



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 7

## Die ärztliche Selbstverwaltung - ihre Bedeutung und ihre Gefährdung

Über dieses Thema sprach auf der Landesversammlung des Harfmannbundes am 27. April 1974 in Bad Reichenhall der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans Joachim Sewering

Wir bringen nachstehend Auszüge aus seinem Vortrag:

Mit der Frage „Selbstverwaltung, ihre Bedeutung und Gefährdung, hat sie noch Berechtigung, hat sie sich überlebt, muß man heute alles staatlich regeln?“ könnte man Kongresse füllen. Wir sollten davon ausgehen, daß eine freiheitliche Demokratie nur dann wirklich lebensfähig ist und mit Impulsen, mit Initiative erfüllt wird, wenn die Bürger selbst möglichst viel Verantwortung übernehmen.

Wenn wir davon ausgehen, daß der klassische Grundsatz der Subsidiarität, des Erfüllens öffentlicher Aufgaben, in der Verantwortung einzelner Gruppen unserer Gesellschaft richtig ist, dann hat auch die Selbstverwaltung in dieser freiheitlichen Demokratie nicht nur ihre Berechtigung, sondern dann ist sie geradezu ein lebensnotwendiges Element für die weitere Entwicklung und das Gedeihen der Gesellschaft, der wir angehören. Insoferne haben sich die Grundsätze der Selbstverwaltung nicht etwa überlebt, sondern bei den immer schwieriger werdenden Problemen, denen wir gegenüberstehen, haben Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der Gruppen in allen Bereichen noch an Bedeutung gewonnen.

Im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik hat die Selbstverwaltung eine alte Tradition – nicht nur bei den Ärzten, sondern auch im Bereich der Krankenversicherung, der Rentenversicherung und auf anderen Gebieten. Für uns Ärzte gibt es dabei mehrere Entwicklungslinien. Auf der einen Seite ist es der Zusammenschluß aller Ärzte in der Ärztekammer – die klassische Form der Selbstverwaltung – mit einer Tradition, die weit in das vergangene Jahrhundert hineinreicht. Die Anfänge Ärztlicher Kreisverbände und von Ärztekammern liegen in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts, zum Teil schon etwas früher. Die Ärzte haben sich teils noch ohne gesetzliche Regelungen, teils aufgrund königlicher Erlasse zusammengeschlos-

sen und versucht, ihre Probleme selbst zu lösen und den Kollegen Leitlinien zu geben für die Erfüllung der ihnen gestellten Aufgaben.

In Bayern hat die ärztliche Selbstverwaltung auf dem Kammersektor insoferne eine lange Tradition, als bereits 1927 das erste Bayerische Ärztegesetz vom Bayerischen Landtag erlassen wurde. Wenn man sich dieses erste Gesetz ansieht, muß man sagen, daß es schon damals ein eminent modernes Gesetz gewesen ist, denn im Grunde genommen ist die Aufgabenstellung, welche damals der Gesetzgeber für die ärztliche Selbstverwaltung gefunden hat, die gleiche geblieben über die ganzen Jahrzehnte bis zum heutigen Tag.

Mit diesem Bayerischen Ärztegesetz wurde auch die gesetzliche Mitgliedschaft der Ärzte begründet. Seit dieser Zeit ist der Arzt automatisch Mitglied seiner ärztlichen Berufsvertretung, und das war auch die Voraussetzung dafür, um dieser Selbstverwaltung u. a. die Berufsaufsicht über die Ärzte zu übertragen. Der Gesetzgeber hat der ärztlichen Berufsvertretung damals aber auch schon die Aufgabe der Wahrung der Belange der Ärzteschaft übertragen und damit also die Selbstverwaltungsorganisation zum berufenen Sprecher der Ärzteschaft gegenüber der Öffentlichkeit und dem Gesetzgeber gemacht.

Die Weiterbildung der Fachärzte war eine weitere wichtige Aufgabe, welche allerdings schon vorher wahrgenommen wurde, ohne daß es dafür eine gesetzliche Grundlage gegeben hat.

Weitere Aufträge des Gesetzgebers waren, die Fortbildung der Ärzte zu fördern und schließlich die Mitwirkung im öffentlichen Gesundheitswesen. Alle diese Aufgaben obliegen auch heute noch der ärztlichen Berufsvertretung.

1946 wurde von der Bayerischen Regierung unter dem Ministerpräsidenten Dr. HÖGNER wiederum ein Baye-

risches Ärztegesetz erlassen, trotz erheblicher Einwendungen der amerikanischen Besatzungsmacht. Das war damals eine beachtliche Leistung. Im Jahre 1957 wurde es dann novelliert und das Gesetz für die Heilberufe – also die Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker – in Kraft gesetzt. Für alle Heilberufe gelten die gleichen gesetzlichen Grundnormen und auch die gleichen Aufgaben, die sie zu erfüllen haben.

Ein weiteres Beispiel einer guten und sinnvollen Selbstverwaltung der Ärzte stellt die Bayerische Ärzteversorgung dar. Diese Einrichtung ist nunmehr schon über 50 Jahre alt. Sie hat sich für die Sicherung der Ärzte und ihrer Familien zunehmend bewährt, weil sie es verstanden hat, im Laufe der Jahre – besonders im Verlaufe der letzten 20 Jahre – ihre Leistungen erheblich auszubauen und so zu einem echten Faktor für die soziale Sicherung der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte zu werden.

Für die Öffentlichkeit und die politische Auseinandersetzung ist wohl die kassenärztliche Selbstverwaltung derjenige Bereich, der am stärksten in den Beschuß gekommen ist und nunmehr im Mittelpunkt sozial- und gesundheitspolitischer Auseinandersetzungen steht. Auch sie hat eine lange Geschichte und Tradition.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts hatte der einzelne Arzt keinerlei organisatorischen Schutz gegenüber den damals schon vorhandenen Trägern der Krankenversicherung. Wenn man die Geschichten der alten Ärzte hört und liest, muß man feststellen, daß der einzelne Kollege keinen leichten Stand hatte, um seine Existenz zu gründen und die Zulassung zu der einen oder anderen Krankenkasse zu bekommen. Aus dieser Situation heraus hat dann 1900 der Leipziger Arzt Dr. Hartmann den Verband der Ärzte Deutschlands gegründet, einen Kampfverband, der die Aufgabe übernahm, die Interessen der für die Krankenkassen tätigen Ärzte zu wahren. Es hat allerdings Jahrzehnte gedauert, bis es Anfang der dreißiger Jahre zur Errichtung der Kassenärztlichen Vereinigung gekommen ist. Sie wurde als Körperschaft des öffentlichen Rechts und damit als Vertragspartner der Krankenversicherungsträger anerkannt, mit der Aufgabe, die Aufsicht über die Kassenärzte zu führen und ihre Belange gegenüber den Krankenversicherungsträgern zu wahren. Von diesem Zeitpunkt ab endeten die direkten Rechtsbeziehungen des einzelnen Arztes zur Krankenversicherung. Der Arzt stand und steht im Schutze seiner Selbstverwaltungsorganisation.

Dieses System hat sich in der Kriegs- und vor allem in der Nachkriegszeit bestens bewährt. Auf diese Weise war es möglich, die kassenärztliche Versorgung der Bevölkerung zu sichern – unter schwierigsten Bedingungen und für schmale Honorare.

Nach einigen Auseinandersetzungen im Laufe der folgenden Jahre kam es 1955 zur Novellierung der Reichsversicherungsordnung in den Abschnitten, wel-

che die Kassenärzte angehen (§ 368 ff.). Es entspannen sich dabei harte innerärztliche Auseinandersetzungen um die Frage „Vertragsfreiheit oder verbindliche Schlichtung“. Die Lösungen, welche damals gefunden wurden, haben sich inzwischen bewährt. Für das Gesamtsystem der ärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik, für den Bereich Kassenpatienten – Krankenkassen – Kassenärzte begann mit dieser Neuordnung im Jahre 1955 eine Zeit der fruchtbaren Entwicklung. Man kann sagen, daß es durch die völlige Gleichstellung, die damals der Gesetzgeber für die beiden Seiten vorgenommen hat, zu einem Frieden im Bereich der Krankenversicherung gekommen ist.

Um so bedauerlicher ist es, wenn nun nach 20 Jahren von einigen Kassen Forderungen veröffentlicht werden, welche als geradezu diskriminierend empfunden werden müssen. Der Gesetzgeber hat damals ein Junktim geschaffen: Er hat auf der einen Seite den Kassenärzten in ihrer Selbstverwaltung die Sicherstellung der gesamten ärztlichen Versorgung der Versicherten kraft Gesetzes übertragen, andererseits haben die Ärzte angesichts dieses umfassenden und verantwortungsvollen Auftrages auf die Vertragsfreiheit insofern verzichtet, als sie sich einer verbindlichen Schlichtung unterworfen und damit die Möglichkeit vertragsloser Zustände ausgeschlossen wurde. Die Kassenärztliche Vereinigung hat sie im Interesse der Versicherten der Bundesrepublik bewußt auf sich genommen – obwohl sie in dem Gesamtsystem der sozialen Sicherheit durchaus nicht an der Tagesordnung ist –, in der Erkenntnis, daß die besondere soziale Bindung des Arztes es erforderlich macht, die Kontinuität der kassenärztlichen Versorgung unter allen Umständen zu gewährleisten.

Dadurch war es möglich, den Millionen Krankenversicherten in der Bundesrepublik eine ärztliche Versorgung zuteil werden zu lassen, wie sie in dieser Form vergleichsweise kaum in einem anderen Land geboten wird. Das wird auch dadurch nicht eingeschränkt, daß zugegebenermaßen die ärztliche Selbstverwaltung in den letzten Jahren und auch heute noch in einigen Bereichen mit Verteilungsproblemen konfrontiert ist, die zu lösen sie als ihre vordringliche Aufgabe ansieht. Wenn man fragt, wie es mit der Selbstverwaltung steht, ob sie gefährdet ist, ob sie anerkannt wird, dann muß man feststellen, daß sie – soweit es den Bereich der Ärztekammer angeht – im großen und ganzen bisher nicht in Frege gestellt wurde.

Durch das Karlsruher Urteil zur ärztlichen Weiterbildung ist die ärztliche Selbstverwaltung in die Diskussion geraten. Das Urteil kam zu dem Ergebnis, daß im Interesse der Bürgerschaft des Landes die Selbstverwaltung einer Gruppe dort ihre Grenze findet oder vom Gesetzgeber her gesteuert werden muß, wo die Gemeininteressen der Bevölkerung berührt werden. Deshalb hat das Gericht gefordert, daß die sogenannten „statusbildenden Normen“ – ein neuer Begriff für

die ärztliche Weiterbildung – vom Gesetzgeber zu regeln sind.

Das Karlsruher Gericht hat noch eine weitere Entscheidung getroffen, welche erhebliche Bedeutung hat, indem es feststellte, daß die Regelung dieser Fragen der ärztlichen Berufsausübung Landesrecht ist und damit nicht dem Bundesgesetzgeber zukommt. Damit ist es Aufgabe der Bundesländer, eine gesetzliche Regelung der Grundnormen der ärztlichen Weiterbildung zu schaffen, wobei es im Interesse der Freizügigkeit der Ärzte notwendig ist, daß diese gesetzliche Regelung durch die elf Länderparlamente in etwa gleicher Weise erfolgt. Es ist zu hoffen, daß den Vorschlägen und Einwendungen der ärztlichen Selbstverwaltung bei der Endfassung des Weiterbildungsgesetzes doch noch Rechnung getragen wird und es auf diese Weise zu einer gesetzlichen Grundlage kommt, welche die Kammern in die Lage versetzt, auch auf diesem Gebiet wieder fruchtbare Arbeit zu leisten.

Im Brennpunkt der sozialpolitischen Diskussion steht derzeit die kassenärztliche Versorgung der Bevölkerung. Die Bayerische Staatsregierung hat dem Bayerischen Landtag in Erfüllung eines Landtagsbeschlusses einen Bericht über die derzeitige ärztliche Versorgung in Bayern vorgelegt. Es finden sich darin beachtenswerte Feststellungen:

„Trotz aller derzeitigen Engpässe in der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung steht außer Zweifel, daß sich das geltende Kassenarztrecht, das auf den Prinzipien der freien Arztwahl und des freien ärztlichen Berufsstandes beruht, bewährt hat. Reformplänen, die entgegen diesen elementären Grundsätzen die Verstaatlichung des gesamten Gesundheitswesens zum Ziele haben, ist eine entschiedene Absage zu erteilen. Solche Reformpläne halten einer sachkundigen Überprüfung nicht stand. Objektive Vergleiche mit den Verhältnissen in Ländern, in denen das Gesundheitswesen staatlich ist, fallen eindeutig zugunsten unseres Systems aus. Das durch das Kassenarztrecht gewährleisteteste Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient trägt wesentlich zum Heilerfolg bei. Die Errichtung eigenständiger Ambulatorien an Krankenhäusern ist kein geeigneter Vorschlag, um das Problem zu lösen.“

Heftige Angriffe auf die Staatsregierung haben Vorschläge zur sogenannten Reglementierung der Niederlassung als Ultima ratio von seiten einiger Verbände ausgelöst.

Im Vertrauen auf die Wirksamkeit bereits eingeleiteter Maßnahmen, welche elastisch den jeweiligen Verhältnissen angepaßt oder weiter ausgebaut werden können, sieht die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns von sich aus nach wie vor keine Veranlassung, Pläne vorzulegen, die anzuwenden wären, wenn die Förderungsmaßnahmen nicht zum gewünschten Ergebnis führen. Sie hat aber Verständnis dafür, daß die Staats-

regierung aus ihrer Verantwortung heraus den Bürgern Bayerns auch für diesen Fall eine Antwort zu geben für erforderlich hält. Die von der Bayerischen Staatsregierung als letzter Ausweg ins Auge gefaßte Reglementierung – die vorübergehende Beschränkung der Zulassung auf Arztstellen, die in einem „Bedarfsplan“ ausgewiesen sind – hat, wie jede Art von Reglementierung, Mängel und Schwächen. Sie respektiert aber den unverzichtbaren Anspruch der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch freipraktizierende Kassenärzte und sie läßt dem Kassenarzt die freie Wahl seines Niederlassungsortes spätestens nach Ablauf von fünf Jahren kassenärztlicher Tätigkeit. Damit unterscheiden sich die Vorstellungen der Bayerischen Staatsregierung grundlegend von denjenigen, die unter dem Vorwand, Mängel zu beseitigen, in Wahrheit Systemveränderungen betreiben wollen. Bei weiteren Beratungen wird die Kassenärztliche Vereinigung alles tun, damit eine gesetzliche Bestimmung – sollte sie kommen – den Grundsätzen des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes über die freie Zulassung entspricht und als ein echtes Instrument der „Ultima ratio“ voll in den Sicherstellungsauftrag eingebaut wird.

Mitvorstehenden Ausführungen dürfte wohl aufgezeigt sein, welche Bedeutung der ärztlichen Selbstverwaltung nach wie vor zukommt. Nur durch sie kann der Freiheitsraum für den Arzt und seine Arbeit erhalten bleiben und eine den Zeitumständen angemessene Honorierung erreicht werden. Eines der Grundanliegen der ärztlichen Körperschaften war früher kein anderes als heute: Mit beizutragen zur Gesundheit, zum Glück und zum Wohlergehen der Bürger. In diesem Anliegen reichen die Ärzte jedem die Hand, der bereit ist, mit ihnen zusammen diese Aufgabe zu erfüllen.

**Band 32** der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung. Dieser Band enthält die Vorträge des 23. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer (Wissenschaftliche Ärztagung Nürnberg)

„Schnelldiagnostik und Soforttherapie“

„Therapie bei Bluterkrankungen“

„Psychopharmaka“

„Gesundheitsschäden durch Überlastung“

Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn von den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Interessenten können Bestellungen an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, unter Beifügung von DM 1,— in Briefmarken als Schutzgebühr, richten.

# Ist eine Reform der ärztlichen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung notwendig? \*

von Hermann Braun

Ist unsere Ausbildung, Weiterbildung und unsere Fortbildung den echten Gegebenheiten des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts angepaßt, wird dieser Fortschritt auch in der Praxis und im Krankenhaus umgesetzt in die Anwendung am Patienten? Abgesehen von SCHOLMER, LÜTH und wenigen anderen sind es überwiegend medizinische Laien, die sich berufen fühlen, die Qualität der ärztlichen Arbeit beurteilen zu können.

Was ist zu sagen zur ärztlichen Ausbildung? Die alte medizinische Schule bestand schwerpunktmäßig darin, daß der Medizinstudent in der großen Vorlesung einen Überblick über die einzelnen Fächer bekam, dann am Krankenbett – das allerdings damals sehr sporadisch – dieses theoretische Wissen in der Praxis erfahren und erproben sollte. Das Wissen der Medizin ist inzwischen so groß geworden, daß nur mehr Sektoren daraus von einem bewältigt werden können, so daß sich damit eine Subspezialisierung, vor allen Dingen in der Universität vollzog. Hochschullehrer wie SAUERBRUCH und Friedrich v. MÜLLER überblickten total ihr Fach; das gibt es heute nicht mehr.

Die subspezialisierte Ausbildung führt dazu, daß die Medizinstudenten am Ende ihrer Ausbildung zu folgender Erkenntnis kommen, die sich vor einigen Jahren in einer Ringvorlesung in München über Allgemeinmedizin in der Diskussion klar dargestellt hat: „Wir haben an der Universität außerordentlich viel Interessantes gehört und gelernt, aber es waren lauter kleine Steinchen, kleinste Sektoren. Wir haben an dieser Universität keinen gefunden, der diese Steinchen zu einem Mosaik, zu einem Bild zusammengesetzt hätte. Wenn wir unser Examen hinter uns haben, fühlen wir uns nicht in der Lage, mit einem kranken Menschen, der uns gegenübergestellt wird, fertig zu werden; denn wir haben nichts erfahren vom gesamten Menschen, von seiner Menschlichkeit, die aus Geist, Seele, Leib besteht, von den Problemen, die auf uns zukommen, wenn wir in einer Praxis sind, wo der Mensch als Ganzes genommen werden muß, und wo wir uns nicht einfach konzentrieren können auf ein immunologisches oder hämatologisches Spezialproblem.“ Diese Äußerung hat für mich die Problematik der heutigen medizinischen Ausbildung klar gelegt.

Nun haben wir eine neue Approbationsordnung bekommen. Sie ging aus von der Forderung, daß es möglich sein soll, den Medizinstudenten praxisbezogener auszubilden. Am Ende seines Studiums soll der junge Arzt ein theoretisches Wissen und eine praktische Erfahrung haben, die ihn befähigt, eine Fach-

arzt- oder eine Allgemeinarztweiterbildung anzuschließen. In der neuen Approbationsordnung werden praktische Tätigkeiten verlangt, welche die reine Theorie ergänzen sollen. Es ist die Famulatur in der Allgemeinpraxis vorgeschrieben und das Internatsjahr, in welchem der Student in kleinen Gruppen am Krankenbett ausgebildet werden soll, also nicht in der Sprechstunde, in einer Ambulanz, sondern nur am Krankenbett. Diese Struktur der neuen Approbationsordnung bietet die richtigen Ansätze für eine praxisbezogene und praxisnahe Ausbildung. Nur ist sie noch stark ausgerichtet am bisherigen Programm und Lehrangebot der Universitäten.

Man hat sich Gedanken gemacht: „Wie kann man es anders machen?“ Es waren zwei junge Ordinarien der Medizin, Professor ARNOLD und Professor ADAM aus Tübingen, welche die zweite Projektstudie des Hartmannbundes für eine freie medizinische Hochschule erarbeitet haben. Sie streicht das vorklinische Studium restlos und stellt die Forderung auf, daß die Vermittlung des theoretischen Wissens aus dem vorklinischen Bereich in die Klinik mit hineingenommen werden muß. Professor Arnold und Adam haben sich vorgestellt, daß man mit der Klinik beginnt und den jungen Studenten schon von Anfang an mit Patienten konfrontiert und ihm die theoretischen Grundlagen in der Klinik vermittelt, indem man die Chemie dem klinisch-chemischen Institut der Inneren Medizin zuordnet, die Physik dem physikalischen Teil der Inneren Medizin, die Anatomie der Pathologie usw.

Dann können die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse auf die Medizin bezogen werden. Dieses Anliegen ist bedeutsam, weil es einen Weg aufzeigt, der realisierbar ist und die Integration der Naturwissenschaften in die Medizin bringt und damit die Frustration des Medizinstudenten in den ersten Semestern auffängt.

Bei der Realisierung der neuen Approbationsordnung im Hinblick auf die Allgemeinmedizin (Zusammensetzung der Mosaiksteine zu einem Bild), in der praktischen Ausbildung des Medizinstudenten am Krankenbett bestehen noch Engpässe. Die Prüfungskataloge für den naturwissenschaftlichen Teil und für das erste medizinische Examen liegen bereits vor. Wenn man sie ansieht, erschrickt man zum Teil etwas. Es ist ein dickes Buch und es sind nur Fragen aufgeführt, die im Physikum gestellt werden können und im schriftlichen Examen nur theoretisches Wissen verlangen.

Wir haben heute im Bundesgebiet an 15 Universitäten Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin. Sie sind niedergelassene Allgemeinärzte, ohne akademische Erfahrung. Sie sind autodidakt auf diesem Gebiet und müssen sich selbst Wege erarbeiten, wie sie das Wis-

\*) Kurzfassung des Referates auf der Landesversammlung des Hartmannbundes am 28. April 1974 in Gnad Reichenhall.

sen der Allgemeinmedizin an den Studenten heranzubringen können. Natürlich stellt sich die Frage: Ist die Allgemeinmedizin überhaupt ein Fach, das gelehrt werden kann? Die Lehrbeauftragten des Bundesgebietes, die sich zusammengeschlossen haben und jährlich zwei mehrtägige Seminare abhalten, sind inzwischen weit fortgeschritten in der Definition ihres Faches und auch in der Darstellung der Lehre. Aber die Frage der Abgrenzung des Faches, der Lehrbarkeit des Faches, ist noch nicht gelöst. Wenn man unterstellt, daß die Lehre an der Universität auch heute und in der Zukunft eine subspezialisierte ist, muß einfach einer da sein, der die Koordination vornimmt, der die Probleme der Konfrontation zwischen Arzt und Patient darstellt. Wenn aber das so sein soll, dann muß diese Allgemeinmedizin institutionalisiert werden.

Ein weiteres Problem ist die Famulatur. Es steht in der Approbationsordnung, daß der Medizinstudent während seines Studiums in der vorlesungsfreien Zeit acht Wochen Famulatur ableisten muß, entweder im öffentlichen Gesundheitsdienst, im sozialärztlichen Dienst, im arbeitsmedizinischen Dienst oder in einer Allgemeinpraxis oder Gemeinschaftspraxis. Vom Ministerium wurde definiert, daß die Gemeinschaftspraxis in der Approbationsordnung als Gruppenpraxis verstanden wird, die möglichst viele Fächer umfaßt, als Ersatz für die Allgemeinpraxis, um den Medizinstudenten einen breiten Überblick über die Medizin zu geben. Es haben sich über 300 Allgemeinärzte in Bayern gemeldet, die bereit sind, Famulatur aufzunehmen. Das genügt für den Start. Es wurde in der Bayerischen Landesärztekammer eine Famulaturvermittlungsstelle eingerichtet. Die Gesundheitsabteilung des bayerischen Innenministeriums hat eine sehr gut aufgemachte Broschüre für den Medizinstudenten herausgebracht, in der die Approbationsordnung erläutert wird und alle Wege aufgezeigt werden, die der Medizinstudent gehen muß und wie er sie gehen kann. Die Frage war bei vielen Allgemeinärzten, mit welcher Aufgabe sie konfrontiert werden und welche Risiken auf sie zukommen hinsichtlich der Haftpflicht, der Unfallversicherung, Bezahlung, Unterbringung usw. Im „Bayerischen Ärzteblatt“ wurden die Grundlagen der Famulatur veröffentlicht, und daß die Haftpflichtversicherung und die Unfallversicherung (Berufsgenossenschaft) das Risiko auch des Famulus für die vier Wochen mit abdecken, und daß nur am Schluß des Jahres den Ärzten ein Erhebungsbogen von der Berufsgenossenschaft zugeschickt wird, in dem sie die Zahl ihrer beschäftigten Mitarbeiter eintragen müssen. Der Famulus braucht nicht bezahlt zu werden, denn die Famulatur ist ein Teil seiner pflichtgemäßen Ausbildung. Man nimmt den Betrag von DM 150,— pro Monat als Taschengeld an. Wenn ein Famulus in eine Lendpraxis geht, wird es zweckmäßig sein, ihn unterzubringen.

Das letzte Problem in der neuen Approbationsordnung sind die Lehrkrankenhäuser, das Internatsjahr.

Das Internatsjahr kann auch an Krankenhäusern, die dafür die Qualifikation haben — mit Pathologie, Lehrlabor, Bibliothek usw. —, abgeleistet werden. Der Student soll in kleinen Gruppen einem Stationsarzt zugeteilt werden und dort echt die Möglichkeit haben, sich intensiv mit dem Kranken zu beschäftigen. Das geht nur, wenn man ausreichend Lehrkrankenhäuser zur Verfügung hat.

Die Weiterbildung leidet unter denselben Gefahren, die in der Ausbildung liegen, nämlich an der Subspezialisierung. 1924 gab es im Bundesgebiet die erste Facharztordnung. Seither haben sich viele neue Fächer aus den großen abgespalten, wie die Urologie usw.

Die Regelung der Facharztweiterbildung liegt heute noch in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung, weil sie allein sachverständig und kompetent ist.

Das Karlsruher Urteil hat festgestellt, die statusbildenden Normen müßten gesetzlich geregelt werden. Wir hatten geglaubt, daß nun die Facharztgesetze der Länder so ausfallen, daß wirklich nur die statusbildenden Normen gesetzlich geregelt werden, und daß nicht eingegriffen wird in die ärztliche Selbstverwaltung, daß das Detail und der Inhalt den Kammern und den Sachverständigen in den Kammern weiter überlassen wird. Wie Professor SEWERING ausgeführt hat, ist dem nicht so; denn in diesen neuen Entwürfen, die die Minister erarbeitet haben, ist neben der Prüfung zusätzlich noch die Spaltung der Ermächtigung für die Weiterbildung enthalten. Es läßt nämlich die Landesbehörde ein Krankenhaus zur Weiterbildung zu und die Kammer muß den Arzt ermächtigen. Bisher war es so, daß die Kammer bei der Beurteilung für die Ermächtigung zur Weiterbildung nicht nur die Qualifikation des Arztes, sondern auch die Größe der Abteilung, die Einrichtung, den Leistungsstandard, die Krankheitsstatistik, die Operationsstatistik usw. überprüft hat. Die Prüfung der Weiterbildungskommission bezog sich schwerpunktmäßig auf das Krankenhaus, das, was in Zukunft der Staat beurteilen soll. Ob nun der Staat in der Lage ist, dies besser zu beurteilen wie die Fachärzte in einer Facharztkommission, das muß doch ehrlich bezweifelt werden. Wenn wir auf dem Gebiet der Weiterbildung, die bei uns im Bundesgebiet eine führende Rolle innehat, weiterkommen wollen, dann müssen wir diese Weiterbildung in unserer sachverständigen Selbstverwaltung behalten. Außerdem muß es möglich sein, daß die Weiterbildung auch in der freien Praxis erfolgen darf. Nach den Facharztgesetzen muß sie voll am Krankenhaus abgeleistet werden — wenigstens für die in der EG geforderten Zeiten. Ausgenommen davon ist lediglich der Allgemeinmediziner. In vielen Gesprächen und bei Diskussionen mit jungen Klinikärzten hört man immer wieder, daß sie Sorgen haben wegen ihrer eigenen Weiterbildung als zukünftige Fachärzte — nicht nur als Allgemeinärzte —, weil sie trotz ihrer klinischen Erfahrungen bei der Niederlassung mit den Proble-

men der freien Praxis überfordert sind. Sie fordern, daß in die Weiterbildung für alle Fächer ein Jahr Weiterbildung in der Praxis hineingenommen wird, weil die Probleme der Praxis und das ganz andere Patientenmaterial ihnen fremd ist, wenn sie aus der Klinik heraus auf einmal selbständig in die Praxis hineingehen.

Die Fortbildung ist in der Berufsordnung von jedem Arzt gefordert. Im Rahmen der Fortbildung gibt es ein reichhaltiges Angebot von qualifizierten Möglichkeiten, angefangen von kleinen Fortbildungsabenden in den Kreisverbänden über die regionalen und überregionalen Fortbildungskongresse, bis zu den klinischen Fortbildungsmöglichkeiten, die die Bayerische Landesärztekammer im „Bayerischen Ärzteblatt“ jährlich in großer Zahl anbietet. Mit einer Pflichtfortbildung, wie sie häufig gefordert wird, kommt man nicht weiter. Eine Pflichtfortbildung gab es bei uns schon und ich habe selbst als Medizinstudent die fortzubildenden Ärzte in der Vorlesung miterlebt. Ich bin überzeugt, daß man die Fortbildung wesentlich verbessern könnte. Das vielfache Angebot an Fortbildung, das bei uns existiert, muß mehr koordiniert werden. Deshalb haben wir in der Bayerischen Landesärztekammer den Beschluß gefaßt, daß eine Akademie der ärztlichen Fortbildung gegründet wird. Diese Akademie wird aber bei uns in Bayern sicher nicht so aussehen wie in Hessen, wo die Akademie gebunden ist an Nauheim, an die Fortbildungsakademie, die einen baulichen Körper darstellt, mit Hörsälen und Seminarräumen. Eine Akademie in Bayern sollte es soweit bringen, daß sie sich ständig am Ball befindet in der medizinischen, wissenschaftlichen und technischen Entwicklung. Sie sollte daraus für die niedergelassenen und Krankenhausärzte Fortbildungsprogramme entwickeln und gute Referenten anbieten, die allen Veranstaltern zur Verfügung stehen. So sollte jedes Jahr ein bestimmtes Programm in ganz Bayern durchgearbeitet werden. Man könnte es eine programmierte

Fortbildung nennen. Es ist eine Frege der Organisation, wie diese Akademie wirkt bis hinunter zu den Kreisverbänden, um diese qualifizierte Fortbildung übers ganze Land hin zu streuen, um allen die Möglichkeit zu geben, davon Gebrauch zu machen. Der Stand des Wissens des tätigen Arztes sollte auch überprüfbar sein. Außerdem sollte man dem gut fortgebildeten Arzt die Möglichkeit geben, dies sichtbar zu machen.

Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung war mein Thema. Ich konnte tatsächlich nur kleine Aspekte dieser drei großen Bereiche anreißen und möchte zusammenfassen: es ist unser Anliegen und das muß es sein, daß diese drei Bereiche des ärztlichen Werdens und Wirkens einen hohen Effizienzgrad in der Anwendung der medizinischen Wissenschaft am Patienten sowohl im wissenschaftlichen wie im technischen Bereich garantieren. Aber es gehört dazu nicht nur die Wissensvermittlung, die Wissenserweiterung und die Wissensergänzung, sondern auch, daß der deutsche Arzt immer bereit sein muß, in seiner eigenen Tätigkeit sich den Fortschritten anzupassen. Er muß seine Praxis fortlaufend rationalisieren und modernisieren. Wir wissen, daß unsere deutsche Praxis die am besten eingerichtete der Welt ist. Es ist erstaunlich, was die deutschen Ärzte in ihre Tätigkeit laufend investieren, um eine qualifizierte Medizin betreiben zu können. Denken Sie an die Ausweitung der Labortätigkeit in allen Praxen der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin usw. Und wir sind überzeugt, daß in den meisten dieser Praxen eine qualifizierte Leistung, auch im Lohorsektor, erbracht wird. Das garantiert im übrigen jetzt die neu eingeführte Qualitätssicherung. Es muß unser Anliegen sein, die ärztliche Versorgung zu optimieren und optimal immer und jeder Zeit zu gestalten; denn im Vordergrund aller unserer Bemühungen muß immer der kranke Mensch stehen.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Hermann Braun, 8411 Nittendorf bei Regensburg

## Der Sicherstellungsauftrag und seine Erfüllbarkeit\*

von Friedrich Kolb

Das Hauptkontingent der derzeitigen Kassenärzte stellt die Ärztegeneration, die sich nach dem Zweiten Weltkrieg als Heimkehrer aus Krieg und Gefangenschaft zum überwiegenden Teil als Praktische Ärzte niedergelassen hat. Das ist fast 30 Jahre her, deswegen beträgt das Durchschnittsalter der derzeit praktizierenden Allgemeinärzte 55 Jahre.

Damals bestand — von den Krankenkassen unterstützt — eine beschränkte Zulassung nach gegebener Richtzahl der Versicherten der RVO-Kassen; für jeden

Kassenarztsitz gab es zahlreiche Bewerber. Der nachgeordnete Arzt am Krankenhaus war damals finanziell ungesichert, auch deswegen erfolgte ein großer Ansturm in die freie Praxis. Das flache Land war mit Flüchtlingen und Ausgebombten überbevölkert.

Die Zulassungsausschüsse haben damals sehr großzügig, um einer möglichst großen Zahl von Ärzten eine Existenz zu geben, für zahlreiche Dörfer Arztstellen errichtet, die niemals zuvor Arztsitze waren und heute wegen des Rückganges der Bevölkerung einem Arzt keine Existenz mehr bieten.

1960 wurde durch Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes dieser Numerus clausus der Zulassung auf-

\*) Kurzfassung des Referates auf der Landesversammlung des Hartmannbundes am 28. April 1974 in Bad Reichenhall.



## Iruxol®-Salbe

zur enzymatischen Wundreinigung,  
Infektabwehr  
und Förderung der  
Epithelisierung

Ein sauberer Wundgrund ist der beste Grund zur Heilung:

# Iruxol®-Salbe

macht Wunden frei, \_\_\_\_\_ frei vom Belag und vom Infekt

### Iruxol-Salbe

- reinigt den Wundgrund von allen nekrotischen Eiweißbestandteilen durch substratspezifische Aktivität der Kollagenase und durch die Breitenwirkung der Begleitpeptidasen;
- bekämpft die Superinfektion durch lokale Applikation des bewährten Breitbandantibiotikums Chloramphenicol;
- fördert die Wundheilung durch schnellere, gründliche Nekrolyse, Anregung der Granulation und Epithelisierung, und greift intaktes Gewebe nicht an.

#### Zusammensetzung:

1 g Iruxol-Salbe enthält 0,6 U der Kollagenase Clostridiopeptidase A, Begleitenzyme sowie 0,01 g Chloramphenicol

#### Dosierung:

1-2mal täglich in dünner Schicht auf das gesamte Wundgebiet auftragen. Die zusätzliche lokale Anwendung anderer Präparate sollte vermieden werden, da die Wirksamkeit von Iruxol-Salbe dadurch beeinträchtigt werden kann.

#### Indikationen:

Ulzerationen und Nekrosen wie Ulcus cruris, Dekubitus, Gangrän, Errierungen und Verbrennungen, schlecht heilende Wunden z. B. nach Operationen, Röntgenbestrahlung, Unfällen, Hauttransplantationen.

#### Nebenwirkungen:

Im Wundgebiet können Brennen und Schmerzen zu Beginn der Behandlung auftreten. Nur sehr selten ist es erforderlich, deswegen die Therapie zu unterbrechen. Vereinzelt kann es zu lokalen Reizerscheinungen kommen, die u. U. Ausdruck einer Überempfindlichkeit sind, z. B. gegen Chloramphenicol.

#### Handelsformen:

10 g Tube O.P. DM 12,50  
30 g Tube O.P. DM 30,75

### Iruxol-Salbe

KNOLL AG  
Chemische Fabriken  
67 Ludwigshafen



gehoben. Die Beschränkung einer Zulassung auf je 500 Versicherte, aber nicht jede Planung, wurde als verfassungswidrig erklärt. In den Krankenhäusern wartete damals eine große Zahl jüngerer Ärzte auf die Niederlassung, die fast zwangsläufig Fachärzte geworden waren und nun in die freie Praxis strömten. Das Verhältnis der niedergelassenen Fachärzte/Praktische Ärzte war vor 1960 etwa 34 : 66 und ist jetzt annähernd 50 : 50. Internisten, Kinderärzte und Gynäkologen haben heute die primärärztliche Versorgung in den Städten übernommen.

Mit dem wirtschaftlichen Aufschwung entvölkerte sich das flache Land nicht nur von Zugewanderten, sondern auch von vielen nachgeborenen Bauernkindern. In der letzten Zeit stagnieren die Großstädte mit ihrer Bevölkerungszahl, dafür wachsen die Randgemeinden von Ballungsgebieten und die Bevölkerungszahl auf dem flachen Land nimmt weiter ab, abgesehen von einem allgemeinen Zug nach Süden, der, wie bei der Gesamtbevölkerung, auch bei den Ärzten sich vornehmlich nach München, ins südliche Oberbayern und ins Allgäu erstreckt. Dieser allgemeine Trend führte in der kassenärztlichen Versorgung zu Verteilungsschwierigkeiten. Dazu trug weiter bei, daß auf dem flachen Lande Schulen und Pfarrstellen, in Kleinstädten Ämter, z. B. der Justiz, der Post und Kreisverwaltungen, aufgelöst und Nebenstrecken der Bundesbahn eingestellt wurden.

Gleichzeitig hat der Bedarf an nachgeordneten Ärzten in Krankenanstalten erheblich zugenommen, wo derzeit 40 Prozent aller Ärzte tätig sind. Die Jungärzte werden durch die Kampagnen sogenannter „Systemüberwinder“ sowie durch Äußerungen aus Regierungskreisen bei ihren Überlegungen, sich freiberuflich niederzulassen, laufend verunsichert.

Deshalb sind heute zur Förderung der Niederlassung in weniger attraktiven Gebieten zusätzliche Anreize erforderlich, um durch marktwirtschaftliche Maßnahmen eine entsprechende Verteilung der Ärzte zur allgemeinen Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung zu erreichen. Diese Anreize soll das sogenannte BAYERN-PROGRAMM geben.

1972 BAYERN-PROGRAMM mit Staatsmitteln:

24 Förderungen,

1973 ERWEITERTES BAYERN-PROGRAMM

der KVB: 108 Förderungen.

Dadurch überstieg 1972 die Zahl der Neuzulassungen die der Praxisbeendigungen um 150, 1973 um fast 300.

Am 31. Dezember 1973 gibt es in Bayern erstmalig wieder 50 Praktische Ärzte mehr, die von 1965 bis 1972 um 1,84 Prozent ebgenommen hatten.

Derzeit nehmen in Bayern — Stand vom 31. Dezember 1973 — 9570 Ärzte an der kassenärztlichen Versorgung teil, davon sind die gute Hälfte Allgemeinärzte.

Die Verteilung der Praktischen Ärzte im Verhältnis zur Einwohnerzahl beträgt in allen Regierungsbezirken einschließlich der Bezirksstelle München etwa 1 All-

gemeinarzt auf 2000 Einwohner. Nur in Mittelfranken und in der Oberpfalz ist das Verhältnis etwas ungünstiger, nämlich 1 Praktischer Arzt auf ca. 2400 Einwohner. Ungleichmäßig verteilt sind die Fachärzte, hier sind vor allem Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken und Unterfranken schlechter besetzt, was zum Teil durch die Struktur dieser Gebiete bedingt ist.

In Bayern kommt 1 Kassenarzt auf 1134 Einwohner. Dieses Ergebnis ist günstiger als der Bundesdurchschnitt.

Diese Zahl beweist, daß die Arztdichte auch auf dem flachen Land — bezogen auf die Bevölkerungszahl — nie höher war als zur Zeit.

Man muß allerdings hinzufügen, daß die Inanspruchnahme der Ärzte seit dem Krieg zugenommen hat, und zwar durch:

Ausweitung der gesetzlichen Krankenversicherung auf frühere Nicht- oder Privatversicherte, besonders auf dem Land durch die Gründung der Landwirtschaftlichen Krankenkassen,

die Einführung der Vorsorgeuntersuchungen,

die relative Zunahme alter Menschen,

die verbesserten Heilungsmöglichkeiten der modernen Medizin,

eine vermehrte Nachfrage nach ärztlichen Leistungen durch alle Schichten der Bevölkerung.

Zur Altersstruktur der Allgemeinärzte wird verschiedentlich darauf hingewiesen, daß mehr als ein Drittel von ihnen älter als 59 Jahre ist, und daß sich damit bei fehlendem Nachwuchs in fünf Jahren deren Zahl um ein Drittel reduzieren würde. Diese Rechnung berücksichtigt die laufende, im letzten Jahr vermehrte Neuzulassung jüngerer praktischer Ärzte in keiner Weise. Man muß zur Kenntnis nehmen, daß der Arzt sich durchschnittlich im Alter von 38 Jahren in freier Praxis niederläßt und mit 67 Jahren seine kassenärztliche Tätigkeit beendet. Daraus ergibt sich ein grob errechnetes Durchschnittsalter von 53,3 Jahren.

Das ist der Hintergrund, auf dem sich gegenwärtig die Auseinandersetzungen um die ärztliche Versorgung abspielen. Es begann 1971 mit der WWJ-Studie der Gewerkschaften (der HARTMANNBUND hat ihr eine außerordentliche Hauptversammlung und ein Weißbuch gewidmet), mit Vorschlägen linker politischer Gruppen und von Teilen der SPD. Diese stellen einen allgemeinen Ärztemangel fest, obwohl in Bayern (im gesamten Bundesgebiet ist es grundsätzlich nicht anders) 1 berufstätiger Arzt auf 550 Einwohner trifft und damit eine Arztdichte erreicht wird, von der die meisten anderen Länder nur träumen.

Wie sehen die Vorschläge dieser Gruppen zur Behebung eines angeblich generellen und des von uns nicht bestrittenen örtlichen Ärztemangels aus?

Hauptforderung ist das Ambulatorium und das medizinisch-technische Zentrum mit angestellten Ärzten. Dazu braucht man mehr Ärzte als für die gleiche Lei-



stung durch freiberuflich Tätige. Die Kassenärzte leisten mehr Überstunden und eine kostenlose Bereitschaft. Damit würde eine Versorgung durch angestellte Ärzte auch teurer. 53 Prozent aller Arztsitze in Bayern – nimmt man die kreisfreien Städte aus – sind Einzelarztsitze. Wie sollte man in Ambulatorien bei den schlechten Verhältnissen auf dem flachen Lande eine patientennahe Versorgung durchführen?

Die ärztliche Versorgung sollte nach Meinung der Systemveränderer auch durch Einschaltung von Ambulatorien an Krankenhäusern verbessert werden. Wo eine ärztliche Unterversorgung auf dem Land besteht, gibt es keine Krankenhäuser, insbesondere nach Verwirklichung der gegenwärtigen Krankenhausplanung des Bundes. Krankenanstalten in Kleinstädten haben selbst einen erheblichen Mangel an Ärzten und Angehörigen der medizinischen Assistenzberufe, der größer ist als in der freien Praxis. Völlig utopisch erscheint der Plan „fahrbarer Ambulatorien“. Wer soll die Patienten, besonders in dringlichen Fällen, an den Tagen versorgen, an denen das fahrbare Arztzentrum in anderen Bereichen eingesetzt ist?

In Beschlüssen des Bayerischen Landtages vom 7. Juni und 29. November 1973 wurde die Bayerische Staatsregierung aufgefordert, einen Strukturplan und einen Bericht zur ärztlichen Versorgung zu erstellen. Die Regierung hat diesen Bericht am 19. April 1974 vorgelegt. Er stützt sich auf eine ausführliche und eingehende Strukturanalyse der KV Bayerns mit Stand vom 31. Dezember 1972, die heute wegen der erfolgten Neuzulassungen zum Teil überholt bzw. verbessert ist. Deshalb hat die KVB in ihrem Bericht an die Staatsregierung mitgeteilt, daß sie die Situation nicht mehr als besorgniserregend betrachte, weil bis vor kurzem die schwachen Medizinerjahrgänge zur Niederlassung heranstanden, in den nächsten Jahren aber so starke Jahrgänge nachrücken, daß auch für die Kassenpraxis mit einem wesentlich stärkeren Angebot gerechnet werden könne.

Die Bayerische Staatsregierung wiederholt zunächst alle Vorschläge, die von der KVB bereits praktiziert wurden. Sie stellt selbst Mittel zum Bau von Ärztehäusern in unterversorgten Gebieten zur Verfügung. Außerdem will sie überprüfen, ob

die Ausbildungskapazität der Medizinischen Fakultäten gesteigert werden könne und

Studienanfängern, die sich zur Tätigkeit in unterversorgten Gebieten verpflichten, die Zulassung zum Studium erleichtert werden könnte.

Die Regierung fordert von den

Gemeinden, geeignete Grundstücke zum Bau von Ärztehäusern zur Verfügung zu stellen,

von den Krankenhausträgern, die belegärztliche Tätigkeit zu fördern und Nebentätigkeitsgenehmigungen für leitende und nachgeordnete Krankenhausärzte zur Teilnahme an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung zu gewähren.

Sie hat außerdem im Rettungsgesetz festgelegt, daß Rettungsleitstellen und Rettungswachen auch für den ärztlichen Notfalldienst zur Verfügung stehen.

Die Bayerische Staatsregierung will außerdem eine Gesetzesinitiative im Bundesrat zur Änderung des Kassenarztrechtes ergreifen. Im Rahmen eines von der KV und den Krankenkassen gemeinsam zu erstellenden Bedarfsplanes – wenn sich beide nicht einigen, entscheidet die Staatsregierung – soll als letztes Mittel die grundsätzlich unbeschränkte Zulassung dann und so lange ausgesetzt werden, als alle anderen Maßnahmen zur Besetzung der im Bedarfsplan ausgewiesenen freien Stellen keinen Erfolg haben. Die Verpflichtung zur Niederlassung auf diesen geplanten Stellen soll auf fünf Jahre begrenzt werden.

Diese Nachricht hat ein lebhaftes, teils zustimmendes, teils ablehnendes Echo ausgelöst. Ich bin mit dem Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Professor Dr. SEWERING, der Meinung, daß die Sozialbindung des ärztlichen Berufes den Vorrang vor den individuellen Rechten des Arztes haben muß, wenn die Versorgung der Bevölkerung dies zwingend erfordert.

Ich glaube aber nicht, daß es zu diesen reglementierenden Maßnahmen kommen muß, wenn die günstige Entwicklung des Jahres 1973 auch nur in etwa anhält.

Allerdings verspreche ich mir von einer Reglementierung auch keinen durchgreifenden Erfolg, weil sie

die Investitionsfreudigkeit und das Engagement sicher nicht fördert,

die Ärzte in gesicherter Stellung am Krankenhaus in Ruhe abwarten können, bis die Sperre aufgehoben wird und

in andere Bundesländer abwandern können

und schließlich wahrscheinlich weniger Ärzte die Tätigkeit eines Allgemeinarztes anstreben würden.

Daß die Landtagswahl in Bayern im Herbst dieses Jahres bereits jetzt die Diskussion um die ärztliche Versorgung anheizt, beweist ein dieser Tage herausgegebenes Flugblatt der SPD „Mehr Ärzte für Bayern“, in dem der CSU Versagen bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung angelastet wird. Darin werden folgende Forderungen aufgestellt:

„Zulassungssperre für ausreichend versorgte Gebiete, eine Förderung von Gruppen- und Gemeinschaftspraxen in ländlichen Gebieten und

mehr Studienplätze für die Allgemein- und Zahnmedizin.“

Mit ganzen drei Millionen für den Bau von Ärztehäusern soll das Problem gelöst werden. Dabei hat im Jahre 1973 die ärztliche Selbstverwaltung in Bayern 19,5 Millionen DM zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten bereitgestellt.

Gruppen- und Gemeinschaftspraxen in ländlichen Gebieten bedeuten zwangsläufig eine weniger bürgernahe ärztliche Versorgung. In Kleinstädten und Randgemeinden von Ballungsgebieten sind sie sinnvoller. Dort werden sie auch von den ärztlichen Körperschaften gefördert.

Studienplätze für Allgemeinmedizin gibt es nicht. Sicher meinten sie mit ihrer Formulierung das Studium der Humanmedizin oder die Weiterbildung zum Allgemeinarzt. Dabei gibt es bereits jetzt 7500 Studienanfänger der Medizin in der Bundesrepublik.

Am 9. April 1974 haben der BdO und BdB gemeinsam, ohne Absprache mit der KV, „Maximen und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen“ dem Gesetzgeber und der Öffentlichkeit vorgelegt, die eine wesentliche Änderung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung zum Ziel haben, an die Zeiten vor dem Ersten Weltkrieg erinnern und eine Kriegserklärung an die KV bedeuten, auch wenn die Verfasser die Ärzteschaft bitten, darin keinen Angriff auf sie zu sehen.

Wenig freundlich sind eber die folgenden Grundsätze formuliert: Ausschließliches Sachleistungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Modifikationsmöglichkeit in der Erfüllung der Ansprüche der Versicherten und

bestmögliche Versorgung bei Beachtung der Wirtschaftlichkeit.

Noch deutlicher werden dann die Forderungen der Kassen. Sie lassen sich auf folgende Kernpunkte zusammenfassen:

1. Einheitshonorar in allen Bundesländern und für die verschiedenen noch bestehenden Kassenarten, einschließlich der Ersatzkassen;
2. Bahnung des Weges zur Einheitsversicherung und damit zur Beseitigung der gegliederten Krankenversicherung;
3. wesentliche Erschwerung der belegärztlichen Behandlung, die von der Zustimmung der Krankenkassen abhängig wird;
4. Aufspaltung und damit praktisch Beseitigung des Sicherstellungsauftrages der KV durch Direktverträge zwischen Kassen und nicht niedergelassenen Ärzten sowie medizinisch geleiteten Institutionen. (Der § 368 a Abs. 1 Satz 1 der RVO, der den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung der KV überträgt, soll beseitigt werden und den Kassen die Möglichkeit geben, eine eigene ärztliche Versorgung zu eröffnen. Das Monopol der RVO-Kassen, das sie bei den Pflichtversicherten haben, soll selbstverständlich nicht angetastet werden);
5. Aufhebung der freien Zulassung durch Sperrung bestimmter Bezirke und eine unzumutbare Erschwerung des Verzichts auf die Zulassung;

6. Notstandsverpflichtung der Ärzte, auch in Friedenszeiten;

7. Einfrieren und Beschneidung der kassenärztlichen Honorare allgemein und insbesondere der medizinisch-technischen Leistungen.

Würden die Vorschläge der Kassen Gesetz, so wäre das Kassenarztrecht wieder auf dem Stand der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg zurückgeführt, der damals zur Gründung des alten Hartmannbundes geführt hat. Der Vertragsfriede, der seit dem Kassenarztrecht von 1955 in aller Regel eine vernünftige Zusammenarbeit zwischen den Kassen und Ärzten brachte, wäre zu Lasten der Versicherten ernsthaft gefährdet. Daß die Gewerkschaften dem BdO-Papier Beifall gezollt haben, ist nicht verwunderlich. Daß aber auch die Arbeitgeber das Reformkonzept in großen Teilen positiv beurteilen, muß Erstaunen auslösen.

Obwohl durch die Veröffentlichung der „Maximen und Forderungen“ die Bereitschaft junger Kollegen zur Niederlassung sicherlich nicht zunimmt, der KV aber die Wahrnehmung des ihr übertragenen Sicherstellungsauftrages erschwert wird, wird sie ihre Maßnahmen zur besseren Verteilung der Ärzte weiterführen und ausdehnen. Sie hat nach den bisherigen Erfolgen die begründete Erwartung, daß es ihr gelingt, einzelne akute Engpässe kurzfristig innerhalb eines Jahres zu bereinigen und das Gesamtproblem der gleichmäßigen Verteilung der Kassenärzte langfristig einer Lösung zuzuführen.

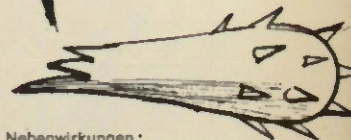
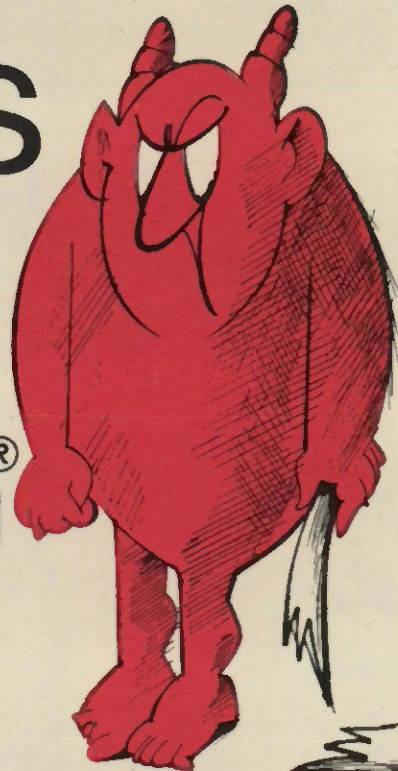
Die KV wird einen den Landarzt entlastenden Notfalldienst mit Funk in Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst organisieren und die Landärzte durch die Errichtung eines Vertreter-Pools zu entlasten versuchen. Sie wird bestrebt sein, durch Unterstützung der Famulatur bei Praktischen Ärzten, von allgemeinmedizinischen Lehraufträgen an den Universitäten und durch die Förderung der Tätigkeit als Assistent oder Vertreter in Landpraxen das Berufsbild des Praktischen Arztes, insbesondere auf dem Land, für die jüngere Ärztegeneration attraktiv zu machen.

Wir tun gut daran, wenn wir außerdem das „Problembewußtsein der Ärzteschaft hinsichtlich ihrer bedrohten Situation aktivieren“ (DENEKE), die Ärzte von der Notwendigkeit verstärkter innerärztlicher Kooperation überzeugen und Planungen und Vorbereitungen für allenfalls notwendig werdende Kampfmaßnahmen treffen, um zu verhindern, daß die durch das Versicherungsmonopol der RVO-Kassen bereits jetzt gegebene Machtanhäufung unter Wegfall jedes Wettbewerbs ein für die Versicherten unerträgliches Ausmaß annimmt und dem Kassenarzt – wie zu Beginn dieses Jahrhunderts – Arbeitsbedingungen aufgezwungen werden, die man heute keinem anderen Beruf gegenüber auch nur gesprächsweise andeuten könnte.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Friedrich Kolb, 8500 Nürnberg, Bucherstraße 11

# Halsbeutel haben keine Chance mehr bei Anginen Pharyngitis Laryngitis und Tonsillitis

**Wenn's  
um den Hals  
geht frubienzym®**



Ein Halsschmerzmittel soll nicht nur in vivo Bakterien abtöten. Es muß auch im erkrankten Hals die Infektionskeime vernichten. Frubienzym® tötet Bakterien nicht nur auf der Petrischale ab. Es erreicht sie dank seines mucolytischen und proteolytischen Effekts auch in den Krypten und Falten der Schleimhaut, vernichtet

sie, beseitigt die Entzündung und beendet Halsschmerzen, Rötung und Schwellung.

Das wurde neuerdings wieder bei 186 Patienten durch die bakteriologische Untersuchung von Rachenabstrichen vor und nach der Behandlung mit Frubienzym® bewiesen.<sup>1)</sup>

#### Zusammensetzung:

Lysozym	5 mg
Papain	2 mg
Bacitracin	200 I.E.

#### Anwendung / Dosierung:

Täglich 2 - 8 Tabletten, je nach Schwere der Krankheit. Tabletten im Munde zergehen lassen:  
nicht schlucken, nicht lutschen,  
nicht kauen.

#### Indikationen:

Alle infektiösen und entzündlichen Prozesse im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich. Vor- und Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen.

#### Nebenwirkungen:

traten bisher weder im Tierexperiment noch in mehrjähriger praktischer Anwendung auf. Resistenz gegen Bacitracin tritt praktisch nicht auf.<sup>2)</sup>

#### Packungsgrößen / Preise:

OP zu 24 Tabletten = DM 4,90  
AP zu 240 Tabletten = DM 32,65

#### Literatur:

1. H. RODEGRA: Die derzeitigen Erreger der entzündlichen Erkrankungen des Mund- und Rachenbereiches und ihre Beeinflussung durch ein Lokaltherapeutikum; im Druck
2. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica Fibel, 1969, S. 385

**DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH  
BIELEFELD**

## Berichtigung zur Malaria-Prophylaxe

### Medikamente und Dosierungen \*

Die Dosierungsangabe für Pyrimethamine bei Erwachsenen zur Malaria-Prophylaxe muß lauten: 25 bis 50 mg **wöchentlich** (entgegen der Angabe im „Bundesgesundheitsblatt“ Nr. 7 vom 6. April 1973 und „Bayerisches Ärzteblatt“ 7/1973)

Nachdem bei dem starken Reiseverkehr auch sehr viele deutsche Urlauber in Gebiete reisen, in denen neuerdings wieder Malaria beobachtet wird, geben wir Ihnen nachstehend als Anhaltspunkt für die Beratung Ihrer Patienten Informationen der Weltgesundheitsorganisation bekannt:

Medikament	Dosierung
<p><b>Proguanil**</b> geschützte Namen: Paludrine, Chloriguane, Bigumal usw. in Tabletten mit</p> <p style="padding-left: 40px;">100 mg (0,1 g) 25 mg (0,025 g) (für Kinder)</p>	<p><b>Erwachsene:</b> 100 mg täglich</p> <p><b>Kinder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unter 1 Jahr: 25-50 mg täglich</li> <li>- 1- 4 Jahre: 50 mg täglich</li> <li>- 5- 8 Jahre: 75 mg täglich</li> <li>- 9-12 Jahre: 100 mg täglich</li> </ul> <p>Anm.: In stark malarieverseuchten Gebieten, besonders im tropischen Afrika, sollten Erwachsene täglich 200 mg nehmen.</p>
<p><b>Chloroquine**</b> geschützte Namen: Avloclor, Arelen, Nivequine, Resochin usw. in Tabletten mit</p> <p style="padding-left: 40px;">100 mg (0,1 g) wirksamer Substanz</p> <p>und in Tabletten mit:</p> <p style="padding-left: 40px;">150 mg (0,15 g) wirksamer Substanz</p> <p>für Kinder verfügbar ebenso in Tabletten mit:</p> <p style="padding-left: 40px;">37,5 mg, 50 mg und 75 mg der Substanz</p> <p>und in Form von Sirup:</p> <p style="padding-left: 40px;">1 Teel. Sirup enthält 25 mg oder 50 mg der Substanz</p>	<p><b>Erwachsene:</b> 300 mg Substanz 1 x wöchentlich</p> <p><b>Kinder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unter 1 Jahr: 37,5- 50 mg Substanz 1 x wöchentlich</li> <li>- 1- 4 Jahre: 50-100 mg Substanz 1 x wöchentlich</li> <li>- 5- 8 Jahre: 150-200 mg Substanz 1 x wöchentlich</li> <li>- 9-12 Jahre: 200-300 mg Substanz 1 x wöchentlich</li> </ul> <p>Anm.: In stark malarieverseuchten Gebieten sollten Erwachsene 300 mg der Substanz 2 x wöchentlich oder besser 100 mg der Substanz täglich nehmen.</p>
<p><b>Amodiaquine**</b> geschützte Namen: Camoquin, Flavoquine usw. in Tabletten mit</p> <p style="padding-left: 40px;">150 mg (0,15 g) und 200 mg (0,20 g) wirksamer Substanz</p> <p>für Kinder auch in der Form eines schmeckhaften Pulvers (zu lösen in Milch usw.)</p> <p style="padding-left: 40px;">1 Teel. enthält 50 mg der Substanz</p>	<p><b>Erwachsene:</b> 300-400 mg Substanz 1 x wöchentlich</p> <p><b>Kinder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unter 1 Jahr: 50 mg Substanz 1 x wöchentlich</li> <li>- 1- 4 Jahre: 50-100 mg Substanz 1 x wöchentlich</li> <li>- 5- 8 Jahre: 150-200 mg Substanz 1 x wöchentlich</li> <li>- 9-12 Jahre: 200-300 mg Substanz 1 x wöchentlich</li> </ul> <p>Anm.: In stark malarieverseuchten Gebieten sollten Erwachsene 300 mg der Substanz 2 x wöchentlich oder 200 mg der Substanz 3 x wöchentlich nehmen.</p>
<p><b>Pyrimethamine**</b> geschützte Namen: Daraprim, Erba-prelina, Malocide usw. in Tabletten mit</p> <p style="padding-left: 40px;">25 mg und 50 mg</p> <p>für Kinder auch in Tabletten mit</p> <p style="padding-left: 40px;">12,5 mg und als Flüssigkeit oder Sirup. 1 Meßbecher enthält: entweder 6,5 mg oder 8 mg Pyrimethamine.</p>	<p><b>Erwachsene:</b> 25-50 mg wöchentlich</p> <p><b>Kinder:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- unter 1 Jahr: 6,25 mg 1 x wöchentlich</li> <li>- 1- 4 Jahre: 6,25-12,5 mg 1 x wöchentlich</li> <li>- 5- 8 Jahre: 12,5 mg 1 x wöchentlich</li> <li>- 9-12 Jahre: 12,5-25 mg 1 x wöchentlich</li> </ul>

\* Ratschlag der WHO an Ärzte, veröffentlicht mit einer Aufstellung der malarieverseuchten Gebiete in Wkly epidem. Rec. Nr. 3 (1973) 44-45. Sonderdrucke sind beim Medizinischen Verlag Hans Huber, Länggessstraße 76, CH-3000 Bern 9, erhältlich. Preis Fr. 2.

\*\* Internationaler nicht geschützter Name

### Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

51. Fortbildungstagung vom 18. bis 21. Oktober 1973

(Schluß)

#### Thema: Fortschritte bei Nierenkrankheiten

Privatdozent Dr. E. T. RIPPMANN, Aarau/Schweiz:

#### „Nierenkrankheiten und Schwangerschaft“

Der prozentuale Anteil der Nierenerkrankungen in der Schwangerschaft ist verhältnismäßig gering. Ihr Hauptanteil besteht aus Zystopyelonephritiden. In seltenen Fällen werden chronische Glomerulonephritiden, Herdnephritiden, Nephrosen, Nierentuberkulosen und Nephrolithiasis beobachtet. Besondere Probleme stellen jene Schwangerschaftskomplikationen dar, die mit den klassischen Symptomen der Nierenkrankheit, mit Ödemen, Proteinurie und Hypertonie einhergehen. Dieses Syndrom wird heute meist EPH-Gestose genannt. Im Gegensatz zu den eigentlichen Nierenerkrankungen liegt der prozentuale Anteil der EPH-Gestosen in der Schwangerschaft sehr hoch (rund 10 Prozent im Weltdurchschnitt).

Durch symptomatische Behandlung konnte die mütterliche Sterblichkeit bei EPH-Gestose zwar deutlich gesenkt werden, die Überlebenschancen des Kindes blieben jedoch schlecht. Aus diesem Grunde wurde dieses Krankheitsbild zu einem vorwiegend kindlichen Problem. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die intrauterinen Lebensbedingungen des Kindes zu verbessern, d. h., die sogenannte plazentare Insuffizienz zu beheben.

Die Ursache der Symptomtrias (Ödeme, Proteinurie und Hypertonie) einer Schwangerschaftsgestose abzuklären, gelingt nur selten. Man muß sich zunächst meist auf eine symptomatische Therapie beschränken und sich bemühen, die Patientinnen nach Abiauf

der Schwangerschaft zu untersuchen, um bei einer neuen Gravidität kausal handeln zu können.

Die Schwere der Symptome zeigt eine deutliche Korrelation mit der perinatalen kindlichen Sterblichkeit und Untergewichtigkeit. Zur Beurteilung wird der Gestose-Index nach GOECKE herangezogen. Für die Therapie wurde ein Dreistufenplan entwickelt:

#### 1. Stufe:

Ambulante Betreuung mit salzarmer, eiweißreicher Diät, Ruhe (Arbeitsunfähigkeit) und unterschiedlich ausgedehnter Bettruhe sowie Sedierung.

#### 2. Stufe:

Hospitalisation. Zur Lösung des Arteriolenesmus kommen Beta-Mimetika und Beta-Rezeptorenstimulantien (z. B. Berotec®) zum Einsatz. Daneben werden Antihypertensiva und Diuretika verordnet. Gleichzeitig erfolgt eine intensive Überwachung der kindlichen Entwicklung, unter Umständen mit Amnioskopien und Fruchtwasserpunktionen.

#### 3. Stufe:

Die besonders die Patientinnen mit imminenter Eklampsie und konvulsiver Eklampsie betrifft. Unter intensivüberwachung stehen Bettruhe, Diät und Sedation im Vordergrund. Die Behandlung erfordert große Erfahrung und eine gut ausgerüstete Klinik mit kompetentem Personal und rascher Anpassungsmöglichkeit an wechselnde Zustandsbilder.

Bei etwa der Hälfte der Schwangerschaftsgestosen läßt sich (meist erst nach der Gravidität) eine Ursache aufdecken: An erster Stelle stehen die Pyelonephriti-

# Hyperforat®

## Depressionen, psychische und nervöse Störungen

Zusammensetzung: Extr. fl. Herb. Hyperici (Johanniskraut), stand. auf 2 mg HYPERICIN pro ml

Dosierung: Tropfen: 2–3 mal tägl. 20–30 Tropfen; Dragées: 2–3 mal tägl. 1–2 Dragées

Handelsformen und Preise (incl. MwSt.): 30 ml DM 5,80; 50 ml DM 8,95; 100 ml DM 15,95;  
30 Dragées DM 4,45; 100 Dragées DM 11,95; 5 Amp. DM 6,80; 10 Amp. DM 12,90

Dr. Gustav Klein Arzneipflanzenforschung 7615 Zell-Hermersbech/Schwarzweid



## 27. Bayerischer Ärztetag in Ingolstadt

vom 27. bis 29. September 1974

### Tagesordnung

1. Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer
2. Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer
  - 2.1 Rechnungsabschluß 1973
  - 2.2 Bericht über die finanzielle Entwicklung des laufenden Geschäftsjahres
  - 2.3 Haushaltsvoranschlag 1975
3. Besetzung des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht und der Berufsgerichte für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München und Nürnberg mit nichtrichterlichen Beisitzern und Stellvertretern
4. Ärztliche Versorgung in Bayern
5. Akademie für ärztliche Fortbildung
6. Wahl des Tagungsortes des 28. Bayerischen Ärztetages 1975

den bzw. Restzustände. Es folgen essentielle Hypertonien, prä- und latenter Diabetes und schließlich psychosoziale und ernährungsbedingte Ursachen.

Professor Dr. K. SCHÄRER, Heidelberg:

### „Nierenkrankheiten und Pädiatrie“

Schon im frühen Säuglingsalter werden die Nieren trotz der relativ geringen Leistung den altersgemäßen Erfordernissen des Stoffwechsels gerecht und können deshalb nicht als unreif bezeichnet werden. Im Gegensatz zu früheren Anschauungen entwickeln sich die Glomerulus- und Tubulusfunktionen etwa parallel, lediglich die maximale Transportkapazität für PAH wird erst mit zwei Jahren erreicht. Wie der gesamte Organismus entwickeln sich die Nieren nicht gleichmäßig, sondern in Schüben. Es zeigen sich hierbei zwei Perioden verstärkten Wachstums: Im Säuglings- und frühen Kleinkindesalter bei einer Körperlänge unter 100 cm und bis zu einer Körpergröße von 130 bis 140 cm in der frühen Pubertät.

Bei vielen chronischen Nierenleiden im Kindesalter findet man eine Wachstumsverzögerung; insbesondere bei angeborenen Anomalien der Harnwege drückt sich die über längere Zeit gestörte Nierenfunktion in einer Beeinträchtigung der somatischen und psychischen Gesamtentwicklung aus. Unter den angeborenen Nierenleiden stellen die hereditären Nephropathien eine besonders wichtige Gruppe dar; besonders die Zystinose führt in ihrer infantilen Form schon früh zur Dystrophie und Niereninsuffizienz. Die

Diagnose kann heute neben dem Nachweis der typischen Kristalle in Kornea und Knochenmark auch durch Untersuchung des Zystinstoffwechsels in Fibroblastenkulturen geschehen. Damit ist auch eine pränatale Diagnose durch Zelluntersuchungen aus der Amnionflüssigkeit der Mutter möglich. Aus der Gruppe der angeborenen, nicht hereditären Nierenleiden ist die Hypoplasie mit Oligomeganephronie zu erwähnen. Sie ist gekennzeichnet durch eine starke Verminderung der Nephronzahl bei gleichzeitiger Hypertrophie der übriggebliebenen Nephrone und führt rasch zur Niereninsuffizienz.

Früherkennung und Prophylaxe der erworbenen Nephropathien stellt ein besonderes Anliegen der pädiatrischen Nephrologie dar. Bei den zum größten Teil für das chronische Nierenversagen verantwortlichen Glomerulopathien ist dies noch sehr schwierig. Günstige Ansatzpunkte bieten sich demgegenüber bei der Pyelonephritis. Rund 1 Prozent aller Mädchen im Schulalter weisen eine signifikante Bakteriurie auf, die oft asymptomatisch verläuft. Obwohl die Prognose dieser Kinder noch ungewiß ist, muß angenommen werden, daß ein Teil später eine chronisch rezidivierende Pyelonephritis und eventuell eine Niereninsuffizienz entwickelt. Bei einem in Heidelberg durchgeführten Screeningprogramm auf Bakteriurie wurden bei 4600 untersuchten Mädchen im Alter zwischen drei und sieben Jahren 28mal eine signifikante Bakteriurie (d. h. eine Keimzahl von 100 000 pro ml in mindestens drei Mittelstrahlurinproben) gefunden. Bei der röntgenologischen Überprüfung dieser Kinder fanden sich bei etwa der Hälfte Nieren- und Harnwegsveränderungen, ein Drittel wies einen vesikoureteralen Reflux bei der Miktionsurographie auf. Eine besondere Häufung von signifikanter Bakteriurie ließ sich bei Enuresis nachweisen.

Professor Dr. F. REUBI, Bern:

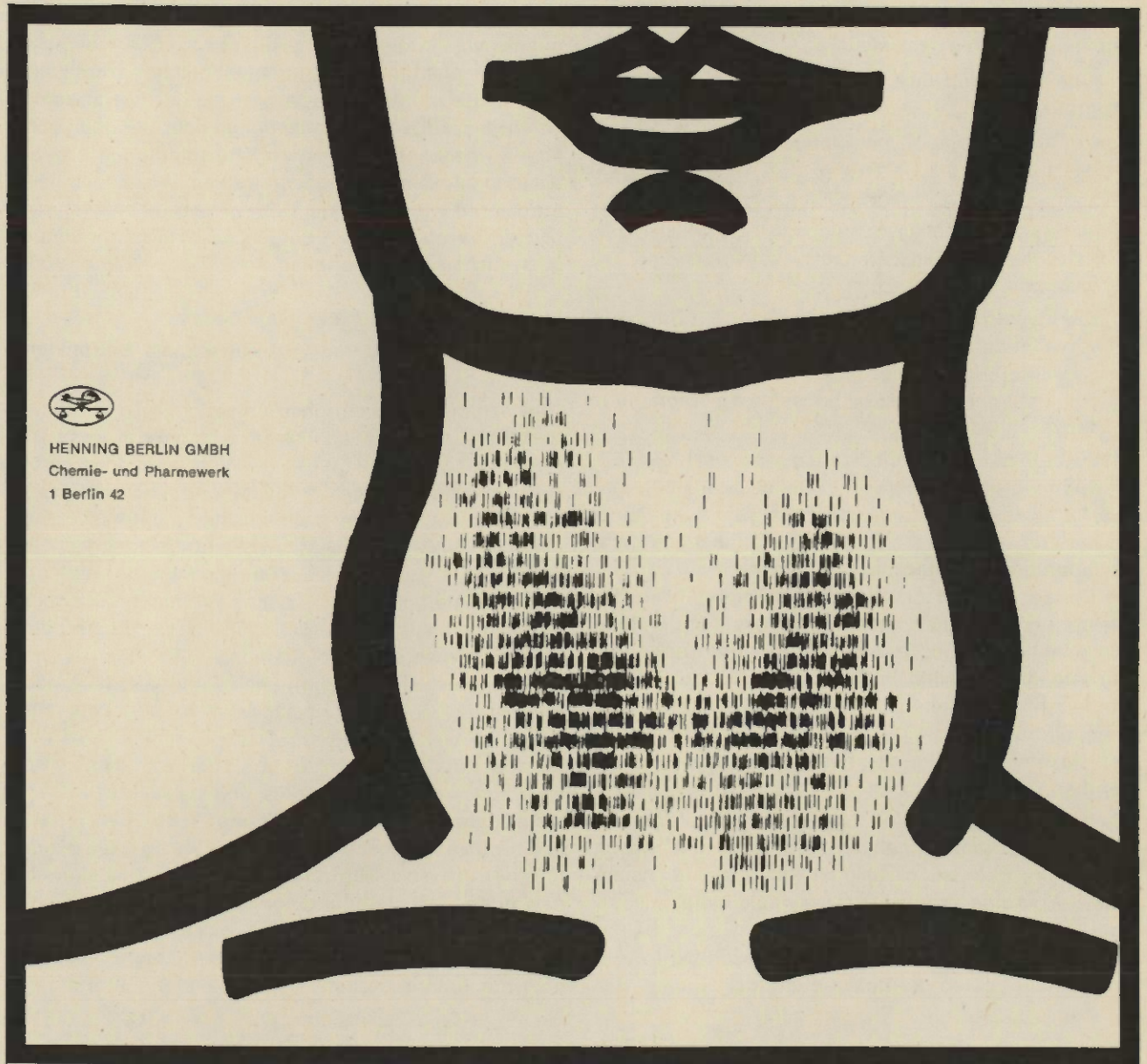
### „Nierenerkrankungen und Diabetes mellitus“

Die renalen Komplikationen des Diabetes mellitus umfassen die sogenannte Glomerulosklerose von KIMMELSTIEL und WILSON, die Nephroangiosklerose, die chronische Pyelonephritis und die Papillennekrose. Referiert wird nur über die Glomerulosklerose, da diese die einzige spezifische Affektion bei der Zuckerkrankheit darstellt.

KIMMELSTIEL und WILSON beschrieben 1936 die sogenannte „interkapilläre Glomerulosklerose“, die anatomisch durch das Vorhandensein nodulärer, hyaliner Massen im Bereich der Glomerulumschlingen und klinisch durch Entwicklung eines nephrotischen Syndroms mit Hypertonie definiert wurde. Später zeigte sich, daß die nodulären Veränderungen oft ohne nephrotisches Syndrom einhergehen und dieses besser mit diffusen Läsionen korreliert.

Die Ausdehnung der histologischen Veränderungen korreliert gut mit den klinischen Symptomen der diabetischen Glomerulosklerose: Ultrastrukturelle Läsio-

# Bei der blanden Struma



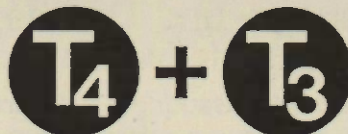
HENNING BERLIN GMBH  
Chemie- und Pharmawerk  
1 Berlin 42

Täglich 1 Tablette

# Thyroxin-T<sub>3</sub> „Henning“

**Zusammensetzung:**  
1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin-Natrium (T<sub>4</sub>) und 20 µg L-3,5,3'-Triiodthyroninhydrochlorid (T<sub>3</sub>).  
**Indikationen:**  
blande Strume, Rezidivprophylaxe nach Strumektomie, Zusatztherapie

bei thyreostetisch behandelter Hyperthyreose, Schilddrüsenmalignom, Hypothyreose.  
**Kontraindikationen:**  
frischer Myokardinfarkt, Angine pectoris oder Myokardinfarkt bei älteren Strumapatienten.



**Packungen und Preise:**  
20 Tabletten OM 4.80  
50 Tabletten OM 9.90  
70 Tabletten OM 13.75

nen der Basalmembran bleiben asymptomatisch; diskrete, lichtoptisch erkennbare Alterationen verursachen nur eine Proteinurie; mit zunehmender Ausdehnung führen sie zu dem klassischen Vollbild des nephrotischen Syndroms mit Hypertonie. Die totale Hyalinisierung der Glomerula entspricht dem Stadium der terminalen Niereninsuffizienz.

Das Leiden weist eine deutliche, jedoch langsame Progredienz auf.

Es werden zwei Haupttypen unterschieden:

1. Die klassische Form bei Kranken unterhalb des 40. Lebensjahres mit Proteinurie, Ödemen, diskreter Hypoproteinämie, zunehmender Hypertonie und Nierenfunktionseinschränkung (vorwiegend diffuse Läsionen der Glomerula).
2. Die atypische oder oligosymptomatische Form bei vorwiegend älteren Diabetikern mit lediglich ausgeprägter Hypertonie, diskreter Proteinämie und nur mäßiger Nierenfunktionsstörung (nodulärer Typ).

Die diabetische Glomerulosklerose wird meist als Teilerscheinung eines allgemeinen Gefäßleidens betrachtet. Gefäßläsionen finden sich beim Diabetiker auch an anderen Organen, z. B. an den Netzhautgefäßen. Retinopathie und Nephropathie zeigen oft ein paralleles Fortschreiten. Trotzdem ist die Pathogenese der Glomerulosklerose bis heute unklar. Man hat die Rolle von genetischen und endokrinen Faktoren erwogen. Auch an eine Sensibilisierung durch exogenes Insulin wurde gedacht. Neuere Forschungsergebnisse sprechen allerdings eher für Stoffwechselstörungen an der Basalmembran, welche auf dem Insulinmangel beruhen.

Die relative Häufung der Glomerulosklerose bereits bei latentem Diabetes mellitus läßt einer bestmöglichen Einstellung der Grundkrankheit mit Diät und Insulin eine vorrangige prophylaktische Bedeutung zukommen. Ausgebildete Läsionen sind nicht mehr beeinflussbar. Die Palliativmaßnahmen umfassen bei fortgeschrittenem Leiden die Bekämpfung der Ödeme, der

Hypertonie und Niereninsuffizienz. Bei stärkerer Nierenfunktionseinschränkung entstehen durch die gleichzeitige Kohlenhydrat- und Eiweißreduktion in der Diät erhebliche praktische Probleme. Deshalb wird immer wieder die Frage einer Langzeitdialyse oder Nierentransplantation aufgeworfen. Während früher die Aufnahme von Diabetikern in ein Langzeitdialyse- oder ein Transplantationsprogramm abgelehnt wurde, ist man heute in dieser Frage großzügiger, wenn keine zerebrovaskulären Komplikationen oder Blindheit vorliegen. Insbesondere neuere Transplantationsergebnisse sind recht günstig; inwieweit die transplantierten Nieren wiederum zur Entwicklung diabetesspezifischer Veränderungen neigen, läßt sich allerdings noch nicht sicher beurteilen.

Professor Dr. W. DÖLLE, Tübingen:

**„Nierenkrankheiten und gastrointestinale Erkrankungen“**

Gleichzeitige Läsionen gastrointestinaler Organe und der Niere aufgrund toxischer oder infektiöser Schädigungen bei Vergiftungen, Leptospirosen und septischen Zuständen nach Infektionen mit gramnegativen Keimen sind zu unterscheiden von wechselseitigen Funktionsbeeinträchtigungen der beiden Organsysteme. Als prärenale Ursachen eines akuten Nierenversagens kommen schwere gastrointestinale Blutungen mit hämorrhagischem Schock, schwere gastrointestinale Flüssigkeits- und Elektrolytverluste und zu intensive und langdauernde diuretische Behandlungsmaßnahmen bei Leberzirrhose mit Aszites in Frage. Darüber hinaus wird ein sogenanntes funktionelles Nierenversagen bei Leberzirrhose mit Aszites und bei akuter Leberinsuffizienz beobachtet. Über die Nierenfunktionsstörungen bei der akuten Leberinsuffizienz sind bisher wenig Daten bekanntgeworden. Aldosteronantagonisten sind bei Natriumretention in Verbindung mit schwerem akuten Leberversagen nicht indiziert, da der Hyperaldosteronismus eine nur untergeordnete Rolle spielt. Die Störungen

**Passiorin Dragaas**

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. succ.	60.0 mg
Extr. Salicis aquos. succ.	133.0 mg
Extr. Crataeg. epir. succ.	12.0 mg
Aneurin	0.3 mg

**Passiorin liq.**

Extr. Passiflor. incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis aquos. spiss.	5 Vol. %
Tinct. Crataeg. oxyecanth.	11 Vol. %

**Bal Anget-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum:**

1-2 Teelöffel bzw. 2-3 Dragees 3 mal täglich

**Bal Einschlafstörungen:** 2-4 Teelöffel bzw. 3-6 Dragees vor dem Schlafengehen

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

**Passiorin Dragees:**

Packung mit	50 Dragees	DM 4.25
Kurpackung mit	250 Dragees	DM 16.-

**Passiorin liq.:**

Flasche mit ca.	100 ml	DM 5.80
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 23.80



**Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum.**

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

*Passiorin*®



der Nierenfunktion haben in diesen Fällen meist eine schlechte prognostische Bedeutung. Einen therapeutischen Ansatz für die Verbesserung der eingeschränkten Nierendurchblutung gibt es in dieser Situation ebenso wenig wie bei der funktionellen Niereninsuffizienz bei Zirrhosekranken. Bei diesen kommt es bereits vor Auftreten von Aszites und Ödemen zu einer Abnahme der Nierendurchblutung und glomerulären Filtrationsrate. Fehlt eine portale Hypertension, so muß jedoch auch der Verdacht auf eine von der Lebererkrankung unabhängige Ursache der Nierenfunktionseinschränkung ausgesprochen werden. Die Ursache des funktionellen Nierenversagens bei der Leberzirrhose liegt wahrscheinlich in den hämodynamischen Besonderheiten und Regulationsvorgängen bei der Bildung von Aszites und Ödemen, nicht jedoch in einem erhöhten intra-abdominellen Druck. Die Renin-Aldosteronvermehrung ist eher Folge als Ursache der verminderten Nierendurchblutung. Infolge der gegenüber der Grundkrankheit und ihren Folgezuständen wenig wirkungsvollen therapeutischen Möglichkeiten ist die Prognose ausgesprochen schlecht. Durch Infusion von Humanalbumin, Plasmaexpandern oder Reinfusion von Aszitesflüssigkeit kommt es in der Mehrzahl der Fälle nur zu einer vorübergehenden Besserung der Nierenfunktion; gleichzeitig wird hierdurch die Gefahr der Ösophagusvarizenblutung erhöht. Man kann meist nur versuchen, eine Verschlechterung der Nierenfunktion über eine zusätzliche Störung von Kreislaufvolumen und Homöostase zu verhindern. Dazu gehört eine Ausschaltung etwaiger auslösender Faktoren wie Blutung, Schock, Hypokaliämie und nephrotoxische Arzneimittel. Kochsalzgaben sind ausgesprochen kontraindiziert, Manitinfusionen haben sich nicht bewährt. Durch peritoniale Dialyse gegen hypertone Lösungen kommt es nur zu vorübergehenden Besserungen. Weder die Enzephalopathie, noch die Nierenfunktion oder Leberfunktion als auch die Prognose werden gebessert.

Nierenfunktionsstörungen werden auch häufig bei Galle- und Pankreaserkrankungen

beobachtet und als sogenanntes „Bilio-renales Syndrom“ bezeichnet. Insbesondere Kranke mit einem Verschlußikterus haben sehr häufig eine vorübergehende Nierenfunktionsstörung (über 50 Prozent), in einzelnen Fällen entwickelt sich sogar das Bild eines akuten Nierenversagens. Bei Sepsis durch gramnegative Erreger (bes. Koli-Bakterien und Proteus) kann es nach dem Schüttelfrost zum Kreislaufchock (dem sogenannten Endotoxinschock) und hierdurch zum akuten Nierenversagen kommen. Neben dem Ikterus findet sich dann auch häufig eine Verbrauchskoagulopathie und Verbrauchsthrombopenie mit ausgeprägter hämorrhagischer Diathese. Auch nach Gallenwegsoperationen sind septische Temperaturen, Kreislaufchock und Pankreatitis häufige Begleiterscheinungen einer Niereninsuffizienz. Etwa 30 Prozent aller „chirurgisch verursachten“ akuten Nierenversagen entstehen im Anschluß an Gallenwegsoperationen. Die Niereninsuffizienz zu Beginn einer Gallenwegserkrankung hat naturgemäß eine günstigere Prognose als im späten Stadium eines Verschlußikterus. Neben der Therapie des Grundleidens kann die zusätzliche Niereninsuffizienz besondere Probleme aufwerfen. So spielt beispielsweise die Wahl des Antibiotikums im Hinblick auf das Ausmaß der Nierenfunktionseinschränkung eine Rolle. Für die Behandlung des Endotoxinschocks gelten die allgemeinen Richtlinien der Schockbehandlung. Ferner ist eine Heparinisierung zur Vermeidung und Behandlung einer Verbrauchskoagulopathie und Verbrauchsthrombopenie meist notwendig.

Reversible Leberfunktionsstörungen werden beim Hypernephrom beobachtet und als sogenanntes STAUFFER-Syndrom bezeichnet. Beziehungen zwischen Leber und Niere bestehen bei Kombinationen von Leberfibrose und Zystenleber mit Zystennieren. Statistisch auffällig erscheint ferner ein bisher ungeklärtes gehäuftes Vorkommen einer Glomerulonephritis bei Leberzirrhose.

Der Begriff des sogenannten hepatorenalen Syndroms erscheint zur Charakterisierung



# Dismenol®

1 Tablette enthält: Parasulfamidobenzoessäure 0,05 g  
Dimethylamino-phenyldimethylpyrazolon 0,25 g

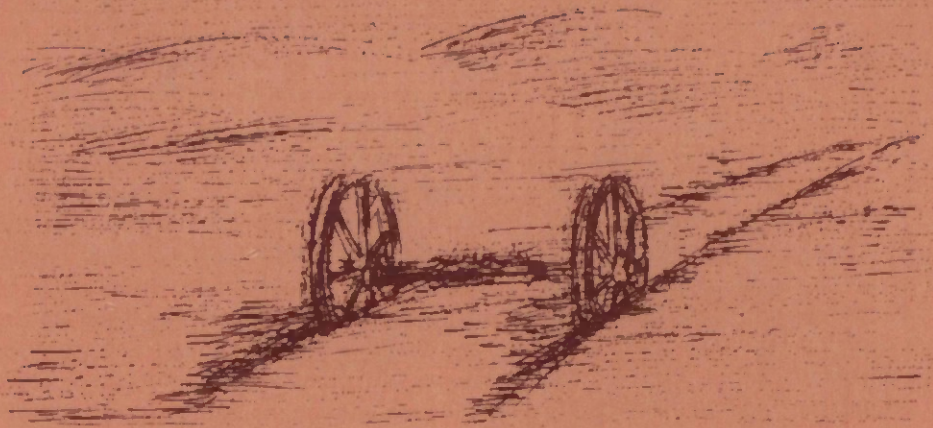
**Prämenstruelle Beschwerden, Kopf- und Kreuzschmerzen bei Dysmenorrhoe, Blasen-Tenesmen, Spasmen der glatten Muskulatur.**

**Kontraindikation:** Akute intermittierende Porphyrrie.

**Nebenwirkungen** wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

**Dosierung:** Packung mit 15 Tabletten DM 3.10  
2-3 mal täglich Packung mit 150 Tabletten DM 24.-  
eine Tablette Klinikpackung mit 500 Tabletten DM 58.-

**AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting**



*Festgefahren*, das heißt auf konflikthafte Vorstellungen fixiert, ist der neurotische Patient und damit in eine Spur eingefurcht, die chronische Störung von Befinden und Verhalten bedeutet.

Von der psychovegetativen Symptomatik, ängstlich gespannter Nervosität bis hin zu ausgeprägten Organ-Funktionsbeschwerden oder -läsionen des psycho-somatischen Typs bewegt sich der Ausdruck seiner Leiden.

1. *Lösung* des Patienten aus einer neurotischen Fixation und Freiheit zu neuer Aktion und Interaktion.
2. Symptomatische *Linderung*, sowohl der psychischen als auch der organischen Beschwerden, kennzeichnen die Wirkungskapazität und damit den therapeutischen Grundwert von *Valium® Roche*.



**Valium Roche (Diazepam)** zeichnet sich durch entspannende, angstlösende, vegetativ-stabilisierende, schlaffördernde und muskelrelaxierende Wirkungen aus und eignet sich deshalb zur Behandlung psychoneurotischer sowie psychosomatischer Krankheitsbilder im Herz-Kreislauf-System, Magen-Darm-Trakt, der Haut, des Urogenital-Traktes und des Bewegungsapparates; ferner zur Ergänzung spezifischer Therapiemaßnahmen.

**Verträglichkeit:** Valium Roche ist gut verträglich. Der Wirkstoff übt auch bei länger dauernder Medikation keine schädigenden Wirkungen auf Leber, Nieren und Blutbild aus. Bei mangelnder Anpassung der Dosierung an die individuellen Gegebenheiten können Sedierung und Muskelrelaxierung (Schläfrigkeit, Schwindel, Muskelschwäche und in seltenen Fällen Ataxie) verstärkt auftreten. Diese Wirkungen sind als Zeichen einer relativen Überdosierung zu betrachten und lassen sich — sofern sie nicht spontan abklingen — leicht durch eine Dosisreduktion vermeiden.

#### **Hinweise:**

Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Valium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht vorauszusehen ist. Je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit kann das Reaktionsvermögen (z. B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinflusst werden. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Valium Roche — besonders bei parenteraler Applikation — den sedativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar. Sind bei ambulanter Therapie (z. B. Berufstätige) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwerpunkt der Behandlung auf den Abend zu verlegen: z. B. abends 5 mg, tagsüber 2mal 2 mg Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behandlungstagen und vor allem bei älteren und körperlich geschwächten Patienten ist einschleichend zu dosieren (ab 2 mg oral täglich).

Für die parenterale Verabreichung von Valium Roche genügt in den meisten Fällen die im.-Applikation. Sollte sich die iv.-Darreichung als notwendig erweisen, so ist eine Vene mit großem Lumen zu wählen und die Injektion sehr langsam (ca. 0,5–1 ml pro Minute) auszuführen. Bei zu schneller Injektion oder zu kleinumigen Venen droht das Risiko einer Thrombophlebitis.

Eine intraarterielle Injektion muß wegen Nekrosegefahr mit Sicherheit vermieden werden.

Valium Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischspritze mit zahlreichen Medikamenten inkompatibel ist. Valium Roche bleibt in 5-bis 10-prozentiger Glukose-Infusionslösung oder 0,9-prozentiger Natriumchlorid-Infusionslösung genügend lange ohne Ausfällung von Wirksubstanz gelöst, wenn folgendes beachtet wird: Die Ampullenlösung (nicht mehr als 4 ml) muß dem gesamten Volumen der Infusionslösung, welches 250 ml nicht unterschreiten soll, unter gleichzeitigem guten Vermischen zugesetzt und mit der Infusion unverzüglich begonnen werden.

Wie verschiedene andere Medikamente kann auch Valium Roche nach im.-Injektion (nicht aber nach oraler oder iv.-Verabreichung) einen Anstieg der Kreatinphosphokinase-Aktivität im Serum bewirken (Maximum 12–24 Stunden nach der Injektion). Diesem Umstand ist bei der Differentialdiagnose des Herzinfarktes Rechnung zu tragen. Bei Kreislauflabilen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Valium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Dosierung ist bei Patienten mit hirnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit zirkulatorischer und/oder respiratorischer Insuffizienz der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten sollte man in der ambulanten Praxis auf die parenterale Applikation in der Regel verzichten (Ausnahme Notfalltherapie, z. B. Myokardinfarkt im., Krampfstände iv.). Unter Klinikbedingungen kann Valium Roche dieser Patientengruppe auch parenteral verabreicht werden. Dabei ist bei iv.-Gabe im allgemeinen niedrig zu dosieren und langsam zu injizieren. Wegen der Möglichkeit des Auftretens einer leichten Blutdrucksenkung, oder in Einzelfällen einer kurzdauernden Beeinträchtigung der Atmung, sollten Maßnahmen für zirkulatorische bzw. respiratorische Unterstützung vorgesehen werden.

Wie für andere Medikamente gilt auch für Valium Roche, daß Wirksubstanz in die Muttermilch übertritt. Bei notwendiger, regelmäßiger Einnahme wird empfohlen, abzustillen.

Während der Frühschwangerschaft sollte Valium Roche — entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter — nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

**Kontraindikation:** Myasthenia gravis.

**Packungen und Preise\*:**

20 Tabl. Valium 5 Roche DM 5,50 m. U. St.

20 Tabl. Valium 10 Roche DM 8,85 m. U. St.

5 Ampullen Valium 10 Roche DM 8,60 m. U. St.

\*unverbindlich

eines bestimmten Krankheitsbildes als Syndrom nicht geeignet, da Leber und Niere unter den verschiedensten krankhaften Umständen sowie mit sehr unterschiedlichen morphologischen und funktionellen Erscheinungen beteiligt sind. Deshalb sollte diese Bezeichnung aufgegeben werden.

Dr. L. STOIAN, Nürnberg:

#### **„Neues in der Therapie der chronischen Pyelonephritis“**

Bei der chronischen Pyelonephritis handelt es sich um die häufigste Nierenerkrankung überhaupt. Man versteht hierunter eine zunächst meist herdförmige, später konfluierende, bakteriell bedingte entzündliche Erkrankung des Niereninterstitiums mit fakultativer Beteiligung der ableitenden Harnwege. Als prädisponierende Faktoren gelten (häufig angeborene) Anomalien der Nieren und Harnwege, partielle oder komplette Harnwegsobstruktionen, vesikoureteraler Reflux, Schwangerschaft, Blasenkatheterisierungen oder instrumentelle Untersuchungen der Harnwege, gynäkologische Erkrankungen (z. B. Uterusprolaps), Stoffwechselstörungen, wie Diabetes mellitus oder Gicht, abakterielle interstitielle Nephritiden bei Phenacetinabusus, hypokaliämische Nephropathien bei Laxantienabusus, arterielle Hypertonie und Kortikoid-Langzeittherapie.

Die Diagnose ergibt sich aus Harnuntersuchungen, Nierenfunktionsproben und Röntgenbefunden. Frischer, nicht zentrifugierter, einmal aufgeschüttelter Harn wird in einer Zählkammer auf Leukozyten und Erythrozyten ausgezählt (sogenannte Kammerzählung). Charakteristische Leukozytenzylinder weist man am besten im zentrifugierten Urin, eventuell nach Peroxydasefärbung nach. Von entscheidender Bedeutung ist die Zählung und Differenzierung der Keime im Urin, zu der nur Mittelstrahlurin nach vorheriger gründlicher Desinfektion der äußeren Genitalen herangezogen werden sollte. Noch exaktere Ergebnisse erhält man durch die technisch einfache und gefahrlose Urinergewinnung durch suprapubische Blasenpunktion.

Therapeutisch steht die Beseitigung eventueller Harnabflußhindernisse an erster Stelle. Daneben sollten zur Pyelonephritis prädisponierende Stoffwechselerkrankungen (Diabetes und Gicht) optimal eingestellt werden. Im Mittelpunkt der weiteren Behandlung steht dann die antibiotische Therapie, bei der die Chronizität der Erkrankung von Patient und Arzt viel Geduld und Ausdauer erfordert.

Ein chemotherapeutischer Effekt kann nur bei einer Dosierung erwartet werden, mit der der antibakteriell wirkende Mindestspiegel gewährleistet ist. Eine ausschleichende Dosierung erscheint unter diesem Gesichtspunkt wegen des Unterschreitens der minimalen Hemmkonzentration sinnlos. Unterdosierungen verhindern auch prophylaktisch kein Rezidiv, sondern haben allenfalls einen resistenzsteigernden Effekt. Da es bis heute kein universelles Antibiotikum gibt, das

ROCHE

alle Erreger erfaßt, benötigen wir vom Mikrobiologen die bakteriologische Keimdiagnose und Resistenzbestimmung. Die Erregerflora des Urogenitaltraktes zeigt ein nahezu einheitliches Bild. Es dominieren gramnegative Bakterien und Enterokokken, während Staphylokokken mit rund 4 Prozent ganz in den Hintergrund treten. *E. coli* werden in 64 Prozent, *Proteus* in 35 Prozent, Enterokokken in 27 Prozent und *Pyozyaneus* in zehn Prozent der Fälle gefunden. Dementsprechend erscheinen wenige Substanzen für eine sinnvolle Antibiotikatherapie indiziert:

1. **Ampizillin** ist bakterizid wirksam gegenüber Staphylokokken, Koli, *Proteus mirabilis* und Enterokokken. Nicht im Wirkungsspektrum liegen die Penicillinase-bildenden Kolistämme, die indol-positiven *Proteus*stämme, *Pyozyaneus* und *Aerobacter aerogenes*. Bei der Applikation ist zu beachten, daß nach oraler Gabe nur 30 bis 40 Prozent resorbiert werden. Relativ häufig sind allergische Nebenwirkungen, Inappetenz und Diarrhöen. Eine Dosisreduktion bei Niereninsuffizienz ist nicht nötig. Dosierung drei- bis viermal täglich 1 bis 2 g.
2. **Zephalosporine** wirken ebenfalls bakterizid. Da Zephalosporin potentiell nephrotisch wirkt, sollte insbesondere bei der chronischen Pyelonephritis Cephalotin (viermal täglich 1 bis 2 g) parenteral angewandt werden. Bakteriologisch erfaßt werden Koli, *Proteus mirabilis*, Klebsiellen sowie Staphylokokken. Allergische Reaktionen sind selten. Die neueren oralen Zephalosporine (Cephalexin und Cefradin) weisen bei etwa gleichem Wirkungsspektrum nur eine etwa halb so große antibakterielle Aktivität wie Cephalotin auf. Demzufolge muß die Dosis bei drei- bis viermal täglich 2 g liegen.
3. **Gentamycin** kann nur parenteral verabfolgt werden; wirkt bakterizid gegen *Pyozyaneus*, Koli, indol-positiv *Proteus*stämme und Klebsiellen. Bei Niereninsuffizienz droht bei drei- bis viermal täglicher Gabe von 40 mg eine erhebliche Kumulation mit toxischen Wirkungen auf den Vestibularis- und Cochlearis-Nerven. Die Bedeutung des Gentamycins liegt in seiner Wirkung gegenüber den gramnegativen Problemkeimen *Proteus* und *Pyozyaneus*. Eine Kombination mit Ampicillin oder Cephalotin ist häufig angezeigt.
4. **Carbenicillin** weist mit seiner Wirksamkeit gegenüber *Pyozyaneus*, *Proteus rettgeri* und *Morganii* ein breiteres Spektrum als das Ampicillin auf, ist letzterem aber in der mikrobiologischen Aktivität unterlegen. Außer allergischen Reaktionen wurde auch bei Niereninsuffizienz bisher keine toxische Nebenwirkung unter der üblichen Dosierung von vier- bis fünfmal 10 g täglich parenteral beobachtet. Seit kurzem gibt es auch ein oral applizierbares Präparat als Carindacillin, das das gleiche breite Spektrum hat wie das Carbenicillin und gegenüber Problemkeimen interessante Einsatzmöglichkeiten besitzt.

## Bayerische Ärzteversorgung

Der **Jahreshöchstbeitrag** beträgt im Jahr 1974

**DM 13 500,—**

Der **Mindestbeitrag** beträgt im Jahr 1974

**DM 672,—**

Die Bedeutung der klassischen Breitspektrumantibiotika wurde aufgrund der steigenden Resistenzquoten und Nebenwirkungen in ihrer Indikation deutlich eingeschränkt. Chloramphenicol und Tetracyclin sollten deshalb nur gezielt, d. h. nach vorangegangener Erregerdiagnose und Resistenzbestimmung, eingesetzt werden. Auch die Sulfonamide haben wegen ihrer z. T. zu niedrigen Serum- und Urinspiegel und relativ reichen Nebenwirkungen sehr an Bedeutung eingebüßt. Erst seit Einführung des Trimethoprim in Kombination mit dem Sulfonamid Sulfamethoxazol ist das Interesse an dieser Substanzgruppe wieder erwacht. Das Wirkungsspektrum wurde hierdurch verbreitert, die Resorption nach oraler Gabe verbessert und die Gewebespiegel erhöht. Sensibel sind Koli und Staphylokokken, weniger gut Enterokokken und *Proteus* (*Pyozyaneus* ist resistent).

Der Wirkungsmechanismus vom Nitrofurantoin ist weitgehend unklar. Antibakterielle Serumspiegel sind nach hoher Dosierung nicht zu erreichen; doch im Urin kommt es zu wirksamen Konzentrationen. Das Spektrum umfaßt Enterokokken, Streptokokken und Koli. Bei Niereninsuffizienz ist das Nitrofurantoin wegen zu geringer Urinkonzentration wirkungslos und führt infolge Kumulation zu toxischen Polyneuritiden und der sogenannten Furadantinlunge.

Nalidixinsäure wird nach oraler Gabe gut resorbiert. Fraglich bleibt die mikrobiologische Aktivität der nachgewiesenen Serum- und Urinspiegel. Sensibel sind *Proteus*, Koli und Klebsiellen. Die therapeutische Effektivität der sogenannten „Hohlraumantibiotika“ Nitrofurantoin und Nalidixinsäure ist zumindest bei Parenchyminfektionen der Niere und Prostata wegen fehlender Blut- und Gewebesspiegel fragwürdig.

Die Chronizität der Pyelonephritis bedingt eine Langzeittherapie, die sich in der Regel über Jahre erstrecken muß. Aussicht auf Erfolg hat nur eine strenge Beobachtung und konsequente bakterizide Therapie. Unerlässlich sind Kontrolluntersuchungen des Harns in kurzen Abständen von zunächst ein bis zwei, später vier Wochen. Alle zwei Jahre sollten Kontrollen der Nierenfunktion und Röntgenaufnahmen erfolgen. Bis heute ist nicht entschieden, ob die Langzeittherapie gegenüber der wiederholten Stoßtherapie bessere Ergebnisse bringt. Bei beiden Behandlungsformen ist die Rezidivquote relativ hoch.

Referent: Dr. med. A. Paetzke, Nürnberg

# medizin heute

Das  
Gesundheits-  
magazin

Das ist der Lesestoff für Ihre Patienten

## medizin heute

gehört in Ihr Wartezimmer, in Ihr Krankenhaus

- medizin heute** ist die Wartezimmer-Zeitschrift der deutschen Ärzteschaft
- medizin heute** setzt sich bedingungslos für die Freiberuflichkeit der Ärzte ein
- medizin heute** vertieft das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt
- medizin heute** befaßt sich im ärztlichen Sinn mit Fragen der Gesundheit und der Gesunderhaltung
- medizin heute** unterstützt Sie und Ihre Tätigkeit durch sachgerechte Patientenaufklärung

Unterstützen auch Sie dieses Bemühen durch Auslage von mehreren Exemplaren der Zeitschrift sowie der aktuellen Informationsblätter in Ihrem Wartezimmer! Ihre Patienten sind Ihnen für diese wichtige Lektüre dankbar. Bitte, bedienen Sie sich des nachstehenden Bestellscheins.

Bitte nachfolgenden Bestellschein ausschneiden und einsenden an:

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH** - 5023 Lövenich bei Köln, Postfach 14 40

### Bestellschein

**medizin heute** und die Informationsblätter der Aktionsgemeinschaft gehören in jedes Wartezimmer.

Ich abonniere deshalb monatlich 5 Exemplare **medizin heute** einschließlich der zusätzlichen Informationsblätter zum Jahresbezugspreis von DM 120,- und bitte, die Bestellung an die Aktionsgemeinschaft weiterzuleiten.

Ich erteile meiner Kassenärztlichen Vereinigung hiermit den Auftrag, den Bezugspreis für das Abonnement von meinem Honorarkonto abzubuchen.

(Gewünschtes bitte ankreuzen!)

.....  
Unterschrift und Stempel

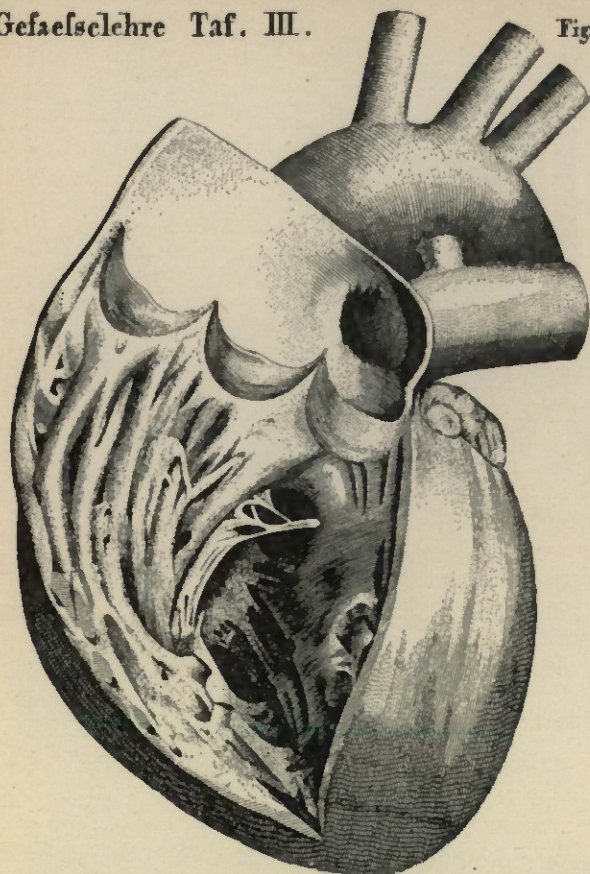
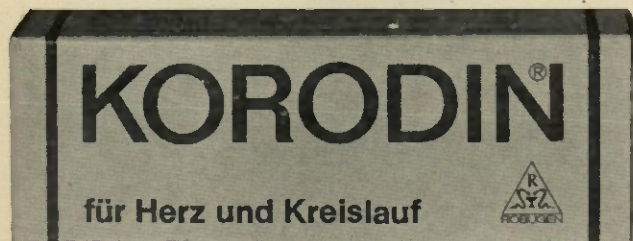


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1829.



Altersherz, nervöse Extrasystolen,  
Cor nervosum; Schwindelgefühl,  
Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle  
bei Hypotonie;  
für die Kleine Herztherapie.

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



ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

**Handelsformen und Preise:**

OP Tropfflasche mit 10 ml DM 3,50;  
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 8,30;  
Großpackung mit 100 ml DM 21,45.

## Jubiläum beim Hartmannbund

Wiedergründung des  
Verbandes der Ärzte Deutschlands vor 25 Jahren

Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands – beging am 20. Mai 1974 den 25. Jahrestag seiner Wiedergründung. Er war 1900 von dem Leipziger Arzt Dr. Hermann Hartmann gegründet worden, wurde aber während des Naziregimes, wie die meisten freien Verbände, verboten.

Im Hartmannbund sind inzwischen 31 000 Ärzte aller Gruppen zusammengeschlossen: sowohl in freier Praxis tätige Allgemein- und Fachärzte als auch Krankenhausärzte und andere angestellte und beamtete Ärzte.

## Bayerische Ärzteversorgung

Besetzung des Verwaltungsausschusses

Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung hat für die Amtsperiode 1974/77 im Wege der schriftlichen Abstimmung folgende Mitglieder und stellvertretende Mitglieder in den Verwaltungsausschuß gewählt:

**Gruppe der Ärzte:**

Professor Dr. Hans  
Joachim SEWERING  
Dr. Klaus DEHLER  
Dr. Jürgen BAUSCH  
Dr. Walter CHRISTMANN

**Stellvertreter:**

Dr. Hermann BRAUN  
Dr. Alfred GAHBAUER  
Dr. Günter STEURER  
Dr. Friedrich HAMMER

**Gruppe der Zahnärzte:**

Dr. Heinrich REISINGER  
Zahnarzt Emil ROEDER

**Stellvertreter:**

Dr. Helmut TRAEGER  
Dr. Dr. Friedrich KÖTHE

**Gruppe der Tierärzte:**

Dr. Louis VOGT

**Stellvertreter:**

Dr. Hubert RETTINGER

## Personalia

### Wissenschaftliche Auszeichnung

Professor Dr. med. Kurt STUCKE, Abteilungsvorsteher an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg, wurde zum Miembro Titular der Asociación Argentina de Cirugía in Buenos Aires gewählt.

### Bayerischer Verdienstorden für Ärzte

Dr. med. Hans PETZ, von 1952 bis 1972 Vorsitzender der Bezirksstelle München der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, und Frau Dr. med. Elisabeth STOEBER, Chefärztin der Kinderklinik Garmisch-Partenkirchen, wurden durch den Bayerischen Ministerpräsidenten Dr. GOPPEL mit dem Bayerischen Verdienstorden ausgezeichnet.

## Amtliches

### Einsatz von Rettungsmitteln der Bundeswehr im Rahmen des zivilen Rettungswesens

Der Bundesminister für Verteidigung hat durch Erlaß vom 15. Januar 1974 Bestimmungen über den Einsatz von Rettungsmitteln im Rahmen des zivilen Rettungswesens getroffen. Der Einsatz dieser Rettungsmittel soll der Rettung von Menschenleben und zur Meidung schwerer gesundheitlicher Schäden unter dem Gesichtspunkt der dringenden Nothilfe dienen.

Die Rettungsmittel, welche als Hubschrauber und Notarztwagen (mit Ärzten besetzte Rettungswagen) zum Einsatz kommen, werden bei den Rettungszentralen der Bundeswehr und bei einzelnen Bundeswehrkrankenhäusern ständig verfügbare gehalten, soweit dies technisch und persönlich möglich ist und dienstliche Belange der Bundeswehr nicht entgegenstehen.

Es wird unterschieden zwischen Primär- und Sekundäreinsätzen. Unter ersteren ist der Transport des Arztes bzw. des medizinischen Fachpersonals zum Ort eines Notfalles zu verstehen, bei dem für den Patienten Lebensgefahr oder die Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden gegeben sein könnte und/oder der medizinisch erforderliche Transport zur ersten notwendigen Behandlung in ein Krankenhaus erforderlich ist.

Bei dem Sekundäreinsatz handelt es sich um den Transport von Patienten aus einem Krankenhaus, in dem die Erstversorgung durchgeführt wurde, in eine andere Krankenanstalt zur weiteren für die Endversorgung medizinisch erforderlichen Spezialbehandlung. Der Erlaß unterscheidet dabei einen zeitlich dringenden Sekundäreinsatz, bei dem die Weiterbehandlung des Patienten der Erhaltung des Lebens dient oder zur Vermeidung schwerer Gesundheitsschäden so bald als möglich, spätestens jedoch innerhalb von fünf Stunden erfolgen muß. Die Entscheidung über die Dringlichkeit der Weiterbehandlung trifft der Arzt.

Kann mit der Durchführung erst in drei oder mehr Stunden begonnen werden, soll der Transport nur dann übernommen werden, wenn zivile Organisationen oder kommerzielle Unternehmungen zur Durchführung nicht bereit oder in der Lage sind.

Nicht dringliche Sekundäreinsätze sind solche, bei denen bis zur erforderlichen Weiterbehandlung des Patienten für die Organisation und die Gesamtdurchführung des Transportes voraussichtlich mehr als fünf Stunden zur Verfügung stehen.

In Zweifelsfällen ist der Einsatz als zeitlich dringlich durchzuführen.

Zu den zeitlich dringlichen Transporten gehören solche von Arzneimitteln, Blutkonserven, medizinisches Untersuchungsmaterial und speziellen medizinischen Ge-



# Tonsilgon®

bei lymphatischen Reaktionen

- steigert die Infektabwehr deutlich
- Appetit und Gesamtbefinden bessern sich
- akute Schübe bleiben allmählich aus

**Basistherapeutikum** bei lymphatischer Diathese und ihren akuten Katarrhen.

**Leitsymptom: Infektanfälligkeit schon in der Kindheit.**

**Zusammensetzung:** Mac. ax: Rad. Althae. 0,4 g, Flor. Chamomill. 0,3 g, Fruct. Cynobab. 0,4 g, Herb. Equilat. 0,5 g, Fol. Jugland. 0,4 g, Herb. Millefol. 0,4 g, Cort. Ouarc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g in 100 g.

1 Dreege enthält: Rad. Althae. 0,008 g, Flor. Chamomill. 0,008 g, Fruct. Cynobab. 0,004 g, Herb. Equilat. 0,010 g, Fol. Jugland. 0,012 g, Herb. Millefol. 0,004 g, Cort. Ouarc. 0,004 g, Herb. Tarax. 0,004 g, Vitemin C 0,019 g.

**Indikationen:** Lymphatische Diathese und ihre akuten Manifestationen (wie Tonsillitis catarrhalis, Pharyngitis lateralis); Schwellungen der Lymphknoten, besonders bei Erkrankungen im Nasen-Rachenraum; Nachbehandlung nach Tonsillaktomie. Chronische Racheninfekte. Zusatztherapie bei allen katarrhellen Infekten. Zur Ergänzung der Chamotherapie.

**Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet.

**Dosierung:** Zur Basistherapie der lymphatischen Diathese gibt man **Kindern bzw. Erwachsenen** 3mal täglich 15 bis 25 Tropfen oder 1 bis 2 Dreeges über Wochen, bei akuten Manifestationen (Katarrhen) vorübergahend 5-6mal täglich.

**Handelsformen:**

Tonsilgon O. P. zu 30 ml DM 5,25 O. P. zu 100 ml DM 9,85  
O. P. zu 50 ml DM 7,30 O. P. zu 60 Drag. DM 7,30



**BIONORICA KG · NÜRNBERG**

räten, sofern sie für die eingangs genannten Zwecke benötigt werden. Dazu zählen auch Organtransplantate.

Die Einsätze sind grundsätzlich auf den Bereich im Umkreis von höchstens 50 km begrenzt. In begründeten Ausnahmefällen kann dieser Aktionsbereich bis zu 30 km, d. s. auf insgesamt 80 km, überschritten werden.

Die Rettungsmittel sind neben dem technischen Personal mit einem Notarzt und zumindest mit einem Sanitätsdienstgrad, der als Rettungssanitäter ausgebildet ist, zu besetzen. Hubschrauber und Notarztwagen sollen die entsprechende medizinisch-technische Ausrüstung enthalten.

Für den besonderen Einsatz von Rettungshubschrauber und Notarztwagen ist die Einrichtung eines örtlichen Meldekopfes (Rettungsdienstleitstelle o. ä.) durch eine zivile Organisation erforderlich. Meldungen für solche Einsätze können bei den Rettungszentren der Bundeswehr oder bei Bundeswehrkrankenhäusern, bei der Polizei, Feuerwehr, zivilen Hilfsorganisationen oder Privatpersonen erfolgen.

Bei der Wahl der einzusetzenden Rettungsmittel hat die zuständige Stelle die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit der Mittel sowie der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit zu beachten. Dazu ist es erforderlich, bei jedem Notruf die notwendigen Einzelheiten möglichst vollständig mitzuteilen. Über die Art des Transportes des Patienten entscheidet letztlich der Notarzt nach seinen Feststellungen am Notfallort.

Der Erlaß regelt schließlich die Kosten der Einsätze.

BLÄK

### Vornahme von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen durch Angehörige der medizinischen Assistenzberufe

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat zu der vorstehenden Frage folgende Stellungnahme beschlossen:

Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen sind Eingriffe, die zum Verantwortungsbereich des Arztes gehören. Der Arzt kann mit der Durchführung dieser von ihm angeordneten Maßnahmen sein medizinisches Assistenzpersonal beauftragen, soweit nicht die Art des Eingriffes sein persönliches Handeln erfordert. Da Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen nicht

zu dem üblichen Aufgabenbereich des ausgebildeten Assistenzpersonals gehören, bleibt der Arzt in jedem Falle für die Anordnung und ordnungsgemäße Durchführung der Eingriffe sowie für die Auswahl und Überwachung der Hilfskraft verantwortlich. Der Arzt darf daher die Durchführung nur solchen Hilfskräften übertragen, die in der Punktions- und Injektionstechnik besonders ausgebildet sind und von deren Können und Erfahrungen er sich selbst überzeugt hat.

Die Durchführung von Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen außerhalb des ärztlichen Verantwortungsbereiches ist nur in Notfällen vertretbar, in denen ein Arzt nicht erreichbar ist.

BLÄK

Mitteilung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 20. Mai 1974 - IE 2 - 5126/1 - 6/74 -

### Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern beabsichtigt, von Anfang Oktober 1974 bis Ende Februar 1975 in München wieder einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung (Physikatskurs) abzuhalten. Die Ausschreibung des Lehrganges erfolgt rechtzeitig im „Bayerischen Staatsanzeiger“ und in dieser Zeitschrift. Interessenten können sich schon jetzt wenden an:

Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen  
im Bayerischen Staatsministerium des Innern,  
8000 München 22, Odeonsplatz 3

## Rechtsfragen

### Verhalten gegenüber der ärztlichen Berufsvertretung

**Urteil des Berufsgeschichtes für die Heilberufe beim  
Oberlandesgericht München vom 20. März 1974  
(Az: BG Ä 3/73)**

Die ärztliche Berufsvertretung ist im Rahmen ihres Aufgabengebietes nach Art. 2 des Kammergesetzes auch gehalten, eingehende Beschwerden von Patienten dahin zu überprüfen, ob zu Recht die Verletzung ärztlicher Berufspflichten gerügt wurde. Selbstver-

Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen  
Lebertechnik, Hämodialyse

Beratung	EEG
Projektierung	Echo-EEG
Finanzierung	EKG
Kundendienst	EMG

Röntgen- und elektromedizinische Apparate - Arzt- und Krankenhausbedarf

## KURT PFEIFFER

### 85 NÜRNBERG 1

Gleibühlstraße 7/Ecke Marienstraße, Ruf (09 11) 20 39 03/04



ständig hat dabei die ärztliche Berufsvertretung dem Arzt Gelegenheit zu geben, seinen Standpunkt zur Beschwerde des Patienten darzulegen. Um so bedauerlicher ist es, wenn sich Ärzte in einem solchen Fall weigern, ihrer Berufsvertretung die gewünschte Auskunft zu geben. Vor allem schaden sich solche Ärzte in der Sache selber; denn dadurch werden meist negative Folgen für den Arzt selbst ausgelöst. Darüber hinaus liegt in einem solchen Verweigern einer Antwort an die ärztliche Berufsvertretung eine Berufspflichtverletzung. Dies hat schon einmal das Berufsgeschicht Nürnberg deutlich ausgesprochen („Bayerisches Ärzteblatt“ 1965/692).

Neuerdings hat das Berufsgeschicht München im oben genannten Urteil ein entsprechendes Verhalten zweier Ärzte gerügt und (im Zusammenhang mit anderen Berufspflichtverletzungen) gegen beide Ärzte einen Verweis und eine Geldbuße von DM 1000,— erkannt.

Aus den Gründen:

...  
Dr. X und Y haben es nicht für nötig gefunden, auf die höflich gehaltenen Schreiben des Ärztlichen Kreisverbandes eine sachliche Antwort zu geben. Die Berufspflichten eines Arztes erschöpfen sich nicht darin, nicht gegen die Berufsethik zu verstoßen. Die Pflicht zum Wohlverhalten innerhalb und außerhalb des Berufs umfaßt auch die Pflicht zum Wohlverhalten gegenüber der ärztlichen Selbstverwaltung. Zu den Pflichten des Arztes gehört es, wie das Berufsgeschicht wiederholt schon zum Ausdruck gebracht hat, Anfragen der Berufsvertretung zu beantworten. Dies folgt ohne weiteres aus der Mitgliedschaft zum Ärztlichen Kreisverband. Aber auch Kollegialität und Anstand lassen eine andere Auffassung nicht zu. Obwohl sich der Ärztliche Kreisverband bemühte, den beiden Ärzten die Notwendigkeit einer sachlichen Stellungnahme darzulegen, zogen diese es vor, entweder gar nicht zu antworten, oder dem 3. Vorsitzenden, der das Schreiben unterzeichnet hatte, „übersteigertes Sendungsbewußtsein, überlastungsbedingte Reizbarkeit, unzumutbare Stellungnahmen, inquisitorisches Vorgehen“, vorzuhalten.

Bei dieser Sachlage muß gegen die beiden Ärzte der Vorwurf erhoben werden, daß sie nicht nur eine grobe Unhöflichkeit begangen, sondern auch sich standeswidrig verhalten haben. Sie haben nicht, wie § 1 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayern es vorsieht, sich bei ihrem Verhalten innerhalb ihres Berufes der Achtung und des Vertrauens würdig gezeigt, die der ärztliche Beruf erfordert ...

Poellinger, München

## Brief aus Bonn

Daß Willy Brandt nicht mehr ganz unangefochten im Sattel saß, hat Herbert Wehner schon vor einem halben Jahr von Moskau aus signalisiert; der breiteren Öffentlichkeit ist dies erst nach den Wahlniederlagen der SPD im Frühjahr bewußtgeworden. Daß Brandt über einen Spionagefall stürzen könnte, hätte aber wohl niemand vorauszusagen gewagt. Brandt, dessen Aufstieg und Fall nicht ohne tragische Züge ist, gibt freilich nichts her für Märtyrer- oder Dolchstoßlegenden. Er ist weder einer Verschwörung noch einer Hetzkampagne zum Opfer gefallen. Die Parteilaisson und menschliche Unzulänglichkeit erzwangen den Rücktritt des großen Wahlsiegers vom November 1972, der mehr und mehr zur Belastung für die SPD wurde. Brandt war sich am Ende seines Scheiterns bewußt. Wehner wird da nachgeholfen haben, aber wohl nicht mit jener massiven Pressure, von der Illustrierte berichten. Wehners Schweigen kann manchmal viel bededter sein. Das hat wohl auch für jene Wochenendrunde in Münstereifel zu gelten, in der die Entscheidung fiel.

Brandts Nachfolger Schmidt ist aus anderem Holz: zupackender, praktischer, weniger mit Emotionen beladen, aber stets in der Gefahr, Pragmatismus schon für große Politik zu halten und wichtige Grundsatzpositionen kurzfristigen taktischen Vorteilen zu opfern. Es ist sicherlich falsch, Schmidts verbalen Schneid schon für Härte und Stehvermögen zu halten. Wer Schmidts Weg über Jahre als Journalist kritisch zu beobachten hatte, weiß, daß in Schmidts naßforschenden Auftritten viel Schauspielerei steckt, die er mit Erfolg als politische Waffe einzusetzen versteht, die ihn gelegentlich aber auch selbst mitreißt und zu Übertreibungen und Ausfällen bringt. Sein politisches und rhetorisches Talent haben ihm im Parlament Respekt verschafft. Nur ein Strauß in Bestform kann dort gegen ihn bestehen. Die Opposition wird es gegen ihn schwerer haben als gegen Brandt. Das gilt insbesondere für den Fraktionsvorsitzenden Carstens, der Schmidt auf dem Feld der Wirtschafts- und Finanzpolitik jedenfalls bis heute unterlegen ist.

Schmidt hat die Kabinettsneubildung nach dem Ausscheiden Brandts und Scheels rasch hinter sich gebracht. Ihm kam es darauf an, den Eindruck der Führungskrise erst gar nicht aufkommen zu lassen. Es hat ihm keine Mühe bereitet, fünf alte SPD-Minister —

### ZODIAC-Wechselsprechanlage WS 20 (bis zu 20 Sprechstellen — 10 Gespräche gleichzeitig)



- Freisprecher und Telefon zugleich
- Jede Sprechstelle zugleich Hauptstelle
- Maximale Ausnutzung der Anlage durch Möglichkeit gleichzeitiger Gespräche
- Sperrehalter für ankommende Gespräche
- Zentrale Stromversorgung
- Optisches Besetztzeichen
- 1/2 Jahr Garantie

**Fordern Sie Prospekt F 9 an!**

Generalvertretung für Bayern

**austerlitz electronic**

8500 Nürnberg 1 — Postfach 806 —  
Telefon (09 11) \*53 33 33 und 55 55 55

Ehmke, Bahr, Lauritzen, Dohnanyi und Jahn — loszuwerden und durch neue Gesichter zu ersetzen. Vom zweiten Glied in das erste Glied sind die Minister Apel, Rohde, Matthöfer, Ravens und Gescheidle gerückt. Weiter nach vorn ist der bayerische SPD-Vorsitzende Vogel gekommen, der nun mit dem Justizressort ein klassisches Ministerium leitet, während Eppler es wohl nur der Tatsache, in Baden-Württemberg Ministerpräsidenten-Kandidat zu sein, zu verdanken hat, weiter im Amt zu bleiben. Dabel wäre er gerne Finanzminister geworden.

Auf der Ebene der Staatssekretäre gibt es Veränderungen, die Aufmerksamkeit verdienen, so den Wechsel Zanders vom Wissenschaftsministerium ins Gesundheitsministerium, wo man Heinz Westphal in die Wüste geschickt hat. Dabei hatte sich Zander im Kabinett Brandt keine Lorbeeren verdient; er hat dort maßgeblich für den Reifall mit der Berufsbildungsreform gesorgt. Aber Zander genießt politische Protektion, er zählt zum Gewerkschaftsflügel. Er war jahrelang die linke Hand von Otto Brenner, dem verstorbenen Vorsitzenden der IG Metall, deren Spitzenfunktionär Olaf Radke schon vor Jahren für den staatlichen Gesundheitsdienst eingetreten war. Jedenfalls wird man Zander als den Vertrauensmann der SPD-Baracke und der Gewerkschaften bei Frau Focke betrachten müssen, deren Rückkehr ins Kabinett nicht unbestritten war. Insgesamt hat sich im Kabinett der Einfluß der Gewerkschaften verstärkt. Das beweisen die Berufungen von Rohde, Matthöfer und Gescheidle, aber auch von Zander, und von Buschfort zum parlamentarischen Staatssekretär im Arbeitsministerium. Beachtung verdient auch, daß dem FDP-Chefideologen Malhofer der zum linken SPD-Flügel zählende Jurist Schmude als parlamentarischer Staatssekretär beigegeben wurde.

In Schmidts Regierungserklärung hat die Gesundheitspolitik praktisch keine Rolle gespielt, was nicht überraschen kann. Schmidt hat andere Sorgen. Für ihn wird es solange zu den drittrangigen Fragen zählen, wie keine politische Brisanz entsteht. Schmidt hat sich für die Gesundheitspolitik nie interessiert. Das könnte freilich anders werden, wenn Arendt der Reform der Rentner-Krankenversicherung nicht mehr ausweichen kann. Die nächste Rentenbilanz wird im Herbst fällig. Dann wird man mehr wissen.

Schmidt will sich ganz auf die innenpolitischen Fragen konzentrieren. Dabel gilt das Motto: Kontinuität und Konzentration auf das Wesentliche. Schmidt will sich also auf die realisierbaren Reformprojekte beschränken und das übrige zurückstellen. Das gilt als Grundsatz. Schmidt hat aber vermieden, sich schon jetzt auf Einzelheiten festzulegen. Klar ist, daß es 1975 Steuerentlastungen von zehn bis zwölf Milliarden Mark für die Bezieher kleinerer und mittlerer Einkommen geben wird. Die Entscheidung darüber wird freilich nicht im Bundestag, sondern erst im Vermittlungsausschuß zwischen Bundestag und Bundesrat fallen. Dieses Loch

in den Haushalten kann, so Schmidt, nur durch ein Beschneiden des Ausgabenzuwachses bei Bund, Ländern und Gemeinden erreicht werden. Schmidt läßt jedoch offen, wo gespart werden soll; allein der Bildungsbereich wird angesprochen. Die Finanzierung des Etats 1975 wird also für Schmidt das große Problem und die Bewährungsprobe. Das Tausziehen wird im Spätsommer beginnen.

Die Konjunkturpolitik soll auf der bisherigen Linie weiter geführt werden. Das bedeutet: flexible Wechselkurse zur Absicherung nach außen, Politik des knappen und teuren Geldes, gezielte Hilfen für besonders gefährdete Regionen und Branchen. Schmidt hat sich zur marktwirtschaftlichen Ordnung bekannt und gegen Lohn- und Preisstops sowie die Indexbindung von Preisen gewandt. Dem „heißen“ Thema Mitbestimmung ist er mit vagen Formulierungen zunächst aus dem Weg gegangen. Die Pläne zur Reform der Berufsbildung werden im Sinne der Wirtschaft korrigiert. Für die Vermögensinitiative wird nun der Termin 1978 genannt.

Mit Schmidt hat die SPD und die Koalition eine neue Chance erhalten; es könnte die letzte sein.

bonn-mot

## Kongresse

### Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

**21. September 1974**

und

**30. November 1974**

In München 80, Mühlbauerstraße 16, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Versorgung.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr — Ende jeweils gegen 16.30 Uhr

Anmeldungen für die Einführungslehrgänge sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, zu richten bis 13. September bzw. 22. November 1974.

Die Einzahlung der Teilnahmegebühr von DM 15,— wird auf das Konto der Landesgeschäftsstelle Nr. 00650440 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank in 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, unter dem Vermerk „Einführungslehrgang“ erbeten.

## 54. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 20. bis 22. September 1974 In Augsburg

Thema: Langzeittherapie als Gemeinschaftsaufgabe von Praxis und Klinik

**Freitag, 20. 9. 1974**

16.00 Uhr:

Leborseminar

16.00 Uhr:

Klinische Visiten

20.00 Uhr:

Filmabend

**Samstag, 21. 9. 1974**

9.00 – 9.30 Uhr:

**Langzeitbehandlung bei Funktionsminderung des bronchopulmonalen Systems einschließlich essstörter Beatmung**

Chefarzt Dr. Gossner

9.30 – 10.00 Uhr:

**Probleme der Langzeittherapie beim rheumatischen Formenkreis**

Chefarzt Prof. Mohing

10.00 – 10.30 Uhr:

**Probleme der Langzeittherapie in der Orthopädie**

Chefarzt Dr. Thieme

11.00 – 11.30 Uhr:

**Langzeittherapie der Pyelonephritis**

Chefarzt Dr. Stähler

11.30 – 12.00 Uhr:

**Langzeittherapie in der Dermatologie und Venerologie**

Chefarzt Prof. Nikolowski

14.00 – 15.15 Uhr:

Podiumsgespräch:

**Langzeitbehandlung der Schmerzpatienten**

Kurzreferate:

**Der Kopfschmerz-Patient**

**Der Bandscheiben-Patient**

**Der Ca-Schmerz**

**Sonntag, 22. 9. 1974**

9.00 – 10.30 Uhr:

**Probleme der Langzeittherapie in der Gastroenterologie**

Chefarzt Prof. Frosch

**In der Kardiologie**

Chefarzt Dr. Kaiser

**In der Nephrologie**

Chefarzt Prof. Renner

11.00 – 12.00 Uhr:

**Probleme der Langzeittherapie in der Chirurgie**

Chefarzte Prof. Gumrich und

Prof. Baumgartl

14.00 – 15.15 Uhr:

Podiumsgespräch:

**Probleme der Langzeittherapie in der Pädiatrie**

Einleitende Kurzreferate:

**Bösartige Tumoren und Leukämie – Anfallskrankheiten**

Chefarzt Prof. Neldherdt

**Nierenkrankheiten – Stoffwechsellkrankheiten**

Chefarzt Dr. Haggemüller

**Akuter und chronischer Rheumatismus – Mukoviszidose und Adrenogenitales Syndrom**

Chefarzt Dr. Frelsederer

**Auskunft:**

Sekretariat des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 3 37 77

## Landesversammlung des Bayerischen Medizinischen Beamtenvereins e. V.

am 12./13. Juli 1974 in Regensburg

**Ort:**

Rot-Kreuz-Zentrum, Regensburg,  
Grellinger Straße 4

**Auskunft:**

Medizinaldirektor Dr. Peter Schuch,  
8540 Schwabach, Bahnhofstraße 26,  
Telefon (091 22) 40 21

## 3. Internationaler Herbst- Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie „Hilfe für das mehrfach behinderte Kind“

vom 28. August bis 7. September 1974  
in Brixen

**Themen:**

Frühdagnostik, Frühtherapie und  
Frühpädagogik – Therapeutische  
Fortbildungsseminare

**Auskunft und Anmeldung:**

Kinderzentrum der Aktion Sonnenschein,  
Sekretariat, 8000 München 2,  
Güllstraße 3, Telefon (0 89) 77 90 37

## Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung

vom 2. bis 5. Oktober 1974  
in Erlangen

**Leitung:**

Professor Dr. med. Erich Rügheimer

# ferro - B<sub>12</sub> - EHRL



**Zusammensetzung:**

1 Dragee enthält:  
150 mg  
Ferro-glukonat  
15 $\gamma$  Vitamin B<sup>12</sup>  
2 mg Folsäure

O.P. zu 20 Dragees  
DM 4,20  
O.P. zu 50 Dragees  
DM 7,50

**Zur hochwirksamen  
preisgünstigen oralen  
Anämie-Therapie mit  
dem gut verträglichen  
und schnell resorbierbaren  
Fe<sup>++</sup>-glukonat**

**EHRL & CO., Arzneimittel KG,  
8 München 66**

**Ort:**

Kongreßzentrum der Stadt Erlangen

**Themen:**

Seminar: Fortschritte in der Wiederbelebung – Die Psychische Führung des Patienten – Therapie prä- und postoperativer Eiweißmangelzustände – Anästhesie in der Geburtshilfe – Antibiotika in der prä- und postoperativen Behandlung – Die Prophylaxe der „Beatmungslunge“ – Anästhesie und Intensivbehandlung in der Koronarchirurgie, in der Kardiochirurgie bei Kleinkindern – Systemanalyse zur Sicherheit bei der Narkose und Intensivtherapie – Freie Themen aus der experimentellen und klinischen Anästhesie

**Auskunft und Anmeldung:**

Institut für Anästhesiologie – Sekretariat, 8520 Erlangen, Maximiliansplatz, Telefon (091 31) 85 36 77 / 80

## Kongreß der Sportwissenschaft

vom 31. Oktober bis 2. November 1974  
in Bayreuth

**Leiter:**

Dr. med. E. A. Struck

**Ort:**

Stadthalle Bayreuth

**Thema:**

Leistungssport aus medizinischer, pädagogischer und psychologischer Sicht

**Auskunft:**

Dr. med. E. A. Struck, 8580 Bayreuth, Postfach 2202, Telefon (09 21) 2 93 60

## Freundschaftstreffen polnischer pädiatrischer Hochschullehrer mit deutschen Kinderärzten

vom 20. bis 28. Oktober 1974  
in Würzburg

**Ort:**

Universitäts-Kinderklinik Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2

Es werden wissenschaftliche Vorträge und Demonstrationen am Krankenbett abgehalten.

**Auskunft:**

Dr. Möllmann, Universitäts-Kinderklinik, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, Telefon (09 31) 20 15 23

## Internationales Symposion „Glaukogenese“

am 17./18. Oktober 1974 in München

**Ort:**

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22 (Eingang Einsteinstraße)

**Auskunft:**

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

## Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte

am 19./20. Oktober 1974 in München

**Ort:**

Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22 (Eingang Einsteinstraße)

**Auskunft:**

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

## Mitteilungen

### Berufsunfälle – Neue Anzeigenformulare

Ab 1. April 1974 wurden neue Formblätter für die Anzeigen von Berufs-(Arbeits)unfällen eingeführt.

Sie bestehen aus einem Satz von fünf Vordrucken, welche auch „Erläuterungen zur Untallanzeige“ enthalten.

Solern sie nicht in Schreibwarengeschäften erhältlich sind, können sie z. B. beim Rehm-Verlag, München, bestellt werden.

Es darf bei dieser Gelegenheit in Erinnerung gebracht werden, daß nach den Vorschriften der RVO der Praxis- bzw. Klinikinhaber die Berufsunfälle innerhalb von drei Tagen bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in 2000 Hamburg 6, Schäferkampsallee 24, mittels der vorgenannten Vordrucke anzumelden haben.

BLÄK

### Ablall aus Arztpraxen

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2000 Hamburg 6, Schäferkampsallee 24, hat Sicherheitsregeln für Abfallbehandlung und Abfallverbrennung in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes und der Wohlfahrtspflege erlassen, welche die Beseitigung des Abfalls aus Krankenpflagestätten, OP-Einrichtungen und auch Arztpraxen betreffen.

Diese Sicherheitsregeln wurden zur Ergänzung der einschlägigen Unfallverhütung hinsichtlich der Verbrennung von Krankenhausabfall erarbeitet. Sie gelten aber auch für Labor und medizinische Praxis und können von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg unter der Bezeichnung „ZH 1 / Sicherheitsregeln SR 2 / Stand 1973“ kostenlos angefordert werden.

BLÄK

### Schuleinschreibung an der Berufsschule für Zahntechniker, Arzt-, Zahnarzt- und Apothekenhelferinnen für das Schuljahr 1974/75

Die Schuleinschreibung an der Berufsschule für Zahntechniker, Arzt-, Zahnarzt- und Apothekenhelferinnen in München findet voraussichtlich am **Dienstag, den 17. September 1974**, von 8.00 bis 12.00 und von 15.00 bis 17.00 Uhr, statt, und zwar im Gebäude des Berufsbildungszentrums Simon-Knoll-Platz 3.

Wegen der angespannten Personallage ist es der Schule leider nicht möglich, schriftliche oder telefonische Anmeldungen entgegenzunehmen.

Die Schüler müssen zur Einschreibung persönlich erscheinen.

Zur Einschreibung sind mitzubringen:

1. Berufsausbildungsvertrag (Lehrvertrag) bzw. schriftliche Bescheinigung des Auszubildenden (Lehrherrn), daß ein Vertrag abgeschlossen wird.
2. Letztes Schulzeugnis und eventuelle Überweisungskarte der zuletzt besuchten Schule.

Für Schüler, deren Ausbildungsstätte (Lehrstelle) nicht in München liegt, gilt folgendes:

Vorbehaltlich einer neuen Regelung nach Art. 22 des neuen Gesetzes über das berufliche Schulwesen werden die Schülerinnen weiterhin in München zugelassen, deren zu-

(Fortsetzung Seite 564)

## Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1974\*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scharlachfälle ging im April merklich zurück. Die auf 100 000 Einwohner berechnete Ziffer sank von 120 im Vormonat auf 84 im Berichtsmonat (jeweils umgerechnet auf ein Jahr). Gegenüber dem Vormonat kaum verändert, trat übertragbare Gehirnentzündung (Meningitis) auf. Die Erkrankungsziffer betrug für Meningokokken-Meningitis 3 (im März 4), für die übrigen Formen der übertragbaren Meningitis 6 Fälle (im März 5) je 100 000 Einwohner.

An Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) erkrankten im Berichtsmonat deutlich weniger Personen als im Vormonat; die Ziffer sank von 35 auf 28 gemeldete Fälle je 100 000 Einwohner. Ebenfalls rückläufig war die Häufigkeit von Hepatitis-infectiosa-Erkrankungen, nämlich von 30 Fällen im März auf 24 im April, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

### Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. März bis 27. April 1974 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Obertregbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbanruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnantzündung								Salmonellose		Übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen										Salmonellose		Übrige Formen			
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	261	—	—	—	8	—	22	1	1	1	—	—	—	—	4	—	82	—	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	27	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	50	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	29	1	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	94	—	—	—	4	—	5	—	3	—	—	—	—	—	—	—	32	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	92	—	—	—	2	—	9	1	—	—	—	—	—	—	1	—	36	—	3	—	—	—
Unterfranken	—	—	104	—	—	—	2	1	6	—	1	—	—	—	1	—	1	—	39	1	—	—	1	—
Schwaben	1	—	69	—	—	—	5	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—
<b>Bayern</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>697</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>53</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>6</b>	<b>—</b>	<b>236</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>
München	—	—	87	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	3	—	47	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	24	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—
Bayern	—	—	12	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Würzburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Milzbrand		Bengische Krankheit		Wellische Krankheit		O-Flaber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf						Verdachtsfälle von Tollwut <sup>1)</sup>	
			Peltiacose		Übrige Formen																			
			E BT		E ST		E BT		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	65	1	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	13
Niederbayern	16	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	27	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	10
Oberfranken	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Mittelfranken	25	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
Unterfranken	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Schwaben	23	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	7
<b>Bayern</b>	<b>198</b>	<b>4</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>—</b>	<b>4</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>52</b>
München	35	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	12	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

<sup>1)</sup> „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

<sup>2)</sup> „BT“ = Sterbefälle.

<sup>3)</sup> Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

ständiger Schulträger bisher mit der Stadt München einen Vertrag abgeschlossen hatte oder für den Schulbesuch in München Einzelgenehmigung erteilt. Auskünfte hierüber erhalten Sie an der nächstgelegenen Berufsschule.

Eventuelle schriftliche Wünsche der Auszubildenden für bestimmte Schultage (mit Ersatzwunsch) können nach Möglichkeit berücksichtigt werden; Raumfragen, Lehrereinsatz und Stundenplanfragen setzen hier Grenzen.

gez. Oberstudiendirektor H. Syttkus

#### Medaille für Medizinjournalist

Der 66jährige Medizinjournalist Alfred Püllmann wurde beim deutschen Internistenkongress mit der erstmals verliehenen Alfred-Trummer-Medaille ausgezeichnet. Die Medaille soll in Zukunft jährlich von der Vereinigung der deutschen medizinischen Standespressen für besondere Verdienste auf dem Gebiet der medizinischen Publizistik vergeben werden. Sie wurde in Erinnerung an den Gründer der Vereinigung gestiftet.

#### Einrichtung einer Ernährungswissenschaftlichen Bibliothek

Die Union Deutsche Lebensmittelwerke GmbH, Hamburg, hat der Münchener Universitätsgesellschaft eine Spende in Höhe von DM 350 000,- zur Verfügung gestellt, die bestimmt ist für die Einrichtung einer Ernährungswissenschaftlichen Bibliothek an der Universität München.

#### Grußkarten aus der Antarktis

Zu Weihnachten 1974 startet das Institut seine 1. Deutsche Antarktis-Expedition.

Zu diesem Unternehmen kommt eine Grußkarte für DM 15,- heraus. Alle Grußkarten zeigen Aufnahmen aus dem Expeditionsgebiet, sind mit Sondermarken frankiert, tragen den Expeditionsstempel und die Unterschriften sämtlicher Expeditionsmitglieder.

Einzahlungen bitten wir auf folgende Konten zu leisten: Postscheck: München Nr. 35 070-804, „Harrligkoffer-Antarktiskonto“ oder Bank: „Harrligkoffer-Expeditionskonto“ Nr. 17/33 302 bei der Deutschen Bank in München.

Dr. Harrligkoffer, Deutsches Institut für Auslandsforschung, 8000 München 70, Pilinganserstraße 120 b, Telefon (089) 7 23 21 09

## Kongresskalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongressbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

### August 1974

4. – 9. 8. in Malente-Gremsmühlen:

**Ferienkurs Manuela Lymphdrainage.** Auskunft: Dr. F. Bahnamann, 2420 Eutin, Albart-Mahlstadt-Straße 18.

18. – 24. 8. in Brighton:

**7. Tagung der internationalen Gesellschaft für Epidemiologie.** Auskunft: Dr. M. Handerson, Dept. of Preventive Med., Univ. of Maryland Hospital, Baltimore, Md. 21 201, USA.

21. 8. in Münster:

**Fortbildungsveranstaltung „Vorsorgeuntersuchungen bei Frauen“.** Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4/6.

25. – 30. 8. in Jerusalem:

**V. Internationaler Kongress für Transplantation.** Auskunft: The Secretariat, 5th Int. Congress of the Transplantation Society, P. O. Box 983, Jerusalem/Israel.

25. – 30. 8. in Monschau:

**Raucherentwöhnungskuren der deutschen Gesellschaft für Rehabilitation.** Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Rehabilitation a.V., 5100 Aachen, Im Johannisstal 41.

25. – 31. 8. in St. Moritz:

**Internationale Fortbildungstagung über Grenzgebiete in der Medizin.** Auskunft: Prof. Dr. Harnisch, 1000 Berlin 65, Rudolf-Virchow-Krankenhaus.

26. – 30. 8. in Dresden:

**Hauptversammlung der Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation der DDR.** Auskunft: Prof. Dr. sc. med. Gottfried Banad, X-25 Rostock, Rembrandtstraße 16/17.

26. – 31. 8. in Budapest:

**24. Internationaler Kongress für Medizingeschichte.** Auskunft: MOTESZ Congress Office, Mrs. A. Rubányi, 1361 Budapest, P. O. Box 32.

26. 8. – 7. 9. in Meran:

**XXII. Internationaler Fortbildungs-**

**kongress der Bundesärztekammer – Lehrgang für praktische Medizin – (Thema: Dar alta Menach in der ärztlichen Sprechstunde).** Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

28. – 31. 8. in Prag:

**IV. Europäischer Kongress der parlatellen Medizin.** Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Prag 2.

29. 8. – 4. 9. in Johannesburg:

**III. Internationaler Südafrikanischer Kongress für Radiologie.** Auskunft: The Congress Director, P. O. Box, 4878, Johannesburg/S. A.

30. 8. – 8. 9. in Budapest:

**VII. Internationaler Kongress für Neuropathologie.** Auskunft: IBUSZ, Congress Department, Felszabedulas tér 5, Budapest V/Ungarn.

31. 8. – 8. 9. in Stockholm:

**28. Generalversammlung des Weltärztebundes.** Auskunft: Bundesärztekammer, Auslandsdienst, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

### September 1974

1. – 5. 9. in Sao Paulo:

**III. Weltkongress für tropische Dermatologie.** Auskunft: Alcantara Machado Congressos, Palacio des Convenciones, Parqua Anhembí, ZP - 02 012 Sao Paulo, Brasilien.

1. – 6. 9. in Jerusalem:

**XV. Internationaler Kongress für Hämatologie.** Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Hämatologie, Dr. K.-G. von Boroviczény, 1000 Berlin 20, Lynarstraße 12.

1. – 7. 9. in Buenos Aires:

**7. Weltkongress für Kardiologie.** Auskunft: Internationale Gesellschaft für Kardiologie, 22 rue de l'Athénée, CH-1206 Genf.

1. – 7. 9. in Karlsruhe:

**26. Therapiekongress und 26. Hallmittelausstellung.** Auskunft: Dr. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe 1, Kaiserallee 30.

1. – 7. 9. in Tokio:

**I. Kongress der internationalen Vereinigung der Mikrobiologischen Gesellschaften.** Auskunft: Prof. Daizo Ushiba, General Secretary, The Organizing Committee 1st International Congress of IAMS, Science Council of Japan, 22-34 Roppongi 7-chome, Minato-ku, Tokyo.

1. – 14. 9. In Greda:

**VIII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin (Thema: Diagnostisch-therapeutische Anliegen der Praxis).** Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

2. – 3. 9. in Bratislava:

**Symposium with International Participation on Toxoplasmosis.** Auskunft: Congress Office Slovak Medical Society, Mickiewiczova 18, CS-883 22 Bratislava.

2. – 5. 9. in Neuherberg:

**Röntgen - Strahlenschutzkurs.** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, In-golstädter Landstraße 1.

2. – 6. 9. in Frankfurt:

**Fortbildungskurs in Familienplanung und Sexualpädagogik.** Auskunft: PRO FAMILIA Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e.V., Bundesverband, 6000 Frankfurt, Gr.-Bockenheimer Straße 15.

2. – 7. 9. in Köln:

**Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes.** Auskunft: Dr. H. Liesen, 5000 Köln 41, Sporthochschule, Carl-Diem-Weg.

2. – 14. 9. in Pörschegg:

**23. Internationales Fortbildungsseminar für die ärztliche Praxis.** Auskunft: Dr. G. Blume, 6530 Bingen, Meiner Straße 3.

4. – 6. 9. in Bratislava:

**17. Anatomischer Kongreß.** Auskunft: Slowakische medizinische Gesellschaft, Mickiewiczova 18, CS-800 00 Bratislava.

4. – 7. 9. in Göttingen:

**9. Jahrestagung mit Fortbildungskurs der Deutschen EEG-Gesellschaft.** Auskunft: Prof. Dr. H. C. Hopf, 3400 Göttingen, v.-Siebold-Straße 5.

5. – 11. 9. in Madrid:

**IV. Europäischer Kongreß für Anäs-**

**thesiologie.** Auskunft: Secretariat IV Congreso Europeo de Anestesiología, Fundacion Jimenez Diaz, Avda Reyes Católicos, s/n P.O. Box 504 05, Madrid - 3.

6. – 7. 9. in Mainz:

**4. Tagung der Internationalen Kontinenz-Gesellschaft.** Auskunft: Kongreß Sekretariat, Urologische Universitätsklinik, 6500 Mainz, Langenbeckstr. 1.

6. – 11. 9. in Bad Nauheim:

**57. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik.** Auskunft: Prof. Dr. Dr. R. Winau, Medizinhistorisches Institut, 6500 Mainz, Postfach 39 80.

7. – 14. 9. in Klappholttal:

**Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge einschließlich Seminar „Autogenes Training“.** Auskunft: Dr. G. Eberlein, Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e.V., 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

7. – 21. 9.:

**21. Kongreß-Schiffsreise nach Westeuropa.** Auskunft: Deutscher Kassen-erztverband, 2000 Hamburg 73, Postfach 73 04 20.

6. – 13. 9. in London:

**9. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie.** Auskunft: Dr. K. M. Citron, Institute of Biology, 47 Queen's Gate, London SW 7 5 HU.

8. – 13. 9. in Tel Aviv:

**XII. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Innere Medizin.** Auskunft: The Secretariat, 12th Int. Congress of Internal Med., P. O. Box 16271, Tel Aviv/Israel.

9. – 11. 9. in Hamburg:

**71. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.** Auskunft: Prof. Dr. Schäfer, 2000 Hamburg-Eppendorf, Martinstr. 52.

9. – 12. 9. in Neuherberg:

**Röntgen - Strahlenschutzkurs.** Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, In-golstädter Landstraße 1.

**Bellagenhinweis:**

Dieser Ausgabe ist ein Programm der 6. Diagnostik-Woche sowie ein Prospekt der **Deutschen Wellcome GmbH**, 3006 Großburgwedel/Hann. beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16, Telefon (089) 47 60 87, Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rite Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Leserbriefe stellen keine Meinungsäußerung des Herausgebers oder der Schriftleitung dar. Das Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postcheckkonto Nr. 52 51-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegremmadresse: atlas-press. Für den Anzeigentell verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner jr., 8060 Dacheu.

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beigelegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

**RECORSAN**<sup>®</sup>

**RECORSAN-LIQUID.**

Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie  
Crataegua-Adonistherapie des Altersherzens

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe  
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis,  
Visc. alb. 55 g, Apium grav. Auricul. 55,73 g, Val. 13 g, Cola 4,9 g. • 30 ml DM 4,95

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Für das **Kreiskrankenhaus 8728 Haßfurt** wird zum baldigen Eintritt gesucht:

## ein Oberarzt (Oberärztin)

Es sollte sich um einen erfahrenen Facharzt für **innere Medizin** handeln, der in der Lage ist, den leitenden Arzt zu vertreten. Die Röntgenuntersuchungen der Inneren Abteilung werden vom Oberarzt durchgeführt.

## ein Facharzt (Fachärztin)

für **Anästhesie**

Besonderer Wert wird auf gute kollegiale Zusammenarbeit gelegt.

Haßfurt ist Kreisstadt mit allen wasserführenden Schulen und verkehrsgünstig, in landschaftlich schöner Umgebung, gelegen.

Das moderne Krankenhaus (150 Betten) verfügt außerdem über eine Chirurgische und eine Gynäkologische Abteilung.

Die innere Abteilung (52 Betten) ist modernst eingerichtet: Neue Röntgenanlage (Panthoskop 3 mit Bildverstärker, Schlichtung), EKG-Sechsfachschreiber, Phonokardiographie, Ergometer, Laparoskopie, Gastroskopie, gut eingerichtetes Labor, Monitor mit Defibrillator und Schrittmacher.

**Wir bieten:** BAT/VKA I b/1 a, großzügige Rufbereitschaftspauschale, Zuschuß zum Besuch von Kongressen, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen, vermögenswirksame Leistungen, Nebeneinnahmen durch den Chefarzt nach Vereinbarung, Vergütung des Schwesternunterrichts, Trennungsgeld und Umzugskosten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, bei der Beschaffung einer status- und familiengerechten Wohnung sind wir behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen baldmöglichst an das **Landratsamt Haßberge, 8728 Haßfurt, Personalarbeit**.

Bei dem **Kreiskrankenhaus Scheßlitz (180 Betten)** ist wegen Ausscheidens der Stelleninhaberin die Stelle des **Leitenden Arztes der Inneren Abteilung**

durch einen

## Facharzt für Innere Krankheiten

in Dauerstellung zu besetzen.

Die Innere Abteilung umfaßt 45 Betten. Das Haus ist mit modernsten Einrichtungen ausgestattet.

Wir suchen eine qualifizierte Persönlichkeit mit langjähriger Erfahrung auf diesem Fachgebiet.

Der Stelleninhaber erhält neben einer festen monatlichen Vergütung die Liquidationsberechtigung im Rahmen der Gesetze.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigte Zeugnisabschriften, lückenlosem Nachweis der bisherigen Tätigkeit und Angaben von Referenzen werden erbeten an das **Landratsamt, 8600 Bamberg, Promenadestraße 2 s.**

Die **Krankenanstalt Rotes Kreuz München** sucht zum nächstmöglichen Termin einen

## Radiologen

Facharzt oder angehenden Facharzt und eine(n)

### 1. Assistent(in) für Anästhesie

Unser Haus hat 450 Betten mit acht Fachabteilungen und ist verkehrsgünstig zu erreichen. Die tarifliche Regelung erfolgt nach dem BAT.

Bewerbungen werden erbeten an die

**Verwaltung der Krankenanstalt Rotes Kreuz, 8000 München 19, Nymphenburger Straße 163, Telefon (0 89) 13 00 91 App. 202**

## Universitätsstadt Regensburg

Beim **Nervenkrankenhaus Regensburg** ist die Stelle eines

## internistischen Facharztes

baldmöglichst zu besetzen.

Wir suchen einen möglichst jüngeren Kollegen, der eine internistische Fachabteilung innerhalb des psychiatrischen und neurologischen Fachkrankenhauses aufbauen soll (insgesamt etwa 1500 Betten auf den psychiatrischen, neurologischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen einschließlich neurologische Intensivstation und geriatrischen Stationen).

Er soll den übrigen Ärztinnen und Ärzten in internistischen Problemfällen beratend zur Verfügung stehen und sich speziell des modernen Zentrallabors annehmen, das auch in Zukunft noch weiter ausgebaut werden soll. Im Vordergrund der Arbeit würde bei weitem das internistische Fachgebiet stehen, doch sollte eine gewisse Neigung auch zur psychiatrischen Tätigkeit vorhanden sein.

Das **Nervenkrankenhaus Regensburg** ist das Zentralversorgungskrankenhaus für Psychiatrie im Regierungsbezirk Oberpfalz. Seit Ende 1973 verfügt es über eine sehr moderne neurologische Abteilung mit Intensivstation, EEG, Isotopenabteilung, EMG, Echoenzephalographie, Bäderabteilung, Großzügige, moderne Röntgenstation.

Wir bieten: Dienstbezüge nach den besoldungsrechtlichen Bestimmungen, Aufstiegsmöglichkeit ist gegeben, Nebeneinnahmen durch Unterrichtserteilung in der Krankenpflegeschule und durch Gutachten. Die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen einschließlich 13. Monatsgehalt. Für Wohnraumbeschaffung sind wir behilflich. Ladige Bewerber können im Haus wohnen. Umzugskostenvergütung und Trennungsschädigung nach den gesetzlichen Bestimmungen. Geregelt Arbeitszeit, Fortbildungsgelegenheit.

Regensburg ist eine lebenswerte Stadt mit sehr schöner Umgebung. Als Stadt bietet sie viele Annehmlichkeiten. Für Kinder sind alle Schultypen vorhanden.

An der **Universität Regensburg**, der gegenüber sich das **Nervenkrankenhaus Regensburg** befindet, sind alle Studiengänge bereits eingeführt.

Unser Kollegenteam legt Wert auf eine gute Zusammenarbeit und aufgeschlossenen aktiven Einsatz.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf und den üblichen Unterlagen werden erbeten an die

**Direktion des Nervenkrankenhauses Regensburg, 8400 Regensburg, Univaritätstraße 84, Telefon (09 41) 84 12 00**

Beim **Kreiskrankenhaus Mainburg** ist sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt die Stelle

## 1 Medizinalassistenten (Medizinalassistentin)

zu besetzen.

Die Vergütung erfolgt nach VergGr. III BAT, zusätzlich Bereitschaftsdienstvergütung und Gutachtertätigkeit.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild werden unter Angabe des möglichen Dienstantritts erbeten an

**Landratsamt Kelheim, Personalstelle, 8420 Kelheim, Schloßweg 3**

## Gynäkologe

Oberarzt an großer Frauenklinik, deutsch, 33 Jahre, verheiratet, versierter Operateur einschließlich Laparoskopie, Zertifikat für gynäkologische Zytologie, sucht in absehbarer Zeit in südd. Groß- oder Kleinstadt Niederlassungsmöglichkeit mit Belegbetten, eventuell auch Assoziation, jedenfalls Vertretungsmöglichkeit und angenehmes Arbeitsklima erwünscht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/177 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.**