit von einer Bekannten in Paris versteckt und flüchteten von dort weiter nach Hendaye an der französisch-

spanischen Grenze. Beim dritten Versuch gelang es Benjamin und Aenne Elk, die spanische Grenze zu überqueren. Nach einem Aufenthalt von drei Monaten erhielten sie von der Jüdischen Hilfsorganisation in Bilbao endlich Schiffskarten für die Vereinigten Staaten über Kuba.

Aus meiner eigenen Familie kann ich auch ein Beispiel hinzufügen: Mein eigener Onkel, Dr. Ernst Zucker, war Arzt gewesen; er wurde nach der sogenannten „Reichskristallnacht“ verhaftet und nach Dachau gebracht; er kam weiß zurück. Alle Versuche, über die „grüne Grenze“ in Nachbarländer zu kommen, waren ein Mißerfolg, ob es Holland oder die Schweiz waren. Gestapogewahrsam war stets die Endstation. Da er in Budapest geboren war, war auch, trotz Affidavit, keine Quotennummer für die Vereinigten Staaten zu erlangen. So galt es, alle Habe zu verkaufen und die Schiffskarte nach Shanghai zu lösen. Was dann folgte, war eine weitere Odyssee: Missionsarzt in Nanning, Flucht vor den rotchinesischen Truppen über Indochina und Hongkong zurück nach Shanghai. Den Rest des Krieges verbrachte er mit seiner Frau in dem von den Japanern dort errichteten Ghetto. Schließlich ist er nach Österreich zurückgekehrt, glücklicher als seine Eltern, die in Auschwitz ermordet wurden.

Bleibt abschließend noch die bange Frage zu stellen: War diese Vertreibung, Verfolgung und in letzter Konsequenz Ermordung vieler jüdischer Kollegen ein einmaliges Verbrechen des Nationalsozialismus oder steht dies als grausame Endstation einer längeren Entwicklung? Hier sind mehrere Tatsachen, die es bei diesen Überlegungen in Rechnung zu stellen gilt.

Zwar hatten die deutschen Juden 1871 ihre rechtliche Gleichstellung im Deutschen Reich erreicht, doch dieser ihrer Emanzipation entsprach nicht ihre soziale Integration; die Juden blieben weiterhin von so gut wie allen öffentlichen Ämtern ausgeschlossen. Trotzdem bedeutete die Emanzipation für die Juden in Deutschland sozialen Aufstieg, der vor allem in den großen Städten möglich war. Ziel war die Assimilation in diejenige Schicht, die der Motor der Judenemanzipation seit dem 18. Jahrhundert gewesen war, nämlich in das liberale Wirtschafts- und Bildungsbürgertum. Aus der nicht abge-

schlossenen gesellschaftlichen Integration ergaben sich der kaufmännische Bereich ebenso wie die freien Berufe als jüdische Aufsteigerberufe, besonders als Arzt, Rechtsanwalt oder Journalist. Politisch orientierten sich die deutschen Juden entsprechend ihrer Interessenlage weitgehend an den liberalen Parteien; erst im Laufe der Zeit wuchs der Anteil der Sozialdemokraten unter den jüdischen Stimmen bei den Reichstagswahlen von 15 Prozent 1914 auf 50 Prozent 1933 im Zuge des sich verschärfenden Antisemitismus.

Diese Emanzipation vollzog sich im Rahmen der Entstehung einer bürgerlich-industriellen Gesellschaft in Deutschland; gerade der jüdische Bevölkerungsteil war in diesem Prozeß insofern führend im Rahmen des liberalen Bürgertums beteiligt, als er rascher als andere auf Modernität reagieren konnte und sein altes Bildungsbewußtsein konsequent für den sozialen Aufstieg nutzte. Die durch die neue Entwicklung ökonomisch stark gefährdete Mittelschicht, vor allem kleine Handwerker, Händler, aber auch Bauern, identifizierte das sie Gefährdende mit den Juden. Eine Verschärfung des Antisemitismus war die unausweichliche Folge davon. Er setzte 1878/79 ein, hatte einen weiteren Höhepunkt in den neunziger Jahren sowie mit dem Ersten Weltkrieg. Heinrich von Treitschkes Wort „Die Juden sind unser Unglück“ steht am Anfang ebenso wie die Agitation des preußischen Hofpredigers Adolf Stöcker und geht parallel mit der Krise des Liberalismus in Deutschland einher. Es entstehen – zunächst kurzlebige – Antisemitenparteien. Dieser Antisemitismus bekommt in den neunziger Jahren eine neue Stoßkraft, indem er rassistisch geprägt und scheinbar wissenschaftlich begründet wird. Als solcher wird er Teil der Ideologie der neuen „Opposition von rechts“ im wilhelminischen Staat, nämlich der Alldeutschen um Heinrich Claß. Mit dem Ende des Ersten Weltkriegs verschärft sich dieser neue Antisemitismus; den Juden kommt die Sündenbockfunktion für die militärische Niederlage Deutschlands zu. Dieser Antisemitismus verschärft sich während der ganzen Weimarer Republik. Das führt dazu, daß er schon bald das verbindende Glied der meisten Parteien rechts von der Mitte wurde und selbst die konservativen Parteien stets auf diese Gesamtstimmung Rücksicht nahmen. Von den Liberalen waren es

nur DDP, die ihn konsequent bekämpften, ebenso wie im katholischen Lager das Zentrum; von den Linksparteien war es vor allem die Sozialdemokratie. Die Nationalsozialisten waren also keineswegs die einzigen, aber bald die radikalsten Verfechter dieser Judenfeindlichkeit. Vielmehr war es die bürgerliche Mittelschicht und der ihr zugehörige Teil des Bildungsbürgertums insgesamt, aus der sich der größte Teil des deutschen Antisemitismus rekrutierte. So waren für sie die radikalen Parolen der Nationalsozialisten von 1933 keineswegs besonders abstoßend oder überraschend.

Was die Ärzte betrifft, so ist zu bedenken, daß mehr als 50 Prozent in der NSDAP organisiert waren. Das ist eine erschreckend hohe Zahl für einen freien Beruf; sie liegt höher als bei den Lehrern und ist gleich den Juristen. Dieser Tatbestand ist zwar noch im einzelnen zu interpretieren. Sicher ist, daß als Bestandteil der mittleren und oberen Mittelschicht auch die Ärzte zusammen mit ihr ihre gesellschaftliche Entwicklung mitvollzogen hatten; das hieß, daß sie auch Anteil an ihrem Antisemitismus hatten. Dieser hatte auch spezifische Gründe. Wie bereits ausgeführt, war der ärztliche Beruf ein jüdischer Aufstiegsberuf, vor allem in den großen Städten, und da wieder am stärksten in Berlin und Wien. Im Deutschen Reich machte 1871 die jüdische Bevölkerung ein Prozent aus; von den Ärzten waren es damals fünf Prozent Juden, bei den Medizinstudenten waren es zehn Prozent. 1900 waren es von den Ärzten in Berlin 33 Prozent geworden. Seit den neunziger Jahren geht parallel mit dem Aufkommen des rassistischen Antisemitismus ein massiver ärztlicher Antisemitismus, und er artikuliert sich in den antisemitischen Organen. Er geht über die Studentenverbände sehr bald in die Universitäten ein. Der Geheimrat Gustav Stille ist in diesem Zusammenhang besonders zu nennen mit seinem Buch „Der Kampf gegen das Judentum“, das 1912 bereits in der 8. Auflage vorlag. Es sind die alten Stereotypen, die hier zu finden sind, wie Habgier, hohe Honorare des jüdischen Arztes, zu denen neue wie Humanexperimente, zu großer Anteil an Medizintechnik und infolgedessen entseelte Medizin oder Beschmutzung deutscher Frauen als Gynäkologe oder Geburtshelfer kamen, alle jetzt rassistisch getönt. Dieser Haß führte so weit, daß Abgeordnete der

Antisemitenpartei im Reichstag die Verstaatlichung des Gesundheitswesens forderten, um so den Juden den Zugang zum ärztlichen Beruf zu versperren. Mit dem Aufkommen der Krankenkassen und der Tatsache, daß ein hoher Prozentsatz jüdischer Ärzte, vor allem sozialistischer Provenienz, in ihnen und im öffentlichen Gesundheitswesen tätig war, werden die jüdischen Ärzte als jüdische Fabrikmediziner und Krankenkassenlöwen mit den Krankenkassen als sogenannte „marxistisch-jüdische Organisationen“ identifiziert, während sich die Standespolitik der deutschen Ärzte, die im Hartmannbund organisiert sind, sich gerade im Kampf gegen die Krankenkassen profiliert. Dieser antisemitischen Propaganda korreliert weiterhin eine Beteiligung jüdischer Ärzte im akademischen Bereich. Der Weg zum ordentlichen Professor bleibt weiter auf Ausnahmefälle beschränkt; Privatdozent und nicht-beamteter Extraordinarius bleibt weiter meist die Endstation. Deshalb war es den Nationalsozialisten so leicht, diesen Personenkreis zu enttarnen: man mußte ihm nur die Lehrbefugnis entziehen. Insgesamt gab es 1933 im Reichsgebiet 6488 jüdische Ärzte, also 13 Prozent. Mit den angestellten Ärzten haben sie 15 bis 18 Prozent ausgemacht. In Berlin waren sie von insgesamt 6558 mehr als die Hälfte, 3423, also 52,2 Prozent.

Auch die Ärzte betraf die wirtschaftliche Krise, und zwar betraf es vor allem die Tatsache, daß viele der Jungärzte keine Kassenzulassung erhielten. Das betraf zwar jüdische Ärzte in gleicher Weise, doch wurden auch hier die jüdischen Ärzte Zielscheibe des Antisemitismus.

Waren schon die seit 1919 gegründeten Assistenzarztverbände, die sich im „Bund Deutscher Assistenzärzte“ und im „Deutschen Akademischen Assistentenverband“ zusammenschlossen, christlich-national und damit auch antisemitisch eingestellt, so ist die 1926 gegründete „Reichsnotgemeinschaft Deutscher Ärzte“ sehr bald nichts anderes als ein Vorläufer des „Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes“, die insbesondere die Jungärzte in ihrer beklagenswerten Situation als Zielgruppe hatte. Hier bereitete sich bereits die radikale antisemitische Politik der Nationalsozialisten vor, die schließlich von Diskriminierung zu Vertreibung und Verfolgung führte.

Um zu verstehen, wie tief Antisemitismus in Stereotypen im Denken vieler Ärzte verbreitet war, sei hier in einem Zitat von einem Großen unseres Faches, von Theodor Billroth, angeführt, aus dem Jahre 1876. Zwar lobt er darin zunächst die Juden. „Sie haben vermöge ihrer lebhaften Phantasie auch oft Talent für Naturwissenschaft und für den ärztlichen Stand, während auf der anderen Seite die Schärfe ihres Denkens, die Energie und Ausdauer ihrer Arbeitskraft auch bei beschränkten materiellen Mitteln ihnen einen Erfolg Ihrer Tätigkeit zu sichern pflegt; sie sind daher nicht selten im Stande, das Höchste zu leisten, und leisten es in der Tat, denn die bedeutenden Menschen unter den Juden sind zugleich Schwärmer, idealisten, Humanisten, oft im allerhöchsten Sinne des über uns alle erhabenen Nazareners. Doch wo die Begabung, etwas zu erreichen, fehlt, und der edle ideale Ehrgeiz sich in äußerliche Eitelkeit, die Energie sich in ruhelose Zerfahrenheit verwandelt hat, wo bei der Wahl der Mittel, durch welche das vorge setzte Ziel erreicht werden soll, jede Rücksicht schwindet, da wird der zweifelte jüdische Kämpfer leicht in ein Gebiet hinausgedrängt, das die deutsche bürgerliche Gesellschaft meidet; um bei einer Carrière, die er nicht durchführen kann, den richtigen Ausweg zu finden, fehlt dem unbegabten Juden entweder die Energie, sie aufzugeben und eine neue anzufangen, oder die eigentliche Freude an der Romantik des Martyriums. Mit völlig unzureichenden Mitteln und völlig unmotivierter optimistischer Welterfahrung eine Carrière beginnen, ohne alle Selbsterkenntnis, im Vertrauen auf Glück und eigene Tätigkeit, ist spezifisch jüdisch; dieser Kampf kann gelegentlich Erfolge haben, doch ein Mißerfolg läutert den Juden nicht, sondern demoralisiert ihn. Es kommt mir vor, als wenn die ungarischen und galizischen Juden durch das ewige Untereinanderheiraten und durch das frühe Heiraten (Ehemänner von siebzehn und Frauen von zwölf Jahren gehören nicht gerade zu den Seltenheiten) stark degeneriert sind und in man-

chen Gegenden einer gewissen körperlichen und geistigen Verkommenheit entgegengehen. – Ein anderes muß noch hervorgehoben werden, da wir hier doch von den Juden auf den deutschen Universitäten sprechen. Es ist ein ziemlich allgemein verbreiteter Irrtum, von den Juden als von Deutschen, oder Ungarn, oder Franzosen zu sprechen, die nur eben zufällig eine andere Konfession haben, als die meisten übrigen Bewohner von Deutschland, Ungarn oder Frankreich. Man vergißt oft ganz, daß die Juden eine scharf ausgeprägte Nation sind, und daß ein Jude ebenso wenig wie ein Perser, oder Franzose, oder Neuseeländer, oder Afrikaner je ein Deutscher werden kann; was man jüdische Deutsche heißt, sind doch eben nur zufällig deutsch redende, zufällig in Deutschland erzogene Juden, selbst wenn sie schöner und besser in deutscher Sprache dichten und denken, als manche Germanen vom reinsten Wasser. Sie verlieren ihre nationale Tradition dabei ebensowenig je ganz, als die Deutschen den deutschen Typus da verlieren, wo sie unter anderen Nationen verstreut sind, wie in Siebenbürgen, Amerika. Es ist daher weder zu erwarten, noch zu wünschen, daß die Juden je in dem Sinne deutsch-national werden, daß sie bei nationalen Kämpfen so zu empfinden vermöchten, wie die Deutschen selbst; es fehlt ihnen dazu vor allem das, worauf unsere deutschen Empfindungen, mehr als wir uns zugestehen mögen, basieren, nämlich die gesamte mittelalterliche Romantik. Die Juden haben keine Veranlassung, mit besonderem Vergnügen an das deutsche Mittelalter zurückzudenken, während dies neben ja selbst vor dem klassischen Altertum (das im allgemeinen dem Juden auch ziemlich fern steht) die deutsche Jugend und auch die deutsche Gelehrtenwelt ganz erfüllt. – Daß bedeutende Menschen aller Zeiten und aller Nationen sich in den großen allgemeinen menschlichen Fragen stets sympathisch begegnen werden, ist klar, doch ebenso klar ist mir auch, daß ich innerlich trotz aller Reflexion und individueller Sympathie die Kluft zwischen rein deutschem und rein jüdischem Blut heute noch so tief empfinde, wie von einem Teutonen die Kluft zwischen ihm und einem Phönizier empfunden sein mag.“

37. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in

Grado

vom 21. Mai bis 2. Juni 1989

Es ist dies derselbe Billroth, der dem rassistischen Vulgarantisemitismus der Deutschnationalen um Ritter von

Schönerer vehement entgegengetreten war und selbst der „Liga gegen Antisemitismus“ angehörte. Trotzdem: diese Stereotypen, sehr bald rassistisch angereichert – selbst bei Billroth ist von Degeneration die Rede –, waren der Nährboden, auf dem auch bei Ärzten als Angehörige der oberen Mittelschicht ihre Vorurteile gegen ihre jüdischen Kollegen wuchsen, die sie – auch soweit sie nicht selbst sein Träger waren – meist hilflos im Kampf gegen den Antisemitismus vor 1933 und danach machten. Die militanten Antisemiten unter den Ärzten – und es waren zu viele – haben die Maßnahmen der Nationalsozialisten voll begrüßt und mitgetragen. Als Beispiel möge hier der Psychiater Maximilian De Crinis dienen. Die Stationen seiner akademischen Karriere sind Graz, Köln und Berlin; er gehörte stets der extremen Rechten an und wird 1934 als Nationalsozialist in Graz dienstenthalten. Vor dem „Verein Deutscher Ärzte“ in Österreich, Gau Steiermark in Graz, sprach er am 27. März 1933 von der „Medizin als Wissenschaft, ihr allmähliches Abgleiten von der Höhe einer Disziplin, die alles Geschehen in der belebten Natur in den Kreis der von jedem ihrer Schüler zu betrachten-

den Tatsachen stellte, in die Aufspaltung in Spezialgebiete, die zunehmende Teilung in klinische und Laboratoriumsforschung, die eine vollkommene Entseelung und Amerikanisierung, einen Forschungsbetrieb am laufenden Band zur natürlichen Folge hatten. Diese Entwicklung schuf den Boden für das massenhafte Eindringen rassefremder Elemente in die Medizin, die Wissenschaft wurde nur allzu oft zum Geschäft mit allen üblen Begleiterscheinungen...“. Eine dann gebrachte Statistik über „die Besetzung ordentlicher und außerordentlicher Lehrstellen an den deutschen Universitäten und Forschungsinstituten und über den Prozentsatz rassefremder Inhaber dieser Stellen“ beleuchtete besser als jedes erklärende Wort die Lage... „Denn, während man die Bodenständigen vor dem Studium warnte, seien 1918 allein in Wien eine namhafte Zahl ostjüdischer Mediziner und Ärzte eingebürgert worden...“. Erschloß mit dem Hinweis „auf die wunderbare Erhebung des deutschen Volkes, die wir in diesen Tagen miterleben“, und mit den Worten der festen Überzeugung, „daß auch für den deutschösterreichischen Arzt die Zeit der Hoffnungslosigkeit endgültig vorüber ist.“

Die Zeit der Hoffnungslosigkeit begann gerade damals für unsere jüdischen Kollegen und alle anderen, die sich dem Ungeist und dem Terror dieser Jahre widersetzen. Wir gedenken hier an dieser Stelle ihnen allen, den Opfern von Diskriminierung, Vertreibung und Verfolgung, den Verstümmelten und den Ermordeten unter ihnen. Für uns ist ihr Schicksal eine Mahnung an uns selbst, wachsam zu sein, auch und gerade heute, jedem Ansatz von Diskriminierung klar entgegenzutreten. Diese Gedenkstunde heute – und das sind wir nicht nur den Toten schuldig, sondern auch denen, die von ihnen noch unter uns leben – kann ihrer Funktion nur gerecht werden, wenn sie nicht Ende, sondern Anfang der Bereitschaft in uns ist, die Gegenwart niemals ohne die Reflexion auch einer für uns bedrückenden Vergangenheit zu gestalten, die ihre Schatten auch noch heute auf uns wirft.

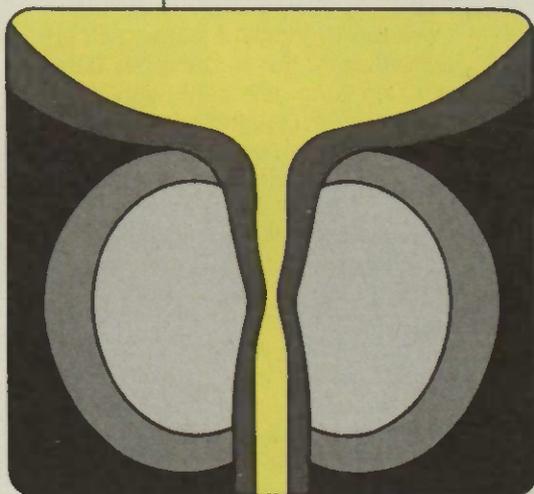
Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. phil. Gerhard Baader, Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin der Freien Universität Berlin, Klingsorstraße 119, 1000 Berlin 45

PROSTAMED®

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



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

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

Dosierung: 3 x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

Handelsformen und Preise:

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



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

Sechstes Münchener Perinatalgespräch

am 15./16. November 1988 im Ärztehaus Bayern

Auf Einladung der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns trafen sich etwa 50 Geburtshelfer, Kinderärzte und Statistiker sowie Vertreter der ärztlichen Körperschaften aus allen Bundesländern und Westberlin sowie der Autonomen Provinz Bozen am 15./16. November 1988 in München zum Sechsten Münchener Perinatalgespräch. Sein Inhalt und seine Aufgabe ist ein Erfahrungsaustausch über die organisatorischen, juristischen, finanziellen und statistischen Fragestellungen, wie sie in den Perinatalogischen Arbeitsgemeinschaften der einzelnen Bundesländer auftreten.

Die Erhebungen hatten 1975 mit der Münchener Perinatalstudie ihren Anfang genommen und wurden später als Bayerische Perinatalerhebung landesweit weitergeführt. Die vom Bayerischen Landesamt für Statistik ausgewiesene perinatale Mortalität sank in diesem Zeitraum von 19,1 auf 7,0 Promille. Die entsprechenden Werte der Bayerischen Perinatalerhebung lagen bis 1986 stets unterhalb und im Jahre 1987 mit ebenfalls 7,0 Promille gleichauf mit den amtlichen Zahlen.

Stand der Perinatalerhebungen in den Bundesländern

Im Mittelpunkt des Perinatalgesprächs steht traditionell der Erfahrungs- und Gedankenaustausch der Vertreter der einzelnen Bundesländer über Stand, Entwicklungen und Probleme der Durchführung ihrer Perinatalerhebungen. Moderiert von Dr. F. Conrad, München, gab diese Gesprächsrunde auch dieses Jahr allen Teilnehmern wertvolle Anregungen und Impulse.

Tabelle 1 zeigt den Stand der Perinatalerhebungen in den einzelnen Bundesländern, ausgedrückt durch den Anteil der in der jeweiligen Perinatalerhebung erfaßten Geburten bzw. Kinder. Es ist erfreulich, daß sich die Teilnahme an den Perinatalerhebungen bereits in nahezu allen Bundesländern mit einem Erfassungsgrad von teilweise weit über 80 Prozent stabilisiert hat. Auch die Beteiligung an der Neonatalerhebung (Tab. 2), für die die Angabe eines Erfassungsgrades innerhalb eines Bundeslandes wegen des Fehlens einer amtlichen Vergleichszahl schwieriger ist, konnte weiter gesteigert werden. Sechs Bundesländer nehmen bereits an der Neonatalerhebung teil, fast alle übrigen erwägen die Einführung der Neonatalerhebung in naher Zukunft.

Von allen Teilnehmern besonders begrüßt wurde die zum 1. Januar 1988 begonnene Durchführung der Perinatalerhebung in den Geburtskliniken der Autonomen Provinz Bozen.

Hierzu wurde der Perinatalogische Erhebungsbogen ins Italienische übertragen, so daß er in Südtirol nun in zwei Sprachen zur Verfügung steht. Der für die statistische Auswertung benötigte Durchschlag unterscheidet sich zwischen den beiden Versionen nicht, so daß die Daten unabhängig von der Sprache gemeinsam ausgewertet werden können. Die Durchführung der Auswertungen und Erstellung der Statistiken wird von den Trägern der Bayerischen Perinatalerhebung, der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, übernommen.

Den geburtshilflich tätigen Kollegen in Südtirol eröffnet diese Zusammenarbeit die Möglichkeit zur Teilnahme an einer ausgereiften und vielfach erprobten Dokumentation ohne allzu großen eigenen Entwicklungsaufwand. Die Perinatalogischen Arbeitsgemeinschaften der Bundesrepublik Deutschland können sich aus dieser Zusammenarbeit weitere interessante Vergleichs- und Diskussionspunkte für die eigene Arbeit erhoffen.

Der neuentwickelte Erhebungsbogen, in Bayern, Niedersachsen und Nordrhein bereits seit 1987 im Einsatz, wird seit Januar 1988 in sechs weiteren Bundesländern eingesetzt. Zurückgestellt wurde der Übergang auf den neuen Bogen vor allem noch dort, wo die Laufzeit der Perinatalerhebung mit dem bisherigen Beleg für einen Wechsel noch zu kurz ist. Aufgrund der bisherigen Auswertungsergebnisse mit dem neuen Erhe-

bungsbogen wurde von den Vertretern Bayerns vorgeschlagen, für einzelne Fragen aus dem Bereich Schwangerschaft die bisherige Abfrage, die nur eine Ja-Antwort vorsah, durch Nein-/Ja-Antworten zu ersetzen. Die Arbeitsgemeinschaften, in denen der neue Beleg bereits eingesetzt wird, werden diese Änderungen überwiegend übernehmen.

Um die Standardisierung der Dokumentation auch im Detail sicherzustellen, werden die Dokumentationsstäbe der einzelnen Arbeitsgemeinschaften auch weiterhin eng kooperieren. Ziel dieser Zusammenarbeit ist es, Ausfüllanleitung und Korrekturvorschriften einheitlich, in den wichtigen Fragen präzise und doch handhabbar zu halten.

Breiten Raum in der Diskussion nahmen die Auswirkungen des – zwischenzeitlich verabschiedeten – Gesundheits-Reformgesetzes auf die Qualitätssicherung in den Krankenhäusern ein. Herr Eggstein, Stuttgart, berichtete ausführlich über den gesetzlichen Hintergrund und den Stand der Diskussion zu diesem Thema. Eggstein zitierte u. a. die Stellungnahme der Landesärztekammer, derzufolge Maßnahmen zur Qualitätssicherung, sollen sie Wirksamkeit entfalten, Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung bleiben müssen, um unter aktiver Einschaltung des ärztlichen Sachverständigen die vom Gesetzgeber intendierten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität ärztlicher stationärer Versorgung zu realisieren. Unter den Perinatalogischen Arbeitsgemeinschaften besteht volle Übereinstimmung, daß gerade die Perinatalerhebungen auf dem Gebiet der Geburtshilfe den Auftrag zur Qualitätssicherung bisher vorbildhaft erfüllt haben.

Über die Ergebnisse einer Umfrage zur Intensität der Nutzung der Daten aus den Perinatalerhebungen in den einzelnen Perinatalogischen Arbeitsgemeinschaften berichtete Professor Berg, Amberg. Ertreulicherweise bestehen in einer Reihe von Bundesländern Möglichkeiten, um Fragestellungen, die sich aus den jährlich erstellten Klinik- oder Gesamtstatistiken ergeben, durch mehr oder weniger aufwendige zusätzliche Auswertungen weiter nachzugehen. Über zahlreiche derartige Auswertungen konnte bereits auf diesem und den vorhergehenden Perinatalgesprächen berichtet werden. Es wurde ver-

Tabelle 1: Perinatalerhebungen in den deutschen Bundesländern
(Stand: November 1988)

Bundesland	Beginn	1987			1988 (geschätzt aus 1. HJ'88)	
		Anzahl N	Kinder %	Anzahl Kliniken	Anzahl Kinder %	Anzahl Kliniken
Baden-Württemberg	1985	85 974	82,7	120	82	116
Bayern	1975	103 600	86,3	180	87	179
Berlin *)	1986	15 000	83,0	12	90	12
Bremen	1982	6 060	80,6	7	83	7
Hamburg	1982	16 657	99,9	18	100	18
Hessen	1981	43 148	78,4	64	85	74
Niedersachsen	1980	59 522	81,0	99	81	99
Nordrhein	1982	79 554	85,0	113	89	122
Westfalen-Lippe	1984	79 264	94,0	157	95	157
Rheinland-Pfalz	1985	33 382	87,8	67	88	64
Saarland	1985	9 931	94,5	20	95	19
Schleswig-Holstein	1983	13 616	52,5	20	53	20

*) Endgültige Jahresstatistik über den Zeitraum 1987 liegt noch nicht vor.

einbart, den Informations- und Erfahrungsaustausch über abgeschlossene, laufende und geplante Auswertungen aufrecht zu erhalten und wo möglich zu intensivieren, um auf diesem Wege beispielsweise parallele Arbeit in mehreren Bundesländern zu ersparen. Andererseits bringt es die Vielfalt der gefundenen technischen und organisatorischen Lösungen mit

sich, daß einer „Vereinheitlichung“ auf dem Feld der zusätzlichen Auswertungen auch in Zukunft pragmatische Grenzen gesetzt sein werden. Gerade aber die Vielfalt der Nutzungsmöglichkeiten und unterschiedlichen Akzentsetzungen in einzelnen Bundesländern kann die Attraktivität der Perinatalerhebungen insgesamt fördern.

Tabelle 2: Neonatalerhebungen in den deutschen Bundesländern
(Stand: November 1988)

Bundesland	Dokumentationsbeginn	1987	
		Anzahl Kinder	Anzahl Kinderkliniken
Baden-Württemberg	Januar 1987	5583	15
Bayern	März 1983	9027	32
Berlin	noch offen		
Bremen	Im Laufe des Jahres 1989		
Hamburg	Januar 1987	2034	6
Hessen	Januar 1989		
Niedersachsen	Januar 1980	8200	33
Nordrhein	Januar 1987	ca. 8000 *)	33
Westfalen-Lippe	Januar 1987	9577	34
Rheinland-Pfalz	Januar 1990 (voraussichtlich)		
Saarland	Januar 1990 (voraussichtlich)		
Schleswig-Holstein	Teilnahme an der Neonatalerhebung noch offen		

*) Endgültige neonatologische Jahresstatistik über den Zeitraum 1987 liegt noch nicht vor.

Personal-Computer für die Perinatalerhebungen

Die Vorarbeiten zur Entwicklung eines universell verwendbaren Programmpakets zur Durchführung der Perinatalerhebung auf Personal-Computer (PC), über die bereits auf dem F0nften Münchener Perinatalgespräch berichtet wurde, sind mittlerweile zum Abschluß gekommen. Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz des PC auf diesem Gebiet ist es, daß folgende Leistungen für alle interessierten Anwender sichergestellt sind:

- Standardisierte Erhebung vergleichbarer Daten,
- zeitnahe und qualitätsorientierte Auswertung von Daten,
- Vergleich der eigenen Daten mit denen anderer,
- kontinuierliche Betreuung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsmaßnahmen (Erhebungsbögen; Auswertungsprogramme usw.).

Um diesen Zielen näherzukommen, hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland nach eingehender Prüfung Mittel für die Entwicklung eines geeigneten PC-gestützten Systems bereitgestellt und mit dieser Aufgabe die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns im Zusammenwirken mit der Kommission für Perinatalogie und Neonatologie in Bayern beauftragt. Mit der Perinatalogischen Arbeitsgemeinschaft Niedersachsen besteht hierbei ein regelmäßiger Gedankenaustausch. Damit kann die Realisierung dieses Systems zügig in Angriff genommen werden. Nach seiner Fertigstellung kann dieses System bundesweit allen an den Perinatalerhebungen teilnehmenden Kliniken angeboten werden.

Neukonzeption der Neonatalerhebung

Die Beratung des derzeitigen Standes und des weiteren Vorgehens bei der Weiterentwicklung der Neonatalerhebung war ein Schwerpunktthema des diesjährigen Perinatalgesprächs. Zur Einführung gab Dr. Thieme, München, eine Übersicht über die Ziele der Neonatalerhebung und die hierbei zu lösenden organisatorischen und methodischen Fragen. Professor Riegel, München, stellte im Anschluß das erarbeitete Neukonzept in Einzelheiten vor. Eini-

ge noch offene Detailpunkte konnten in der anschließenden Diskussion geklärt werden.

Im Unterschied zur Perinatalerhebung, der mit Schwangerenvorsorge, Geburt und Wochenbett eine – trotz aller Risiken und Komplikationen im Einzelfall – vergleichsweise gut standardisierte Situation zugrunde liegt, haben wir es in der Neonatalerhebung bereits in der Ausgangssituation mit einem ganzen Bündel unterschiedlicher Problemstellungen zu tun. Vordergründig ist dies bereits aus den Unterschieden der Verweildauer abzulesen, die für sehr unreife Kinder bei über 100, für reife Kinder dagegen bei durchschnittlich 13 Tagen bzw. bei Zurückverlegung in die Geburtsklinik sogar unter fünf Tagen liegt. Durch einen Blick auf differenziertere Kriterien wird die Spannweite im Spektrum der neonatal versorgten Patienten noch deutlicher. So variiert die Sterblichkeit während des gesamten stationären Aufenthalts zwischen über 50 Prozent bei einer Tragzeit von unter 28 Wochen und etwa einem Prozent bei den ausgetragenen verlegten Kindern, für die Applikation von Antibiotika ergeben sich zwischen den Reifeklassen Schwankungen von über 90 bis unter 40 Prozent und bei der Beatmungstherapie werden die Unterschiede mit einer Spannweite von nahe 100 Prozent bei den extrem Unreifen und weniger als zehn Prozent bei den reif geborenen Kindern besonders deutlich.

Aus diesen wenigen Beispielen ergeben sich bereits zwei wichtige Bedingungen für die Neonatalerhebung. Erstens muß die Dokumentation unterschiedlich lange stationäre Behandlungsverläufe „verkräften“. Dabei müssen – auf der Basis eines einheitlichen Formulars – sowohl für sehr kurze als auch für überdurchschnittlich lange Aufenthaltsdauern verständliche und informative Statistiken erstellt werden. Dies gilt zweitens auch für die unterschiedlichen Diagnosen- und Befundmuster der versorgten Patienten, insbesondere bezüglich des Reifealters. Sowohl für die kleine Gruppe der sehr unreifen Kinder als auch für die überwiegende Zahl der reif Geborenen muß die Statistik die erwarteten Antworten geben können, keine dieser Gruppen darf in einem allgemeinen Durchschnitt untergehen.

Weitere Faktoren kommen hinzu, beispielsweise die variierende Ana-

mnese der Kinder, dargestellt durch Geburtsmodus, Primärversorgung, Transport, Aufnahmezustand, Zeitpunkt der Verlegung post partum usw.

Patentlösungen, die alle genannten und alle hier nicht eigens angesprochenen Probleme vollständig lösen, wird es auch in Zukunft nicht geben. Einigkeit bestand jedoch darüber, daß der nun vorliegende, bereits mit vielen Arbeitsgemeinschaften und Experten im Vorfeld abgestimmte und in Probeläufen getestete Neonatologische Erhebungsbogen die Probleme besser und umfassender meistern wird als sein Vorläufer. In Hessen, Niedersachsen und Bayern wurde dieser Beleg zum 1. Januar 1989 bereits eingeführt, weitere Bundesländer werden sich anschließen. Die zugehörigen Programmierarbeiten werden auf der Grundlage einer Förderung durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland derzeit von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns durchgeführt. Wie bisher werden die Auswertungsprogramme allen Perinatologischen Arbeitsgemeinschaften kostenlos zur Verfügung gestellt.

Ergänzend zu diesem kurzen Bericht wird auf die ausführliche Darstellung der Bayerischen Neonatalerhebung im „Bayerischen Ärzteblatt“, 2/89, verwiesen.

N. Lack, Hannover:

Vergleich der Perinatalstatistiken nach Einführung des neuen Belegs

Der ab 1987 in Bayern, Niedersachsen und Nordrhein neu eingeführte Perinatologische Erhebungsbogen hat sich in der Abfrage einiger Merkmale entscheidend verändert. Die Konsequenzen dieser Änderung auf die Statistiken werden an den Beispielen vorausgegangene Totgeburten, geplanter Entbindungsort, Chorionzottenbiopsie, Fetalblutanalyse, rasche Schwangerschaftsfolge, Muttermundweite bei Aufnahme und

Entbindungsmodus bei Beckenendlage untersucht.

Konsequenzen der Modifikationen

Da Totgeburten in der Anamnese mit zehn bis elf Promille 1987 etwa 1,5mal häufiger als Extrauteringraviditäten auftraten, ist deren separate Abfrage auf dem neuen Beleg sicher sinnvoll. Verglichen mit der Abortheufigkeit (14,4 bis 15,4 Prozent) war sie jedoch relativ gering. In Nordrhein wurde 1987 ein auffallend hoher Anteil von als Hausgeburt geplanten Klinikgeburten (7,5 Promille) dokumentiert (Bayern 2,9 Promille, Niedersachsen 3,9 Promille). In Niedersachsen wurden mit 4,1 Promille für Chorionzottenbiopsie und mit 37,3 Promille für Amniozentese vor der 22. und 2,7 Promille nach der 22. Woche vergleichsweise hohe Raten pränataler Diagnostik erzielt. Verglichen mit Nordrhein (9,1 Prozent) und Bayern (7,9 Prozent) wurden hier dagegen verhältnismäßig wenig (4,8 Prozent) Fetalblutanalysen durchgeführt. Die Raten für rasche Schwangerschaftsfolge liegen bei 1,4 bis 1,9 Prozent etwa ähnlich. Muttermundweiten von sieben Zentimetern und mehr bei Aufnahme wurden in Bayern (8,0 Prozent) häufiger als in Niedersachsen (6,9 Prozent) und Nordrhein (6,3 Prozent) dokumentiert. Die veränderte Abfrage des Geburtsmodus aus Beckenendlage hat die Interpretation der Statistiken in diesem Punkt erleichtert. Statt der früheren Abfrage „vaginale BEL-Entbindung“ wird nun unterschieden zwischen Manualhilfe, die der Spontangeburt zugerechnet wird, und Extraktion. Die Raten für Manualhilfe bei BEL-Einlingen betragen in Bayern 17,1 Prozent, in Niedersachsen 20,2 Prozent und in Nordrhein 18,3 Prozent.

Interessante Unterschiede zeigen sich insbesondere durch die in der neuen Statistik dargestellte Aufschlüsselung nach Geburtsgewicht (Tab. 3). Die primäre Sectiorate bei BEL-Einlingen unter 1500 Gramm ist in Niedersachsen (61,4 Prozent) deutlich höher als in Bayern (50,3 Prozent) oder Nordrhein (55,0 Pro-

80. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 20. bis 22. Oktober 1989

Einladung zum Test! Ab sofort bei uns: Die neue Eurocard.

Über Geld verfügen zu können, bedeutet ein wichtiges Stück Unabhängigkeit. Persönliche Freiheit heißt auch, zu je-



der Zeit und an fast jedem Ort ungehindert von seinem Geld Gebrauch machen zu können. Genau dies

ermöglicht Ihnen unsere neue Eurocard mit umfangreichen und exklusiven Zusatzleistungen. Allein in Deutschland bei über 100.000 Akzeptanzstellen, weltweit bei über 6,5 Millionen! Sie haben eine dreimonatige Testzeit. Innerhalb dieser Frist können Sie die Karte gegen Erstattung des Jahresbeitrages zurückgeben. Kommen Sie zu uns und beantragen Sie die „Eintrittskarte für die Welt“: Ihre persönliche Eurocard.



Volksbanken Raiffeisenbanken

Tabelle 3: Entbindungsmodus von Einlingen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 Gramm in Bayern, Niedersachsen und Nordrhein

1987	Bayern		Niedersachsen		Nordrhein	
	Schädel-lage %	Becken-endlage %	Schädel-lage %	Becken-endlage %	Schädel-lage %	Becken-endlage %
Spontan/Manualhilfe	48,2	35,4	30,5	28,9	37,9	30,0
Primäre Sectio	38,5	50,3	57,0	61,4	51,6	55,0
Sekundäre Sectio	9,5	12,2	10,9	6,0	8,5	9,4

zent). Entsprechend ist die Rate für Spontan/Manualhilfe und auch für sekundäre Sectio in Bayern (35,4 bzw. 12,2 Prozent) höher als in Nordrhein (30,0 bzw. 9,4 Prozent) und Niedersachsen (28,9 bzw. 6,0 Prozent).

Ländervergleich im Zeitverlauf

Die Zahlen der Statistik 1987 wurden mit den Vorjahreswerten der Jahre 1983 bis 1986 und mit den Zahlen aus Hessen, 1987 noch kein neuer Beleg, verglichen. Der relative Anteil dokumentierter Geburten hat sich seit 1983 in Bayern von 78 Prozent, in Hessen von 26,4 Prozent, in Niedersachsen von 19,2 Prozent und in Nordrhein von 59,9 Prozent auf die in Tabelle 1 dargestellten Werte verbessert. Während sich dies in Niedersachsen 1984 und in Hessen 1985 eher schlagartig mit der Erweiterung auf die flächendeckende Perinatalerhebung vollzog, geschah dies in Nordrhein mit stetiger jährlicher Zunahme.

Ein Plateau um 16 Prozent läßt erste Anzeichen einer Stabilisation der Sectorate in den vier Ländern ab 1986 erkennen. Die Beckenendlageinzidenz ist erstaunlich konstant. Sie zeigt weitaus größere Variabilität zwischen den Ländern (Bayern um 4,5, Hessen um 4,9, Niedersachsen um 4,6 und Nordrhein um 5,0 Prozent) als innerhalb jedes Landes im zeitlichen Verlauf.

In Nordrhein ist eine kontinuierliche Zunahme in der Sectorate bei Beckenendlage bei Einlingen von 69,2 Prozent auf 79,8 Prozent zu verzeichnen, während die Werte für 1987 in Bayern (81,1 Prozent), in Hessen (72,4 Prozent) und in Niedersachsen (78,0 Prozent) weitgehend den Vorjahreswerten entsprechen. In den Indikationen zur Geburtseinleitung „pathologisches CTG“ und „grünes Fruchtwasser“ ist zwischen 1986 und 1987 mit Einführung des neuen Beleges in Bayern, Niedersachsen und Nordrhein ein deutlicher Anstieg zu ver-

zeichnen. Die Indikation „grünes Fruchtwasser“ ist in Hessen seit 1985 von 10,3 auf 8,8 Prozent zurückgegangen. Erfreulich sind die ungebrochenen Verbesserungen im Zeitpunkt der Erstuntersuchung sowohl bei Risikoschwangeren als auch bei risikofreien Schwangerschaften.

Trendanalyse durch Verlaufsprofile

Als Beispiel für die Darstellung von Zeitverläufen werden die in Niedersachsen seit 1986 eingesetzten Verlaufsprofile vorgestellt. Diese sind im Prinzip nichts anderes als Trendkurven des um 90 Grad nach links gedrehten Klinikprofilgerüsts und stellen statistische Maßzahlen des Gesamtkollektives im Verlauf dar. Der Vorteil in dieser graphischen Darstellungsform liegt darin, daß neben der Trendanalyse des Gesamtmittelwertes auch Veränderungen in der Streuung aller Klinikwerte im Zeitverlauf erkennbar werden. Daneben bietet diese graphische Aufarbeitung von Perinatalstatistiken den Kliniken die Möglichkeit, ihre eigenen Klinikwerte in dieselbe Graphik aus ihrer Klinikstatistik zu übertragen und somit auf einen Blick den eigenen Klinikzeitverlauf in Relation zum Verlauf

Tabelle 4: Vergleich der in den Perinatalerhebungen dokumentierten Amniozentese-Raten bei Schwangeren über 35 Jahren (1986)

Bundesland	Schwengere 35 Jahre und älter		davon Amniozentese vor 22. SSW	
	N	%	N	%
Schleswig-Holstein	1024	8,4	316	30,9
Hamburg	1494	9,8	660	44,2
Bremen	387	8,0	84	21,7
Niedersachsen	4374	7,7	1312	30,0
Hessen	3601	8,9	1185	32,9
Nordrhein (1987)	7455	9,5	1796	24,1
Westfalen-Lippe	4475	6,3	1008	22,5
Rheinland-Pfalz	2344	7,4		(24-32) *)
Saarland	544	7,2		(22-30) *)
Baden-Württemberg	6065	7,1		(25-32) *)
Bayern	8915	8,9	2125	23,8

*) Schätzwerte in Klammern

Im Gesamtkollektiv zu analysieren. Die in Niedersachsen verwendeten Verlaufsprofile werden als Anfang einer graphischen Aufarbeitung weiterer Merkmale der Klinikstatistiken gesehen.

Zusammenfassend wird festgestellt, daß die Einführung des neuen Beleges wesentliche Verbesserungen mit sich gebracht hat, die sich nicht nur bei der Dokumentation, sondern auch bei der Interpretation der neuen Statistiken bemerkbar machen. Ein aussagefähiger Ländervergleich erfordert zusätzlich die Betrachtung im Zeitverlauf, da die Raten einzelner Merkmale jährlichen Schwankungen unterworfen sind, die aus einzelnen Jahresstatistiken nicht hervorgehen. In Niedersachsen werden seit zwei Jahren Verlaufsprofile eingesetzt, um diesen Sachverhalt zu veranschaulichen.

Professor Dr. R. Rauskolb, N. Lack, Hannover:

Häufigkeit einer Amniozentese aus Altersgründen

Im Rahmen der Pränataldiagnostik wird eine Amniozentese heute am häufigsten aus Altersgründen vorgenommen. Diese sogenannte Altersindikation bedeutet, daß allen Schwangeren ab dem vollendeten 35. Lebensjahr eine pränatale Chromosomenanalyse angeboten werden soll. Die dafür verfügbaren Laborkapazitäten unterliegen dabei in den einzelnen Bundesländern großen Schwankungen, wenn man die im jeweiligen Bundesland untersuchte

Carzodelan

forte pro Injektione

Reg. Nr. C 913

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

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

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

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



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

PHARMA-LABORATORIUM S. M. GASCHLER · 8990 LINDAU-SCHACHEN · TELEFON 0 83 82 / 53 06

Zahl an Fruchtwasserproben zu der Gesamtzahl der altersmäßig angesprochenen Schwangeren in Beziehung setzt. Für das Jahr 1986 weist Niedersachsen so gesehen mit 22 Prozent den niedrigsten Versorgungsgrad auf, weil hier die Voraussetzungen für ein Angebot an alle betroffenen Schwangeren mit nur drei zytogenetischen Laboratorien nicht gegeben waren. Andererseits werden wiederum in den beiden Stadtstaaten Hamburg und Bremen mehr Fruchtwasserproben aus Altersgründen untersucht, als Kinder von Müttern dieser Altersgruppe dort geboren wurden. Eine vergleichsweise geringe Kapazität für zytogenetische Untersuchungen in einem Bundesland bedeutet aber nicht zwangsläufig, daß den Frauen dort entscheidend seltener eine Pränataldiagnostik angeboten wird. Aufschluß über die tatsächliche Situation war hier am ehesten über die in allen Bundesländern etablierten landesweiten Perinatalerhebungen zu erwarten.

Im Rahmen einer bundesweiten Umfrage mit Ausnahme von Berlin wurde die Amniozenteserate bei Schwangeren ab Vollendung des 35. Lebensjahres für das Jahr 1986

erfragt. Diese Zahl ist nicht in den Perinatalstatistiken ausgewiesen und erfordert somit eine Sonderauswertung. Wegen der in den einzelnen Bundesländern unterschiedlichen Voraussetzungen für solche Auswertungen konnten in Rheinland-Pfalz, Saarland und Baden-Württemberg nur Schätzwerte angegeben werden; in Nordrhein wurde die Zahl für das Jahr 1987 angegeben. Die gemeldeten Daten sind in Tabelle 4 zusammengefaßt.

Für das Jahr 1986 zeigt sich zumindest für die Flächenstaaten ein weitgehend einheitliches Bild. Die Häufigkeit einer Amniozenteserate aus Altersgründen variiert zwischen 22,5 und 32,9 Prozent. In Westfalen-Lippe und Bayern liegt die Rate vergleichsweise niedrig, obwohl beispielsweise in Bayern die Zahl der zytogenetischen Laboratorien mit damals zehn mehr als dreimal höher lag als in Niedersachsen. Im Stadtstaat Hamburg findet sich die höchste, im Stadtstaat Bremen dagegen etwas überraschend die niedrigste Amniozenteserate, obwohl in Bremen eine vergleichsweise hohe Zahl an Fruchtwasserproben untersucht wird. Offensichtlich stammen die untersuchten

Mütter nur zum Teil aus Bremen selbst.

Die Ergebnisse zeigen, daß bundesweit die zum Teil sehr unterschiedlichen Voraussetzungen für eine pränatale Chromosomenanalyse zu keinen schwerwiegenden Benachteiligungen führen und die Indikation zur pränatalen Chromosomenanalyse aus Altersgründen gleich häufig gestellt wird. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß die Ärzte einerseits über die Landesgrenzen hinweg mit zytogenetischen Labors kooperieren, und die Patientinnen andererseits zum Teil weite Reisen auf sich nehmen.

Insgesamt lag im Jahr 1986 die über die Perinatalerhebungen ermittelte Amniozenteserate bundesweit etwa um 30 Prozent. Dabei handelt es sich um eine Mindestrate, weil neben einem gewissen Verlust bei der Dokumentation auch Schwangerschaften nicht erfaßt werden, die nach der Amniozenteserate mit einer Abortio, einem Spätabort oder einer Totgeburt unter 1000 Gramm endeten. Die tatsächliche Rate dürfte daher eher über dem hier ausgewiesenen Wert liegen.

Inferktionskrankheiten: Aktuelle Fortschritte in praktischer Medizin

80. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. R. Gross, Köln:

Einführung

Akute Infektionen können innerhalb von Stunden auftreten, meist mit Fieber, häufig mit Schüttelfrost. Chronischen Infektionen können relativ unspezifische Symptome, wie Müdigkeit, Depression, Gewichtsabnahme, Durchfälle, Nachtschweiß, pseudo-neurasthenische Symptome, um Monate vorausgehen.

Bei Diagnose und Differentialdiagnose von Infektionskrankheiten sind zwei Merksätze besonders zu beachten:

- Es gibt keine Entzündungssymptome, die nicht auch von einem Tumor veranlaßt sein können – und umgekehrt.
- Bei Verdacht auf eine Infektionskrankheit sollten dem Patienten folgende Fragen gestellt werden: Waren Sie innerhalb der letzten sechs Monate in den Tropen? Haben Sie Haustiere? Haben Sie nicht das bei uns übliche Geschlechtsleben? Nehmen Sie Medikamente und weshalb?

Werden alle diese Fragen glaubhaft verneint, so scheidet – unabhängig etwa von indizierten Labor- oder Röntgenuntersuchungen – ein großer Teil der Infektionskrankheiten aus. Tumoren werden durch die moderne Diagnostik häufiger und früher festgestellt als noch vor 20 Jahren. Umgekehrt haben unerkannte infektiöse Prozesse nach autoptischen Feststellungen um fast 50 Prozent zugenommen.

Ist Fieber das einzige und alleinige Symptom, so sollte die erste Frage stets lauten und gegebenenfalls überprüft werden: Besteht überhaupt Fieber? Man muß vorgetäuschte Temperaturen und inzwischen abgeklungene Infekte ausschließen. Nach Anstrengungen, schon nach langem Gehen, können Temperaturen bis 39° C auftreten, müssen sich aber in Ruhe innerhalb einer Stunde normalisieren.

Wenn Fieber besteht, kann der Typ subfebril, kontinuierlich, remittie-

rend, intermittierend, undulierend sein. Das führt zwar für sich allein selten zu einer Diagnose, kann aber wertvolle Hinweise geben. Bei der Einteilung der häufigsten Ursachen unklaren Fiebers unterscheidet man in der Praxis am besten Infektionen, Tumoren, Kollagenosen im weiteren Sinne sowie verschiedene andere Ursachen, nicht zuletzt Medikamente. Besonders hinzuweisen ist auf die seltener gewordenen oder durch Verschiebung des Altersgipfels leicht übersehenen Krankheiten, wie die subakute bakterielle Endokarditis, die Miliartuberkulose, intraabdominelle Abszesse und Osteomyelitiden verschiedener Lokalisation.

Bei einer Studie mit über 300 Patienten mit dem Monosymptom Fieber über 38° C und über eine Woche lag die Prävalenz von Kranken mit zum Teil unklaren, zum Teil falschen Diagnosen eindeutig im Bereich des Urogenitaltraktes. Es lohnt sich, diesen besonders sorgfältig und immer wieder zu untersuchen. Selbst in einer modern ausgestatteten Universitätsklinik lassen sich 25 Prozent dieser Fälle nicht klären. Hier hilft nur abwartendes Beobachten.

Professor Dr. G. Maass, Münster:

AIDS aktuell

Der Ablauf der Infektion eines Menschen mit dem HIV-Virus, dem sogenannten AIDS-Virus, erklärt sich im wesentlichen aus den biologischen Eigenschaften dieses humanpathogenen Virus. Zusammen mit verschiedenen tierpathogenen Viren gehört das HIV-Virus, von dem derzeit zwei Serotypen – HIV-1 und HIV-2 – bekannt sind, zur Gruppe der Lentoviren innerhalb der Familie der Retroviren. In der hiesigen Bevölkerung wurden bisher fast ausschließlich Infektionen mit dem HIV-1-Virus nachgewiesen. Dieses Virus wird – wie bereits länger bekannt ist – durch Sexualkontakte, durch virushaltiges Blut, virushaltige Blutprodukte sowie perinatal von einer infizierten Mutter auf ihr Kind übertragen. Unabhängig von der Eintrittspforte des Erregers in den Organismus bestimmt der selektive Tropismus des Virus für bestimmte Zellen des Immunsystems und des ZNS

den weiteren Verlauf der Infektion. Die häufig progressiven und wahrscheinlich irreversiblen Störungen der unterschiedlichen Immunfunktionen bei einem HIV-infizierten Menschen lassen sich direkt oder indirekt auf eine zunehmende Zerstörung der T-Helferzellen zurückführen, das heißt auf den Verlust jener Zellen, die auf ihren Oberflächen den phänotypischen Marker CD-4 tragen und auch als T₄-Zellen bezeichnet werden. Diese Zellen besitzen eine zentrale koordinierende Funktion in der Immunabwehr des Menschen, so daß der Ausfall dieser Gruppe der T-Zellen zu einem globalen Immundefekt führt, der sich klinisch u. a. durch opportunistische Infektionen und durch das Auftreten maligner Tumoren äußert.

Unterschiedliche neurologische Symptome als unmittelbare Folge einer HIV-Infektion des ZNS – nicht infolge der ebenfalls auftretenden Infektion des ZNS durch opportunistische Erreger – können während des gesamten Ablaufs der HIV-Infektion auftreten. Am häufigsten wird in der Spätphase der HIV-Infektion ein neurologisches Syndrom beobachtet, das von mehreren Untersuchern als AIDS-Demenzkomplex bezeichnet wird und durch Störungen kognitiver Funktionen (Wahrnehmungs-, Merkfähigkeitsstörungen usw.), durch Störungen der Motorik und durch Verhaltensauffälligkeiten gekennzeichnet ist. Die Pathogenese dieses AIDS-Demenzkomplexes ist derzeit nicht überschaubar.

Der infizierte Organismus zeigt eine Reihe von Immunreaktionen gegen das eingedrungene HIV-Virus, die sich gegen die einzelnen Bestandteile des Virus richten – offenbar in einer geregelten Reihenfolge. Die Antikörper gegen die Virushüllproteine besitzen in vitro eine neutralisierende Fähigkeit, für die Progredienz der Immunsuppression ist dieser Antikörper aber ohne Belang. Er ist sowohl bei AIDS-Kranken als auch bei asymptomatisch infizierten nachweisbar. Nach neueren Ergebnissen ist es möglich, Konzentrationsänderungen des sogenannten Anti-p24-Antikörpers und das Auftreten bzw. die fehlende Nachweisbarkeit von virusspezifischem Antigen zur Prognose einer individuellen HIV-Infektion zu verwenden. Ausführliche Untersuchungen bei Blutspendern haben gezeigt, daß zur Zeit eine nennenswerte Ausbreitung der HIV-Infektion über die bekannten Risiko-

gruppen hinaus in die Allgemeinbevölkerung nicht wahrscheinlich ist. Dies wird von einer Untersuchung von Egli an 656 Patienten mit Hämophilie A oder B unterstützt. Von diesen Patienten waren 60 Prozent HIV-infiziert. Die Untersuchung der Familienangehörigen dieser Infizierten ergab ausschließlich eine Infektionsübertragung bei den Sexualpartnern, in keinem Fall wurden andere Familienangehörige infiziert.

Professor Dr. W. Opferkuch, Bochum:

Campylobacter pylori – ein neuer pathogener Keim

Die entzündlich-erosiven Erkrankungen des Magens, vor allem die chronische aktive Gastritis vom Typ B und die peptischen Ulzera, sind durch die Wiederentdeckung des Bakteriums *Campylobacter pylori* durch Marshall in den letzten drei Jahren in den Mittelpunkt des Interesses der Gastroenterologen getreten. Die Frage, was hat ein Bakterium mit dem peptischen Ulcus bzw. mit der chronischen Gastritis zu tun, war gleichermaßen provokativ und faszinierend. Die bisher geltenden pathophysiologischen Vorstellungen gehen von einem multifaktoriellen Geschehen aus, wobei das Zusammenwirken der Einzelkomponenten nicht klar ist. Ausgangspunkt der Erkrankung ist ein Zustand, in dem die Balance zwischen der Schutzfunktion der Schleimhaut und der Aggression des Magens gestört ist. Wie es im einzelnen dazu kommt, kann nicht genau definiert werden. Faktoren wie Rauchen, Trinken, Streß, Medikamente und Prädisposition kommen dazu, und heute vor allem der Keim *Campylobacter pylori*. Die Hypothese ist nun, daß dieser Keim in diesem komplexen pathophysiologischen Ablauf eine entscheidende Rolle spielt.

Campylobacter pylori ist ein gramnegatives gebogenes Stäbchen, das unipolar mit vier bis sechs Geißeln besetzt ist und auf anspruchsvollem Nährboden in mikroaerophiler Atmosphäre angezüchtet werden kann. Im Magen findet es sich auf den Schleimhautzellen unter dem Magenschleim, manchmal in den interzellulären Spalt eindringend, wobei die Zylinderzellen auseinanderklaffen und teilweise ein degeneratives Aussehen und eine Verminderung der Mucingranula zeigen. Vereinzelt werden *Campylobacter pylori* auch intrazellulär in submukösen Schichten gefunden.

Wichtig ist die Tatsache, daß der Keim in zwei Formen vorkommt: in einer vegetativen Form, in der er, wie schon erwähnt, angezüchtet werden kann, und in einer Ruheform, in der er eine kugelige Gestalt annimmt und bisher nicht mehr in eine vegetative anzüchtbare Form übergeführt werden konnte. Diese Ruheformen scheinen deshalb von besonderer Wichtigkeit zu sein, weil sie uns den Infektionsweg weisen können und für das Verständnis der Epidemiologie des Erregers von entscheidender Bedeutung sind. Zahlreiche Untersuchungen in den letzten Jahren haben gezeigt, daß bei Patienten mit *Ulcus duodeni*, *Ulcus ventriculi* und *Antrumgastritis* in den Biopsaten bis zu 100 Prozent *Campylobacter pylori* gefunden wurden.

Es ist nun ein heftiger Streit zwischen den Gastroenterologen entstanden, ob dieser Keimnachweis irgendeine Relevanz für die entsprechende Erkrankung habe oder nicht. Dabei wird ins Feld geführt, daß auch bei sogenannten „Magengesunden“ *Campylobacter pylori* nachgewiesen werden kann. Aus diesen Untersuchungen geht aber bei sorgfältiger Durchführung auch hervor, daß *Campylobacter pylori*-positive Probanden histologisch sehr wohl Zeichen einer Gastritis haben. Auch ist die Frage offen, ob es unterschiedlich virulente Subtypen gibt. Also die Tatsache, daß *Campylobacter pylori* auch bei sogenannten Magengesunden gefunden wurde, ist zur Zeit noch kein stichhaltiges Gegenargument. Für die pathogene Bedeutung des Keims ist die Ausheilung von chronischen Gastritis- und Ulcusleiden nach alleiniger Antibiotikatherapie mit gleichzeitiger Senkung der Rezidivrate ein Argument. Wichtig ist dabei, daß es hier, anders als bei den üblichen Therapien, auch zu einer Ausheilung und Restitution der normalen Schleimhaut kommt. Für die pathogenetische Bedeutung des Keimes spricht auch, daß durch Infektionen im Selbstversuch eine akute Gastritis ausgelöst werden kann.

Zusammenfassend sprechen heute viele Argumente dafür, daß *Campylobacter pylori* eine hinreichende Bedingung für die Entstehung einer chronischen Gastritis bedeutet, das heißt nicht, daß nicht auch andere Ursachen zur Gastritis führen können. Schwieriger ist es, den Anteil des Keimes an der Ulkuserkrankung zu erfassen. Viele Autoren sind jedoch der Meinung, daß er eine notwendige Be-

dingung ist, die neben anderen Ursachen wirksam werden muß. Damit werden nicht die heute gängigen Vorstellungen der Ulkuserkrankung in Frage gestellt, sondern lediglich erweitert, indem man als Konsequenz der Therapiestudien die *Campylobacter pylori*-Infektion als eine notwendige zusätzliche Voraussetzung einer Ulkuserkrankung annimmt.

Hinzuzufügen ist noch, daß die Therapiestudien im jetzigen Stadium noch nicht dazu verleiten dürfen, Antibiotika im breiten Rahmen zur Ulkustherapie einzusetzen. Aber in naher Zukunft sind einige klare Empfehlungen zu erwarten.

Professor Dr. M. Dietrich, Hamburg:

Neue Gesichtspunkte bei Malariaerkrankungen

Die Zahl der Malariaerkrankungen nimmt in den letzten Jahren in der Bundesrepublik zu und schätzungsweise sterben allein in Afrika pro Jahr eine Million Kinder im Alter bis zu fünf Jahren. Die Zahl der jährlichen Erkrankungen in der Welt wird mit 300 bis 400 Millionen geschätzt, so daß diese Krankheit eine größere Bedeutung hat, als wir bei uns annehmen. Die Therapie der Malaria wird immer komplizierter und gehört in die Hand des Spezialisten, weil die Todesrate in den gemäßigten Zonen, also hier in Europa, mit drei bis fünf Prozent oder gemeldeten Fälle viel zu hoch ist; eine rechtzeitig erkannte und behandelte Malaria ist heute praktisch in jedem Fall heilbar.

Die Übertragung der Erkrankung erfolgt in der Regel durch eine Anopheles-Art, kann aber bei uns auch durch Blut oder eine gemeinsam benutzte Injektionsnadel übertragen werden. Die Parasiten halten sich im Gewebe, zum Beispiel in der Leber und in der Milz und letztendlich in allen durchbluteten Organen, auf, sie befallen aber auch die Erythrozyten und nur, wenn diese befallen sind, kommt es zu klinischen Symptomen. Wir unterscheiden nach den verschiedenen Fiebertypen die *Malaria tertiana*, *quartana* und *tropica*. Verursacht wird sie durch vier Erreger, von denen das *Plasmodium falciparum* der bekannteste ist; dieses führt zur *Malaria tropica*, die unbehandelt tödlich ist.

Diagnostiziert wird die Malaria im dicken Tropfen, das heißt, ein Blutausstrich wird getrocknet und mit der

Giemsa-Färbung werden die Erreger sichtbar. Zu der Diagnostik gehört auch der Ausstrich zur Differenzierung der Spezies, wozu wegen des unterschiedlichen Aussehens eine erhebliche Erfahrung gehört. Die Blutuntersuchung ist zur Diagnose der Malaria unverzichtbar, da im Krankheitsverlauf die unterschiedlichsten Organmanifestationen und deren Versagen vorkommen können, so daß beispielsweise alle Leber- und Nierenerkrankungen differentialdiagnostisch in Frage kommen. Die Untersuchung auf Antikörper ist bei der Malaria möglich, aber für die Diagnostik der akuten Malaria nicht geeignet.

Das älteste Therapeutikum ist das Chinin – auch Chinidin kann verwendet werden – und findet nach wie vor auch heute Verwendung. Das Problem bei der Anwendung besteht in den Nebenwirkungen und in der parenteralen Applikation, also per Infusionem. Das klassische Medikament der letzten 40 Jahre waren die 4-Aminochinoline, also vor allem Chloroquin (Resochin), aber es gibt immer häufiger Resistenzen, so daß es in absehbarer Zukunft zu einem Reserve-medikament wird. Heute wird die Malaria tertiana und quartana zu Beginn mit Resochin behandelt, weil hier keine Resistenzen auftreten, immer häufiger dagegen bei der Malaria tropica, an der man also trotz konsequenter Resochin-Prophylaxe erkranken kann. Zu den neueren Medikamenten gehört das 4-Chinolinmethanol, also das Mefloquin, als Lariam im Handel. Dieses Medikament wird eingesetzt in Resistenzgebieten und hat dort hervorragende Wirksamkeit erreicht. Die 8-Aminochinoline sind wichtig, weil sie vor allem Gewebsstadien der Malaria tertiana ausrotten können und so Rückfälle verhindern. Durch Aktivierung von Leberformen kann auch nach vielen Monaten trotz optimaler Prophylaxe eine Malaria tertiana auftreten, die dann mit Resochin und anschließend Fansidar behandelt wird.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß immer eine Diagnose mit Parasitennachweis erfolgen muß, wenn jemand aus einem epidemischen Gebiet kommt. Dazu gehört die Spezies-Differenzierung, um danach eine spezifische Therapie einleiten zu können. Kommt es zu einer Organbeteiligung bzw. zu einem Organversagen, müssen hochspezifische Zusatztherapien erfolgen, die nur eine tropenmedizinisch erfahrene Klinik durchführen sollte.

**Dr. G. Burchard, Hamburg:
Einheimische und tropische
Wurmkrankheiten**

Helminthen sind Würmer, die parasitär bei anderen Tieren leben. Sie lassen sich grob einteilen in Bandwürmer (Cestoden), Saugwürmer (Trematoden) und Fadenwürmer (Nematoden).

Nematoden sind lange, schmale, getrennt-geschlechtliche Würmer, die bei Menschen zum Beispiel im Darm vorkommen. Zu ihnen zählen auch die Filarien, deren erwachsene Form im Gewebe sitzt und Larven produziert, die sogenannten Mikrofilarien, die von blutsaugenden Insekten auf einen neuen Wirt übertragen werden.

Die Trematoden haben einen platten Körperbau, werden daher im Deutschen auch Egel genannt. Je nach Sitz der adulten Würmer kann man Darm-, Leber- und Lungenegel unterscheiden. Die im Unterschied zu den anderen Trematoden getrennt-geschlechtlichen Schistosomen zählen auch zu dieser Gruppe.

Die Würmer weisen sehr komplizierte Entwicklungswege und Zyklen auf, deren zentrales Problem darin besteht, bei ihrer Vermehrung neue Wirte für die Nachkommen zu finden. Bei Vermehrung im gleichen Wirt würden sie sich auf die Dauer die eigene Lebensgrundlage entziehen. So gibt es bei vielen Entwicklungswegen der Würmer Zwischen- und Endwirte. Der Mensch kann sich per os infizieren oder Larven dringen aktiv durch die Haut ein. Eier oder Larven werden insbesondere durch rohe Nahrungsmittel übertragen, zum Beispiel Ascaris- und Trichuris-Eier durch Gemüse, Bandwurmlarven mit rohem Fleisch, die Larven des Fischbandwurms und des chinesischen Leberegels mit Fisch, die Larven des Lungenegels Paragonismus durch Crustaceae. Perkutan erfolgt die Infektion durch freilebende Larvenstadien

beim Hakenwurm, durch im Wasser lebende Larven bei der Schistosomiasis und schließlich können auch Insekten die Larven einiger Wurmarten übertragen, zum Beispiel bei den Filarien.

Aus diesen Übertragungswegen lassen sich die Empfehlungen zur Prophylaxe von Wurmkrankheiten, insbesondere bei Reisen in tropische Länder, leicht ableiten: kein rohes Gemüse oder Salate essen, kein unzureichend gekochtes Fleisch, Fisch oder Krustentiere, kein Baden in Süßwasser und Schutz vor Mücken und Fliegen.

Würmer vermehren sich im allgemeinen nicht im Menschen, das heißt, sehr häufig findet man einen symptomlosen Befall. Aber sie können auch Allgemeinsymptome und/oder lokale Symptome hervorrufen. Eosinophilie, Urtikaria, eventuell Fieber, Gewichtsverlust, Müdigkeit bei entsprechender Exposition in der Anamnese sollten Anlaß sein, an eine Wurmerkrankung zu denken. Lokale Symptome können sein: mechanische Obstruktion der Gallenwege durch Fasciola hepatica; Druck auf umliegende Strukturen bei Raumforderungen oder Epithelschäden (z. B. bei Darmwürmern).

Die wichtigsten Organmanifestationen sind:

Zentralnervensystem: Es können Raumforderungen durch Granulombildung um Eier oder Larven entstehen. Hier ist zu nennen die viszerale Larva migrans oder Toxocariasis. Sie wird hervorgerufen durch Larven von Nematoden, die normalerweise in Tieren parasitieren und sozusagen nur aus Versehen in den Menschen eingedrungen sind. Von großer Bedeutung ist die Neurozystizerkose, die Besiedelung des Gehirns mit Larven des Schweinebandwurms Taenia solium, wobei der Mensch als Zwischenwirt fungiert. Je nach Lokalisation der Zysten kommt es zu neurologischen Herdzeichen, akutem oder chronischem Hydrozephalus und chronischer Meningitis. Die Zysten lassen sich am besten im CT nachweisen.

Augen: Sie werden besonders durch Loa loa, eine in Zentralafrika vorkommende Filarienart befallen; die adulten Würmer wandern im subkutanen Gewebe umher, die Larven halten sich im Blut auf. Die Würmer können sichtbar werden, wenn sie subkon-

S.O.S. Flugrettung
ev



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

**Mitglied werden
für eine gute Sache**

junktival wandern; auch Touristen werden gelegentlich befallen. Das Auge kann auch durch die viszerale Larva migrans oder durch die vorwiegend in Afrika vorkommende Onchocerkose invadiert werden.

Im Bereich der Lungen sind Zysten möglich, die von Larven hervorgerufen werden (z. B. Echinococcus cysticus) oder durch adulte Würmer, wie beim Lungenegel. Zum anderen können verschiedene Wurmlarven eine Lungenwanderung durchführen und dabei pneumonische Infiltrate verursachen. Das gilt insbesondere für Ascaris, Hakenwurm und Zwergfadenwurm, Strongyloides stercoralis. Infiltrate mit Eosinophilie sollten also auch an eine Helminthenerkrankung denken lassen.

In der Leber können im Bereich der Gallenwege erwachsene Saugwürmer parasitieren, auch bei der Darmbilharziose können Schistosomen-Wurmeier in die Leber gelangen. Schließlich können Wurmlarven in der Leber zu einer Schädigung führen, insbesondere durch die Larven des Hundebandwurms. Wenn also in einem bildgebenden Verfahren Zysten intrahepatisch nachgewiesen werden, sollte serologisch eine Echinokokkose ausgeschlossen werden.

Im Intestinaltrakt parasitieren eine Reihe von Nematoden, die in der Regel zu uncharakteristischen abdominalen Beschwerden führen. Hakenwürmer können sich in die Mukosa bohren, Blut saugen und so zu einer Anämie führen.

Im Bereich des Urogenitaltrakts können zystische Raumforderungen an den Nieren durch Echinococcus granulosus bedingt sein. Die wichtigste Erkrankung ist hier aber sicherlich die Bilharziose, hervorgerufen durch Schistosoma haematobium. Jede unklare Hämaturie oder Dysurie sollte bei entsprechender Exposition, also Süßwasserkontakt in endemischen Gebieten, an eine Bilharziose denken lassen. Die Diagnose erfolgt durch den parasitologischen Einachweis, im einfachsten Fall im Urin, eventuell auch im Biopsiematerial. Mittel der Wahl bei der Behandlung der Schistosomiasis ist Praziquantel (Biltricide).

Neben diesem Medikament ist noch Mebendazol (Vermox) als das wichtigste Therapeutikum bei Wurmerkrankungen zu erwähnen.

Referent:

Dr. med. E. Weber, praktischer Arzt,
Bahnhofstraße 2, 8587 Creußen

Personalia

Professor Dr. A. Struppeler 70 Jahre

Professor Dr. med. Albrecht Struppeler, Möhlstraße 28, 8000 München 80, Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Träger des Bayerischen Verdienstordens, konnte am 7. März seinen 70. Geburtstag feiern.

Münchener von Geburt, Medizinstudium an der Ludwig-Maximilians-Universität, dann Schüler der Professoren von Bergmann und Bodechtel schloß er seine Weiterbildung als Internist 1953 ab. Habilitation für Innere Medizin 1954, Anerkennung als Neurologe 1961, Oberarzt der Neurologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses rechts der Isar von 1959 bis 1963, apl. Professor 1961, erfolgte im Dezember 1968 die Ernennung zum ordentlichen Professor für Neurologie und klinische Neurophysiologie an der Technischen Universität und zum Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik, der er auch nach seiner Emeritierung 1987 weiter kommissarisch vorsteht.

**FV
AKTUELL**

Fachvermittlung
für besonders
qualifizierte Fach-
und Führungskräfte

Die Fachvermittlungsdienste der Bundesanstalt für Arbeit suchen Stellen für

Ärzte/Ärztinnen im Praktikum (AiP).

Auch in diesem Jahr richtet sich unsere dringende Bitte an Sie:
Helfen 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

Professor Struppler befaßte sich jahrzehntelang intensiv mit wissenschaftlicher Forschung. Seiner Initiative ist es zu verdanken, daß an seiner Klinik drei wesentliche Forschungsschwerpunkte innerhalb der Neurologie intensiv vorangetrieben wurden:

– Die normale und die krankhaft gestörte Motorik, gezielte Hirneingriffe (Stereotaxie), mikroneurographische Untersuchungen, Erkrankungen der Skelettmuskulatur, amyotrophische Lateralsklerose,

– Somatosensibilität – chronischer Schmerz und

– Neurotransmission und Neuromodulation sowie neurobiochemische Studien und die Neuroimmunologie.

Ca. 250 eigene Veröffentlichungen, 50 Buchbeiträge, ein Handbuch der klinischen Neurophysiologie und eine Monographia über Schmerz sind Niederschlag seiner wissenschaftlichen Aktivitäten.

Äußere Zeichen der Anerkennung dieses national und international anerkannten herausragenden Wissenschaftlers sind stichwortartig u. a.: Ehrenmitgliedschaft in vielen ausländischen Gesellschaften, Mitglied der American Academy of Neurology seit 1960.

Mit diesem Bild des wissenschaftlichen Renommées von Professor Struppler, der sich jahrzehntelang mit Leidenschaft und Ideenreichtum vielseitigen Forschungsaufgaben widmete, verbindet sich aber noch ein zweites Bild, nämlich das einer sehr differenzierten aktiven Persönlichkeit von uneingeschränkter Anerkennung als Lehrer, Forscher und Klinikleiter, eines warmherzigen Kollegen mit großer menschlicher Ausstrahlungskraft – all dies eingebettet in eine beispielhafte Bescheidenheit.

ad multos annos!

Dr. med. Bernhard Kugelgen, Neurologische Klinik am Nervenkrankenhaus Bayreuth, Cottenbacher Straße 23, 8580 Bayreuth, wurde als 1. Vorsitzender des Internationalen Arbeitskreises für Audiovision in Psychiatrie und Psychotherapie für zwei weitere Jahre wiedergewählt.

Dr. med. Walther Zimmermann, ehem. Chefarzt des Krankenhauses für Naturheilweisen, Edmund-Müller-Straße 4, 8024 Deisenhofen, wurde die Medaille „München leuchtet“ verliehen.

Professor Borelli und Dr. Hahn Vorstandsmitglieder der Kassenärztlichen Bundes- vereinigung

Für die Wahlperiode 1989 bis 1993 wurde Professor Dr. med. Dr. phil. Siegfried Borelli, Direktor der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, – seit 1981 Vorstandsmitglied der KVB – erneut in den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt. Neu gewählt in den Vorstand der KBV wurde Dr. med. Klaus-Michael Hahn, Chirurg, Vorsitzender des Bundesverbandes deutscher Belegärzte e. V., Belgradstraße 5, 8000 München 40, von 1976 bis 1984 und seit 1988 Mitglied der Vertreterversammlung der KVB.

Zum 1. Vorsitzenden der KBV wurde gewählt Dr. med. Ulrich Oesingmann, Allgemeinarzt, zum Stellvertretenden Vorsitzenden Dr. med. Otfried P. Schaefer, Internist, als weitere Beisitzer Dr. med. Norbert Tautz, Allgemeinarzt, Dr. med. Klaus-Dieter Kosow, Allgemeinarzt, Dr. med. Klaus Voelker, Internist, Dr. med. Eckhard Weisner, Internist.

Dr. med. Siegfried Recke, Leiter des Herz- und Lungenfunktionslaboratoriums an der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde der Albert-Knoll-Preis 1989 verliehen.

Doktor-Jubiläum

Dr. med. Horst v. Langsdorff, Allgemeinarzt, Bayrischzeller Straße 3 a, 8162 Schillersee 2, konnte am 31. März 1989 sein 56jähriges Doktor-Jubiläum begehen.

Privatdozent Dr. med. Axel-Mario Feller, Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie an der Chirurgischen Klinik der Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde von der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen der Jahrespreis 1988 verliehen.

Dr. med. Hedda Heuser-Schreiber, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Brunnsteinstraße 13, 8203 Oberaudorf, wurde in das Public Relations and Publicity Committee des Medical Women's International Association berufen.

Professor Dr. med. Lothar Horbach, Vorstand des Instituts für Medizinische Statistik und Dokumentation der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 6, 8520 Erlangen, wurde für das Jahr 1990 als erster nichtfranzösischer Wissenschaftler zum Präsidenten der Société Internationale de Démographie, Economie et Sociologie Médicales gewählt.

Professor Dr. med. Walter Seitz, em. Ordinarius für Innere Medizin der Universität München, Widenmayerstraße 36, 8000 München 22, wurde die Ehrennadel der Vereinigung der Bayerischen Internisten verliehen.

Bayerisches Ärzteorchester – Konzerte 1989

Leitung: Reinhard Steinberg

Programm:

Michael Glinka: Ouvertüre zu „Ruslan und Ludmilla“
(1804 – 1857)
Paul Hindemith: Symphonie „Mathis der Maler“
(1895 – 1963)
Ludwig van Beethoven: Symphonie Nr. 5, c-moll, Op. 67
(1770 – 1827)

Bad Kissingen: 29. Mai 1989, 19.30 Uhr, Großer Saal im Regentenbau
Erlangen: 30. Mai 1989, 20 Uhr, Stadthalle
München: 31. Mai 1989, 20 Uhr, Herkulesaal der Residenz

Das „Bayerische Ärzteblatt“ empfiehlt den Besuch der Konzerte.

– Eintrittskarten sind an allen öffentlichen Vorverkaufsstellen und den Abendkassen erhältlich –

Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberbayern

Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:
1 Hautarzt

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

Oberfranken

Hof/Saale:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Rödental, Lkr. Coburg:
1 HNO-Arzt

Hof/Saala:
1 Hautarzt

Lichtenfels:
1 Hautarzt

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

Mittelfranken

Landkreis Erlangen-Höchstadt:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:
2 Allgemein-/praktische Ärzte
(Praxisübernahmemöglichkeiten)

Gunzenhausen:
1 Chirurg

Ansbach:
1 Frauenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Roth/Stadt Schwabach:
1 Hautarzt

Landkreis Ansbach:
1 Internist

Nürnberg:
2 Internisten
(Praxisübernahmemöglichkeiten)

1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:
1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Nervenarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

1 Nervenarzt
(Gemeinschaftspraxis)

Fürth:
1 Orthopäde
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:
2 Orthopäden
(Gemeinschaftspraxis/
Praxisgemeinschaft)

Landkreis Nürnberger Land:

1 Orthopäde
(Gemeinschaftspraxis)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-307 (Frau Gresens / Herr Hubatschek).

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Ebern/Eitmann-Ebelsbach/Haßfurt, Lkr. Haßberge:
2 Augenärzte

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:
1 Augenarzt

Hösbach, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

Karlstadt/Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 HNO-Arzt

Bad Neustadt/Bad Königshofen, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 HNO-Arzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Internist

Planungsbereich Kitzingen, Lkr. Kitzingen:
1 Kinderarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Kinderarzt

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

Oberpfalz

Kirchenthumbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Sulzbach-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:
1 Augenarzt

Tirschenreuth:
1 Augenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Augenarzt

Roding, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Waldmünchen, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Landkreis Amberg-Sulzbach:
1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:

1 HNO-Arzt

Landkreis Schwandorf:

1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:

1 Hautarzt

Stadt Weiden:

1 Hautarzt

Landkreis Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Fürth i. W., Lkr. Cham:

1 Internist

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Internist

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Planungsbereich Tirschenreuth:

1 Kinderarzt

Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 3782-0.

Niederbayern

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Augenarzt

Mallersdorf-Pfaffenberg, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Augenarzt

Mainburg, Lkr. Keihelm:
1 Augenarzt
(Praxisübernahme)

Regen, Lkr. Regen:
1 Frauenarzt

Simbach am Inn, Lkr. Rottal-Inn:
1 HNO-Arzt

Landkreis Passau und kreisfreie Stadt Passau:
1 Hautarzt

Pfarrkirchen, Lkr. Rottal/Inn:
1 Hautarzt
(Praxisübernahme)

Regen, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Fürstenstein, Lkr. Passau:
1 Internist
(Praxisübernahme)

Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Internist
(Praxisübernahme)

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Kinderarzt

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:
1 Kinderarzt

Waldkirchen, Lkr. Freyung-Grafenau:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 421) 8009-0.

Schwaben

Dillingen oder Wertingen, Lkr. Dillingen:
1 Hautarzt

Nördlingen, Lkr. Donau-Ries:
1 Hautarzt

(Praxisübernahme)

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

Berufsständische Versorgungswerke nicht gefährdet

Während die Ärzteschaft mit einiger Spannung darauf wartet, wer Professor Siegfried Häußler als neuer Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung folgen würde, haben Sozialpolitiker der Koalitionsparteien und der SPD die Weichen für die nächste wichtige Sozialreform, die Rentenreform, gestellt. Auch diese Reform betrifft die Ärzteschaft ganz allgemein, wenn auch nicht so unmittelbar wie die Gesundheitsreform. Vorab läßt sich feststellen, daß die berufsständischen Versorgungswerke nicht gefährdet werden. Für sie bleibt entscheidend, daß der ärztliche Nachwuchs ungehindert den Versorgungswerken beitreten kann.

Der neue Paragraph 6 im Entwurf des Rentenreformgesetzes übernimmt faktisch das seit 1957 in Paragraph 7 Abs. 2 des Angestellten-Versicherungs-Gesetzes statuierte Befreiungsrecht für Angestellte, die einer berufsständischen Versorgungseinrichtung angehören. Das ist aus der Sicht der Versorgungswerke der wichtigste Punkt des Rentenreformgesetzes. Hinzu kommt, daß das Versicherungsverhältnis künftig auch dann nicht unterbrochen werden muß, wenn eine andere versicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt wird, sofern diese ihrer Eigenheit nach oder vertraglich im voraus zeitlich begrenzt ist und der Versorgungsträger für diese Tätigkeit den Erwerb einkommensbezogener Versorgungsanwartschaften gewährleistet. So heißt es jetzt in Paragraph 6 Abs. 5.

Damit ist in dem nun in das Gesetzgebungsverfahren eingebrachten Entwurf den Argumenten der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungswerke Rechnung getragen worden, die in ihrer Stellungnahme gegenüber dem ersten Diskussionsentwurf des Arbeitsministeriums darauf aufmerksam gemacht hatte, daß weder der Versichertengemeinschaft der Rentenversicherung noch den Versichertengemeinschaften der Versorgungswerke damit gedient wäre, wenn einzelne Versicherte, die nur vorübergehend ihre berufliche Tätigkeit verändern oder verändern müssen, auch die Versicherungssysteme wechseln müßten. Die ersten Gesetzesformulierungen hätten wohl diese Konsequenz gehabt. Als Fazit läßt sich festhalten, daß die Stellung der Versorgungswerke nicht oder nur sehr begrenzt geschwächt wird. Die Koalition hätte dies bereits in ihrem Diskussionsentwurf gewährleistet; die SPD hat nicht auf Änderungen bestanden, obwohl in ihren Programmtexten gegen die berufsständische Gliederung der Sozialversicherung zu Felde gezogen wird.

Aus der Sicht der freien Berufe gibt es also Anlaß, erleichtert zu sein und die Rentenreform freundlich zu begleiten. Aber diese Sicht wäre doch wohl zu eng. Auch für die Zukunft der Versorgungswerke bleibt es wichtig, daß die Politik die sich aus der Verschlechterung der Altersstruktur ergebenden Probleme wirklich langfristig löst. Diese Schlußfolgerung ist aber nicht aus dem Gesetzentwurf zu ziehen, auch wenn die Politik diesen Eindruck zu vermitteln versucht. Als einigermaßen sicher gilt, daß der von der Koalition und der SPD ausgehandelte Kompromiß die Finanzierung des Rentensystems für die nächsten Jahre und möglicherweise auch über das Jahr 2000 hinaus gewährleisten wird. Unterstellt wird dabei, daß die Wirtschaft auf einem mittleren Wachstumskurs verbleibt.

Nach geltendem Recht müßte der Beitragssatz von heute 18,7 Prozent des Brutto-Arbeitsentgelts je nach Beschäftigungslage auf 21,9 bis 22,8 Prozent im Jahre 2000 und bis 2010 auf 24,4 bis 25,9 Prozent steigen. Legt man nun den Konsensentwurf der Parteien zugrunde, so ergibt sich für das Jahr 2010 je nach wirtschaftlicher Entwicklung ein notwendiger Beitragssatz zwischen 21,2 und 22 Prozent. Durch die Reform wird die Rentenversicherung also um drei bis vier Beitragssätze entlastet. Das ist sicherlich ein wichtiger Effekt. Aber reicht er auch aus?

Darauf kann es eigentlich nur eine Antwort geben: der Entlastungseffekt ist nicht groß genug, um das Rentensystem langfristig zu stabilisieren. Denn bei einem Beitragssatz von etwa 22 Prozent wird es nicht bleiben, wenn die Politik an ihrer Grundsatzentscheidung festhält, das heutige Netto-Rentenniveau durchzuhalten. Die Verschlechterung der Altersstruktur wird sich aus heutiger Sicht nach 2015 wesentlich beschleunigen. Liegt der Beitragssatz dann bereits bei 22 Prozent, so wird er nach 2020 auf annähernd 30 Prozent steigen müssen. Das ist eine ganz und gar unrealistische Vorstellung. Die Rentenreform wird also früher oder später nachgebessert werden müssen. So langa damit zu rechnen ist, werden sich auch die Versorgungswerke in ihrem heutigen Bestand nicht als völlig gesichert ansehen können. Zunächst einmal sind jedoch die Gefahren für die berufsständischen Versorgungseinrichtungen abgewendet. Aber das Gesetzgebungsverfahren wird erst Ende des Jahres abgeschlossen sein; bis dahin gilt es, wachsam zu sein.

Die Koalition und die SPD haben sich verhältnismäßig rasch auf „Eckwerte“ für die

Anpassung der Beamtenversorgung an die demographisch bedingten Belastungen oder durch Beitrags- oder Steuerumlagen finanzierten Alterssicherungssysteme geeinigt. Im Zusammenhang mit der Harmonisierung werden immer nur die „ganz oder teilweise steuertrennten Alterssicherungssysteme“ angesprochen. Gemeint ist aber eigentlich immer nur die Beamtenversorgung. Noch immer hat sich nicht herumgesprochen, daß die Arbeiter und Angestellten im öffentlichen Dienst in der Regel noch besser versorgt sind als die Beamten. Während die Besoldung und die Altersversorgung der Beamten durch Gesetz geregelt wird, liegen der Bezahlung und der Zusatzversorgung der übrigen Bediensteten der öffentlichen Hand Tarifverträge zugrunde. Die Erfahrung lehrt, daß Gesetze eher zu ändern sind als Tarifverträge, wenn es darum geht, Einschränkungen vorzunehmen.

Dies zeigt sich auch wiederum bei den Harmonisierungsübungen der Politiker. Während in dem im Bundestag eingebrachten Entschließungsantrag die bei den Beamten vorzunehmenden Änderungen einigermaßen konkret beschrieben werden, wird mit Blick auf die Tarife im öffentlichen Dienst, die ja auch im Gesundheitswesen eine beachtliche Rolle spielen, nur die Rechtslage beschrieben. Da heißt es, daß sich aus den angestrebten Änderungen in der Beamtenversorgung systembedingt Wirkungen auf die Tarifverträge zur Zusatzversorgung der Arbeiter und Angestellten ergäben. Eine konkrete Empfehlung für eine Anpassung dieser beiden Systeme wird aber nicht gegeben – wegen der Tarifautonomie, so heißt es mit Blick auf die mächtige ÖTV.

Dennoch sollte sich niemand der Illusion hingeben, daß es auf Dauer möglich sein könnte, aus Steuermitteln weiterhin die denkbar beste Altersversorgung zu finanzieren, während in allen anderen Systemen die Leistungen eingeschränkt werden müssen. Jedenfalls haben sich die Beamten darauf einzustellen, daß Beitragserhöhungen in der Rentenversicherung zu einer entsprechend niedrigeren Besoldungs- und Pensionsverbesserung führen werden. Die Beamten sollen erst mit 65 Jahren die Höchstpension erreichen; die Versorgungsanwartschaften wachsen künftig linear, also gleichmäßig Jahr für Jahr an. Im vorzeitigen Versorgungsfall sollen dafür wie in der Rentenversicherung Zurechnungszeiten berücksichtigt werden. Die Altersgrenzen werden vereinheitlicht und flexibler gestaltet. Bei vorzeitiger Pensionierung werden Erwerbseinkommen mehr als bisher angerechnet.

Für alle öffentlich Bediensteten mag beruhigend sein, daß das Versorgungsniveau nicht zur Disposition gestellt worden ist. Das dürfte solange gelten, wie für die Politik auch das Rentenniveau tabu ist.

bonn-mot

Neue und alte Medien auf dem Prüfstand

Neue Aktualität erhält jetzt die Landtagsdebatte über die Situation des öffentlich-rechtlichen und privaten Rundfunks in Bayern angesichts neuer, in Brüssel anstehender Entscheidungen: Die Tagesordnung des EG-Ministerrats sieht die Verabschiedung eines Regelwerks für ein europaweites „Fernsehen ohne Grenzen“ vor, das von den Wirtschaftsministern der Gemeinschaft vor kurzem vorbereitet und – wenn auch aus unterschiedlichen Gründen – gegen die Stimmen der Bundesrepublik, Dänemarks und Belgiens gebilligt worden war. Kernpunkte der Fernsehrichtlinie sind: Bereits im nächsten Jahr darf bei privaten und öffentlich-rechtlichen Sendern innerhalb der Gemeinschaft jede Programmstunde mit bis zu zwölf Minuten Werbung unterbrochen werden. Bei Spielfilmen sind Werbeeinblendungen alle 45 Minuten, bei längeren Streifen über 110 Minuten sogar alle 20 Minuten möglich. Für Tabak darf zwar künftig überhaupt nicht mehr und für Alkohol nur noch bedingt erworben werden, gleichwohl drohen jetzt im deutschen Fernsehen bald amerikanische Zustände, wie sie in den medienpolitischen Debatten der Vergangenheit immer wieder angeprangert worden waren.

Das bundesdeutsche „Nein“ zum neuen EG-Fernsehvertrag, das auch vorsieht, daß die europäischen Fernsehprogramme zu mehr als 50 Prozent aus Eigenproduktionen der zwölf Gemeinschaftsstaaten bestehen müssen, wurde mit der Rundfunkhoheit der Bundesländer begründet. Prompt wurde auch bayerischer Widerstand angekündigt. Staatssekretär Wilhelm Vorndran, der Leiter der Bayerischen Staatskanzlei und für Medienfragen zuständig, schloß gleich nach dem Brüsseler Entscheid die Möglichkeit nicht aus, daß sich Ministerpräsident Max Streibl selbst europaweit engagieren

werde, um eine Mehrheit für dieses Abkommen in der Runde der EG-Regierungschefs zu verhindern.

Wilhelm Vorndran war es, der im Landtag eine Interpellation der CSU zur Situation des öffentlich-rechtlichen und privaten Rundfunks in Bayern umfangreich beantwortet hatte, wobei in einer fünfständigen Aussprache eben auch jene Sorgen laut wurden, die jetzt durch die Brüsseler Entscheidung neue Brisanz erhielten. Äußerer Anlaß für die Debatte war die Halbzeit des Medienerprobungsgesetzes (MEG), das im November 1984 nach heftigem landespolitischen Streit mit einer Laufzeit von acht Jahren verabschiedet worden war.

Die bisherigen Erfahrungen mit dem MEG sind nach Ansicht des Staatssekretärs positiv und besser als erwartet. Mit dem Medienerprobungs- und -entwicklungsgesetz habe die Staatsregierung mehrere Ziele verfolgt: Ausgehend von einem dualen Konzept, habe man den Privaten eine Entwicklungschance geben und gleichzeitig Fortbestand und Entwicklung des öffentlich-rechtlichen Rundfunks gewährleisten wollen. Neben dieser Konkurrenzsituation sollte mit der Zulassung privater Anbieter unter öffentlich-rechtlicher Trägerschaft angesichts der rasanten internationalen technischen und wirtschaftlichen Medienentwicklung verhindert werden, „daß die inländische Medienordnung von außen überrollt wird“. Ausdrücklich bezeichnete Vorndran die Konkurrenz im Medienbereich als staatspolitisches Anliegen, da sie allein der freiheitlich demokratischen Grundordnung entspreche. Medienpolitik sei aber auch Wirtschaftspolitik, wenn es um die Schaffung von Arbeitsplätzen gehe, und darüber hinaus auch Landespolitik: „Wer in dieser Gesellschaft Gewicht haben will, und das gilt auch für ein

ganzes Land, darf nicht an der Peripherie der Informationswege liegen, er muß die Meinungsbildner im eigenen Lande haben.“

Anders als Staatssekretär Vorndran und der CSU-Medienexperte Klaus Kopka, der die Zeit für abschließende Urteile noch für zu früh erachtete und ausdrücklich als entscheidendes Kriterium für die Programmgestaltung die Wünsche der Rundfunkhörer und Fernsehzuschauer ansah, zog die Opposition ihre Halbzeitbilanz. SPD-Fraktionschef Karl-Heinz Hiersemann warnte vor einer drohenden „Verblödung“ und zitierte den CSU-Kulturpolitiker Erich Schosser, der dem privaten Hörfunk eine Qualität attestierte, die von Trostlosigkeit gähne und an der untersten noch vorstellbaren Grenze verlaufe. Die ersehnte Vielfalt beim Privatfunk sei nicht entstanden, stattdessen Einseitigkeit und Monotonie. Von einigen Ausnahmen abgesehen – so Hiersemann –, vermöge er bei den Privaten Information, Bildung und Kultur nur in Spurenelementen zu erkennen. Insgesamt urteilte der Politiker: „Angesichts der internationalen Medienentwicklung, auch mit Blick auf Europa – ein Blick, der in diesem Bereich leider nicht sonderlich hoffnungsvoll stimmt –, ist der öffentlich-rechtliche Rundfunk in der Bundesrepublik die einzige Einrichtung, auf die wir, nicht nur die Politik, noch wirklichen Einfluß nehmen können. Auf ihn trifft tatsächlich der bekannte Werbeslogan zu: Nie war er so wertvoll wie heute.“

Noch vernichtender war die Kritik der Grünen: Ihre Sprecherin Ulrike Windspurger warf den Privatsendern eine „Verunreinigung der Ätherlandschaft“ und eine „McDonaldisierung des Rundfunkwesens“ vor. Für die nächsten Jahre sagte die Abgeordnete ein „Radiosterben“ voraus, da unter rein marktwirtschaftlichen Kriterien viele der bereits genehmigten Sender nicht rentabel und deshalb in Gefahr seien, von den Großen geschluckt zu werden. Die Situation des lokalen Hörfunks und damit das Scheitern der bayerischen Medienpolitik suchte die Abgeordnete mit folgendem Beispiel zu belegen: „So hören nun die Forchheimer Bürger den Bamberger Sender, die Rothenburger und Dinkelsbühler dürfen sich das Ansbacher Programm zu Gemüte führen, und die südliche Oberpfalz wird im Laufe des Jahres mit dem Regensburg-Kommerangebot beglückt.“

Michael Gscheidle

ARZT und Autor – Bücher für jedermann (I)

Erfreulicherweise sind wieder mehrere Neuerscheinungen mit der Bitte um Vorstellung eingegangen. Demnach werden wir auch in der Mai-Ausgabe dieser Sparte Besprechungen bringen.

Dr. med. Andreas Schuhmann, Grünwalder Straße 106, 8000 München 90

Almanach 1989 Deutscher Schriftsteller-ärzte

Herausgeber: J. Schwalm, 460 S., 12 Abb., brosch., DM 22,-. Verlag Th. Breit, Marquartstein.

Von rund 85 Medizinern, die nach des Tege's Müh' und Plag' den Pegasus noch satteln, sind hier Gedichte, Aphorismen, kleinere Erzählungen (recht humorvolle, aber auch ernste), Glossen, Impressionen, Essays aufgenommen. Stolz 460 Seiten stark ist der Band heuer geworden. Der elfte Jahrgang. Von schreibenden Ärzten aus Bayern, z. T. auch Mitglieder des BDSÄ, sind vertreten: Engert Titti, Göttlicher Sigurd, Kaatz Marianne, Kohlschmid Alfred, Lebede-Blümner Karin, Lodes Rudolf, Murauer Michael, Rauchfuss Harald, Schaffner Ottmar, Schmeer Gisela, Schuhmann Andreas. Und erfreulich ist die Tatsache (auch wenn so bedeutende Vorbilder wie etwa Peter Bamm und Gottfried Benn, Franz Kafka und Erich Kästner bisweilen kräftig durchschimmern), wie gehalt- und anspruchsvoll die allermeisten Beiträge sind. Einige Ärztinnen und Ärzte als verheißungsvolle Literaten gibt es in diesem Almanach durchaus zu entdecken.

Hannes S. Macher

Wenn Zaunpfähle nicht so schwer wären ... – Aphorismen

Autorin: G. Nyncke, 48 S., kart., DM 12,80. Ed. deutscher Schriftstellerärzte, Verlag Kirchheim.

... „würde so mancher öfters damit winken“ – Entnehmen wir ergänzend dem zweiten Aphorismenband der Autorin. „Geh nicht zu nahe an's Glashaas“ – Gedanken und Aphorismen von Gerlinde Nyncke, ein Band, der seinerzeit aufhören ließ, machte mit einer Aphoristikern aus Passion bekannt. Aphorismus ist Gedankenkunst – kürzeste, scharfsinnige Prosa mit zugleich kaum überbleibbarer Thementülle. Und welche Fülle von gedankenbefrachteten Einfällen präsentiert uns euch der zweite Band mit über zweihundert Aphorismen. intuitiv niedergeschrieben, geschöpft aus der Erfahrungswelt eines Lebens, das Gerlinde

Nyncke im Beruf als Ärztin und Erkenntnistherapeutin sowie im Haushalt mit Ehemann und vier Kindern erfüllt. Der Weg in litteris war vorgezeichnet für die gnomische Dichtung mit ihrem knappen Ausdruck und der Konzentration auf knappen Inhalt. Epische Breite ließ die Zeit nicht zu. „Gnome“ – Erkenntnis, Einsicht ... ohne Seelenbeobachtung, Charakterkunde, Menschenkenntnis, der Autorin von Berufs wegen zugehörig, nicht möglich. Assoziativ, spielerisch, mit pointiertem Witz auch, gelingen ihr geistreiche Sinnsprüche, oft eingebettet in stilistische und rhetorische Figuren wie Antithesen, Paradoxon, Metapher. „Mit dem Zaunpfahl winken“ ... Gewiß! Deutlich werden, wenn jemand schwer von Begriff ist. Indes „Eingrenzung, Ausgrenzung“ – die Semantik des Zauns – fällt einem auch ein. Und gerade das vermeidet die Autorin in der bunten Palette ihrer Aussagen. Denn: „Die Stürme des Lebens entblättern der Träume schönste Blüten“ ... Bleibt jemand verschont? Niemand wird ein- oder ausgegrenzt. Nimm und lies – wäre zu raten. ASch

Baierische Weltgeschichte – Letztes Trumm – Wie unser Herr Jesus glebt hat

Verfasser: M. Ehbauer, 197 S., Leinen, DM 24,80. Süddeutscher Verlag, München.

Alttestamentarisch Biblisches oder auch neutestamentliche Jesuslegende in helmischem Idiom den Leuten der jeweiligen Region näherzubringen, ist gar kein so außergewöhnliches literarisches Bemühen. Beispiele gibt es weltweit. Felix Timmermanns „Jesuskind in Flandern“ und Ludwig Thomas „Heilige Nacht“ stehen herausragend für viele andere. Und wer kennt nicht jene „Baierische Weltgeschichte“ in zwei Trümmern, sprich Bänden, wie sie uns Michl Ehbauer selig präsentiert hat? Jena Geschichte von der Welt, wie sie auf d'Welt kemma is? Natürlich in Bayern, versteht sich. Und weil die Weltgeschichte von unserm Herrn Jesus dazu wirklich noch fehlte, hat sich Michael Ehbauer, der Sohn, ganz im Sinne des Herrn Vaters, mit viel Einfühlungsvermögen an die Bajuwarisierung des Neuen Testaments gewagt und diese Lücke mit

dem „Letzten Trumm“ gefüllt, auf daß die Weltgeschichte jetzt ein Ganzes werde. Und der Michael, der Arzt aus Grassau im herrlichen Chiemgau, steht dem seinerzeitigen Michl aus der Münchner Stadt keineswegs nach, der vom bairischen Himmel zufrieden und glücklich auf seinen Sohn, den Vollender in durchaus eigener Manier, herabschauen kann. Der bairische Sprachleib ist waschecht und stimmt genauso wie die eigenständige Absicht, der Jesuslegende in unserem Bayernland das „Hoamatrecht“ zu geben. Mögen unsere Landsleute in diesem Buch erleben, wie sehr der bayerische Stamm der Treu und dem Glauben verhaftet ist. ASch

Heilkraft des Lesens – Erfahrungen mit der Bibliotherapie

Herausgeber: P. Raab, 173 S., paperback, DM 9,90. Verlag Herder, Freiburg.

Was ist mit unserer Lesekultur los? Schwindet die Lesefähigkeit, wie pessimistische Kulturkritiker unken? Der moderne Mensch habe althergebrachte Lesetugenden verlernt. Konzentration und Ruhe für das Buch seien in seiner Alltagshektik verlorengegangen. Schon werden Gründe gesucht. Ist der Vormarsch visueller Medien mit ihrer Bilderflut in dieser Misere schuld? Werden Bücher überflüssig, weil sie vor allem im Wissenstransfer durch leistungsfähigere Computer angeblich ersetzt werden können? Da erschien jetzt im Herder-Verlag zur rechten Zeit ein bemerkenswertes Buch über die „Heilkraft des Lesens“. Eine Gemeinschaftsarbeit von Theologen, Psychologen und Ärzten. Berechtigta Bedenken lassen die Autoren nach den tieferen Dimensionen der Lesekultur, nach der Bedeutung des Buches nicht nur als Unterhaltungslektüre oder Wissensvermittler fregen. Wege und Möglichkeiten einer Dichtkunst- und Prosa-therapie werden von sechzehn Autoren in zwei Kapiteln – „Lesen hilft Leben“ und „Erfahrungen mit der Heilkraft des Lesens“ – aufgezeigt. Sinngabung, Sinnstiftung in Krisenzeiten, in seelischer und körperlicher Not durch das geeignete Buch, durch die ausgewählte Erzählung, ein verinnerlichtes Gedicht, helfen diese Not wenden und einem in einer massenneurotischen Gesellschaft immer mehr um sich greifenden Sinnlosigkeitsgefühl wehran. Hier wird das Buch, die Literatur schlachthin, aus ganz anderer Sicht aufgewertet und als unersetzbar durch irgendein anderes Medium erkannt. Ein Werk, das in die Hand eines jeden Arztes gehört, der literarisch interessiert ist, ganzheitlich denkt zum Nutzen seiner obersten Maxime: Helfen zu wollen. ASch

Kongresse: Allgemeine Fortbildung

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Fortbildungsveranstaltungen, die als **Ausbildungsveranstaltungen zur Vertiefung des medizinischen Wissens** nach § 34 c der Approbationsordnung empfohlen werden, sind im **Grauraster** gekennzeichnet.

Die Teilnahme wird vom Veranstalter im AIP-Ausweis bestätigt, wobei jeweils **drei Stunden** einer Ausbildungsveranstaltung entsprechen.

82. Fortbildungstagung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung

vom 4. bis 7. Mai 1989 in Regensburg, Stadttheater

Jahresvorsitz: Professor Dr. R. Ferlinz, Mainz

Donnerstag, 4. Mai 1989

im Reichssaal des Alten Rathauses

20 Uhr – Festvortrag: „Antwort auf die Angst – Anmerkungen aus der Philosophie“

Professor Dr. Dr. U. Hommes, Regensburg

Freitag, 5. Mai 1989

Zusammenarbeit Hausarzt-Klinik in der Betreuung von Tumorkranken

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. J. Senn, St. Gallen

9 bis 9.30 Uhr:

Begrüßung durch den Jahresvorsitzenden und Eröffnung der pharmazeutischen Ausstellung

Einführung in das Tagesthema: „Der Tumorkranke im Spannungsfeld seiner Betreuer“

Professor Dr. H. J. Senn

9.30 bis 16.30 Uhr:

Präventiv-Onkologie: Faßbares für den Hausarzt

Dr. F. van der Linde, St. Gallen

Moderne internistische Tumorthherapie – Was leistet die spezialisierte Klinik?

Professor Dr. W. Gallmeier, Nürnberg

Die Rolle des niedergelassenen Onkologen im Betreuungskonzept von Tumorkranken

Dr. B. Späti, St. Gallen

Häufige Fehler in Behandlung und Kontrolle von Tumorkranken in Klinik und Praxis

Privatdozentin Dr. U. Bruntsch, Nürnberg

Sicherheit und Personenschutz im Umgang mit Zytostatika

Sr. I. Bachmann-Mettler, St. Gallen

Lebensqualität und wirksame Tumorthherapie – unvereinbare Gegensätze?

Dr. Ch. Hürny, Bern

Wahrhaftigkeit im Umgang mit Krebspatienten

Sr. A. Glaus, St. Gallen

Sozialarbeit bei Tumorkranken innerhalb und außerhalb der Klinik

Hilde Hahn, Mainz

Rundtischgespräch und Diskussion zu den Themen des Tages (15.30 bis 16.30 Uhr)

Gesprächsleitung: Professor Dr. H. J. Senn – Mitwirkung der Referenten

Pharmagespräch – offene Diskussion (17 bis 18 Uhr) – Mitwirkung des Kollegiums im Ausstellungsbereich

9.30 bis 17.00 Uhr:

Laborseminar

Aktuelle Fortschritte in Diagnostik und Therapie in Praxis und Klinik (Diabetes, Fettstoffwechsel, Immunologie, Trockenchemie)

Leitung: Dr. F. Kanter, Boehringer Mannheim

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

– Programm bitte anfordern –

Samstag, 6. Mai 1989

Der Angstpatient in der Sprechstunde

Tagesvorsitz: Professor Dr. H. Hippus, München

9 bis 15 Uhr:

Einführung

Professor Dr. H. Hippus

Patienten mit Angstsymptomatik in der internistisch-psychosomatischen Sprechstunde

Professor Dr. P. Hahn, Heidelberg

Angstsyndrome aus psychiatrischer Sicht

Professor Dr. O. Benkert, Mainz

Psychodynamische Aspekte der Angst

Professor Dr. M. Ermann, München

Biologie der Angst

Dr. M. Albus, München

Medikamente zur Behandlung der Angst

Privatdozent Dr. H. E. Klein, Regensburg

Behandlung der Angst durch den Internisten

Professor Dr. H. Lydtin, Starnberg

Verhaltenstherapie der Angst

Privatdozent Dr. Dr. M. Fichter, Prien

Behandlung der Angst ist eine Behandlung auf mehreren Ebenen

Dr. P. Buchhelm, München

Rundtischgespräch – Beantwortung der eingegangenen Fragen zu den Themen des Tages (14.20 Uhr bis 15 Uhr)



Bronchiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Orosere O₃ dil. 20 ml, Bryonia O₄ dil. 20 ml, Tartarus stibietus O₄ dil. 20 ml, Spongia O₃ dil. 20 ml, Ipecacuanha O₄ dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Silicose, Rippenfellentzündung, Bruststiche. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3- bis 4 mal täglich 10 bis 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml OM 9,70, 100 ml OM 22,80, Klinikpackungen.

Toxiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Echinacea O 40 ml, Lachesis O₃ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonia O₄ dil. 20 ml, Apis mellifica O₃ dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarrhe und gripplale Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, am ersten Tag 3- bis 4 mal täglich 20 bis 30 Tropfen, dann 3 mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml OM 8,70, 100 ml OM 22,80, Klinikpackungen.



Gesprächsleitung: Professor Dr. H. Hipplus – Mitwirkung der Referenten

Die aktuelle Frage mit Diskussion (15 bis 16 Uhr)

„Was gibt es Neues in der Arzneimitteltherapie? – Ein Überblick über die neuen Arzneimittel des Jahres 1988“

Professor Dr. U. Schwabe, Heidelberg

16.30 bis 18 Uhr:

Pharmakotherapie-Konsilium mit offener Diskussion

Aktuelle Fragen zu Fettstoffwechselstörungen (Ursachen und Diagnose – Arzneimittel ihrer Behandlung – Einfluß und Interaktion anderer Arzneimittel – Neue Gesichtspunkte bei Diabetes mellitus – Grundsätze einer diätetischen Behandlung und Prävention)

Leitung: Professor Dr. K. Greeff, Düsseldorf

15 bis 18 Uhr:

Pädiatrisches Seminar

Sportmedizinische Fragen in der Kinderheilkunde

Altersadäquater Sport am Beispiel sportpädiatrischer Untersuchungsergebnisse – Sportaufnahme nach pädiatrisch-internistischen Erkrankungen

Professor Dr. F. Klimt, Homburg

Die psychomotorische Entwicklung als Grundlage für sportliche Tätigkeit
Professor Dr. Dr. E. G. Huber, Salzburg

Gesprächsleitung: Professor Dr. W. Künzler, Freiburg, Professor Dr. F. C. Sitzmann, Homburg, Dr. W. Schmidt, Regensburg

Ort: Regensburg, Haidplatz 8/II, DAI-Auditorium

9.30 bis 17 Uhr:

Laborseminar

– siehe Freitag, 5. Mai 1989 –

Sonntag, 7. Mai 1989

Fieberzustände – Diagnostische und therapeutische Problematik

Tagesvorsitz: Professor Dr. Dr. h. c. H. E. Bock, Tübingen

9 bis 13 Uhr:

Einführung

Professor Dr. Dr. h. c. H. E. Bock

Fieber – biokybernetische Vorstellungen und neurophysiologische Grundlagen
Professor Dr. K. Bröck, Gießen

Differentialdiagnostik und Differentialtherapie unklarer Fieberzustände
Professor Dr. W. Kaufmann, Köln

Fieber bei Immundefizienzzuständen unter besonderer Berücksichtigung von AIDS
Dr. M. Schrappe-Bäcker, Köln

Fieber und Fieberbekämpfung im Kindesalter

Professor Dr. A. Windorfer, Erlangen

Korreferat: Bemerkungen aus chirurgischer Sicht

Professor Dr. L. Koslowski, Tübingen

Rundtischgespräch und Diskussion zu den Themen des Tages (12.10 bis 13 Uhr)

Gesprächsleitung: Professor Dr. Dr. h. c. H. E. Bock – Mitwirkung der Referenten

Auskunft und Anmeldung:

Ärztliche Fortbildung, Altes Rathaus, Zimmer 5, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 07-2183

Fortbildungskurse für Röntgenhelfer/innen (§ 23 Nr. 4 RöV)

Dauer: 60 Stunden

Teilnahmevoraussetzungen:

Zweijährige Tätigkeit im Röntgenbereich

Termine und Kursorte:

21. April bis 12. Mai 1989

(nur Freitag und Samstag)

2. bis 24. Juni 1989

(nur Freitag und Samstag)

Deggendorf, Städtisches Krankenhaus

14. bis 22. April 1989

Ingolstadt, Klinikum

13. bis 21. April 1989

22. bis 30. Juni 1989

21. bis 29. September 1989

Landshut, Städtisches Krankenhaus

22. Mai bis 2. Juni 1989

(22.–24. Mai und 29. Mai–2. Juni)

Regensburg, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

19. bis 27. Juni 1989

Rosenheim, Städtisches Krankenhaus

17. bis 26. April 1989

20. bis 29. September 1989

Schweinfurt, Leopoldina-Krankenhaus

2. bis 24. Juni 1989

(nur Freitag und Samstag)

Würzburg, Stiftung Juliuspital

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-2 81 oder 2 84 bis 2 86

Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV)

Veranstalter: Radiologisches Zentrum im Klinikum Nürnberg (Professor Dr. E. Zeitler und Professor Dr. Th. Schmidt)

13./14. und 20./21. Oktober 1989

Grundkurs im Strahlenschutz

10./11. und 17./18. November 1989
Spezialkurs bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Teilnehmergebühr: jeweils DM 300,-

Anmeldung bis 1. August 1989 erbeten.

Auskunft:

Klinikum der Stadt Nürnberg, Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-2669

20. Lehrgang für Physiotherapie

Naturheilverfahren mit Elektrotherapie

vom 26. April bis 1. Mai 1989 in Bad Brückenau

Leitung: Dr. E. v. Weckbecker

Ort: Georgi-Kurhalle, Bad Brückenau

Auskunft und Anmeldung:

Gesellschaft der Ärzte für Erfahrungsheilkunde e. V., Postfach 10 28 40, 6900 Heidelberg, Telefon (0 62 21) 4 99 74

Großunfall Symposium '89

em 5./6. Mai 1989 in Illertissen

Leitung: Dr. J. W. Weidinger, Ulm, J. Leichtle, Illertissen

Ort: Schulzentrum, Illertissen

Auskunft:

Arbeiter-Samariter-Bund, Planungsstab Symposium '89, Spitalstraße 31, 7918 Illertissen, Telefon (0 73 03) 4 11-16

51. Ärztlicher Fort- und Weiterbildungskurs für Naturheilverfahren vom 7. bis 14. Mai 1989 in Bad Wörishofen

Veranstalter: Kneippärztekunde e. V., Ärztliche Gesellschaft für Physiotherapie, Bad Wörishofen

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

Ort: Kurhaus, Bad Wörishofen

Auskunft:

Sekretariat des Kneippärztekundes, Postfach 14 36, 8939 Bad Wörishofen, Telefon (0 82 47) 70 01

Fortbildungsveranstaltungen des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth

10. Mai 1989 (Ärztehaus Oberfranken)

Diagnostik und Therapie der Osteoporose

Professor Dr. Ringe, Hamburg

14. Juni 1989 (Stadthalle)

Aspekte der autonomen diabetischen Polyneuropathie

Professor Dr. Sailer, Erlangen

19. Juli 1989 (Stadthalle)

Moderne Schmerzbehandlung

Professor Dr. Krainik, Mainz

27. Juli 1989 (Stadthalle)

Aktuelle Rheumatologie

Professor Dr. Bach, Bayreuth

13. September 1989 (Stadthalle)

Aktuelle Diagnostik und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen

Professor Dr. Horster, Düsseldorf

Auskunft:

Dr. W. Raisch, Siegmundstraße 3, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 2 23 88

Grado 1989 - Kongreß-Kurort und kunsthistorische Perle an der Adria
37. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 21. Mai bis 2. Juni 1989

Leitung: Professor Dr. R. Höfer, Wien, zusammen mit Dr. P. E. Odenbach, Köln
Thema: Diagnostische und therapeutische Alternativen: Altbewährtes - Neue Entwicklungen

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

Hauptreferate

Bildgebende Verfahren
Kardiologie

Stellenwert der Trockenchemie in Labor und Praxis

Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik

Neue Erkenntnisse zu AIDS

Krebsfrühdagnostik: Sinn und Unsinn

Endoskopie

Osteoporose

Die endokrine Ophthalmologie

Seminare und Kurse

EKG - Die Behandlung chronischer Schmerzzustände - Ultraschall-Aufbaukurs gemäß § 6 KBV-Richtlinien mit praktischen Übungen an Geräten - Hämatologie - Sportmedizin - Nephrologie - Psychiatrie - Neurologie - Labormedizin

- Dermatologie - Unfallchirurgie - Immunologie - Grundkurs: Dopplersonographie der hirnversorgenden Arterien mit praktischen Übungen (nach KBV-Richtlinien, § 6) - Notfallmedizin: Fachkundenachweis „Arzt im Rettungsdienst“ - Durchfallerkrankungen (mit besonderer Berücksichtigung von Reisekrankheiten) - Schilddrüse - Orthopädie - Geriatrie

Verschiedene Veranstaltungen

Podiumsgespräch - Theologie und Medizin - Praktische Übungen im Rahmen des sportmedizinischen Seminars - Wissenschaftliche Filme - Besichtigung der Kuranlagen von Grado

Auskunft und Anmeldung:
Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 222 bis 2 24

Niederlassungsseminar des Hartmannbundes

- Landesverband Bayern -
am 10. Juni 1989 in München

Themen: Finanzierung - Praxisform und Personal - Praxisorganisation und Rationalisierung - Ortswahl und Kassenzulassung - Rechtsfragen bei der Niederlassung - Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung - Versicherungsschutz - Steuerfragen bei der Niederlassung - Diskussion

Zeit: 8.30 bis ca. 17.30 Uhr

Unkostenbeiträge: DM 50,- für Hartmannbund-Mitglieder; DM 100,- für Nichtmitglieder

Ort: Hotel „Holiday Inn“, Leopoldstraße 194, München 40

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

22. April 1989,
3. Juni 1989,
23. September 1989 und
11. November 1989

in der Mühlbauerstraße 16 (Ärztehaus Bayern), München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 8.45 Uhr - Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 4147-356, Frau Klockow, zu richten bis 14. April, 26. Mai, 15. September und 3. November 1989.

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Landesverband Bayern des Hartmannbundes, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 4 70 60 85

VI. Nürnberger Fortbildungsseminar für Langzeit-Elektrokardiographie

am 22./23. April 1989

Ort: Hotel am Tiergarten, Nürnberg

Auskunft und Anmeldung:
LEKG-Auswertedienst Nürnberg, Privatdozent Dr. M. Pfoch, Bucher Straße 78, 8500 Nürnberg 10, Telefon (09 11) 33 21 20

Traumeel® S



Breitband-antiphlogistikum

-Heel

Biologische Heilmittel Heel GmbH
D-7570 Baden-Baden

Zusammensetzung Salbe: 100 g enthalten: Arnica D3 1,5 g; Calendula \emptyset , Hamamelis \emptyset jeweils 0,45 g; Echinacea angustifolia \emptyset , Echinacea purpurea \emptyset , Chamomilla \emptyset jeweils 0,15 g; Symphytum D4, Bellis perennis \emptyset jeweils 0,1 g; Hypericum D6, Millefolium \emptyset jeweils 0,09 g; Aconitum D1, Belladonna D1 jeweils 0,05 g; Mercurius solubilis Hahnemanni D6 0,04 g; Hepar sulfuris D6 0,025 g. Salbengrundlage: Wasserhaltige hydrophile Salbe DAB 9, konserviert mit 12,5 Vol.-% Ethanol. **Anwendungsgebiete:** Verletzungen jeder Art (Sport, Unfall) wie Verstauchungen, Verrenkungen, Prellungen, Blut- und Gelenkergüsse, Knochenbrüche, Comotio cerebri usw. Postoperative und posttraumatische Ödeme und Weichteilschwellungen. Entzündliche und mit Entzündungen verbundene degenerative Prozesse an den verschiedenen Organen und Geweben, besonders auch am Stütz- und Bewegungsapparat (Tendovaginitis, Styloiditis, Epicondylitis, Bursitis, Periarthritis humeroscapularis, Arthrosen der Hüft-, Knie- und kleinen Gelenke) Parodontitiden, Parodontosen, Zahnfleischtaschenerweiterungen. **Gegenanzeigen:** Nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** Bei Anwendung von Traumeel S-Salbe können in seltenen Fällen allergische Hautreaktionen auftreten. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Nicht bekannt. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung Salbe:** Morgens und abends, bei Bedarf auch öfters auf die betroffenen Stellen auftragen (auch auf Schürfwunden) ggf. auch Salbenverband. **Darreichungsform und Packungsgrößen** (Stand März 1989): Salbe: Tuben mit 50 g DM 9,75, mit 100 g DM 17,50 **Weitere Darreichungsformen:** Injektionslösung, Tropfen und Tabletten zum Einnehmen.

Blaulichtärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1989

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	1. 7. 22. 7. 28. 10. 18. 11.	II/1 II/2 III III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcka, Telefon (08 21) 32 56-131
München Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern	30. 9. 4. 11. 25. 11. 16. 12.	I/1 I/2 II/1 II/2	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288
Nürnberg-Fürth Stadthalle Fürth	10. 6. 24. 6.	II/1 II/2	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532

Zusätzlich eingeplanter Kurs (Samstag und Sonntag)

Nürnberg Universität Erlangen-Nürnberg Meistersingerhalle	9. 12. 10. 12.	I/1 I/2	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288
---	-------------------	------------	--

Schriftliche Anmeldung

- bei Stufe I und II jeweils für Teil 1 und 2 gemeinsam -
unbedingt erforderlich!

Bei der Anmeldung zum Kursteil I ist die Fotokopie der Approbation beizulegen, da Kursplätze zunächst für approbierte Ärzte vorgesehen sind. AiP können nur berücksichtigt werden, wenn noch Plätze frei sind.

Bei der schriftlichen Anmeldung zur Stufe II und III sind Bescheinigungen über die jeweils geforderten Teilnahmevoraussetzungen beizufügen.

Teilnahmebescheinigung nur nach vollständig besuchtem Kurs.

Bereits ausgebuchte Kurse werden nicht mehr veröffentlicht.

Klinische Fortbildung in Bayern 1989

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

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Eschnich,
Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 4147-248

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Fortbildungsveranstaltungen, die als **Ausbildungsveranstaltungen zur Vertiefung des medizinischen Wissens** nach § 34 c der Approbationsordnung empfohlen werden, sind im **Grauraster** gekennzeichnet.

Die Teilnahme wird vom Veranstalter im AIP-Ausweis bestätigt, wobei jeweils **drei Stunden** einer Ausbildungsveranstaltung entsprechen.

Daneben ist die Teilnahme an zwei berufskundlichen Ausbildungsveranstaltungen nachzuweisen. Diese werden, an einem Tag zusammengefaßt, von der Bayerischen Landesärztekammer in **München am 7. Juni 1989**, in **Augsburg am 20. Oktober 1989** und in **Nürnberg am 6. Dezember 1989** durchgeführt.

Einzelheiten dieser ganztägigen Veranstaltungen werden rechtzeitig veröffentlicht.

Allergologie

26. April in München

Dermatologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. Dr. S. Borelli)

„Tagung der Münchner Allergie-Gesellschaft am Biederstein e. V.“

Themen: Testung bei Typ-f-Allergien mit Iontophorese - Durchführung und Risiken der spezifischen Hyposensibilisierungsbehandlung - Behandlung der allergologischen Notfälle in der Praxis - Typ-f-Allergie gegen Seminafflüssigkeit bei einer Neurodermitikerin - Sonderfälle bei Hyposensibilisierungsbehandlung

Zeit: 18 Uhr s. t. bis ca. 20.30 Uhr

Ort: Hörsaal 608, Dermatologische Klinik, Biedersteiner Straße 29, München 40

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Frau Diplombetriebswirtin E. Walker, Dermatologische Klinik, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, Telefon (089) 3849-3205

Anästhesiologie

21. bis 23. April in Erlangen

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

„Einführungskurs - Medizintechnik und Gerätekunde“

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

Teilnehmergebühr: DM 375,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr.-Ing. A. Obermayer, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-2731 oder 3797

Arbeitsmedizin

11. Mai und 15. Juni in München

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

90. Kolloquium am 11. Mai

Thema: Nebenwirkungen von Pharmaka - Welchen Einfluß haben sie auf Fehr- und Steuertätigkeiten?

91. Kolloquium am 15. Juni

Thema: Bewertung kanzerogener Arbeitsstoffe

Beginn: jeweils 18 Uhr c. t.

Ort: jeweils Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssanstraße 1/II (Zi. 251), München 2

Anmeldung nicht erforderlich

Augenheilkunde

10. Mai in Erlangen

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

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

„50. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Thema: Katarakte: Forschung und Wissenschaft

Beginn: 18.15 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

April 1989

15. Ergometrie - Bernried

15. Rheumatologie - Oberammergau

20.-22. Chirurgie - Erlangen

20.-22. Sonographie - Nürnberg und Erlangen

20.-23. Sonographie - München

21./22. EKG - Bernried und Straubing

21.-23. Anästhesiologie - Erlangen

22. EKG - Seeshaupt

22. Kardiologie - Bischofsgrün

22. Lungen - Ebensfeld/Ofr.

22. Neurologie - München

22. Onkologie - München

24./25. Kinder - München

26. Allergologie - München

26. Gastroenterologie - Schweinfurt

29. Haut - Bamberg

Mai 1989

3./4. Onkologie - Regensburg

6. Innere Medizin - Würzburg

6. Kinder - Erlangen

10. Augen - Erlangen

11. Arbeitsmedizin - München

26./27. Psychotherapie - Erlangen

Juni 1989

2./3. Sonographie - Nürnberg und Erlangen

3. Lungen - Zusmarshausen

3. Transfusionsmedizin - München

8./9. Augen - München

9.-11. Sonographie - München

10. Gastroenterologie - Würzburg

15. Arbeitsmedizin - München

15. Notfallmedizin - München

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. K. W. Ruprecht (Frau Betz), Schwebechanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-4376

8./9. Juni in München

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

Leitung: Privatdozent Dr. K. G. Riedel

„20. Fortbildungskurs zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Ablatio retinae (Wacker-Kurs)“

Zeit: 9 bis 17 Uhr

Ort: Hörsaal der Augenklinik, Mathildenstraße 8, München 2

Schriftliche Anfragen:

Privatdozent Dr. K. G. Riedel, Mathildenstraße 8, 8000 München 2

Chirurgie

20. bis 22. April in Erlangen

Chirurgische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. F. P. Gall), Abteilung für Handchirurgie und Plastische Chirurgie (Leiter: Professor Dr. J. Geldmacher)

Leitung: Privatdozent Dr. B. Landsleitner, Dr. P. Schaller

„2. Erlanger Handchirurgische Fortbildungstage“

Thema: Narvenkompressionssyndrome und Nervenverletzungen (Vorträge – Operationen – Mikrochirurgische Übungen)

Ort: Chirurgische Klinik mit Poliklinik, Maximiliansplatz 2, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 250,-

Begrenzte Teilnehmerzahl (Operationsprogramm und mikrochirurgische Übungen)

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat, Frau Murawski, Maximiliansplatz 2, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85 - 32 77

Elektrokardiographie

21./22. April in Bernried

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten, Klinische Abteilung IV (Chefarzt: Professor Dr. P. Mathes)

„Fortgeschrittenenseminar“ (Teil II)

Themen: Herzinfarkt – Belastungs-EKG – WPW- und Präexzitationssyndrome – Elektrolytstörungen – Medikamentöse Einflüsse – Bandspeicher-EKG – Vorhorrhythmusstörungen – Kammerrhythmusstörungen

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

Ort: Klinik Höhenried, Bernried

Teilnehmergebühr: DM 90,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. P. Mathes, Klinik Höhenried, 8139 Bernried, Telefon (081 58) 24 - 3 40

22. April in Seeshaupt

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

Leitung: Professor Dr. H. Jahrmärker, Dr. J. Kotzur, Dr. F. Theisen

„Lauterbacher Langzeit-EKG-Fortbildung“ (mit Besprechung von Kurvenbeispielen)

Thema: Tachykardie und Bradykardie Rhythmusstörungen im Langzeit-EKG – ST-Strecken-Analyse mit dem Langzeit-EKG – Indikation, Durchführung und Befundung des Langzeit-EKGs – Geräte-Anforderungen

Es besteht die Möglichkeit zur selbständigen Befundung von 100 Langzeit-EKGs. (Erfahrung in der EKG-Befundung ist Voraussetzung für die Kursteilnahme)

Ort: Klinik für Herz-Kreislauf-Erkrankungen Lauterbacher Mühle, Ostersee, Seeshaupt

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat, Frau Mang, Leuterbacher Mühle, Ostersee, 8124 Seeshaupt, Telefon (088 01) 18 - 3 05 oder 3 07

21./22. April in Straubing

II. Medizinische Klinik (Chefarzt: Professor Dr. K. v. Olsheusen), Elisabeth-Krankenhaus

Leitung: Professor Dr. T. Popp, Professor Dr. K. v. Olsheusen

„2. Straubinger Kardiologisches Seminar“ (EKG-Seminar für Fortgeschrittene)
Themen: Bradykardie Herzrhythmusstörungen, Fehler beim Belastungs-EKG, Digitalis, tachykardie, supraventrikuläre und ventrikuläre Herzrhythmusstörungen

Beginn: 21. April, 17 Uhr; Ende: 22. April, mittags

Ort: Casino der II. Medizinischen Klinik, Schulgasse 20, Straubing

Teilnehmergebühr: DM 35,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat, Frau Wegmann, Schulgasse 20, 8440 Straubing, Telefon (094 21) 7 10 - 5 21

Ergometrie

15. April in Bernried

Klinik Höhenried für Herz- und Kreislaufkrankheiten (Ärztlicher Direktor: Privatdozent Dr. H. Hotmann)

Leitung: Privatdozent Dr. H. Hotmann, Dr. K. A. Bungereoth

„Höhenrieder Ergometrie-Seminar mit Praktikum“

Zeit: 9 bis 19.30 Uhr

Ort: Klinik Höhenried, Bernried

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. H. Hotmann, Klinik Höhenried, 8139 Bernried, Telefon (081 58) 24 - 2 10

Gastroenterologie

26. April in Schweinfurt

Medizinische Klinik, Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt (Chefarzte: Professor Dr. W. Gattenlöhner, Professor Dr. W. Koch)

Leitung: Professor Dr. W. Koch

Thema: Morbus Crohn – aktueller Stand 1989 (Diagnose, Differentialdiagnostik und Aktivitätsbeurteilung – Konservative Therapie: Bewährtes und Neues – Operative Therapie)

Beginn: 16.30 Uhr

Ort: Leopoldina-Krankenhaus, Gustav-Adolf-Straße 8, Schweinfurt

Auskunft und Anmeldung:

Frau Barth, Leopoldina-Krankenhaus, Gustav-Adolf-Straße 8, 8720 Schweinfurt, Telefon (097 21) 52 - 24 82

10. Juni in Würzburg

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

Leitung: Privatdozent Dr. W. Fischbach

„Gastroenterologisches Seminar“

Thema: Chronisch-entzündliche Darm-erkrankungen

Zeit: 9 bis 15 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Klinikstraße 8, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik, Frau Nickel, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (093 1) 31 - 4 34

Haut- und Geschlechtskrankheiten

29. April in Bamberg

Dermatologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. O. P. Hornstein) in Zusammenarbeit mit der deutschsprachigen Gesellschaft für Mykologie und dem Ärztlichen Bezirksverband Oberfranken

„Johann Lucas Schönlein-Tagung“

Thema: Medizinische Mykologie – interdisziplinäre Aspekte in Diagnostik und Therapie

Beginn: 9 Uhr

Ort: Auditorium maximum der Universität Bamberg

Teilnehmergebühr: DM 30,-

Auskunft:

Kliniksekretariat, Frau Keila, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85 - 31 60

Innere Medizin

6. Mai in Würzburg

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

„21. Fortbildungstagung“

Thema: Aktuelle Therapiekonzepte in der Inneren Medizin

Zeit: 9 bis 17.30 Uhr

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

Auskunft:

Professor Dr. W. Chowanetz, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (093 1) 31 - 4 62

Kardiologie

22. April in Bischofsgrün

Carl-Korth-Institut für Herz-Kreislauf-erkrankungen am Weldkrankenhaus St. Marlan, Erlangen (Vorstand: Professor Dr. E. Lang) in Zusammenarbeit mit der Höhenklinik Bischofsgrün (Direktor: Professor Dr. E. Rupprecht)

„11. Bischofsgrüner Kardiologengespräche“

Thema: Herz und Gefäße (Neue Aspekte der Koronarregulation und ihre Relevanz für die Koronartherapie – Zur Relevanz der Hämorrhheologie bei Herz-Kreislaufkrankungen – Aktuelles gefäßchirurgisches Konzept bei der arteriellen Verschlusskrankheit: Indikation und Ergebnisse – Venöse Insuffizienz und das postthrombotische Syndrom)

Ort: Höhenklinik, Bischofsgrün

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. E. Lang, Rathberger Straße 57, 85 20 Erlangen, Telefon (091 31) 82 23 32

Kinderheilkunde

24./25. April in München

Kinderklinik und -Poliklinik der Technischen Universität München im Städtischen Krankenhaus München-Schwabing (Direktor: Professor Dr. P. Emmrich) und Kinderchirurgische Abteilung (Cheferzt: Professor Dr. F. Höpner)

„21. Fortbildungsveranstaltung der Kinderklinik Schwabing“

24. April

9 bis 12 Uhr: Klinische Visiten auf den internen Stationen

15 bis 18 Uhr:

Themen: Sonographie und endoskopische Diagnostik des Magen-Darm-Traktes (Teil I: Sonographie) – Video-Doppeldarstellung kindlicher Anfänge: Indikation und Aussagekraft – Diagnostik bei Verdacht auf angeborene oder erworbene Immundefizienz – Angeborene Bindegeweberkrankungen

25. April

9 bis 12 Uhr: Praxisbezogene Visite auf der kinderchirurgischen Abteilung

15 bis 18 Uhr:

Themen: Sonographische und endoskopische Diagnostik des Magen-Darm-Traktes (Teil II: Endoskopie) – Ausgewählte Kapitel aus der Kinder-Urologie – Kinderchirurgische Notfälle II – Trichterbrust

Ort: Hörsaal der Kinderklinik, Eingang Parzivalstraße 16, München 40

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 14. April

Auskunft:

Professor Dr. H.-M. Weinmann, Kölner Platz 1, 8000 München 40, Telefon (0 89) 30 68 - 5 91

Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Eschrich, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0 89) 41 47 - 2 48

6. Mai in Erlangen

Klinik mit Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. K. Stehr)

Thema: Neue praktische Gesichtspunkte in der Pädiatrie

Zeit: 9.30 bis ca. 18 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Klinik, Loschgestraße 15, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Kliniksekretariat, Frau Kreller, Loschgestraße 15, 8520 Erlangen, Teletext (0 91 31) 85 - 31 17

Lungen- und Bronchialheilkunde

22. April in Ebenfeld/Ofr.

Klinik für Erkrankungen der Atmungsorgane (Cheferzt: Dr. G. Habich), Bezirksklinikum Kutzenberg

„Lungenfunktionsseminar“

Themen: Grundlagen der Lungenfunktionsanalyse, Flußvolumenkurve, Bronchospasmodietest, Provokationstest, Bodyplethysmographie, klinische Fall-demonstrationen

Beginn: 9 Uhr

Ort: Bezirksklinikum Kutzenberg, Ebenfeld/Ofr.

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Bezirksklinikum Kutzenberg, 8629 Ebenfeld, Telefon (0 95 47) 8 15 - 43 bis 45

3. Juni in Zusmarshausen

Zusamklinik der Landesversicherungsanstalt Schwaben, Fachklinik für Lungen- und Bronchielerkrankungen (Cheferzt: Dr. D. Müller-Wening)

„Lungenfunktionsseminar“ (für niedergelassene Ärzte)

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Zusamklinik, Paracelsusstraße 3, Zusmarshausen

Teilnehmergebühr: DM 25,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 25. Mai

Auskunft und Anmeldung:

Frau Kenefzky, Zusamklinik, Paracelsusstraße 3, 8901 Zusmarshausen, Telefon (0 82 91) 90 61, Nebenstelle 12

Neurologie

22. April in München

Neurologische Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. Th. Brandt) in Zusammenarbeit mit der Neurologischen Klinik der Universität Tübingen (Direktor: Professor Dr. J. Dichgans)

5. Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung „Therapie neurologischer Erkrankungen“

Themen: AIDS – Lyme-Borreliose – Acyclovir bei Virusinfektionen – Immun-

suppression bei Multipler Sklerose – Subclavien-Steal-Syndrom – Karotis-Desobliteration – Antikoagulation bei zerebraler Ischämie – Deafferentierungsschmerz – Hyperkinesen – Neuritis vestibularis – Experimentelle Therapie: Lyse bei Hirninfarkt – Transplantation bei Morbus Parkinson? – Botulinus-Toxin bei fokalen Dystonien – Lokale spinale Spastiktherapie – Ganglioside und Polyneuropathie – Amyotrophe Lateralsklerose – Experimentelle Antiepileptika

Zeit: 9.30 bis 15.30 Uhr

Ort: Hörsaal III im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Anmeldung nicht erforderlich

Notfallmedizin

15. Juni in München

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. J. R. Siewert)

Leitung: Dr. J. Konzert-Wenzel

„13. Fortbildungsveranstaltung für den gemeinsamen Notarztdienst der Landeshauptstadt und des Landkreises München“

Thema: Rechtliche Aspekte des Notarzteinsatzes

Beginn: 17.30 Uhr

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

Anmeldung nicht erforderlich

Onkologie

22. April in München

Projektgruppe Urogenitaltumoren im Tumorzentrum München in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Klinik III und der Urologischen Klinik der Universität München im Klinikum Großhadern

Leitung: Privatdozent Dr. Ch. Clemm, Professor Dr. G. Steehler

Vorstellung des Manuals „Urogenitaltumoren“

Zeit: 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr

Ort: Hörsaal VI im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Anmeldung nicht erforderlich

Auskunft:

Sekretariat der Medizinischen Klinik III, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 - 25 51 oder 25 31

3./4. Mai in Regensburg

Regensburger Universitäts-Kolloquium

Leitung: Professor Dr. C. G. Schmidt

„1. Regensburger Universitäts-Kolloquium“

Thema: Onkologie – Stand wissenschaftlich fundierter biologischer Therapie und bestimmter Aspekte der Chemotherapie

Beginn: 3. Mai, 13.30 Uhr; Ende: 4. Mai, 15 Uhr

Ort: Hörsaal der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Universitätsstraße 31, Regensburg

Teilnehmergebühr: DM 150,- (für Hochschullehrer und Ärzte); DM 50,- (Assistenten und wissenschaftliche Mitarbeiter)

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat des Regensburger Universitäts-Kolloquiums, Altes Rathaus, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 5 07-21 83

Psychotherapie

26./27. Mai in Erlangen

Bezirkskrankenhaus Erlangen, Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie (Direktor: Professor Dr. H. K. Schneider) und Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für Angewandte Gerontologie

Leitung: Dr. Dr. R. D. Hirsch, Professor Dr. H. K. Schneider

„1. Arbeitstagung im BKH Erlangen“

Thema: Alter und Psychotherapie – Bleibt es bei „Entweder – Oder“?

Beginn: 9 Uhr

Ort: Bezirkskrankenhaus, Am Europakanal 71, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Dr. R. D. Hirsch, Am Europakanal 71, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 4 83-23 06

Rheumatologie

15. April in Oberammergau

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

„11. Rheuma-Fortbildungstagung“

Thema: Stoffwechsel und Rheuma: Hyperurikämie und Gicht in Ihrer heutigen Bedeutung – Pseudogicht – Amyloid – Femurkopfnekrose – Kann die Praxis die ambulante Versorgung des Rheumakranken noch gewährleisten?

Beginn: 9 Uhr c. t.

Ort: Rheumaklinik, Hubertusstraße 40, Oberammergau

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Dr. H. J. Albrecht, Hubertusstraße 40, 8103 Oberammergau, Telefon (0 88 22) 18 12 61

Sonographie

20. bis 22. April und 2./3. Juni in Nürnberg und Erlangen

Neurologisch-Psychiatrische Klinik (Leiter: Dr. H. W. Greiling) des Klinikums Nürnberg gemeinsam mit der Neurologischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor

Dr. B. Neundörfer) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin

Leitung: Dr. G. Berger, Professor Dr. D. Claus

„Ultraschall-Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße“; nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Aufbaukurs: 20. bis 22. April

Abschlusskurs: 2./3. Juni

Ort: Kleiner Hörsaal der Kopfklinik, Schwabachanlage 6, Erlangen; die praktischen Übungen finden in den Neurophysiologischen Abteilungen des Klinikums Nürnberg und der Neurologischen Klinik Erlangen statt.

Teilnehmergebühr: jeweils DM 660,- (Assistenzärzte ohne Gebietsbezeichnung und DEGUM-Mitglieder erhalten 10 Prozent Nachlaß auf die Kursgebühr) Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Neurophysiologischen Abteilung der Neurologischen Klinik, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-24 94

20. bis 23. April in München

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

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

„Seminar für Ultraschallidiagnostik“ – Aufbaukurs nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Beginn: 9.15 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Pettenkoflerstraße 8 a, München 2

Teilnehmergebühr: DM 800,- (Ermäßigung für Kollegen in der Ausbildung)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. W. G. Zoller, Pettenkoflerstraße 8 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-34 83 oder 35 49

9. bis 11. Juni in München

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. E. Hipp)

Leitung: Dr. Th. Biehl

Thema: Sonographie am Stütz- und Bewegungsapparat, einschließlich der Säuglingshüfte – Aufbaukurs nach den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Ort: Orthopädische Poliklinik, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft und Anmeldung:

Orthopädische Ambulanz im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-22 76

Transfusionsmedizin

3. Juni in München

Transfusionszentrum, Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns)

Leitung: Dr. M. Heim, Professor Dr. W. Mempei

Thema: Eigenbluttransfusion (Klinischer Stellenwert – Praktikabilität – Tiefkühlkonservierung – Komponententherapie) Zeit: 9 bis ca. 17 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Congress Organisation GmbH, Normannenstraße 4, 8000 München 81, Telefon (0 89) 98 06 76

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

1. Sozialmedizin

Weiterbildungskurse für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“

Sozialmedizinischer Aufbaukurs (Teil I): 5. bis 16. Februar 1990

Sozialmedizinischer Aufbaukurs (Teil II): 5. bis 16. November 1990

Die Weiterbildungskurse sind gebührenpflichtig – pro Kurs DM 300,-

2. Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

Weiterbildung für die Erlangung der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bzw. der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“

A-Kurs: 5. bis 30. März 1990

B-Kurs: 18. Juni bis 13. Juli 1990

C-Kurs: 24. September bis 19. Oktober 1990

Die Lehrgänge sind gebührenpflichtig – pro 4-Wochen-Kurs DM 600,-

Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22, Telefon (0 89) 21 84-2 87 oder 2 88

Geld auf fremden Namen nicht ohne Probleme

Die Anlage eigenen Geldes auf Namen des Ehepartners oder eines Kindes ist beliebte Methode zu versuchen, Finanzamts-Nachforschungen für diese Beträge zu entgehen. Natürlich sichert sich der Einleger eine Vollmacht über das Konto.

Der Fiskus darf unter entsprechenden, gesetzlich definierten Voraussetzungen ein Kreditinstitut zur Auskunfterteilung über den Inhaber eines Kontos zwingen. Die Bank darf aber weitere Verfügungsberechtigte über das Konto nicht preisgeben.

Ein Beispiel: Ein Vater eröffnet Konto auf den Namen seines minderjährigen Sohnes und zahlt darauf mehrmals größere Beträge ein. Nach Teilabhebungen löst der Vater das Konto auf und entnimmt dabei einen hohen Schlußbetrag.

Nach einer Scheidung beantragt die Mutter als Sorgeberechtigte für den Sohn Prozeßkostenhilfe für eine Klage gegen die Bank auf Herausgabe des einstmaligen Höchststandes des Kontos auf den Namen des Sohnes. Das Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf ließ gute Aussichten für den Sohn erkennen, erfolgreich zu klagen.

Der Sohn war namentlicher Kontoinhaber. Der Vater hatte Geld auf dieses Konto eingezahlt. Aufgrund dieser Schenkung vom Vater wurde der Sohn zum Gläubiger der Bank. Sie hatte das Geld entgegengenommen und es als Guthaben auf Namen des Sohnes geführt.

Der Vater durfte als gesetzlicher Vertreter seines Sohnes darüber verfügen, eigentlich nur gemeinsam mit der Mutter. Aber die Bank hatte deren Einverständnis vorausgesetzt. Die Bank hatte außerdem ohne Zustimmung des Vormundschaftsgerichts zugelassen, daß der Vater

- mehrmals durch Scheck über Teilbeträge des Kontos und
- durch Barabhebung über „ein Vermögen im Ganzen“ verfügt hatte.

Die Aussichten, daß die Bank die Forderungen der Mutter erfüllen muß,

sind gut. Für die Bank hat sich der Vater ungerechtfertigt bereichert. Daher hat der Vater der Bank also den entsprechenden Betrag als Bereicherungsausgleich zu ersetzen.

Der Vater hätte sich diesen Ärger erspart

1. durch Überweisungen vom Konto, weil Schecks durch Indossament übertragen werden können und sich das Vormundschaftsgericht seine Zustimmung zu solcher Verfügung vorbehält und
2. den zum Schluß bar abgehobenen Anteil nicht so groß gewählt hätte, daß er dadurch über „Vermögen im Ganzen“ verfügt hatte. Dieser Einwand hätte bei einer Höhe des abgehobenen Anteils in einem nicht zu großen Verhältnis zum Gesamtguthaben nicht erhoben werden können.

Horst Beloch

Elektronik-Versicherung:

Das nächste Mal billiger

Ein völlig neues Gefühl für Versicherungsgesellschaften. Sie gehen bei ihren Verträgen stets von steigenden Preisen aus. Dagegen sinken die Anschaffungskosten für elektronische Geräte, so auch für Computer und Drucker. Also werden bei der Erneuerung der Elektronik-Versicherung niedrigere Beiträge fällig. Das Gegenargument gleichhochgebliebener Reparaturpreise zieht nicht, weil die Allgemeinen Versicherungsbedingungen als Grundlage für die Leistungen die Listenpreise der Hardware nennen.

Steueramnestie:

Fallstricke

Bei Nach-Deklaration nicht versteuerter Zinseinkünfte vor 1986 sagt der Bundesfinanzminister Amnestie zu. Aber das Finanzamt darf sich nach der Herkunft jener angelegten Mittel erkundigen. Falls es argwöhnt, daß sie aus unversteuerten Einkünften stammen, kann der Fiskus eine Forderung durchführen. So gewinnt er Zugang zu Unterlagen, die sonst keinen Finanzbeamten etwas angehen.

Kurz über Geld

ANERKENNUNG der Kindererziehungszeiten sollen jetzt Angehörige der Jahrgänge 1935 bis 1942 beantragen und Jahrgänge 1921 bis 1934 nachholen, fordern Rentenversicherungsträger auf.

GESTORBENE BAUSPARER kennt das Finanzamt, weil Bausparkassen ihm ihren Tod melden müssen. Daher ersparen sich Erben Ärger, wenn sie Erblasser-Bausparguthaben auf dem Nachlaßberfassungsbogen nicht vergessen.

BEULE AM AUTO auf einem Supermarkt-Parkplatz durch einen Einkaufswagen können auf Kosten des Marktinhabers repariert werden, entschied das Landgericht (LG) Berlin unter 57 S 41/87.

SPANIEN-ZAHLUNGSVERKEHR behebt die Spanische Volksbank jetzt durch einen besonderen Service für deutsche Immobilienbesitzer auf der iberischen Halbinsel. Schnelle Überweisungen, Daueraufträge, Geldanlagen und Darlehenswünsche sollen befriedigend bearbeitet werden.

VORZEITIG GEKÜNDIGT werden dürfen Konsumentenkredite. Diese Möglichkeit leitete die Gesellschaft für Bankpublizistik jetzt aus dem § 609 a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ab. Sechs Monate nach Empfang des Kredites ist noch eine dreimonatige Kündigungsfrist einzuhalten.

NUR AUS ITALIENAKTIEN ist das Portfeuille eines neuen Fonds einer deutschen Investmentgesellschaft zusammengesetzt. Ein zusätzliches Risiko wie zusätzliche Chance ist durch die Wechselkursveränderungen gegeben. Ein solcher Spezialfonds eignet sich als Zusatz zu Anteilen an anderen Investmentfonds.

DIE STEUERBEGÜNSTIGUNG FÜR SENDUNGEN IN DIE DDR wird innerhalb eines Veranlagungszeitraumes nur einheitlich vorgenommen. Also ist die Entscheidung zwischen dem Pauschalbetrag pro Sendung oder dem tatsächlichen und nachzuweisenden Aufwand zu treffen.

EINE EIGENE KREDITKARTE für DM 60,- im Jahr und DM 130,- für die Vielservice-Goldkarte bietet jetzt die größte private bayerische Regionalbank an.

Besetzung der Berufsgerichte für die Heilberufe bei den Oberlandesgerichten München und Nürnberg

Vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz wurde der Richter am Oberlandesgericht München, Gerhard Kasch, mit Wirkung vom 1. März 1989 auf die Dauer von fünf Jahren zum Vorsitzenden des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München ernannt.

Der Vorsitzende Richter am Landgericht München I, Dr. Johann Fuchs, wurde mit Wirkung vom 17. März 1989 auf die Dauer von weiteren fünf Jahren zum Stellvertreter des Untersuchungsleiters bei dem Berufsgericht für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München ernannt.

Der Vorsitzende Richter am Oberlandesgericht Nürnberg, Dr. Lorenz Sierl, wurde auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Vorsitzenden des Berufsgerichtes bei dem Oberlandesgericht Nürnberg bestellt.

Gefährliche Mängel an Inhalations-Narkosegeräten ohne Sauerstoff-Messung

Aus Nordrhein-Westfalen wurde ein Todesfall gemeldet, der sich bei einer Operation in einer Zahnarztpraxis ereignet hat. Bei den Ermittlungen, die noch nicht abgeschlossen sind, wurde festgestellt, daß ein Inhalations-Narkosegerät verwendet wurde, das nicht mit einem Sauerstoffvolumenkonzentrations-Meßgerät ausgerüstet war. Für das Narkosegerät lag eine Prüfbescheinigung nach § 22 Abs. 2 Medizingeräteverordnung (MedGV) vor, die bei dem vorliegenden Mangel nicht hätte ausgestellt werden dürfen. In dieser Bescheinigung war das Fehlen des Sauerstoffvolumenkonzentrations-Meßgeräts als Mangel aufgeführt. Allerdings wurde für die Beseitigung eine Frist von drei Monaten zugestanden. Da ein Fehlen des Sauerstoffvolumenkonzentrations-Meßgeräts als ein Mangel der Stufe 3 entsprechend den Grundsätzen für die sicherheitstechnische Prüfung nach § 22 Abs. 2 MedGV zu werten ist, hätte für dieses Gerät kei-

ne Prüfbescheinigung gemäß § 22 Abs. 2 MedGV erteilt werden dürfen.

Da nicht auszuschließen ist, daß noch weitere Narkosegeräte ohne Sauerstoff-Messung angewendet werden, wird darauf hingewiesen, daß diese Geräte nach § 6 Abs. 1 MedGV erst dann weiter betrieben werden dürfen, wenn der Mangel beseitigt ist und eine ordnungsgemäße Prüfbescheinigung vorliegt.

Entsorgung von Abfällen aus Arztpraxen

Aufgrund von Anfragen, insbesondere von Abfallentsorgungsunternehmen, sah sich die Bayerische Landesärztekammer veranlaßt, diesbezüglich nochmals das Bayerische Landesamt für Umweltschutz um Stellungnahme zu bitten. In seiner Antwort führt das Bayerische Landesamt für Umweltschutz im Dezember 1988 folgendes aus:

„Derzeit werden landesweit die Einteilung und Entsorgung von Abfällen aus Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen intensiv erörtert. Es ist bislang allerdings nicht absehbar, wann eine Klärung der strittigen Punkte herbeigeführt werden kann. In Zusammenarbeit von Bayerischer Landesärztekammer, Stadtwerken München und Landesamt für Umweltschutz ist eine Empfehlung zur Entsorgung von Abfällen aus Arztpraxen und ähnlichen Einrichtungen erarbeitet worden. Diese Empfehlung, die im ‚Bayerischen Ärzteblatt‘ Nr. 5/1986 veröffentlicht wurde, bedarf aus abfallwirtschaftlicher Sicht derzeit keiner Änderung.“

Auf die damaligen Absprachen darf deshalb nochmals hingewiesen werden, wonach die staatlichen und städtischen Aufsichtsbehörden von den Praxisinhabern erwarten, daß die Entscheidung, welche Abfälle einer Arztpraxis einer gesonderten Entsorgung zugeführt werden, grundsätzlich vom Arzt selbst getroffen wird.

Wenn ein Praxisabfall der gesonderten Entsorgung zuzuführen ist, muß aufgrund der geringen Menge und des unregelmäßigen Anfalls der Abfälle für die Anlieferung der Abfälle an

Anlagen zur thermischen Behandlung selbst gesorgt werden. Die Errichtung eines eigenen Abholdienstes empfiehlt sich nur dann, wenn diese Abfälle in größeren Mengen anfallen oder über größere Entfernungen zu einer leistungsfähigen Zentralanlage transportiert werden müssen.

Die Anlieferung der Abfälle an Anlagen zur thermischen Behandlung Arztpraxen-spezifischer Abfälle in Bayern ist aufgrund der Absprachen grundsätzlich bei den Krankenhäusern möglich, die über eine leistungsfähige Müllverbrennungsanlage oder einen Abfallautoklaven verfügen. Daneben sind derzeit zwei an jeweils eine Hausmüllverbrennungsanlage angeschlossene Krankenhausabfallverbrennungsanlagen in Betrieb (München, Coburg). Weitere Anlagen dieser Art sind noch in Planung.

Ärztliche Schweigepflicht bei Einschaltung privatärztlicher Verrechnungsstellen

Da in der Literatur über die Einschaltung privatärztlicher Verrechnungsstellen durch Ärzte noch immer unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen, ist dies Anlaß, festzustellen, daß auch in Übereinstimmung mit dem Bayerischen Staatsministerium des Innern der Arzt berechtigt ist, zur Abrechnung notwendige Daten einer privatärztlichen Verrechnungsstelle zuzuleiten, es sei denn, daß der Patient einen entgegengesetzten Willen zum Ausdruck gebracht hat. Diese Auffassung entspricht im übrigen der in der kürzlich erschienenen 10. Auflage des Leipziger Kommentars zum Strafgesetzbuch vertretenen Ansicht (§ 203, Randnummer 69); danach ist bei einem niedergelassenen Arzt die Einschaltung einer Abrechnungsstelle, weil üblich, durch Einverständnis gedeckt.

Nach wie vor sollte der Patient vom Arzt in geeigneter Weise auf die Einschaltung privatärztlicher Verrechnungsstellen hingewiesen werden. Das Bayerische Staatsministerium des Innern teilt die Auffassung der Bayerischen Landesärztekammer, daß dafür ein entsprechender Aushang im für Privatpatienten zugänglichen Wartezimmer des Arztes ausreicht.

Schnell informiert

Schwerpunkthemen für die ärztliche Fortbildung

Anlässlich des 13. Interdisziplinären Forums „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ in Köln haben gewählte Mitglieder des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung und Mitglieder der wissenschaftlichen Leitung des Forums für das Fortbildungsjahr 1988/89 folgende Schwerpunkthemen festgelegt:

1. Aktuelle Fragen der Pharmakotherapie
2. Schmerztherapie als interdisziplinäre Aufgabe
3. Frühdiagnose und Frühtherapie bei Störungen des Sehens, des Hörens und der Sprache

AIDS bleibt auch in diesem Jahr Schwerpunkthema!

Rote Liste 1989

Die „Rote Liste 1989“ wurde vor kurzem wieder allen praktizierenden Ärzten zugesandt. Erweitert wurde die Zusammenstellung der Gegenanzeigen und Anwendungsbeschränkungen zum Stichwort „Schwangerschaft/Stillzeit“. Ferner wurden die systemischen Nebenwirkungen von Ophthalmika und Rhinologika neu aufgenommen. Wer das Werk bisher nicht erhalten hat, kann sich unter Angabe der genauen Berufsbezeichnung direkt an den Editio Cantor Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Postfach 12 55, 7960 Aulendorf, wenden.

Broschüre „Tropenkrankheiten“

Die Robert-Koch-Stiftung e. V. hat im Rahmen ihrer Schriftenreihe die Ergebnisse eines Seminars in Eltville veröffentlicht, das sich mit den arbeitsmedizinischen Aspekten zur Prävention und Therapie von Tropenkrankheiten bei Arbeitnehmern in Entwicklungsländern befaßt. – Herausgeber: Umwelt und Medizin Verlagsgesellschaft, Frankfurt, broschiert, 147 S., DM 20,-.

Kompodium „Analgesie bei Kindern“

Anlässlich des ersten Consensus-Symposiums in Rottach-Egern erarbeiteten Kinderärzte, Anästhesisten, Intensivmediziner, Onkologen, Neuro- und Kinderchirurgen Empfehlungen für die Behandlung akuter chronischer Schmerzzustände im Kindesalter. – interessierte Ärzte können dieses Werk kostenlos bei der Grünenthal GmbH, Stolberg, antordern.

Praxishilfen

Die Cassella-Riedel Pharma GmbH, Frankfurt, bietet aus dem Bereich „Dermatologie“ im Rahmen ihrer Serviceleistungen verschiedene Praxishilfen an, die von Ärzten kostenlos angefordert werden können:

- Sticker mit Kulleraugen: eine Belohnung für kleine Patienten
- Dermatosen im Bild: ein Bildband, der sich mit Erkrankungen der Parapsoriasis-Gruppe und Mycosis fungoides befaßt
- Merkblätter für Patienten mit atopischem Ekzem als Therapieunterstützung (in Zusammenarbeit mit der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München)
- Patienten-Set: Leitfäden und Sandpapier-Nagelfeilen für Patienten mit Haut- und Nagelmykosen

140 Großdruckbücher

Großdruck hilft allen, die trotz Brille ein größeres Schriftbild wünschen oder brauchen. Aus dem Angebot der Verlage hat der Deutsche Caritasverband in seiner jährlichen Liste wieder etwa 140 Bücher ausgewählt, überwiegend Erzählendes und Heiteres, aber auch Bücher zur Besinnung, Sachbücher und Kalender. Die Liste „Eine Auswahl Großdruckbücher 1988/89“ kann kostenlos angefordert werden beim Deutschen Caritasverband, Caritas-Korrespondenz, Postfach 420, 7800 Freiburg.

Film: Schmerzbekämpfung bei Notfallpatienten

Anlässlich der 6. Fortbildungstagung für Notfallmedizin in Oberstdorf gab es eine Filmpremiera mit Vorschlägen zur präklinischen stufenweisen Analgesia von traumatisierten und internistischen Notfallpatienten.

In dem von Grünenthal GmbH, Stolberg, in Auftrag gegebenen und von H. Setrin, Würzburg, wissenschaftlich betreuten Film wird aufgezeigt, daß eine Schmerzlinderung nicht nur aus ethischer Sicht zu fordern, sondern auch zur Erhaltung der Vitalfunktionen notwendig ist. Denn schon wenige Minuten nach einem Unfall kann die Katecholaminausschüttung um ein Vielfaches ansteigen, was zu einer kardiovaskulären Belastung und in deren Folge auch zu pulmonalen Pertusionsstörungen führt.

In dem neuen Film wird für die medikamentöse Therapie ein Stufenschema empfohlen: In der 1. Stufe sollten peripher wirksame Analgetika wie Metamizol oder ASS eingesetzt werden. Wenn dies nicht ausreicht, folgt als 2. Stufe die zusätzliche Gabe eines zentral wirksamen Opioids, wie z. B. Tramadol. Dieses ist zwar schwächer wirksam als Morphin, zeigt aber keine klinisch relevanten kardiozirkulatorischen und etem-depressiven Begleitaffekte; außerdem unterliegt es nicht dem Betäubungsmittelgesetz. Für die 3. Stufe werden potente Mittel wie Morphin oder das ebenso wirkungsstarke Piritamid empfohlen; beide führen zur Atemdepression. Bei polytraumatisierten und auch bei bewußtlosen Patienten gilt Morphin nach wie vor als Mittel der Wahl. BMP

„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. Hens Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hens Joachim Sewering, Dr. med. Kleus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 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: 5 23 662, Telegrammadresse: etlespress. Peter Schachtl, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

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

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED

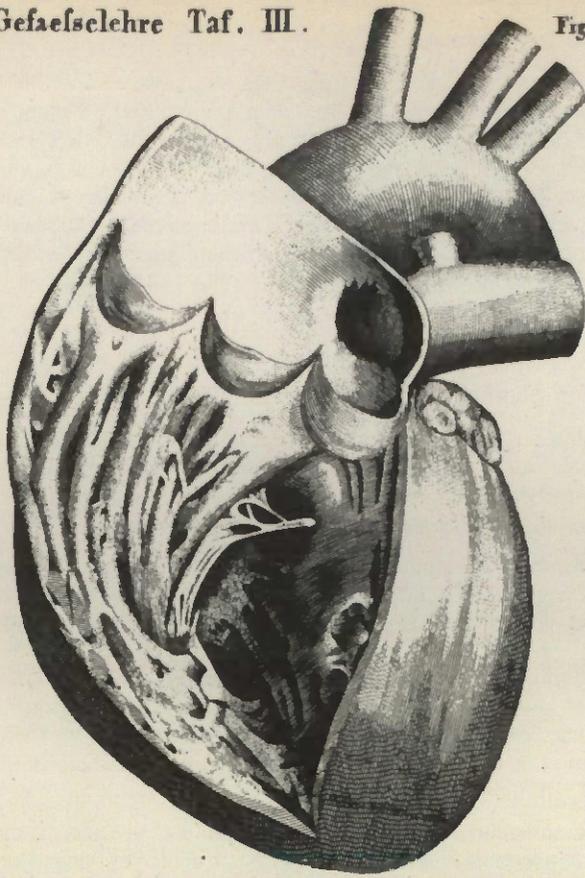


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1929.



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.
Zusammensetzung: Extr. Crataegi fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Convallar. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Excip. ad 100 g.
Kontraindikationen: keine bekannt.



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

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

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



Elterninformationsabend 5. Klasse
Mittwoch, 10. Mai 1989 um 19 Uhr
im Neubau Pflingstrosenstraße 73

Kleines privates Lehrinstitut Derksen
8000 München 70, Tel. 7142561 und 717274

Nie mehr Literatur suchen mit

biblio-file

Individuelle und exklusive
Systematisierung, Katalogisierung und Pflege Ihrer Privatbibliothek.

Biblio-file RA M. Folger, Dipl.-Bibliothekarin
General-von-Steln-Straße 32, 8050 Freising, Telefon (0 81 61) 6 21 41

Bayern macht fit und mobil!

Die weiß-
bei uns in
das Beste,

blaue Kur
Bayern ist
was Sie für
Ihre Gesundheit tun können. Wo's auch
„zwickt“: wir versuchen zu helfen, auf bairi-
sche Art! 46 Heilbäder und Kurorte von 200 m
– 1200 m Höhe stehen zu Ihrer Wahl. Die
Broschüre KUREN IN BAYERN schickt Ihnen
gerne der Bayerische Heilbäderverband, Post-
fach, 8730 Bad Kissingen, Tel. 09 71/80 48 30

Auf nach Bayern ...zur Kur!



Eilt Große internistische Praxis im Raum Augsburg ab sofort zu übernehmen.

Anfragen an: Wirtschafts- und Veranicherungsdienst des Marburger Bundes Bayern GmbH, Telefon (089) 7 25 30 56

Solide interne **Praxis**

mit breiter Diagnostikmöglichkeit, einschließlich Röntgen, alsbald günstig abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/1192 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Praxisräume Regensburg-Innenstadt

Renoviertes Jugendstilhaus, zwei Räume à 225 qm, beliebig unterteilbar, noch frei.

Näheres: Telefon (09 41) 99 73 91 abends oder (09 41) 5 15 54

Für Internistenhepär oder zwei Kollegen (eventuell auch fachübergreifend) geräumige

Praxis baldmöglichst abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/1193 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

8633 Rödental/Coburg: Räume für Errichtung einer

HNO-Arztpraxis

in bester Lage, 1. Stock über Apotheke, günstig zu vermieten. Parkplätze am Haus. Von der KVB ist die Stelle für einen HNO-Arzt in Rödental ausgeschrieben.

Anfragen an: Apotheke Oeslau, Oeslauer Straße 99, 8633 Rödental, Telefon (095 63) 1217 oder (095 63) 88 21 oder privat (095 61) 6 23 57

Lauf/Nürnberg

Geschäftshaus mit 6 Praxen

mit Apotheke, Bank, Einkaufszentrum, Laden. Von 99 qm bis 228 qm. Pacht oder Kauf. Superlage. Ausbau nach Wunsch. Bezug 9/89.

Walter Imm., Telefon (091 23) 145 23, Fax (091 23) 145 27

Praxisräume

FTH-Centrum, ca. 350 qm, I. Obergechoß, Lift, frei 5/89, große Räume, OM 2000,- + MwSt + NK; ab 1/82, OM 3000,- + MwSt + NK.

Immobilien Löfflar, Telefon (09 11) 77 22 00

Internistische Praxis

Alteingeführt, zentral gelegen, im bayer. Schwaben, Groß- und Universtadsnähe, mit Immobilie, aus Altersgründen zu verkaufen.

Anfragen unter Chiffre 2064/1183 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

TERMINE

Balint-Gruppe:

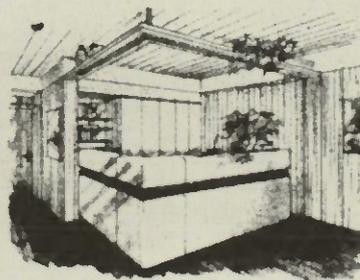
Augsburg, am Samstag und/oder Wochenende für alle Ärzte für Zusatzbezeichnung Psychotherapie/Psychoanalyse und Weiterbildungslahrgänge. Anerkannte Leiterin von Balint-Gruppen durch die Bayerische Landesärztekammer. Beginn: 29. April 1989.

Frau Dr. med. Olamut Scheiner, Ärztin für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie.

Praxis Drs. J. Müller / D. Müller-Scheiner, Bgm.-Aurnhammer-Straße 18, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 9 30 20

PRAXISBERATUNG · PRAXISEINRICHTUNG

Ihre Praxiseinrichtung

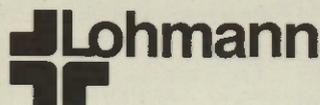


Neubau
Umbau
Ergänzung
individuell geplant
und komplett
eingrichtet
Sonderanfertigung
ist unsere Norm

PE

praxisgerechtes
Einrichten
Günter Egler GmbH
Zum Waldeck 18
7165 Fichtenberg
Tel.: 07971/5951-52

Fordern Sie unsere Unterlagen an



Rosidal®-Binde K Elko®

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

Rosidal – die griffige rutschfeste Binde

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

32278/0586

Hier könnte Ihre Anzeige stehen

Das Bayerische Ärzteblatt als offizielles Organ der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist der ideale Werbeträger mit dem Sie alle niedergelassenen und Klinik-Ärzte Bayerns erreichen.

41 000 Bezieher dieser Zeitschrift können Sie zu ausgesprochen günstigen Bedingungen ansprechen.

Wir stehen Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite

Atlas Verlag und Werbung
Abt. Bayerisches Ärzteblatt
 Sonnenstraße 29

8000 München 2

oder rufen Sie einfach an

Telefon (0 89) 5 51 77 - 269 (Herr Schachtl)

Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft
 sucht für den Bereich Versicherungsmedizin
 jüngere/n

Gesellschaftsarzt/ärztin

Wir zählen zu den international führenden Rückversicherern und sind in allen Teilen der Welt mit mehr als 60 Außenstellen vertreten. Unsere Kunden sind Versicherungsunternehmen in über 140 Ländern.

Schwerpunkte der Aufgabenstellung werden die Begutachtung von Lebensversicherungsanträgen, die damit verbundene prognostische Beurteilung und die wissenschaftliche Weiterentwicklung unserer Einschätzungsrichtlinien ebenso sein wie die versicherungsmedizinische Beratung von Versicherungsunternehmen im In- und Ausland.

Die Position verbindet interessante prognostische und wissenschaftlich-kreative Tätigkeit auf versicherungsmedizinischem Gebiet mit weltweiten Kundenkontakten. Sie erfordert daher ständige Verbindung mit der aktuellen medizinischen Entwicklung, insbesondere auf dem Gebiet der Inneren Medizin. Bewerber, die bereits gute Fremdsprachenkenntnisse besitzen, werden bevorzugt. Kontaktfähigkeit, Einfühlungsvermögen, die Bereitschaft, sich in ein Team einzufügen sowie Interesse an EDV-Fragen runden die Qualifikation ab.

Über Einzelheiten sprechen wir gerne mit Ihnen. Für erste Informationen bitten wir um Kontaktaufnahme mit dem Chefarztbüro unter Rufnummer (0 89) 38 91 - 99 46.



Münchener Rück
Munich Re

Münchener
 Rückversicherungs-Gesellschaft
 Königinstr. 107, 8000 München 40
 Personalabteilung

STELLENMARKT

Arzt für Allgemeinmedizin - Psychotherapie - 32 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, WB u. e. Päd./Psych., versiert in Sono, Doppler, EEG, LZ-EKG. Wünscht **Praxisübernahme/Assoziation** ab 3. Quartal 1989.

Anfragen unter Chiffre 2064/1165 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Suche Vertreterin in Allgemein-Gemeinschaftsambulanz für vier Monate ab Mitte Juni. Erfahrung Pädiatrie und Gynäkologie erforderlich.

Anfragen unter Chiffre 2064/1199 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Ärztin, promoviert, Approbation 6/88, seitdem Assistenzärztin in gynäkologischer Abteilung, sucht

Assistentenstelle in Allgemeinarzt- oder internistischer Praxis mit Weiterbildungsermächtigung im Raum München, Miesbach, Bad Tölz.

Dr. Birgit Thieme, Georg-Hirth-Straße 49, 8183 Rottach-Egern, Telefon (0 89 22) 6 59 97

Erfahrene

Hautärztin

übernimmt Praxisvertretung.

Telefon (09 11) 45 88 75

Allgemeinärztin

Betriebsmedizin, sucht (Teilzeit-) Assoziation im Raum Oberpfalz.

Anfragen unter Chiffre 2064/1188 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Chiffre-Nummern auf Offerten bitte deutlich schreiben

Vertretung

für Internistische Allgemeinpraxis vom 18. bis 26. Mai 1989 gesucht.

Telefon (08 21) 79 15 85

Assistenzarzt,

33 Jahre, im dritten Weiterbildungsjahr für

Chirurgia

sucht neue Stelle zur Beendigung der Gebietsarztweiterbildung im Großraum München und Oberbayern.

Anfragen unter Chiffre 2064/1179 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Ärztin,

vier Jahre Klinikerfahrung (vorwiegend Innere Medizin, breitgefächerte Weiterbildung), sucht Stelle in öffentlicher Behörde (z. B. Gesundheitsamt, Gutachtertätigkeit) oder in einer Kurklinik im Großraum Passau oder Landkreise Rottal-Inn.

Anfragen unter Chiffre 2064/1195 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Allgemein- und Betriebsärztin sucht stundenweise Mitarbeit in **Allgemein-Praxis**

(auch Abende und Wochenenden) im Raum WEN - SAD - NEW - AM (Sono-, Röntgen-, Doppler-, Naturhallverfahren).

Anfragen unter Chiffre 2064/1189 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Praxisübernahmen

Arzt, Naturheilverfahren, sucht Praxis im Raum München-Süd, -Südwest bis Starnberger See.

Arzt sucht Praxis in Kempten.

Diskretion zugesichert.

Kontaktaufnahme über **M+D, Jahnstraße 8, 8970 Immenstadt**, Telefon (0 83 23) 77 71