



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Sondernummer
November 1970

Amtliches

Der 23. Bayerische Ärztetag hat in seiner Sitzung am 4. Oktober 1970 die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in der nachstehend wiedergegebenen Fassung beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Berufsordnung mit Entschließung vom 12. Oktober 1970 (III 8-5012-5/70) genehmigt.

Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

Gelöbnis

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handels sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und mich in meinen ärztlichen Pflichten nicht durch Religion, Nationalität, Rasse, Parteipolitik oder soziale Stellung beeinflussen lassen.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen.

Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre.“

I. Allgemeine Rechte und Pflichten

§ 1

Berufsausübung

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, daß der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu mildern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die offensichtlich rechtswidrig und mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.

(3) Der Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und sich bei seinem Verhalten innerhalb und außerhalb seines Berufes der Achtung und des Vertrauens würdig zu zeigen, die der ärztliche Beruf erfordert.

(4) Der Arzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten. Er hat die von ihm in der Berufsvertretung übernommenen Aufgaben gewissenhaft zu erfüllen.

(5) Der Arzt darf seinen Beruf nicht im Umherziehen ausüben.

Er darf individuelle ärztliche Beratung und Behandlung weder brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch im Fernsehen oder Tonrundfunk durchführen.

(6) Der Arzt ist in der Ausübung seines Berufes frei. Er kann die ärztliche Behandlung ablehnen, insbesondere dann, wenn er der Überzeugung ist, daß das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Patienten nicht besteht.

Seine Verpflichtung, in Nottfällen zu helfen, bleibt hiervon unberührt.

§ 2

Schweigepflicht

- (1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekanntgeworden ist, zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über den Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.
- (2) Der Arzt hat die Pflicht zur Verschwiegenheit auch seinen Familienangehörigen gegenüber zu beachten.
- (3) Der Arzt hat seine Gehilfen und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dieses schriftlich festzuhalten.
- (4) Der Arzt ist insbesondere zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist, oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höheren Rechtsgutes erforderlich ist.
- (5) Der Arzt ist auch dann zur Verschwiegenheit verpflichtet, wenn er im amtlichen oder privaten Auftrag eines Dritten tätig wird, es sei denn, daß dem Betroffenen vor der Untersuchung oder Behandlung bekannt ist oder eröffnet wurde, inwieweit die von dem Arzt getroffenen Feststellungen zur Mitteilung an Dritte bestimmt sind.
- (6) Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als der Patient nicht etwas anderes bestimmt.
- (7) Zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen der Schweigepflicht unterliegende Tatsachen und Befunde nur soweit mitgeteilt werden, als dadurch berechnete Interessen des Patienten nicht verletzt werden oder dieser ausdrücklich zustimmt.

§ 3

Erhaltung des keimenden Lebens

Der Arzt ist verpflichtet, das keimende Leben zu schützen, soweit nicht das Leben oder die Gesundheit der Mutter durch die Schwangerschaft ernstlich bedroht ist.

§ 4

Sterilisationen

Für Sterilisationen sind medizinische, genetische oder schwerwiegende soziale Gründe zulässige Indikationen.

§ 5

Fortbildung

Der Arzt ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden.

§ 6

Ausübung der Praxis

- (1) Die Ausübung des ärztlichen Berufes in eigener Praxis ist an die Niederlassung gebunden. Diese ist durch ein Praxisschild entsprechend § 24 kenntlich zu machen. Ort und Zeitpunkt der Niederlassung sowie jede Veränderung hat der Arzt dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Dem Arzt ist es nicht gestattet, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten.
Der zuständige Ärztliche Bezirksverband kann, soweit es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert, die Genehmigung für Zweigpraxis (Sprechstunde) erteilen.

§ 7

Verträge

Der Arzt ist verpflichtet, alle Verträge von wesentlicher Bedeutung über die Ausübung seines Berufes vor ihrem Abschluß der Landesärztekammer vorzulegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

§ 8

Ärztliche Aufzeichnungen

- (1) Ärztliche Aufzeichnungen sind Gedächtnisstützen des Arztes. Der Arzt hat über Befunde und Behandlungsmaßnahmen hinreichende Aufzeichnungen zu machen.
- (2) Ärztliche Aufzeichnungen sind mindestens 10 Jahre nach Abschluß der Behandlungen aufzubewahren. Eine längere Aufbewahrung ist dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Erfahrung geboten ist.
- (3) Die Herausgabe von ärztlichen Aufzeichnungen, Krankenblättern, Sektionsbefunden, Röntgenaufnahmen und anderen Untersuchungsbefunden soll, auch wenn sie nach den Grundsätzen des § 2 zulässig ist, in der Regel nur in Verbindung mit der Erstattung eines Berichtes oder Gutachtens erfolgen.
- (4) Der Arzt soll dafür Sorge tragen, daß seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde nach Aufgabe der Praxis in gehörige Obhut gegeben werden.

§ 9

Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Der Zweck des Schriftstückes und sein Empfänger sind anzugeben.

Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.

§ 10

Unterricht und Prüfungen durch Ärzte

Der Arzt, der Personen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens ausbildet oder prüft, soll dies dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband anzeigen.

§ 11

Ärztliches Honorar

(1) Die Honorarforderung des Arztes muß angemessen sein. Für die Berechnung ist die Gebührenordnung die Grundlage. Der Arzt soll dabei die Schwierigkeit und den Umfang seiner Leistungen, die wirtschaftliche Lage des Zahlungspflichtigen und die örtlichen Verhältnisse berücksichtigen.

Hierbei darf er die üblichen Sätze nicht in unäusserer Weise unterschreiten.

(2) Der Arzt kann Verwandten, Kollegen, deren Angehörigen und unbemittelten Patienten das Honorar erlassen.

(3) Der Arzt soll seine Honorarforderungen im allgemeinen mindestens vierteljährlich stellen und auf Verlangen des Zahlungspflichtigen aufgliedern. Dabei sind die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht zu beachten.

(4) Der Arzt darf ein Gutachten über die Angemessenheit der Honorarforderung eines anderen Arztes nur im Auftrag von Gerichten, im amtlichen Auftrag oder mit Genehmigung der Landesärztekammer abgeben.

(5) Der Arzt hat sich bei Besuchen im Praxisbereiche eines anderen Arztes die entstehenden Mehrkosten (Wegegelder) in jedem Falle voll erstatten zu lassen. Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 12

Kollegiales Verhalten

(1) Der Arzt hat seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten Achtung zu erweisen. Herabsetzende Äußerungen über die Person, die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen oder Können eines anderen Arztes sind mit der ärztlichen Standeswürde nicht vereinbar, ebenso jeder Versuch, einen Kollegen aus seiner Stellung oder Behandlungstätigkeit zu verdrängen.

Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren.

(2) In Gegenwart von Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zu-

rechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenanstalten.

(3) Nachuntersuchungen arbeitsunfähiger Patienten eines Arztes dürfen von einem anderen Arzt hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nur im Benehmen mit dem behandelnden Arzt durchgeführt werden. Die Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst in der Sozialversicherung sowie amtsärztliche oder versorgungsärztliche Aufgaben werden hiervon nicht berührt.

§ 13

Behandlung von Patienten anderer Ärzte

(1) In seiner Sprechstunde darf der Arzt jeden Patienten behandeln.

Wenn ein Arzt in die Wohnung eines Patienten gerufen wird und weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß dieser bereits in Behandlung eines anderen Arztes steht, so soll er die Behandlung nur übernehmen, nachdem er sich vergewissert hat, daß der Patient oder seine Angehörigen auf die weitere Behandlung durch den erstbehandelnden Arzt verzichtet haben; er hat darauf hinzuwirken, daß der vor ihm zugezogene Arzt durch den Patienten oder dessen Angehörige verständigt wird.

(2) Wird ein Arzt in einem Notfall zu einem Patienten gerufen, der bereits in Behandlung eines anderen, nicht erreichbaren Arztes steht, so hat er nach der Notfallbehandlung diesen baldigst möglich zu unterrichten und ihm die weitere Behandlung zu überlassen.

(3) Nach Entlassung aus stationärer Behandlung soll der Patient dem Arzt zurücküberwiesen werden, in dessen Behandlung er vor der Krankenhauseinweisung stand. Wiederbestellung zur ambulanten Behandlung oder Überwachung ist nur mit Zustimmung des behandelnden Arztes gestattet.

(4) Der Arzt darf den von einem anderen Arzt erbetteten Beistand ohne zwingenden Grund nicht ablehnen.

(5) Der behandelnde Arzt soll den Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, in der Regel nicht ablehnen. Der Arzt soll Patienten, die ihm von einem anderen Arzt überwiesen worden sind, nach Beendigung seiner Behandlungstätigkeit wieder zurücküberweisen, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist.

(6) Bei Konsilien sollen die beteiligten Ärzte ihre Beratung nicht in Anwesenheit des Patienten oder seiner Angehörigen abhalten. Sie sollen sich darüber einigen, wer das Ergebnis des Konsiliums mitteilt.

§ 14

Vertreter und Assistenten

- (1) Der Arzt muß seine Praxis persönlich ausüben.
- (2) Die Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen.
- (3) Die Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis ist dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband anzuzeigen, wenn die Behinderung, die die Vertretung auslöst, insgesamt länger als 3 Monate im Kalenderjahr dauert.
- (4) Der Arzt, der sich vertreten lassen will, hat sich darüber zu vergewissern, daß die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters erfüllt sind.
- (5) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zugunsten seiner Witwe oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von 3 Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres durch einen anderen Arzt fortgeführt werden.
- (6) Die Beschäftigung eines Assistenten setzt die Leitung der Praxis durch den Inhaber voraus. Sie ist dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband unter Vorlage des Vertrages anzuzeigen.
- (7) Beabsichtigt der Praxisinhaber, einen Vertreter oder Assistenten länger als insgesamt 3 Monate innerhalb eines Jahres, vom Beginn der Vertretung an gerechnet, zu beschäftigen, so kann er diesen Arzt schriftlich verpflichten, sich nicht vor Ablauf eines Jahres nach Beendigung seiner Tätigkeit im gleichen Praxisbereich niederzulassen.

§ 15

Werks- und betriebsärztliche Tätigkeit

Werks- und Betriebsärzte haben sich als solche auf ihren Tätigkeitsbereich zu beschränken. Das gleiche gilt für die in der Gesundheitsfürsorge tätigen Ärzte.

§ 16

Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu gewähren.

§ 17

Gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit

Der Zusammenschluß von Ärzten zur gemeinsamen Ausübung des Berufes, zur gemeinschaftlichen Nutzung von Praxisräumen, diagnostischen und therapeuti-

schen Einrichtungen ist der Landesärztekammer anzuzeigen.

Bei allen Formen gemeinsamer Berufsausübung muß die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.

§ 18

Ärztlicher Notfalldienst

- (1) Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen, sofern nicht wichtige Gründe der Beteiligung entgegenstehen. Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im einzelnen sowie über Ausnahmen hiervon sind die von der Landesärztekammer erlassenen Richtlinien maßgebend.
- (2) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

§ 19

Werbung und Anpreisung

- (1) Jegliche Werbung und Anpreisung ist dem Arzt untersagt. Insbesondere ist es standesunwürdig
 - a) öffentliche Danksagungen oder anpreisende Veröffentlichungen zu veranlassen oder zuzulassen,
 - b) Heilmittel oder Heilverfahren durch Veröffentlichung in Wort und Ton, Schrift und Bild in einer Weise zu behandeln, die geeignet ist, für die eigene Praxis zu werben.
- (2) Dem Arzt ist auch jede mittelbare Werbung verboten, indem er Sanatorien, Institute, Kliniken oder andere Unternehmen veranlaßt, unter seinem oder unter Hinweis auf seinen Namen für ihre Heilmittel, Heilmethoden oder Heilerfolge zu werben.

Als mittelbare Werbung sind solche Anzeigen und Ankündigungen nicht anzusehen, in denen ein Sanatorium, Institut oder eine Klinik neben dem Hauptindikationsgebiet lediglich zutreffendenfalls den ärztlichen Inhaber oder leitenden Arzt mit seinem Namen und seiner Arztbezeichnung angibt. Diese Ausnahme liegt nicht vor, wenn sich aus den Umständen des Einzelfalles ergibt, daß der Arzt die Bezeichnung als Sanatorium, Institut oder Klinik zum Zwecke der Umgehung des Werbeverbotes für seine Tätigkeit benutzt. Ein solches Verhalten ist verbotene Werbung nach Abs. 1 Satz 1.

Der Arzt ist verpflichtet, bei derartiger Werbung, die ohne seine Mitwirkung erfolgt ist, auf das betreffende Unternehmen einzuwirken, damit eine Werbung in der durch diese Berufsordnung für unzulässig erklärten Weise unterbleibt.

- (3) Der Arzt darf nicht dulden, daß Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärzt-

liche Tätigkeit angefertigt und mit Verwendung seines Namens oder seiner Anschrift veröffentlicht werden.

- (4) In Veröffentlichungen ist der Arzt zu verantwortungsbewußter Objektivität verpflichtet.

§ 20

Arzt und Nichtarzt

- (1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Gehilfen gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Er darf diese auch nicht als Zuschauer bei ärztlichen Verrichtungen zulassen. Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf befinden und Angehörige von Patienten, für deren Anwesenheit eine ärztliche Begründung besteht, werden hiervon nicht betroffen.
- (2) Ein unzulässiges Zusammenwirken im Sinne von Abs. 1 liegt nicht vor, wenn die Tätigkeit von Arzt und Nichtarzt am Patienten zur Erzielung des Heilerfolges nach den Regeln der ärztlichen Kunst notwendig ist und die Verantwortungsbereiche von Arzt und Nichtarzt klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.
- (3) Der Arzt darf sich durch einen Nichtarzt weder vertreten lassen noch eine Krankenbehandlung oder Untersuchung durch einen Nichtarzt mit seinem Namen decken.

§ 21

Verordnung und Empfehlung von Heil- oder Hilfsmitteln

- (1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln von dem Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.
- (2) Der Arzt darf Ärztemuster nicht gegen Entgelt weitergeben.
- (3) Dem Arzt ist es nicht gestattet, sich auf seine Verschreibungen zum eigenen Vorteil andere als die verschriebenen Gegenstände liefern zu lassen. Er darf einer mißbräuchlichen Anwendung seiner Verschreibungen keinen Vorschub leisten.
- (4) Dem Arzt ist es nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken oder Geschäfte zu verweisen, oder mit Apotheken oder Geschäften zu vereinbaren, daß Heilmittel unter Decknamen oder unter unklaren Bezeichnungen verordnet werden.
- (5) Der Arzt soll an der Bekämpfung des Heilmittelschwindels mitwirken.
- (6) Die Tätigkeit ärztlich-wissenschaftlicher Mitarbeiter der pharmazeutischen Industrie soll sich auf

eine fachliche Information von Ärzten über Wirkung und Anwendungsweise von Heilmitteln beschränken. Es ist diesen Ärzten nicht gestattet, bei Apothekern, Händlern oder anderen Nichtärzten um Bestellungen zu werben.

§ 22

Begutachtung von Heil- und Hilfsmitteln

- (1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, über Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten, Gutachten oder Zeugnisse auszustellen, die zur Werbung bei Laien verwendet werden sollen. Der Arzt hat eine solche Verwendung seiner Gutachten und Zeugnisse dem Empfänger ausdrücklich zu untersagen.
- (2) Dem Arzt ist es verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke, zum Beispiel für einen Firmentitel oder zur Bezeichnung eines Mittels, herzugeben.

§ 23

Anzeigen und Verzeichnisse

- (1) Anzeigen in der Tageszeitung über die Niederlassung oder Zulassung dürfen außer der Anschrift der Praxis nur die für die Schilder des Arztes gestatteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb der ersten 3 Monate nach der Niederlassung oder nach Aufnahme der Kassenpraxis veröffentlicht werden. Weitere Veröffentlichungen über die Niederlassung oder Zulassung sind untersagt.
- (2) Im übrigen sind Anzeigen nur in den Tageszeitungen bei Abwesenheit von der Praxis oder Krankheit sowie bei Verlegung der Praxis und bei Änderung der Sprechstundenzeit oder der Fernsprechnummer gestattet. Derartige Anzeigen dürfen höchstens zweimal veröffentlicht werden.
- (3) Form und Inhalt dieser Zeitungsanzeigen müssen sich nach den örtlichen Gepflogenheiten richten.
- (4) Ärzte dürfen sich, abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Sonderverzeichnisse mit werbendem Charakter aufnehmen lassen.

§ 24

Praxisschilder

- (1) Der Arzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und die Bezeichnung als Arzt oder eine Facharztbezeichnung anzugeben. Das Schild darf Zusätze über medizinische akademische Grade, ärztliche Titel, Sprechstunden, Privatwohnung und Fernsprechnummer sowie einen Zusatz über die Zulassung zu Krankenkassen enthalten. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.

- (2) Ärzte, welche Geburtshilfe ausüben, dürfen den Zusatz „Geburtsheifer“ auf ihrem Praxisschild führen.
- (3) Auf Antrag können mit Genehmigung der Landesärztekammer folgende Zusatzbezeichnungen auf dem Praxisschild geführt werden:
- Arbeitsmedizin
 - Badearzt oder Kurarzt
 - Homöopathie
 - Naturheilverfahren
 - Psychotherapie
 - Sportmedizin
 - Stimm- und Sprachstörungen
 - Tropenkrankheiten

Von den vorgenannten Zusatzbezeichnungen dürfen bis zu zwei nebeneinander geführt werden.

- (4) Bei Antragstellung sind die in der Richtlinie zur Berufsordnung bezeichneten Voraussetzungen nachzuweisen. In besonderen Ausnahmefällen kann die Führung einer Zusatzbezeichnung auch gestattet werden, wenn die nachgewiesenen Voraussetzungen von den in der Richtlinie zur Berufsordnung aufgeführten Bestimmungen abweichen.
- (5) Den Zusatz „staatlich zugelassen für serologische Blutuntersuchungen“ dürfen Ärzte führen, die hierfür eine staatliche Zulassung besitzen.
- (6) Das Führen anderer Zusätze ist untersagt.

§ 25

Anbringung der Schilder

- (1) Das Praxisschild soll der Bevölkerung die Praxis des Arztes anzeigen. Es darf nicht in aufdringlicher Form gestaltet und angebracht sein und das übliche Maß (etwa 35 x 50 cm) nicht übersteigen.
- (2) Bei Vorliegen besonderer Umstände, zum Beispiel bei versteckt liegenden Praxiseingängen, kann der zuständige Ärztliche Kreisverband zulassen, daß ein weiteres Arztschild angebracht wird.
- (3) Bei Verlegung der Praxis kann der Arzt an dem Haus, aus dem er fortgezogen ist, bis zur Dauer eines halben Jahres ein Schild mit einem entsprechenden Vermerk anbringen.
- (4) Schilder an der Privatwohnung des Arztes sollen den sonst bei Privatwohnungen üblichen Schildern entsprechen.

§ 26

Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln

Für die Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln gelten die Bestimmungen des § 24 sinngemäß. Krankenhausärzte dürfen ihre Dienstbezeichnung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken, Stempeln und Privatrechnungen angeben.

II. Weiterbildungsordnung

§ 27

Arztbezeichnungen

(1) Die Bezeichnung

- Allgemeinarzt oder Arzt für Allgemeinmedizin
 - Anästhesist oder Arzt oder Facharzt für Anästhesie
 - Augenarzt oder Arzt oder Facharzt für Augenheilkunde
 - Chirurg oder Arzt oder Facharzt für Chirurgie
 - Frauenarzt oder Arzt oder Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Arzt oder Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
 - Hautarzt oder Arzt oder Facharzt für Dermatologie und Venerologie
 - Internist oder Arzt oder Facharzt für Innere Medizin
 - Kinderarzt oder Arzt oder Facharzt für Kinderheilkunde
 - Kinder- und Jugendpsychiater oder Arzt oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - Laborarzt oder Arzt oder Facharzt für Laboratoriumsmedizin
 - Lungenarzt oder Arzt oder Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde
 - Mund- und Kieferchirurg oder Arzt oder Facharzt für Mund- und Kieferchirurgie
 - Nervenarzt, Neurologe, Psychiater oder Arzt oder Facharzt für
 - Neurologie und Psychiatrie oder Nervenheilkunde
 - Neurologie
 - Psychiatrie
 - Neurochirurg oder Arzt oder Facharzt für Neurochirurgie
 - Orthopäde oder Arzt oder Facharzt für Orthopädie
 - Pathologe oder Arzt oder Facharzt für Pathologische Anatomie
 - Pharmakologe oder Arzt oder Facharzt für Pharmakologie
 - Radiologe oder Arzt oder Facharzt für Radiologie
 - Urologe oder Arzt oder Facharzt für Urologie
- darf führen, wer dafür die Anerkennung der Landesärztekammer besitzt.

- (2) Zusammen mit der Facharztbezeichnung dürfen nach Genehmigung durch die Landesärztekammer

1. der Chirurg die Teilgebietsbezeichnung
 - a) Kinderchirurgie oder
 - b) Unfallchirurgie
 2. der Internist die Teilgebietsbezeichnung
 - a) Gastroenterologie
 - b) Kardiologie oder
 - c) Lungen- und Bronchialheilkunde
 führen.
- (3) Die Führung mehrerer Facharzt- und mehrerer Teilgebietsbezeichnungen und ihre Verbindung mit der Bezeichnung als Allgemeinarzt oder als Praktischer Arzt sind unzulässig.

§ 28

Art, Inhalt, Dauer und zeitlicher Ablauf der Weiterbildung

- (1) Mit der Weiterbildung kann erst nach der Bestallung als Arzt oder nach der Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes begonnen werden; der Beginn der Weiterbildung zum Mund- und Kieferchirurgen setzt auch die Bestallung als Zahnarzt oder die Erlaubnis zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes voraus. Die Weiterbildung muß ganztägig sein und in einer Assistenzarztstelle erfolgen. Eine Zeit ärztlicher Tätigkeit, in welcher auch eigene Praxis ausgeübt wird, ist nicht anrechnungsfähig.
- (2) Tätigkeitsabschnitte unter $\frac{1}{2}$ Jahr können nur dann auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden, wenn dies in der Anlage zur Berufsordnung ausdrücklich vorgesehen ist.
- (3) Innerhalb der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit für ein Fachgebiet soll mindestens 1 Jahr unter Leitung eines Facharztes abgeleistet werden, der zur vollen Weiterbildung ermächtigt ist.
- (4) Eine Weiterbildung im Ausland kann bis zur Hälfte der jeweils vorgeschriebenen Weiterbildungszeit angerechnet werden, wenn sie den Grundsätzen dieser Weiterbildungsordnung entspricht.
- (5) Die Weiterbildung muß gründlich und umfassend sein. Dauer und Inhalt der Weiterbildung richten sich nach den Bestimmungen der Anlage zur Berufsordnung. Die dort angegebenen Weiterbildungszeiten sind Mindestzeiten. Die Weiterbildung hat sich auf den in den Definitionen angegebenen Tätigkeitsbereich zu erstrecken.

§ 29

Ermächtigung zur Weiterbildung

- (1) Die Weiterbildung erfolgt unter verantwortlicher Leitung der von der Landesärztekammer zur Weiterbildung ermächtigten Ärzte, die an dafür geeigneten deutschen Universitätskliniken, Krankenanstalten und Instituten als leitende Ärzte oder in freier Praxis tätig sind.

- (2) Die Ermächtigung zur Weiterbildung kann dem Arzt nur für das Gebiet erteilt werden, dessen Bezeichnung er führt. Die Ermächtigung kann sowohl auf einen Teil der abzuleistenden Weiterbildungszeit als auch in ihrem Inhalt beschränkt werden.
- (3) Der Arzt, der zur Weiterbildung ermächtigt wird, muß auf seinem Gebiet umfassende Kenntnisse und Erfahrungen besitzen. Er muß geeignet sein, eine gründliche Weiterbildung zu vermitteln. Der Facharzt, der zur Weiterbildung ermächtigt wird, soll diese Kenntnisse und Erfahrungen in langjähriger Tätigkeit als Facharzt, möglichst in der Stellung eines Oberarztes oder 1. Assistenzarztes, erworben haben. Der ermächtigte Arzt ist verpflichtet, die Weiterbildung persönlich zu leiten und entsprechend der Berufs- und Weiterbildungsordnung zu gestalten. Er hat ein Zeugnis auszustellen, das im einzelnen die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers darlegt und zur Frage der Eignung ausführlich Stellung nimmt.
- (4) Die Weiterbildungsstätten müssen personell sowie nach Krankengut und Einrichtungen für eine gründliche und umfassende Vermittlung wissenschaftlicher und praktischer Kenntnisse in der Allgemeinmedizin bzw. in dem erstrebten Fachgebiet geeignet sein. Die Landesärztekammer führt ein Verzeichnis der zur Weiterbildung berechtigten Ärzte, aus dem hervorgeht, in welchem Umfang sie zur Weiterbildung ermächtigt sind.
- (5) Die Ermächtigung ist bei der Landesärztekammer zu beantragen. Der antragstellende Arzt hat das Gebiet und die Weiterbildungszeit, für die er die Ermächtigung beantragt, näher zu bezeichnen. Die Ermächtigung wird dem Arzt erteilt, wenn und soweit er die Erfüllung der in Abs. 1–4 aufgeführten Voraussetzungen nachweist.
- (6) Mit der Beendigung der Tätigkeit des Arztes an der Weiterbildungsstätte endet seine Ermächtigung zur Weiterbildung.
- (7) Die Ermächtigung ist zu widerrufen, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

§ 30

Anerkennung und Genehmigung

- (1) Der Arzt kann nach Beendigung der vorgeschriebenen Weiterbildung bei der Landesärztekammer die Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin oder als Facharzt sowie die Genehmigung zur Führung einer Teilgebietsbezeichnung beantragen. Dem Antrag sind alle Nachweise über die Weiterbildung sowie die erteilten Zeugnisse beizufügen.
- (2) Zur Prüfung der Anerkennungs- und Genehmigungsanträge werden bei der Landesärztekammer ein Ausschuß und ein Widerspruchsausschuß gebildet. In diesen Ausschüssen sollen jeweils zwei

Ärzte des Gebietes mitwirken, auf dem sich der Arzt weitergebildet hat.

- (3) Die Landesärztekammer erteilt die Anerkennung oder Genehmigung nach Anhörung des Ausschusses, wenn der Bewerber den Bestimmungen über die Weiterbildung genügt und die erforderliche Eignung besitzt.
- (4) Sind die Voraussetzungen für die Anerkennung oder Genehmigung nicht erfüllt, so teilt die Landesärztekammer dem Bewerber die Ablehnung seines Antrages mit. Sie ist mit Gründen und einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Gegen diesen Bescheid kann der Bewerber binnen eines Monats nach Zugang Widerspruch bei der Landesärztekammer einlegen. Diese entscheidet über den Widerspruch nach Anhörung des Widerspruchsausschusses. Eine ablehnende Entscheidung ist zu begründen und mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen.
- (5) In Zweifelsfällen kann die Landesärztekammer auf Vorschlag des Ausschusses oder des Widerspruchsausschusses Gutachten eines oder mehrerer Ärzte des betreffenden Gebietes einholen.
- (6) In Ausnahmefällen kann die Anerkennung oder Genehmigung erteilt werden, wenn der Bewerber nachweist, daß er in einem abweichenden Weiterbildungsgang eine gleichwertige Weiterbildung erworben hat.

§ 31

Anerkennung

Die Anerkennung als Allgemeinarzt oder als Facharzt und die Genehmigung zur Führung einer Teilgebietsbezeichnung können zurückgenommen werden, wenn die für die Anerkennung oder Genehmigung erforderlichen Voraussetzungen nicht gegeben waren. Vor der Entscheidung sind der nach § 30 Abs. 2 gebildete Ausschuß und der Arzt zu hören. Für den Zurücknahmebescheid und für das Zurücknahmeverfahren gelten die Bestimmungen des § 30 Abs. 4 Satz 2–5 und Abs. 5 sinngemäß.

§ 32

Geltungsbereich der Anerkennungen, Genehmigungen und Ermächtigungen

Die von Ärztekammern in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Landes Berlin ausgesprochenen Anerkennungen und Genehmigungen (§§ 30, 31) sowie die Ermächtigungen zur Weiterbildung (§ 29) werden auch im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer anerkannt.

§ 33

Pflichten der Fachärzte

- (1) Fachärzte werden grundsätzlich nur in dem Fachgebiet tätig, dessen Bezeichnung sie führen. Sie

dürfen eine allgemeinärztliche oder allgemein-vertrauensärztliche Tätigkeit nicht ausüben. Ausnahmen bei ärztlichem Notfalldienst oder ehrenamtlicher Tätigkeit sind zulässig.

- (2) Fachärzte, welche zusätzlich eine Teilgebietsbezeichnung führen, dürfen im wesentlichen nur auf diesem Teilgebiet tätig sein.
- (3) Fachärzte, die hauptsächlich als Leiter von Krankenanstalten oder deren Abteilungen tätig sind, sollen sich außerhalb des Krankenhauses im allgemeinen auf Sprechstunden- und konsultative Tätigkeit beschränken.
- (4) Fachärzte dürfen sich in der Regel nur durch Fachärzte des gleichen Faches vertreten lassen.

§ 34

Übergangsvorschriften

- (1) Die bisher von der Landesärztekammer ausgesprochenen Facharztanerkennungen gelten weiter mit der Maßgabe, daß auch die jeweils zutreffende neue Bezeichnung geführt werden darf.
- (2) Für Ärzte, die eine Medizinalassistentenzeit von mindestens 18 Monaten abgeleistet oder nach Ableistung einer kürzeren Medizinalassistentenzeit die Weiterbildung vor dem 1. Januar 1971 begonnen haben, verbleibt es bei der vor dem Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung geltenden Weiterbildungszeit. Für diese Ärzte verkürzt sich die Weiterbildungszeit in Allgemeinmedizin um ein Jahr.
- (3) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung als Praktische Ärzte tätig sind, erhalten nach einer zehnjährigen Tätigkeit in eigener Praxis auf Antrag die Anerkennung als Allgemeinarzt. Drei Jahre in eigener Praxis sind gegen ein Jahr klinische Tätigkeit nach bestandem Staatsexamen eustauschbar.
- (4) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung die Bezeichnung Chirurg oder Internist führen dürfen, erhalten nach einer zweijährigen Tätigkeit in einem der in § 27 Abs. 2 bezeichneten Teilgebiete an entsprechenden Krankenanstalten oder deren Abteilungen auf Antrag die Genehmigung, diese Teilgebietsbezeichnung zu führen.
- (5) Lungenfachärzte erhalten auf Antrag die Berechtigung, die Facharztbezeichnung für Innere Medizin, jedoch nur zusammen mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde, zu führen.
- (6) Nervenärzte und Kinderärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung diese Bezeichnung führen dürfen, erhalten nach einer dreijährigen Tätigkeit in dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie an entsprechenden Krankenanstalten oder deren Abteilungen auf Antrag die Anerkennung als Kinder- und Jugendpsychiater.

- (7) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung in dem Gebiet der Pathologischen Anatomie tätig waren, erhalten nach einer fünfjährigen Tätigkeit in diesem Gebiet an entsprechenden Instituten auf Antrag die Anerkennung als Pathologe.
- (8) Ärzte, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Weiterbildungsordnung in dem Gebiet der Pharmakologie tätig waren, erhalten nach einer fünfjährigen Tätigkeit in diesem Gebiet an entsprechenden Instituten auf Antrag die Anerkennung als Pharmakologe.

- (9) Die Anträge nach Abs. 5 müssen innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung gestellt werden. Das gleiche gilt für die Anträge nach Abs. 3, 4, 6, 7 und 8, wenn die dort vorgeschriebenen Tätigkeiten vor dem Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung abgeleistet wurden. Sind sie teilweise nach dem Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung abgeleistet worden, so sind die Anträge innerhalb eines Jahres nach Erfüllung der Voraussetzungen für die Anerkennung oder Genehmigung zu stellen.

Anlage zur Berufsordnung

Die bei den einzelnen Fachgebieten angegebenen Weiterbildungszeiten sind, soweit nichts anderes bestimmt ist, im Fachgebiet bzw. Teilgebiet abzuleisten.

1. Allgemeinarzt

Definition des Gebietes:

Das Gebiet Allgemeinmedizin umfaßt die gesamte Humanmedizin. Der Allgemeinarzt ist im gesamten Lebensbereich seiner Patienten für deren Gesundheitsführung und Krankheitsbehandlung, unabhängig von Alter, Geschlecht und von der Art der Gesundheitsstörung, tätig.

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Abzuleisten sind:

1 1/2 Jahre Innere Medizin,

1 Jahr Chirurgie und/oder Gynäkologie und Geburtshilfe,

3 Monate Allgemeinmedizin in einer freien Praxis,

1 Jahr 3 Monate in Allgemeinmedizin oder in einem Fachgebiet nach freier Wahl, wobei auch Tätigkeitsabschnitte von mindestens 3 Monaten angerechnet werden können.

2. Anästhesist

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Anästhesie umfaßt die allgemeine und lokale Anästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung, die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während operativer Eingriffe, die Wiederbelebung und die Intensivtherapie in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Fachärzten.

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Chirurgie, Innerer Medizin, Pharmakologie, Physiologie, Lungenfunktionsdiagnostik oder Blutgruppenserologie.

3. Augenarzt

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Augenheilkunde umfaßt die Erkennung,

Behandlung, Prävention und Rehabilitation der anatomischen und funktionellen Veränderungen des Auges und seiner Adnexe.

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

4. Chirurg

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Chirurgie umfaßt die operative Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Mißbildungen sowie die entsprechenden Voruntersuchungen, konservativen Behandlungsverfahren, ihre Nachsorge und Begutachtung.

Weiterbildungszeit: 6 Jahre

Davon mindestens 5 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Anästhesie, Neurochirurgie, Orthopädie, Pathologische Anatomie oder Urologie; die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre der Weiterbildung in Teilgebieten der Chirurgie abgeleistet werden.

In den Teilgebieten (§ 27 Abs. 2 Nr. 1) können insgesamt nicht mehr als 2 Jahre der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit angerechnet werden.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

Teilgebiet Kinderchirurgie

Weiterbildungszeit: 2 Jahre

Davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Chirurgie abgeleistet werden.

Teilgebiet Unfallchirurgie

Weiterbildungszeit: 2 Jahre

Davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Chirurgie abgeleistet werden.

5. Frauenarzt

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfaßt die Erkennung, Verhütung und Behandlung der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane und von krankhaften Zuständen und Komplikationen in der Schwangerschaft sowie die Vorbereitung, Leitung und Nachbehandlung normaler und pathologischer Geburten, einschließlich der Vornahme geburtshilflicher Operationen.

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

Abzuleisten sind:

mindestens 1½ Jahre in dem Gebiet der Frauenheilkunde und

mindestens 2 Jahre in dem Gebiet der Geburtshilfe.

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Chirurgie oder Urologie.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik und Therapie mit Radionukliden einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

6. Hals-Nasen-Ohrenarzt

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde umfaßt die Erkennung, die konservative und operative Behandlung, die Prävention und Rehabilitation der Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen, Mißbildungen und Formveränderungen

des äußeren, mittleren und inneren Ohres sowie des inneren Gehörganges sowie der hierzu führenden und daraus folgenden Erkrankungen, einschließlich der Erkrankungen der Halsabschnitte der Wirbelsäule,

der inneren und äußeren Nase und des pneumatischen und stützenden Systems sowie der Weichteile des Gesichtsschädels (der Nasennebenhöhlen, ihrer knöchernen Wandungen und des Jochbeins) sowie der Schädelbasis,

des Epi- und Mesopharynx einschließlich der Tonsillen, der Zunge und des Zungengrundes, des Mundbodens, der Glandula submandibularis und der Lippen,

des Halses, des Hypopharynx und Larynx einschließlich der Halsabschnitte von Trachea und Ösophagus, des Lymphabflußgebietes des Kopfes und Halses,

der Glandula parotis und des Nervus facialis innerhalb und außerhalb der Schädelbasis sowie der übrigen Hirnnerven im Bereich des Halses und des Kopfes außerhalb der Schädelbasis,

der Hör- und Gleichgewichtsfunktionen und des Geruch- und Geschmacksinnes, einschließlich der Audiologie

sowie die wiederherstellenden und plastischen Operationen des Hals-Nasen-Ohrenbereiches,

die Endoskopie und endoskopische Therapie der tieferen Luft- und Speisewege und der Mediastinoskopie, die Phoniatrie, Logopädie und Pädaudiologie.

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

7. Hautarzt

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Dermatologie und Venerologie umfaßt die Erkennung, die Behandlung, die Prävention und Rehabilitation von Erkrankungen der Oberhaut, der Unterhaut, der Schleimhaut und der Hautanhangsgebilde; der Geschlechtskrankheiten und der nicht-venerischen Erkrankungen der äußeren Geschlechtsorgane, des varikösen und analen Symptomenkomplexes und die Andrologie.

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Davon mindestens 2½ Jahre im Stationsdienst.

6 Monate sind in dem Gebiet der Strahlenbehandlung von Hautkrankheiten abzuleisten.

8. Internist

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Innere Medizin umfaßt die Erkennung und konservative Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, der internen allergischen Erkrankungen, der internen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen einschließlich der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen, der Prophylaxe und Rehabilitation.

Weiterbildungszeit: 6 Jahre

Davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst. In dieser Zeit sollen 6 Monate Weiterbildung in der Intensivpflege enthalten und angemessene Gelegenheit zum Erwerb der notwendigen Laborkenntnisse gegeben sein.

1 Jahr Weiterbildung ist in dem Gebiet der internen Röntgendiagnostik abzuleisten; diese einjährige ganztägige Weiterbildung kann durch eine entsprechende Teilnahme an der internen Röntgendiagnostik während der gesamten internen Weiterbildungszeit ersetzt werden.

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Bakteriologie-Serologie, Biochemie, Dermatologie, Kinderheilkunde, Nervenheilkunde, Pharmakologie und Toxikologie, Pathologischer Anatomie, Physiologie oder Radiologie; die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn

insgesamt 2 Jahre der Weiterbildung in Teilgebieten der Inneren Medizin abgeleistet werden.

In den Teilgebieten (§ 27 Abs. 2 Nr. 2) können insgesamt nicht mehr als 2 Jahre der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit angerechnet werden.

Teilgebiet Gastroenterologie

Weiterbildungszeit: 2 Jahre

Davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

Teilgebiet Kardiologie

Weiterbildungszeit: 2 Jahre

Davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

Weiterbildungszeit: 2 Jahre

Davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in dem Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung in der Inneren Medizin abgeleistet werden.

9. Kinderarzt

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Kinderheilkunde umfaßt die Erkennung und Behandlung aller körperlichen und seelischen Erkrankungen des Kindes von der Geburt bis zum Ende der gesetzlichen Grundschulpflicht einschließlich der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen, der Prävention und Schutzimpfungen und der Fürsorge im Kindesalter.

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Innerer Medizin, Psychiatrie und Neurologie, Dermatologie und Venerologie, Chirurgie, Orthopädie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Pathologie, Pharmakologie, Physiologie, Biochemie oder Bakteriologie und Serologie.

10. Kinder- und Jugendpsychiater

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie umfaßt alle Maßnahmen der Erkennung, der nicht-operativen Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Begutachtung bei psychischen, psychosomatischen

und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Abzuleisten sind:

2 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie, davon mindestens 1½ Jahre im Stationsdienst, 1 Jahr Psychiatrie und Neurologie, 1 Jahr Kinderheilkunde.

11. Laborarzt

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Laboratoriumsmedizin umfaßt die Anwendung und Beurteilung morphologischer, chemischer, physikalischer, immunologischer und mikrobiologischer Untersuchungsverfahren von Körpersäften, ihrer morphologischen Bestandteile sowie von abgetrenntem und ausgeschiedenem Untersuchungsmaterial zur Erkennung physiologischer Eigenschaften und krankhafter Zustände sowie zur Verlaufskontrolle einschließlich der dazu erforderlichen Funktionsprüfungen und diagnostischen Eingriffe.

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

12. Lungenarzt

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde umfaßt die Erkennung, die konservative Behandlung, die Prävention, die Rehabilitation und die Begutachtung der Erkrankungen der Lunge und der Bronchien.

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Abzuleisten sind:

3 Jahre Lungen- und Bronchialheilkunde, 1 Jahr Innere Medizin.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

13. Mund- und Kieferchirurg

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Mund- und Kieferchirurgie umfaßt die Erkennung, die konservative und chirurgische Behandlung, die Prävention und die Rehabilitation der Erkrankungen, Verletzungen, Frakturen, Mißbildungen und Formveränderungen, die vom Zahn, vom Zahnhalteapparat, von den Alveolarfortsätzen und vom harten Gaumen ausgehen, der beiden Kiefer, einschließlich chirurgische Kieferorthopädie, des Gaumens, der Lippen, des Naseneingangs, des Oberkiefers und des Jochbeins (Reposition und Fixation), des Unterkiefers einschließlich des Kiefergelenks, der vorderen 2/3 der

Zunge, der Mundhöhlenwandungen, der Glandula submandibularis sowie der Weichteile des Gesichtsschädels, der Glandula parotis, der Lymphknoten, alles im Zusammenhang mit den vorgenannten Erkrankungen, Exzision des Nervus infraorbitalis, alveolaris, mandibularis und linguais,

die Korrekturen des Mundes und des Mundbodens sowie der Biß- und Kaufunktion, die Eingliederung von Resektionsprothesen und anderer prothetischer und orthopädischer Hilfsmittel,

die wiederherstellende und plastische Chirurgie der vorstehend aufgeführten Bereiche.

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Davon mindestens 2 $\frac{1}{2}$ Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden 6 Monate Weiterbildung in Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Anästhesie oder Chirurgie.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

14a) Neurologe und Psychiater

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Nervenheilkunde umfaßt alle Maßnahmen der Erkennung, der nicht-operativen Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Begutachtung bei Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur (Myopathien und Myositiden) bei psychischen Krankheiten oder Störungen und bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten.

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Abzuleisten sind:

mindestens 2 Jahre Neurologie,
davon 1 $\frac{1}{2}$ Jahre im Stationsdienst;
mindestens 2 Jahre Psychiatrie,
davon 1 $\frac{1}{2}$ Jahre im Stationsdienst;

1 Jahr in den Gebieten Neurologie, Psychiatrie, Neurochirurgie, Neuropathologie, Neurophysiologie, Innere Medizin, Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wenigstens 6 Monate der psychiatrischen Weiterbildung sind in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus abzuleisten.

Die Weiterbildung in der Neurologie hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

14b) Neurologe

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Neurologie umfaßt alle Maßnahmen der Erkennung, der nicht-operativen Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Begutachtung

bei Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems sowie der Muskulatur (Myopathien und Myositiden).

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Abzuleisten sind:

3 Jahre Neurologie, davon 2 Jahre im Stationsdienst, 1 Jahr Psychiatrie.

Angerechnet wird auf die Weiterbildung in Neurologie bis zu einem Jahr die Weiterbildung in Neurochirurgie, Neuropathologie, Neurophysiologie und Innerer Medizin.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

14c) Psychiater

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Psychiatrie umfaßt alle Maßnahmen der Erkennung, der nicht-operativen Behandlung, der Prävention, der Rehabilitation und der Begutachtung bei psychischen Krankheiten oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten.

Weiterbildungszeit: 4 Jahre

Abzuleisten sind:

3 Jahre Psychiatrie, davon 2 Jahre im Stationsdienst, 1 Jahr Neurologie.

Angerechnet wird auf die Weiterbildung in Psychiatrie bis zu 1 Jahr die Weiterbildung in Psychotherapie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder 6 Monate in Neuropathologie oder Neurophysiologie.

Wenigstens 6 Monate der psychiatrischen Weiterbildung sind in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus abzuleisten.

15. Neurochirurg

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Neurochirurgie umfaßt die Gehirnchirurgie, die Traumatologie des Hirnschädels und des zentralen und peripheren Nervensystems, die Rückenmarkchirurgie sowie die Chirurgie des peripheren und sympathischen Nervensystems.

Weiterbildungszeit: 6 Jahre

Davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet wird bis zu insgesamt 1 Jahr die Weiterbildung in Neurologie, neurologischen Grundwissenschaften, Chirurgie oder Orthopädie oder 6 Monate Anästhesie, Augenheilkunde oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

16. Orthopäde

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Orthopädie umfaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Begutachtung von angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Funktionsstörungen, Erkrankungen und Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane.

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Abzuleisten sind:

2 Jahre Chirurgie,

3 Jahre Orthopädie, davon mindestens 2 1/2 Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildung in Chirurgie muß der in Orthopädie vorangehen.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

17. Pathologe

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Pathologische Anatomie umfaßt die Beratung und Unterstützung der in der Krankenbehandlung tätigen Ärzte bei der Erkennung von Krankheiten und ihrer Ursachen, bei der Überwachung des Krankheitsverlaufes und bei der Bewertung therapeutischer Maßnahmen durch die Untersuchung übersandten morphologischen Materials oder durch Obduktion.

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Angerechnet wird bis zu 1 Jahr die Weiterbildung in Anatomie, Neuropathologie oder Gerichtsmedizin.

18. Pharmakologe

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Pharmakologie umfaßt die Erforschung von Arzneimittelwirkungen und von Vergiftungen im Tierexperiment und am Menschen einschließlich der Untersuchungen von Resorption, Verteilung, chemischen Veränderungen im Organismus und Elimination, die Mitarbeit bei der Entwicklung und Anwendung neuer Pharmaka sowie bei der Bewertung ihres therapeutischen Nutzens, die Beratung von Ärzten in der Arzneitherapie und bei Vergiftungsfällen, die gutachtliche Stellungnahme zu pharmakologischen und toxikologischen Fragen.

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Abzuleisten sind:

4 Jahre in dem Gebiet der experimentellen Pharmakologie und Toxikologie; darauf kann angerechnet werden bis zu 1 Jahr die wissenschaftliche Tätigkeit in einem der Fächer Physiologie, Biochemie, Biophysik, Mikrobiologie, Pathologie, Chemie (einschließlich

pharmazeutischer Chemie), Physikalische Chemie, Physik.

1 Jahr klinisch-pharmakologische Forschung.

19. Radiologe

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Radiologie umfaßt die ärztliche Anwendung ionisierender Strahlen einschließlich derjenigen von radioaktiven Stoffen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Abzuleisten sind:

3 1/2 Jahre Röntgendiagnostik,

1 1/2 Jahre Strahlentherapie,

6 Monate Weiterbildung in dem Gebiet der diagnostischen Anwendung von Radionukliden kann auf die Röntgendiagnostik angerechnet werden.

20. Urologe

Definition des Fachgebietes:

Das Fachgebiet Urologie umfaßt — abgesehen von den internen Parenchymerkrankungen der Niere — die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation der Erkrankungen, der Mißbildungen und Verletzungen des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgane, einschließlich der Uro-Tuberkulose.

Weiterbildungszeit: 5 Jahre

Davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

Die Weiterbildungszeit ist abzuleisten in Chirurgie und Urologie,

davon mindestens 1 Jahr Chirurgie und mindestens 3 Jahre Urologie.

Die Weiterbildung in Chirurgie muß der in Urologie vorangehen.

Die Weiterbildung hat sich auch auf die fachgebundene Röntgendiagnostik einschließlich des Strahlenschutzes zu erstrecken.

§ 35

Inkrafttreten

Diese Berufsordnung tritt am 1. Januar 1971 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. April 1958 („Bayerisches Ärzteblatt“ 1958, Heft 3), zuletzt geändert am 13. Oktober 1968 („Bayerisches Ärzteblatt“ 1969, Heft 1), außer Kraft.

München, 15. Oktober 1970

gez. Professor Dr. med. H. J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Die Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer vom 1. Januar 1961 („Bayerisches Ärzteblatt“ 1960, S. 350 ff), zuletzt geändert am 15. Oktober 1967 („Bayerisches Ärzteblatt“ 1967, S. 997 f) wurde durch Beschluß des 23. Bayerischen Ärztetages vom 3. Oktober 1970 in der nachstehend wiedergegebenen Fassung geändert. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Beitragsordnung mit Entschliebung vom 12. Oktober 1970 (III 8-5011/5-5/70) genehmigt.

Änderung der Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer ab 1. Januar 1971

	§ 1		§ 4 Abs. 2	
	Jahresbeitrag	davon Hilfsfonds		Bei den in Gruppe I gehörenden Ärzten, deren Bruttoeinnahmen aus der gesamten ärztlichen Tätigkeit im vorangegangenen Jahr unter DM 60 000,— geblieben sind, ermäßigt sich der Jahresbeitrag wie folgt.
Gruppe I	DM 400,—	DM 50,—		
Gruppe II	DM 90,—	DM 18,—		
Gruppe III	DM 70,—	entfällt		
Gruppe IV	DM 15,—	entfällt		
	§ 3			
Ärzte, die mehr als drei Personen in ihrer Praxis, Klinik usw. beschäftigen, haben für jede weitere Person einen zusätzlichen Kammerbeitrag von DM 30,— zu bezahlen.			Bruttoeinnahmen	Jahresbeitrag
			von DM 30 001,— bis 60 000,—	DM 230,—
			DM 15 001,— bis 30 000,—	DM 125,—
			bis DM 15 000,—	DM 75,—
				davon Hilfsfonds
				DM 50,—
				DM 50,—
				entfällt

Nachstehend wird die Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer vom 1. Januar 1961 in der nun geltenden Fassung veröffentlicht:

Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer

	§ 1			Jahresbeitrag
	Jahresbeitrag	davon Hilfsfonds		DM 15,—
Gruppe I	DM 400,—	DM 50,—	Gruppe IV	
Niedergelassene Ärzte;			Medizinalassistenten;	
Chefärzte;			alle übrigen Ärzte.	
leitende Ärzte;				§ 2
Ärzte der Gruppe II				Das Beitragsjahr ist das laufende Kalenderjahr.
mit jährlichen Bruttoeinnahmen über DM 8000,— aus ärztlicher Nebentätigkeit.				§ 3
			Ärzte, die mehr als drei Personen in ihrer Praxis, Klinik usw. beschäftigen, haben für jede weitere Person einen zusätzlichen Kammerbeitrag von DM 30,— zu bezahlen.	
Gruppe II	DM 90,—	DM 18,—		§ 4
Angestellte Ärzte;			(1) Die Ärzte aller Beitragsgruppen werden von der Geschäftsführung der Kammer veranlagt.	
wissenschaftliche Assistenten;			(2) Bei den in Gruppe 1 gehörenden Ärzten, deren Bruttoeinnahmen aus der gesamten ärztlichen Tätigkeit im vorangegangenen Jahr unter DM 60 000,— geblieben sind, ermäßigt sich der Jahresbeitrag wie folgt:	
Vertragsärzte;			Bruttoeinnahmen	Jahresbeitrag
Praxisvertreter und -assistenten;			von DM 30 001,— bis 60 000,—	DM 230,—
Ärzte, die in der pharmazeutischen Industrie tätig sind;			DM 15 001,— bis 30 000,—	DM 125,—
Ärzte als freie Mitarbeiter, mit jährlichen Einnahmen aus abhängiger Tätigkeit bzw. als freie Mitarbeiter über DM 8000,—, soweit sie nicht unter Gruppe I fallen;			bis DM 15 000,—	DM 75,—
beamtete Ärzte mit Bruttoeinnahmen unter DM 8000,— aus ärztlicher Nebentätigkeit.				davon Hilfsfonds
				DM 50,—
				DM 50,—
				entfällt
	Jahresbeitrag		(3) Ärzte, für welche die ermäßigten Beiträge des Abs. 2 in Betracht kommen, haben sich mittels eines der Veranlagung beigefügten Vordruckes unter	
Gruppe III	DM 70,—			
Beamtete Ärzte ohne Nebeneinnahmen;				
Sanitätsoffiziere.				

Versicherung der Richtigkeit ihrer Angaben, zu dem ihren Bruttoeinnahmen im Vorjahr entsprechenden Beitrag selbst einzustufen.

- (4) Innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe der Veranlagung ist der Beitrag an die Kammer zu entrichten. Innerhalb der gleichen Frist ist auch die Einstufungserklärung zu einem ermäßigten Beitrag (von Ärzten der Gruppe I) an die Kammer einzusenden und der Beitrag zu bezahlen.
- (5) Wird in dieser Frist der Beitrag nicht bezahlt bzw. die Erklärung nicht eingesandt, so erfolgt einmalige Mahnung mit Fristsetzung von zwei Wochen. Hält der Beitragspflichtige auch diese Frist nicht ein, so wird durch die Geschäftsführung der Kammer der volle Beitrag zusammen mit den Kosten gemäß Art. 20 des Kammergesetzes im Wege der Zwangsvollstreckung beigetrieben.
- (6) Ärzten, welche über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns abrechnen, wird der Beitrag von ihrem Kassenhonorar einbehalten, sofern sie ihr Einverständnis hierzu erklärt haben.

§ 5

- (1) Gegen Bescheide der Bayerischen Landesärztekammer (Geschäftsführung) nach § 4 dieser Beitragsordnung kann der Betroffene innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheides Widerspruch einlegen. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Bayerischen Landesärztekammer zu erheben. Über den Widerspruch entscheidet die Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer (§ 73 VwGO). Die Befugnisse der Vollversammlung und des Vorstandes bleiben unberührt.
- (2) Gegen den Widerspruchsbescheid ist Anfechtungsklage innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheides beim zuständigen Verwaltungsgericht zulässig.
- (3) Widersprüche und Anfechtungsklagen haben keine aufschiebende Wirkung (§ 80 Abs. 2 Nr. 1 VwGO).

§ 6

- (1) Bei Vorliegen besonderer Umstände kann der Beitrag auf schriftlichen, begründeten und mit den notwendigen Unterlagen versehenen Antrag hin gestundet, ermäßigt oder erlassen werden. Ein Rechtsanspruch darauf besteht nicht.
- (2) Der Antrag ist innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe der Beitragsveranlagung bei der Kammer unmittelbar einzureichen. Später eingereichte Anträge können nicht mehr berücksichtigt werden. Über die Anträge entscheidet der Vorsitzende des Finanzausschusses zusammen mit der Geschäftsführung der Kammer. Die Befugnisse der Vollversammlung und des Vorstandes bleiben unberührt.
- (3) Für die Bezahlung ermäßigter Beiträge gelten die Bestimmungen unter § 4 Abs. 4 und 5 entsprechend.

§ 7

- (1) Für die Zugehörigkeit zu den Beitragsgruppen I–IV ist die am 1. Februar ausgeübte Tätigkeit maßgebend. Bei Ärzten, die erst nach dem 1. Februar ihre ärztliche Tätigkeit in Bayern aufgenommen oder ihren Wohnsitz bzw. dauernden Aufenthalt in Bayern bezogen haben, ist der Zeitpunkt des Tätigwerdens bzw. der Wohnsitznahme in Bayern maßgebend; in diesen Fällen ist der Beitrag zur Bayerischen Landesärztekammer anteilig zu entrichten, soweit der volle Kammerbeitrag nicht bereits an eine andere Landesärztekammer bezahlt wurde.
- (2) Die zusätzlichen Beiträge nach § 3 sind auch dann zu entrichten, wenn erst nach dem 1. Februar mehr als drei Personen in der Praxis, Klinik usw. beschäftigt werden.

§ 8

Die Änderung der Beitragsordnung tritt am 1. Januar 1971 in Kraft.

München, 15. Oktober 1970

gez. Professor Dr. med. H. J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Der 23. Bayerische Ärztetag hat in seiner Sitzung am 4. Oktober 1970 die Wahlordnung für die Ärzte Bayerns in der nachstehend wiedergegebenen Fassung beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Wahlordnung mit Entschließung vom 12. Oktober 1970 (III 8-5011/5-4/70) genehmigt.

Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer

I. Allgemeines

§ 1

Wahlverfahren

- (1) Die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer findet entweder
 - a) in Form der Briefwahl (Abschnitt II) oder
 - b) in Form der Urnenwahl (Abschnitt III) statt.
- (2) Die Entscheidung, nach welchem Wahlverfahren im Wahlbezirk (§ 3) gewählt wird, trifft für jeden Wahlbezirk die Mitgliederversammlung des Ärztlichen Bezirksverbandes, für den Wahlbezirk München der Vorstand des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München.

§ 2

Leitung der Wahl

- (1) Für die Leitung und Durchführung der Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer bestellt der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer einen Landeswahlausschuß, bestehend aus dem Landeswahlleiter und vier ordentlichen wahlberechtigten Mitgliedern.
- (2) Für jeden Wahlbezirk (§ 3) bestellt der Landeswahlleiter auf Vorschlag des Vorstandes des Ärztlichen Bezirksverbandes einen Bezirkswahlausschuß, bestehend aus dem Bezirkswahlleiter und vier ordentlichen wahlberechtigten Mitgliedern.
- (3) Bei dem Wahlverfahren nach § 1 Abs. 1 b (Urnenwahl) bestellt der Bezirkswahlleiter für jedes Stimmlokal (§ 4 Abs. 4) auf Vorschlag der Vorstände der beteiligten Ärztlichen Kreisverbände einen Wahlvorstand von drei Mitgliedern, der aus seiner Mitte einen Wahlvorsteher bestellt.
- (4) Die Entscheidungen des Landeswahlausschusses, der Bezirkswahlausschüsse und der Wahlvorstände werden mit Stimmenmehrheit getroffen. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Die Ausschüsse sind beschlußfähig bei Anwesenheit von drei Mitgliedern, der Wahlvorstand bei Anwesenheit von zwei Mitgliedern.

§ 3

Wahlbezirke

Die Bereiche der acht Ärztlichen Bezirksverbände: München, Oberbayern, Niederbayern, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Unterfranken und Schwaben bilden für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer je einen Wahlbezirk.

§ 4

Stimmkreise

- (1) Der Bezirkswahlausschuß legt im Benehmen mit dem Vorstand des Ärztlichen Bezirksverbandes die Stimmkreise fest. Ärztliche Kreisverbände mit etwa 100 oder mehr, mindestens aber 90 Mitgliedern, bilden für die Wahl einen eigenen Stimmkreis. Ärztliche Kreisverbände mit weniger als 90 Mitgliedern werden zu Stimmkreisen mit etwa 100 oder mehr Mitgliedern zusammengelegt; solche Ärztliche Kreisverbände können notfalls mit einem benachbarten Ärztlichen Kreisverband mit mehr als 90 Mitgliedern zu einem Stimmkreis zusammengelegt werden.
- (2) Für je 100 Mitglieder eines Stimmkreises werden aus diesem ein Delegierter und zwei Ersatzmänner, mindestens aber für jeden Stimmkreis ein Delegierter und zwei Ersatzmänner gewählt. Bleibt nach der Teilung der Zahl der Mitglieder durch 100 ein Rest, der mehr als 50 ist, so tritt für diesen Rest ein weiterer Delegierter (mit zwei Ersatzmännern) hinzu.
- (3) Der Bezirkswahlausschuß legt die Zahl der in den Stimmkreisen zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner entsprechend der Zahl der Mitglieder an einem vom Landeswahlleiter zu bestimmenden wahlnahen Stichtag fest und teilt sie dem Landeswahlausschuß mit.
- (4) Bei dem Wahlverfahren nach § 1 Abs. 1 b richtet der Bezirkswahlausschuß in den Stimmkreisen nach Anhörung der Vorsitzenden der beteiligten Ärztlichen Kreisverbände mehrere Stimmlokale ein.

§ 5

Wahlberechtigung und Wählbarkeit

- (1) Wahlberechtigt sind die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der Ärztlichen Kreisverbände Bayerns. Maßgebend ist dabei die Eintragung in eine Wählerliste (§ 9 bzw. 16).
- (2) Wählbar sind alle wahlberechtigten ordentlichen Mitglieder der Ärztlichen Kreisverbände.

§ 6

Ruhen der Wahlberechtigung und Wählbarkeit

Das Wahlrecht und die Wählbarkeit ruhen, solange das Mitglied unter Vormundschaft oder Pflegschaft steht oder sich in Untersuchungs- oder Straftat befindet. Das gleiche gilt, solange das Mitglied mit der Beitragsleistung zur Bayerischen Landesärztekammer für mehr als zwei Jahre im Rückstand ist, ohne daß die Beiträge gestundet sind.

§ 7

Wahlvorschläge

- (1) Der Landesausschuß bestimmt den letzten Termin für die Einreichung der Wahlvorschläge.
- (2) Die Wahlvorschläge müssen von mindestens 5 v. H. der Wahlberechtigten des Stimmkreises unterschrieben sein. Bei Stimmkreisen mit mehr als 1000 Mitgliedern genügen 50 Unterschriften. Die Vorschläge haben zu enthalten: Vor- und Zuname, Geburtstag, berufliche Bezeichnung und Anschriften der Kandidaten.
- (3) Die Vorschläge dürfen höchstens soviele Namen enthalten, als Delegierte und Ersatzmänner für den Stimmkreis zu wählen sind. Dabei muß ersichtlich sein, wer als Delegierter und wer als Ersatzmann vorgeschlagen ist. Der Wahlberechtigte darf für jede Wahl nur einen Wahlvorschlag unterzeichnen.
- (4) Hat ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so muß er sich binnen einer vom Bezirksausschuß bestimmten Frist erklären, welchen Wahlvorschlag er unterstützt. Unterläßt er die Erklärung, so wird seine Unterschrift auf allen Vorschlägen gestrichen.
- (5) Mit jedem Wahlvorschlag ist von jedem Kandidaten eine Erklärung vorzulegen, daß er zur Kandidatur und im Falle seiner Wahl bereit ist zur Annahme derselben und daß ihm Umstände, die seine Wählbarkeit ausschließen, nicht bekannt sind.
- (6) Jeder Wahlvorschlag wird durch den ersten Unterzeichner vertreten. Der zweite Unterzeichner gilt als Stellvertreter.
- (7) Werden Wahlvorschläge nicht eingereicht, so kann die Stimmabgabe für jeden Wahlberechtigten (§ 5 Abs. 2) des Stimmkreises erfolgen.

§ 8

Prüfung der Wahlvorschläge

- (1) Der Bezirksausschuß hat die Vorschläge nach der Reihenfolge ihres Eingangs mit Ordnungsnummern zu versehen, zu prüfen und etwaige Mängel dem Vertreter des Wahlvorschlags unverzüglich mitzuteilen. Die Mängel müssen spätestens zwei Wochen vor Beginn der Wahlfrist beseitigt sein; bis zu diesem Zeitpunkt können Vorschläge abgeändert, zusammengelegt oder zurückgenommen werden.
- (2) Ist ein Kandidat in dem Wahlvorschlag nicht in der bestimmten Weise bezeichnet, so ist der Vertreter des Wahlvorschlags zur Ergänzung aufzufordern; kommt er der Aufforderung innerhalb der bestimmten Frist nicht nach, so wird der Name des unvollständig bezeichneten Kandidaten in dem Wahlvorschlag gestrichen.
- (3) Wird eine Erklärung nach § 7 Abs. 5 trotz Erinnerung des Bezirksausschusses nicht oder nicht in der bestimmten Frist vorgelegt, so wird der Name des betroffenen Kandidaten gestrichen.
- (4) Kandidaten, die auf mehreren Vorschlagslisten genannt sind, werden durch Vermittlung der Vertreter der Wahlvorschläge zu einer Äußerung aufgefordert, welchem Wahlvorschlag sie zugeteilt werden wollen; erklären sie sich hierauf nicht innerhalb der bestimmten Frist, so werden sie von allen Wahlvorschlägen gestrichen.
- (5) Enthält ein Wahlvorschlag mehr Namen von Kandidaten, als zugelassen sind, so werden die Namen der Kandidaten gestrichen, die den in der zulässigen Zahl vorgeschlagenen Kandidaten folgen.
- (6) Die Wahlvorschläge sind ungültig, wenn sie verspätet eingereicht werden; das gleiche gilt, wenn die Wahlvorschläge nicht die erforderlichen Unterschriften tragen, oder wenn die vorgeschlagenen Kandidaten nicht in erkennbarer Reihenfolge aufgeführt sind, es sei denn, daß die Mängel spätestens zwei Wochen vor dem Beginn der Wahlfrist beseitigt werden.

II. Briefwahl

§ 9

Wählerlisten

Die Ärztlichen Kreisverbände legen für ihre wahlberechtigten Mitglieder eine fortlaufend nummerierte Wählerliste an. Eine beglaubigte Ausfertigung der Wählerliste erhält der Bezirksausschuß. Jeder Wähler ist durch den Ärztlichen Kreisverband von der Eintragung in die Wählerliste schriftlich zu unterrichten. Die Benachrichtigung muß die Wahlfrist, die Num-

mer des Wählers in der Wählerliste und die Anschrift des Bezirkswahlausschusses angeben. Die Wählerlisten sind vom 21. bis zum 14. Tag einschließlich vor der Wahl zur Einsicht bei den Ärztlichen Kreisverbänden aufzulegen. Während dieser Zeit können Einsprüche gegen die Richtigkeit der Wählerlisten schriftlich beim Bezirkswahlausschuß erholt werden. Er entscheidet über den Einspruch. Nur der Bezirkswahlausschuß kann Änderungen der Wählerlisten vornehmen.

§ 10

Wahlbekanntmachungen

(1) Im Einvernehmen mit dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer bestimmt der Landesausschuß die Wahlfrist und gibt sie den Bezirkswahlleitern bekannt.

Spätestens sechs Wochen vor Beginn der Wahlfrist veröffentlicht der Bezirkswahlleiter eine Wahlbekanntmachung in ortsüblicher Weise. Die Bekanntmachung muß enthalten:

1. Beginn und Ende der Wahlfrist;
2. die Angabe der für die Ärztlichen Kreisverbände gebildeten Stimmkreise;
3. die Zahl der in den Stimmkreisen zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner;
4. die Anschrift des Bezirkswahlausschusses, an den der Wahlbrief zu entsenden ist (§ 14 Abs. 3);
5. die Aufforderung zur Einreichung von Wahlvorschlägen unter Angabe der Zeit und des Ortes der Einreichung und unter Hinweis auf § 7 dieser Wahlordnung;
6. die Angabe, wo die Wählerlisten eingesehen werden können und den Hinweis, daß Einsprüche gegen die Wählerlisten bei Vermeidung des Ausschusses nur während der Auslegungsfrist beim Bezirkswahlausschuß einzulegen sind.

(2) Der Bezirkswahlleiter kann nach Anhören des Bezirkswahlausschusses die Wahlbekanntmachung berichtigen oder ergänzen.

§ 11

Inhalt des Stimmzettels

(1) Der Stimmzettel trägt die Überschrift: „Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom . . . bis . . .“. Er muß den Stimmkreis bezeichnen und die Zahl der insgesamt im Stimmkreis zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner sowie die Namen der gemäß § 7 vorgeschlagenen Kandidaten mit den in § 7 Abs. 2 verlangten Angaben in der Reihenfolge der Ordnungsnummern (§ 8 Abs. 1) enthalten. Neben jedem Namen ist genügend Platz für die Stimmabgabe vorzusehen.

(2) Im Falle des § 7 Abs. 7 gilt Abs. 1 entsprechend mit der Maßgabe, daß der Stimmzettel zwei Rubriken

mit genügend Raum enthält, die es dem Wähler ermöglichen, die Namen der von ihm gewählten Delegierten und Ersatzmänner getrennt einzutragen. Die Rubriken sind mit dem Vordruck „Delegierte“ und „Ersatzmänner“ zu kennzeichnen.

§ 12

Versendung der Stimmzettel

(1) Der Bezirkswahlleiter hat drei Tage vor Beginn der Wahlfrist an jeden in eine Wählerliste des Wahlbezirks eingetragenen Wahlberechtigten einen Stimmzettel und einen Vordruck zur Abgabe der eidesstattlichen Erklärung mit zwei Umschlägen zu übersenden. Der eine Umschlag trägt den Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom . . . bis . . .“, der zweite (freigemachte) Umschlag trägt den Aufdruck „Wahlbrief für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer“, die Nummer der betreffenden Wahlberechtigten in der Wählerliste sowie die Anschrift des Bezirkswahlausschusses.

(2) Hat ein Wahlberechtigter die nach Abs. 1 genannten Unterlagen nicht erhalten, so kann er diese bis zum Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlleiter anfordern.

§ 13

Ausübung des Wahlrechts

Das Wahlrecht ist persönlich auszuüben. Für die Wahl dürfen nur die vom Bezirkswahlleiter ausgegebenen Stimmzettel verwendet werden. Der Wähler hat auf einem Vordruck eidesstattlich zu versichern, daß er den Stimmzettel persönlich gekennzeichnet hat. Das Wahlrecht darf nur für den Stimmkreis ausgeübt werden, in dessen Bereich der Wahlberechtigte Mitglied eines Ärztlichen Kreisverbandes ist.

§ 14

Stimmabgabe

(1) Der Wähler hat die Namen der zur Wahl vorgeschlagenen Delegierten und Ersatzmänner, die er wählen will, anzukreuzen; er darf aber nicht mehr Kandidaten ankreuzen, als zu wählen sind. Aus dieser seiner Stimmzahl kann der Wähler bis zu 3 Stimmen auf einen Kandidaten häufeln; dies muß er durch die entsprechende Zahl bei dem Namen des Kandidaten zum Ausdruck bringen.

(2) Im Falle des § 7 Abs. 7 kann der Wähler nur so viele Namen auf dem Stimmzettel getrennt angeben, als Delegierte bzw. Ersatzmänner im Stimmkreis zu wählen sind. Stimmzettel mit mehr Namen sind ungültig.

(3) Der Wähler legt den Stimmzettel in den Umschlag, der den Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der

Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom ... bis ..." trägt und verschließt den Umschlag. Der verschlossene Umschlag wird daraufhin in den zweiten Umschlag mit der Aufschrift „Wahlbrief für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer“ gelegt. In diesem zweiten Umschlag wird weiter der unterschriebene Vordruck über die eidesstattliche Erklärung (§ 13 Satz 3) eingelegt. Der Wahlbrief wird verschlossen, vom Wähler mit der Angabe des Absenders versehen und an den Bezirkswahlausschuß gesandt. Der Wahlbrief muß vor Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlausschuß eingehen.

(4) Ungültig sind

- a) Stimmzettel, die nach Ende der Wahlfrist beim Bezirkswahlausschuß eingegangen sind;
- b) Stimmzettel, die sich in einem Umschlag mit der Angabe eines Namens befunden haben;
- c) Stimmzettel, die sich nicht in einem geschlossenen Umschlag mit dem Aufdruck „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom ... bis ...“ befunden haben;
- d) Stimmzettel, die in einem Wahlbrief ohne eidesstattliche Erklärung über die persönliche Ausübung des Stimmrechtes enthalten waren;
- e) Stimmzettel, die eine Unterschrift tragen, gekennzeichnet sind oder andere als die vorgedruckten Namen enthalten.

§ 15

Ermittlung des Wahlergebnisses

- (1) Eingehende Wahlbriefe werden beim Bezirkswahlausschuß sofort mit einem Eingangsstempel versehen.
- (2) Der Bezirkswahlausschuß ermittelt öffentlich und unverzüglich nach dem Ende der Wahlfrist das Wahlergebnis.
- (3) Der Bezirkswahlausschuß stellt aufgrund der auf dem Wahlbrief vermerkten Wahlnummer die Wahlberechtigung des Absenders im Stimmkreis durch Vergleich mit der zuständigen Wählerliste fest. Dabei werden die Wahlbriefe nach Stimmkreisen geordnet und ihre Zahl für die einzelnen Stimmkreise ermittelt. Danach werden die Wahlbriefe für jeden einzelnen Stimmkreis eröffnet, die eidesstattlichen Erklärungen in den Wahlbriefen geprüft und beiseite gelegt; weiter werden den Wahlbriefen die darin enthaltenen Umschläge (mit der Aufschrift „Stimmzettel für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom ... bis ...“) entnommen, durcheinandergemischt, geöffnet und die auf die einzelnen Kandidaten entfallenen gültigen Stimmen festgestellt.

(4) Bei dem Verfahren nach Abs. 3 prüft der Bezirkswahlausschuß laufend die Gültigkeit der abgegebenen Stimmen nach § 14 Abs. 4 und entscheidet hierüber.

(5) Für jeden Stimmkreis ist eine gesonderte Zähl- und Gegenliste für Wahlvorschläge und Kandidaten zu führen, wobei zwischen Delegierten und Ersatzmännern zu unterscheiden ist. In den Listen ist der Inhalt jedes gültigen Stimmzettels bei der Verlesung sofort zu vermerken. Die Listen sind von den Listenführern und vom Bezirkswahlleiter zu unterzeichnen.

(6) Die auf die Delegierten abgegebenen Stimmen werden den einzelnen Wahlvorschlägen zugerechnet. Die danach ermittelten Gesamtstimmenzahlen eines jeden Wahlvorschlages werden nacheinander durch 1, 2, 3, 4 usw. geteilt, bis so viele Höchstzahlen ermittelt sind, als Delegierte zu wählen sind (§ 4 Abs. 3). Auf jeden Wahlvorschlag entfällt dabei der Reihe nach so oft ein Delegierter, als der Wahlvorschlag jeweils die höchste Teilungszahl aufweist (d'HONDTsches Verfahren). Innerhalb des Wahlvorschlags ist jeweils der Kandidat mit den meisten Stimmen gewählt. Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.

(7) Bei den Ersatzmännern ist festzustellen, welche Stimmenzahl der einzelne Kandidat erhalten hat.

(8) Über die Feststellung des Wahlergebnisses in den Stimmkreisen des Wahlbezirkes ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß, geordnet nach Stimmkreisen, enthalten:

- Die Zahl der Wahlberechtigten;
- die Zahl der Wähler;
- die Zahl der abgegebenen gültigen Stimmen;
- die Zahl der ungültigen Stimmen;
- die Namen der gewählten Delegierten und Ersatzmänner mit der auf sie entfallenden Stimmenzahl.

(9) Die Niederschrift ist von den Mitgliedern des Bezirkswahlausschusses zu unterzeichnen; die Zähllisten nach Abs. 5 sind der Niederschrift beizufügen.

III. Urnenwahl

§ 16

Wählerlisten

Die Ärztlichen Kreisverbände legen für ihre wahlberechtigten Mitglieder eine Wählerliste an. Jeder Wahlvorstand erhält für sein Stimmlokal (§ 4 Abs. 4) eine Ausfertigung der Wählerlisten des Stimmkreises. Jeder Wähler ist durch den Ärztlichen Kreisverband von der Eintragung in die Wählerliste schriftlich zu unterrichten (Wählerkarte). Die Benachrichtigung muß den Wahltermin und die Stimmlokale des Stimmkreises angeben. Die Wählerlisten sind vom 21. bis zum

14. Teg einschließlich vor der Wehl zur Einsicht bei den Ärztlichen Kreisverbänden auszulegen. Während dieser Zeit können Einsprüche gegen die Richtigkeit der Wählerlisten schriftlich beim Bezirkswahlausschuß erhoben werden. Er entscheidet über den Einspruch. Nur der Bezirkswahlausschuß kann Änderungen der Wählerlisten vornehmen.

§ 17

Wahlbekanntmachungen

- (1) Im Einvernehmen mit dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer bestimmt der Landewahlausschuß den Wahltag und gibt ihn den Bezirkswahlleitern bekannt. Spätestens sechs Wochen vor dem Wahltag veröffentlicht der Bezirkswahlleiter eine Wahlbekanntmachung in ortsüblicher Weise.
- (2) Die Bekanntmachung muß enthalten:
 1. Tag, Beginn und Ende der Wahl,
 2. die Angabe der für die Ärztlichen Kreisverbände gebildeten Stimmkreise und der Stimmlokale in den einzelnen Stimmkreisen,
 3. die Zahl der in den Stimmkreisen zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner,
 4. die Aufforderung zur Einreichung von Wahlvorschlägen unter Angabe der Zeit und des Ortes der Einreichung und unter Hinweis auf § 7 dieser Wahlordnung,
 5. die Angabe, wo die Wählerlisten eingesehen werden können und den Hinweis, daß Einsprüche gegen die Wählerlisten bei Vermeldung des Ausschlusses nur während der Auslegungsfrist beim Bezirkswahlausschuß einzulegen sind,
 6. den Hinweis, daß die Wählerkarte zur Wahlhandlung mitzubringen ist.
- (3) Der Bezirkswahlleiter kann nach Anhören des Bezirkswahlausschusses die Wahlbekanntmachung berichtigen oder ergänzen.

§ 18

Inhalt des Stimmzettels

- (1) Der Stimmzettel trägt die Überschrift: „Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer am . . .“. Er muß die Zahl der insgesamt im Stimmkreis zu wählenden Delegierten und Ersatzmänner sowie die Namen der gemäß § 7 vorgeschlagenen Kandidaten mit den in § 7 Abs. 2 verlangten Angaben in der Reihenfolge der Ordnungsnummern (§ 8 Abs. 1) enthalten. Neben jedem Namen ist genügend Platz für die Stimmabgabe vorzusehen.
- (2) Im Falle des § 7 Abs. 7 gilt Abs. 1 entsprechend mit der Maßgabe, daß der Stimmzettel zwei Rubriken mit genügend Raum enthält, die es dem Wähler er-

möglichen, die Namen der von ihm gewählten Delegierten und Ersatzmänner getrennt einzutragen. Die Rubriken sind mit dem Vordruck „Delegierte“ und „Ersatzmänner“ zu kennzeichnen.

§ 19

Wahlhandlung

- (1) Die Wahl findet als Urnenwahl in den Stimmlokalen des Stimmkreises statt. Sie erfolgt schriftlich und geheim.
- (2) Der Wahlvorstand des Stimmlokales leitet die Wahlhandlung.
- (3) Die Wahlhandlung wird damit eröffnet, daß der Wahlvorsteher die Mitglieder des Wahlvorstandes und die Ersatzmänner bekanntgibt. Fehlen Mitglieder des Wahlvorstandes, so beruft der Wahlvorsteher zur Ergänzung des Wahlvorstandes die Ersatzmänner und, wenn solche nicht erreichbar sind, andere anwesende wahlberechtigte Mitglieder der Kreisverbände des Stimmkreises in den Wahlvorstand.
- (4) Die Stimmzettel sind in den Stimmlokalen aufzulegen.
- (5) Zum Stimmlokal haben nur die Wahlberechtigten und sonstige an der Wahl Beteiligte Zutritt.
- (6) Für die Sammlung und Verwahrung der Stimmzettel während der Abstimmung wird eine Wahlurne verwendet. Der Deckel muß einen Spalt haben, der nicht mehr als 2 cm breit ist. Die Größe der Wahlurne bemißt sich nach den örtlichen Verhältnissen.
- (7) Vor Beginn der Abstimmung hat sich der Wahlvorstand davon zu überzeugen, daß die Wahlurne leer ist. Bis zur Entnahme der Stimmzettel nach Schluß der Wahl darf die Urne nicht mehr geöffnet werden.

§ 20

Stimmabgabe

- (1) Das Wahlrecht ist persönlich auszuüben. Für die Wahl dürfen nur die vom Bezirkswahlleiter ausgegebenen Stimmzettel (§ 18) verwendet werden.
- (2) Die Stimmabgabe ist nur in den Stimmlokalen des zuständigen Stimmkreises zulässig.
- (3) Der Wähler hat die Namen der zur Wahl vorgeschlagenen Delegierten und Ersatzmänner, die er wählen will, anzukreuzen; er darf aber nicht mehr Kandidaten ankreuzen, als zu wählen sind. Aus dieser seiner Stimmzahl kann der Wähler bis zu 3 Stimmen auf einen Kandidaten häufeln; dies muß er durch die entsprechende Zahl bei dem Namen des Kandidaten zum Ausdruck bringen.
- (4) Im Falle des § 7 Abs. 7 kann der Wähler nur so viele Namen auf dem Stimmzettel getrennt angeben, als Delegierte bzw. Ersatzmänner im Stimmkreis zu

wählen sind. Stimmzettel mit mehr Namen sind ungültig.

- (5) Stimmzettel, die eine Unterschrift tragen, gekennzeichnet sind oder andere als die vorgedruckten Namen enthalten, sind ungültig.
- (6) Der Wähler übergibt den Stimmzettel, zweimal zusammengefaltet, dem Vorsteher oder dem von diesem bezeichneten anderen Mitglied des Wahlvorstandes. Dieser läßt die Abgabe des Stimmzettels in der Wählerliste vermerken, entwertet die Wählerkarte durch den Vermerk „gewählt“ und legt dann den Stimmzettel in die Wahlurne.

§ 21

Ermittlung des Wahlergebnisses

- (1) Der Wahlvorstand ermittelt öffentlich und unmittelbar nach Ende der Wahl (§ 17 Abs. 2 Ziff. 1) das Wahlergebnis.
- (2) Dabei sind zunächst alle noch nicht benutzten Stimmzettel von den Tischen, an denen das Ergebnis ermittelt werden soll, zu entfernen. Hierauf werden die Stimmzettel in der Wahlurne durchgeschüttelt, entnommen und im ganzen ungeöffnet gezählt. Dann wird die Zahl der Abstimmvermerke in den Wählerlisten ermittelt. Die Zahl der Stimmzettel und der Abstimmvermerke werden miteinander verglichen. Eine auch bei wiederholter Zählung sich ergebende Abweichung der beiden Zahlen ist in der Niederschrift zu vermerken und, wenn möglich, aufzuklären.
- (3) Darauf werden die Stimmzettel entfaltet; es wird festgestellt, wieviele gültige Stimmen auf die Kandidaten entfallen. Für jeden Stimmkreis ist eine gesonderte Zähl- und Gegenliste für Wahlvorschläge und Kandidaten zu führen, wobei zwischen Delegierten und Ersatzmännern zu unterscheiden ist.
- (4) Über die Gültigkeit der Stimmzettel beschließt der Wahlvorstand.
- (5) Über die Wahlhandlung ist unter Zuziehung eines Schriftführers, der nicht Mitglied eines Ärztlichen Kreisverbandes sein muß, eine Niederschrift anzufertigen, die von den Mitgliedern des Wahlvorstandes zu unterzeichnen ist. Sie muß enthalten:
 - a) die Namen der Mitglieder des Wahlvorstandes,
 - b) Tag, Beginn, Ende und Ort der Wahlhandlung,
 - c) die Gesamtzahl der abgegebenen Stimmen,
 - d) alle Beschlüsse des Wahlvorstandes unter Angabe des Stimmverhältnisses, mit denen sie gefaßt wurden,
 - e) die bei der Wahl sich etwa ergebenden Beanstandungen und alle sonstigen Vorfälle, die für die Gültigkeit der Wahl Bedeutung haben können,
- f) die vorläufige Feststellung des Wahlergebnisses für das Stimmlokal.
- (6) Nach dem Abschluß der Ermittlung des Wahlergebnisses gibt der Wahlvorstand sämtliche Wahlunterlagen direkt an den Bezirkswahlausschuß ab.
- (7) Der Bezirkswahlausschuß stellt das Ergebnis für die einzelnen Stimmkreise bis spätestens zum Ablauf des dritten Tages nach dem Wahltag fest. Dabei entscheidet er über die Gültigkeit der Stimmzettel.
- (8) Die auf die Delegierten abgegebenen Stimmen werden den einzelnen Wahlvorschlägen zugerechnet. Die danach ermittelten Gesamtstimmenzahlen eines jeden Wahlvorschlags werden nacheinander durch 1, 2, 3, 4 usw. geteilt, bis so viele Höchstzahlen ermittelt sind, als Delegierte zu wählen sind (§ 4 Abs. 3). Auf jeden Wahlvorschlag entfällt dabei der Reihe nach so oft ein Delegierter, als der Wahlvorschlag jeweils die höchste Teilungszahl aufweist (d'HONDTSches Verfahren). Innerhalb des Wahlvorschlags ist jeweils der Kandidat mit den meisten Stimmen gewählt. Bei Stimmgleichheit entscheidet das Los.
- (9) Bei den Ersatzmännern ist festzustellen, welche Stimmzahl der einzelne Kandidat erhalten hat.
- (10) Über die Feststellung des Wahlergebnisses in den Stimmkreisen des Wahlbezirkes ist eine Niederschrift anzufertigen. Sie muß, geordnet nach Stimmkreisen, enthalten:

Die Zahl der Wahlberechtigten,
die Zahl der Wähler,
die Zahl der abgegebenen gültigen Stimmen,
die Zahl der ungültigen Stimmen,
die Namen der gewählten Delegierten und Ersatzmänner mit der auf sie entfallenden Stimmzahl.
- (11) Die Niederschrift ist von den Mitgliedern des Bezirkswahlausschusses zu unterzeichnen.

IV. Abschluß der Wahl

§ 22

Verständigung der Gewählten

Der Bezirkswahlleiter hat die Gewählten gegen Nachweis von der Wahl zu verständigen.

§ 23

Bekanntgabe des Wahlergebnisses

- (1) Nach der Feststellung des Wahlergebnisses durch den Bezirkswahlausschuß sind die Wahlakten an den Landeswahlleiter zur Bekanntgabe des Wahlergebnisses zu übermitteln. Dieser zeigt das Ergebnis dem Bayerischen Staatsministerium des

Innern an und übermittelt dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer die Akten über die Feststellung des Wahlergebnisses und die Stimmzettel.

- (2) Der Landeswahlleiter veranlaßt die umgehende Bekanntgabe des Wahlergebnisses im „Bayerischen Ärzteblatt“ und stellt dabei den hierfür geltenden Stichtag fest.

§ 24

Ersatzmänner und Nachwahl

Für einen Gewählten, der vor Ablauf der Amtszeit ausscheidet, rückt für den Rest der Amtszeit der Ersatzmann nach, der auf dem gleichen Wahlvorschlag unter den vorgeschlagenen Ersatzmännern die höchste Stimmzahl erreicht hat. Ist kein Ersatzmann mehr vorhanden, so ist innerhalb von vier Wochen eine Nachwahl nach den Vorschriften bekanntzumachen und durchzuführen, die für die vorhergehende Wahl festgelegt waren.

§ 25

Wahlanfechtung

- (1) Jeder Wahlberechtigte kann binnen 14 Tagen nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses (§ 23 Abs. 2) die Wahl wegen Verletzung der Wahlordnung bei der Bayerischen Landesärztekammer anfechten.
- (2) Die Wahl ist ungültig, wenn durch den gerügten Verstoß das Wahlergebnis verdunkelt worden ist. Die Entscheidung trifft der Landeswahlausschuß.
- (3) Wird die Ungültigkeit der Wahl im ganzen ausgesprochen, so wird eine Neuwahl angeordnet. Sie ist innerhalb einer Frist von vier Wochen bekanntzumachen; im übrigen gelten die Bestimmungen dieser Wahlordnung.
- (4) Wird die Ungültigkeit der Wahl nur für einen bestimmten Wahlbezirk oder für einen bestimmten Stimmkreis ausgesprochen, so bleibt die Neuwahl auf diesen Wahlbezirk oder Stimmkreis beschränkt.
- (5) Entsprechendes gilt, wenn die Wahl eines Delegierten oder Ersatzmannes ungültig ist. Die Neuwahl beschränkt sich dann auf die Wahl des Delegierten bzw. des Ersatzmannes, dessen Wahl ungültig war.

- (6) Für die Neuwahl in einem ganzen Wahlbezirk (Abs. 4) gelten die Bestimmungen dieser Wahlordnung; im übrigen gelten für eine Neuwahl nach Abs. 4 und 5 die dem festgelegten Wahlverfahren jeweils entsprechenden Bestimmungen dieser Wahlordnung.

- (7) Abs. 4 bis 6 gelten auch für eine Nachwahl.

§ 26

Wahlakten

Die Wahlakten sind bis zum Ablauf der Amtszeit der Delegierten von der Bayerischen Landesärztekammer aufzubewahren.

§ 27

Kosten

Die gesamten Kosten der Wahl gehen zu Lasten der Bayerischen Landesärztekammer.

§ 28

Einberufung der Landesärztekammer

- (1) Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer lädt die Medizinischen Fakultäten der Landesuniversitäten zur Benennung je eines Mitgliedes als Delegierten zur Landesärztekammer ein.
- (2) Spätestens vier Wochen nach Bekanntgabe des Wahlergebnisses (§ 23 Abs. 2) veranlaßt der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer den Zusammentritt der gewählten Delegierten zur Wahl nach Art. 13 Abs. 2 des Kammergesetzes vom 15. Juli 1957.

§ 29

Inkrafttreten

Diese Wahlordnung tritt am 1. des auf die Veröffentlichung im „Bayerischen Ärzteblatt“ folgenden Monats in Kraft. Zum selben Zeitpunkt tritt die Wahlordnung vom 13. Juli 1961 außer Kraft.

München, 15. Oktober 1970

gez. Professor Dr. med. H. J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

**Der Gruppenversicherungs-
vertrag Ihrer Ärztekammer mit
der Vereinigten und ihrer
„Tochter“, der Salus-Kranken-
hauskosten-Versicherungs-AG
bietet Ihnen wesentliche Vorteile
für Krankentagegeld-
Versicherungen bei Arbeits-
unfähigkeit und zusätzliche
Barleistungen bei
einem Krankenhausaufenthalt.**

**Die Vereinigte ist Vertrags-
partner fast aller Ärztekammern
im Bundesgebiet und
des Marburger Bundes.**



Vereinigte Krankenversicherung AG

Generaldirektion

8000 München 23, Leopoldstraße 24

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bisher sind erschienen:

Band 1 mit Band 5 sowie Band 14 vergriffen

Band 6 „Therapie der Erkrankungen der Leber und Gallenwege – Therapie der peripheren arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen – Wohlstand und Krankheit“

(Vorträge der 17. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1966)

Band 7 „Vorbeugung und Wiederherstellung bei Herz- und Kreislauferkrankungen“

(Aufgaben einer modernen Rehabilitationsklinik) – Zweitaufgabe –

Band 8 KOELSCH: „Beiträge zur Geschichte der Arbeitsmedizin“

Band 9 „Die Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit in München“

Band 10 „Therapie der Magen- und Darmkrankheiten – Therapie der Herz- und Kreislauferkrankungen – Probleme der medikamentösen Geburtenregelung“

(Vorträge der 18. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1967)

Band 11 KOERTING: „Die deutsche Universität in Prag – Die letzten 100 Jahre ihrer medizinischen Fakultät“

Band 12 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose“

(Vorträge der 7. Bayerischen Internisten-tagung in München 1967)

Band 13 SOOST: „Schule für Zytologie-Assistentinnen in München“

(Erfahrungsbericht nach einjährigem Bestehen der Schule)

Band 15 „Therapie endokriner Erkrankungen – Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen – Beratung und Behandlung bei sexuellen Störungen“

(Vorträge der 19. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1968)

Band 16 SOOST: „Krebsfährtsuche durch gynäkologische Zytodiagnostik in der Praxis“

Band 17 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“

(Vorträge der 8. Bayerischen Internisten-tagung in München 1968)

Band 18 „Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen unter besonderer Berücksichtigung der Gebiete Geriatrie–Gynäkologie–Neurologie–Pädiatrie–Urologie – Heutiger Stand der Therapie der Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege – Ärztliche Beratung in der modernen Touristik“

(Vorträge der 20. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg 1969)

Band 19 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“

(Vorträge der 9. Bayerischen Internisten-tagung in München 1969)

In Vorbereitung:

Band 20 BORELLI/DÜNGEMANN: „Rehabilitation in der Dermatologie“

(Zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation von chronisch Hautkranken)

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte beigelegt der Firmen:

Max Dähling, Pforzheim

GEBAU AG, Düsseldorf

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 33 20 21. Schriftleiter Or. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 5252, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“).

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, Fernschreiber 05 23 66 2, Talagremmedresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.

Oruck: Oruckerei und Verlag Hens Zauner jr., 8060 Dachau.

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 nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wann gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

November 1970

23. Bayerischer Ärztetag in Passau

vom 2. bis 4. Oktober 1970

Mit einer Feierstunde im Rathaussaal der Stadt Passau wurde am 2. Oktober 1970 der 23. Bayerische Ärztetag eröffnet, der vom Quartett des Passauer Konzertvereins umrahmt wurde.

Der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Passau, Herr Dr. med. A. STEINEBREY, begrüßte mit sehr herzlichen Worten die Gäste und die Delegierten.

Professor Dr. med. Hans J. SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, konnte eine große Zahl von Ehrengästen begrüßen, die als Vertreter staatlicher, behördlicher und kirchlicher Stellen erschienen waren: als Vertreter der Bayerischen Staatsregierung und des an der Teilnahme leider verhinderten Herrn Ministerpräsidenten Dr. Alfons GOPPEL den Bayerischen Staatsminister des Innern, Herrn Dr. B. MERK, für den Bayerischen Senat den Präsidenten des Bayerischen Senats, Freiherr POSCHINGER von FRAUENAU, den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn Dr. F. PIRKL, das Mitglied des Bundestages Herrn Abgeordneten Oberstudienrat Dr. FUCHS, von den erschienenen Mitgliedern des Bayerischen Landtages den Vorsitzenden des Bayerischen Landesgesundheitsrates, Herrn Kollegen Dr. R. SOENNING, ferner die Herren Abgeordneten FUCHS, GERSTL, KAPS und WÖSNER, sowie die Mitglieder des Bayerischen Senats, Herrn Kollegen Dr. Dr. Frhr. v. GUGEL, zugleich als Vorsitzenden des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes, Herrn Kollegen Stadtmedizinaldirektor Dr. KLÄSS, zugleich als Vizepräsident des Bayerischen Roten Kreuzes, Herrn Prälat PENZKOFER, zugleich als Direktor des Caritas-Verbandes der Diözese Passau, den Rektor der Philosophisch-Theologischen Hochschule Passau, Herrn Professor Dr. ESER, in Vertretung des Dekans der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München Herrn Professor Dr. HIPPEL, in Vertretung des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität München Herrn Professor Dr. med. v. BRAUNBEHRENS,

in Vertretung des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg Herrn Professor Dr. SCHEIFFARTH, als Vertreter der evangelischen Kirche Herrn Dekan GÖTZ, vom Bayerischen Staatsministerium des Innern den Leiter der Gesundheitsabteilung, Herrn Kollegen Ministerialdirigent Dr. HEIN, vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge Herrn Ministerialrat Dr. MIESBACH, von der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin Herrn Kollegen Ministerialrat Dr. THÜR, zugleich als Mitglied des Präsidiums der Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, als Vertretung der Regierung von Niederbayern Herrn Regierungsmedizinaldirektor Dr. STADLER, den Oberbürgermeister der Stadt Passau, Herrn Dr. BRICHTA, den 1. Bürgermeister, Herrn Oberstudiendirektor Dr. ZILK, und die Mitglieder des Stadtrates, in Vertretung des Präsidenten des Bayerischen Obersten Landesgerichtes den Vorsitzenden des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe, Herrn Senatspräsidenten Dr. WEICHMANN, den Präsidenten des Bayerischen Landessozialgerichtes, Herrn BERGHOFER, den Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer, Herrn Staatssekretär a. D. Dr. WEHGARTNER, den Vizepräsidenten Dr. MAYER, den Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, Herrn Oberregierungsdirktor Dr. HÖNIG, den Präsidenten der Oberösterreichischen Ärztekammer, Herrn Dr. LECHNER, den Präsidenten der Bayerischen Landesapothekerkammer und Präsidenten des Bundesverbandes der Apothekerkammern, Herrn Apotheker RIEMERSCHMID, den Vizepräsidenten der Bayerischen Landeszahnärztekammer, Herrn Zahnarzt WINTER, in Vertretung des Präsidenten der Bayerischen Landestierärztekammer Herrn Oberveterinärdirktor Dr. BLUMENTRITT, für den Landesverband Bayern der Ortskrankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen Herrn Verwaltungsdirektor SITZMANN, für den Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern Frau Verwaltungsdirektor SCHMID, den Vorsitzenden des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen in Bayern, Herrn Dr. FUCHS und Herrn Verwaltungsdirektor DELLINGER, für den Verband der Landkrankenkassen in Bayern Herrn Verwaltungsdirektor STELZL, stellvertretend für die Vertreter von Behörden, Körperschaften, Schulen und der Bundeswehr der Stadt

Passau Herrn Landgerichtspräsident MESSER, den Direktor der Karl-Peter-Obermaier-Berufsschule, an der die Arzthelferinnen in Passau unterrichtet werden, Herrn Oberstudiendirektor VOLLATH, mit den Damen und Herren seines Lehrkörpers, die Herren Repräsentanten angesehener Häuser der pharmazeutischen Industrie, der Apotheker- und Ärztekbank und der Vereinigten Krankenversicherung als Vertragspartner der Bayerischen Landesärztekammer.



Von links nach rechts:
Dr. Sondermann, Dr. Hering, Dr. Völlinger
Träger der Paracelsus-Medaille

Besonders herzlich wurden begrüßt die bayerischen Träger der Paracelsus-Medaille, der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, Herr Dr. HERING, Herr Dr. SONDERMANN und Herr Dr. VÖLLINGER, der langjährige Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. HENSE, der Präsident des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer, Herr Professor Dr. FROMM, die übrigen Mitglieder des Vorstandes der Bundesärztekammer, unter ihnen der Bundesvorsitzende des Marburger Bundes, Herr Kollege Dr. ODENBACH, stellvertretend für alle Mitglieder der Geschäftsführung der Bundesärztekammer, der Hauptgeschäftsführer Herr Kollege Professor Dr. STOCKHAUSEN, der Kommandeur der Sanitätsakademie, Herr Generalarzt Dr. REBENTISCH, der Vorsitzende des Verbandes der Ärzte Deutschlands, Herr Kollege Dr. METZNER, der Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Herr Kollege Regierungsmedizinaldirektor Dr. BÖHM, der Vorsitzende des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins, Herr Kollege Oberregierungsmedizinalrat Dr. WALTHER, der Vorsitzende des Landesverbandes Bayern des Marburger Bundes, Herr Kollege Obermedizinalrat Dr. MÜHLEISEN, die Delegierten und Mitglieder des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer, die Mitglieder des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, alle übrigen Kolleginnen und Kollegen, alle anwesenden Damen, besonders die Arztehefrauen, und schließlich Rundfunk und Presse, unter ihnen die Schriftleiter und Mitarbeiter der Standespresse.

Zusammenfassung der Eröffnungsrede des Kammerpräsidenten

„Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Die lange Begrüßungsliste zeigt das große Interesse an unserem Bayerischen Ärztetag. Lassen Sie mich nun einen kurzen Überblick geben über die Beratungspunkte und Themen, mit denen wir uns befassen. Wir werden voraussichtlich eine neue Berufsordnung beschließen. Sie ist keine „Zunftordnung“ im Interesse der Ärzte, sondern eine Ordnung, in der wir Ärzte uns im Interesse der Patienten besondere Verpflichtungen auferlegen.

Ein wichtiger Beratungspunkt ist die ärztliche Versorgung der Bevölkerung, vor allem auf dem Lande. Wir wollen uns bemühen, auch junge Ärzte wieder für die Tätigkeit auf dem Lande zu gewinnen. Ich bin davon überzeugt, daß die Beratungen, die zwischen der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und unserer Staatsregierung aufgenommen wurden, sehr bald zur Konkretisierung eines Förderungsprogramms für die Niederlassung von Ärzten auf dem Lande führen werden. Aber auch neue Formen der ärztlichen Versorgung auf dem Lande wollen wir entwickeln. Wir müssen eine gemäßigte Zentralisierung versuchen und vielleicht durch Errichtung von Gemeinschaftspraxen neue Wege gehen, welche die ärztliche Versorgung verbessern.

Großes Interesse der Öffentlichkeit finden unsere Beratungen über Gesundheitsvorsorge. Die Vorsorgeuntersuchungen als Maßnahmen zur Entdeckung von beginnenden Schäden und zur Frühentdeckung von Krankheiten sind heute schon Bestandteil der modernen Medizin geworden und es gibt eine Reihe von solchen Untersuchungsprogrammen, die wir bereits praktizieren. Es ist zu erwähnen die Untersuchung von Frauen während der Schwangerschaft zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen, zur Senkung der Kindersterblichkeit und zum Schutz des Kindes, wobei besonders an die Erkennung von Blutgruppenunverträglichkeiten gedacht ist, durch deren Ausschaltung wir heute Tausende von Kindern retten können. Die Beteiligung an diesen Schwangerschaftsuntersuchungen liegt derzeit bei etwa $\frac{3}{4}$ aller Frauen. Wir müssen uns bemühen, die Beteiligung noch zu steigern, denn es sollte eigentlich keine Frau mehr geben, die während der Schwangerschaft nicht in ärztlicher Betreuung steht.

Seit 1969 führen wir in Bayern Vorsorgeuntersuchungen bei Frauen zur Entdeckung von Krebserkrankungen am Muttermund und Gebärmutterhals und des Brustkrebses durch. Es besteht damit die Möglichkeit, den Krebs an der Gebärmutter praktisch auszurotten. Leider mußten wir feststellen, daß die Beteiligung der in Frage kommenden Frauen nur knapp 10% beträgt. Das ist erschütternd, wenn man an die Chancen denkt,

Festakt anlässlich des 23. Bayerischen Ärztetages in Passau



Professor Dr. Hans J. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer



Dr. Bruno Merk
Bayerischer Staatsminister des Innern



Dr. A. Steinebrey
1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Passau



Professor Dr. E. Fromm
Präsident der Bundesärztekammer



Von links nach rechts (1. Reihe):
Professor Dr. Fromm, Staatsminister Dr. Merk,
Professor Dr. Sewering, Oberbürgermeister Dr. Brichta



Von links nach rechts:
Abgeordneter Dr. Fuchs, Oberbürgermeister Dr. Brichta, Verleger Dr. Kapfinger, Staatsminister Dr. Merk, Professor Dr. Sewering, Dr. Steinebrey, Dr. Rixner (Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern)

die mit dieser Untersuchung – sofern sie regelmäßig durchgeführt wird – den Frauen geboten werden. Ich habe gerade darüber in den letzten Tagen mit Publizisten gesprochen und wir haben vereinbart, daß wir alles tun wollen, um die Notwendigkeit dieser Untersuchungen zu propagieren.

Die Krebsvorsorgeuntersuchung der Männer, wie wir sie kurz nennen, eine Untersuchung, die sich auf den Prostata- und den Mastdarmkrebs bezieht, ist von der Ärzteschaft empfohlen worden, konnte aber bisher noch nicht eingeführt werden. Ich hoffe, daß auch das bald der Fall sein wird.

In Gesprächen ist manchmal zu hören, daß die Vorsorgeuntersuchungen besser im Krankenhaus oder Ambulatorium erfolgen sollen anstatt beim freipraktizierenden Arzt. Das würde zunächst die freie Arztwahl beseitigen. Es ist aber auch eine Illusion zu glauben, daß der Erfolg von Vorsorgeuntersuchungen primär vom Einsatz technischer Mittel abhängt, über welche die freie Praxis – wie man offenbar glaubt – nicht verfügen würde. Alle bisher streng wissenschaftlich erarbeiteten Programme können in der freien Praxis optimal durchgeführt werden! Im übrigen werden wir aber die besten Erfolge jeder Gesundheitsvorsorge erst dann ernten können, wenn es gelungen ist, die Mitmenschen davon zu überzeugen, daß ihr eigener Beitrag das wichtigste ist. Wer nicht glaubt, daß es gewisse Dinge gibt, die die Gesundheit zerstören, dem ist auch mit einer Vorsorgeuntersuchung nicht zu helfen.

Das Thema Krankenhaus beschäftigt nicht nur uns, sondern auch die Publikationsorgane. Ich erinnere an besonders ‚arztfreundliche‘ Titel wie ‚Halbgötter in Weiß‘ oder ‚Millionäre im weißen Mantel‘. Wir sind die einzigen, die keine Millionäre werden dürfen, weil wir einen weißen Mantel tragen. Das ‚klassenlose Krankenhaus‘ ist eines der neuen Schlagworte. Im Krankenhaus soll plötzlich all das aufhören, was das Bild unserer Gesellschaft zeichnet. Wir haben gar nichts dagegen, daß der eine fliegt und der andere mit dem Fahrrad fährt; wir haben nichts dagegen, daß der eine 1. Klasse im TEE und der andere mit dem Personenzug fährt; wir finden es ganz normal, daß der eine Kaviar bevorzugt und der andere Leberkäs. Aber im Krankenhaus soll plötzlich alles gleich sein, mit der Begründung, dadurch würden alle besser behandelt. Ebenso klagt man, daß die Verweildauer im Krankenhaus zu lange sei. Die Schuld daran gibt man natürlich nicht unserer sozialen Struktur und der zunehmenden Veränderung des Altersaufbaues, sondern den frei praktizierenden Ärzten. Man hat auch gleich ein Rezept parat: ambulante Voruntersuchungen und Nachbehandlungen im Krankenhaus. Die Frage, wer die Patienten behandelt, die in der Nacht einen Herzinfarkt oder eine Gallenkolik bekommen, wird gar nicht gestellt, weil es unbequem ist. Die Tatsache, daß die deutschen Kassenpatienten zu den am besten untersuchten und behandelten der Welt gehören, wird

einfach ignoriert. Es sind nicht wenige Chefärzte und leitende Ärzte, die wir gebeten haben, an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung mitzuwirken, aber wir haben immer ein schlechtes Gewissen gegenüber diesen Kollegen, denen wir eine doppelte Belastung zumuten. Wir wissen, daß sie durch die Tätigkeit am stationären Patienten eigentlich voll ausgelastet sind. Es gibt in unserem Lande seit Jahrzehnten eine gewachsene Aufgabenteilung zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Krankenhausarzt, und diese Zusammenarbeit und diese Aufgabenteilung hat sich bewährt. Strukturveränderungen des bisherigen Verhältnisses zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Krankenhausarzt wären für uns nur diskutabel, wenn dadurch eine Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Patienten einträte. Dafür spricht aber nichts! Der Grund für die Bestrebungen, eine gewachsene und bewährte Regelung zu ändern, kann also offensichtlich nicht der sein, eine solche Verbesserung zu erreichen! Wir werden uns jedenfalls allen Plänen widersetzen, die das Ziel haben, den freien Arztstand zu beseitigen und in eine auch für den Patienten schlechte Abhängigkeit zu führen. Es gibt genügend Beispiele auf der Welt dafür. Ich kann nur sagen, daß die Gesellschaft in solchen Ländern von derartigen Entwicklungen keinen Nutzen gezogen hat.

Wir wollen unseren Mitmenschen weiter dienen in einer freien Gesellschaft als freie Ärzte. – Damit erkläre ich diesen Ärztetag für eröffnet.“

Im Anschluß daran hielt der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dr. Bruno MERK, die nachstehend auszugsweise wiedergegebene Ansprache:

Ansprache des Bayerischen Staatsministers des Innern

„Meine sehr geehrten Damen und Herren

Es ist schon Tradition, und meines Erachtens eine gute Tradition, daß der Gesundheitsminister bei der Eröffnung des Bayerischen Ärztetages den Delegierten und damit der bayerischen Ärzteschaft seine Reverenz erweist. Ich bin dem von Anfang an gerne nachgekommen, um so mehr sich mir eine willkommene Gelegenheit bietet, mich darüber hinaus über Probleme zu äußern, die im Bereiche der Gesundheitspolitik besonders heranstehen. Wenn ich mich dabei da und dort wiederhole, so will ich damit die Bedeutung mir besonders wichtiger Punkte unterstreichen und deren berufspolitisches Gewicht betonen. Es sind Zeitströmungen festzustellen, die auch die Ärzteschaft zum Nachdenken anregen sollten.

Die Ärzteschaft hat die Aufgabe, die ärztliche Versorgung aller Teile der Bevölkerung sicherzustellen. Der Staat hat den Berufsorganisationen zu diesem Zweck eine beträchtliche Fülle von Zuständigkeiten und damit Befugnissen delegiert. Er beabsichtigt nicht, von sich aus hier eine Änderung herbeizuführen. Das

müßte er unter Wahrung der grundlegenden Prinzipien unserer Gesellschaftsordnung nur dann tun, wenn die Berufsorganisationen den ihnen übertragenen Aufgaben nicht gewachsen wären und dadurch ein Notstand entstünde. Die Engpässe, die sich zur Zeit auf einigen Gebieten, insbesondere bei der ärztlichen Versorgung der Landbevölkerung abzeichnen, sind zweifellos noch kein Anlaß für einen Eingriff des Staates in der Selbstverwaltung. Sie können aber, wenn sie nicht behoben werden oder sich gar verschärfen, durchaus eines Tages von politischen, dem derzeitigen System zuwiderlaufenden und die Freizügigkeit der Ärzte gefährdenden Forderungen werden. Schon jetzt ertönt, wenn auch vorerst nur leise, in diesem Zusammenhang der Ruf nach dem Staat.

Die Gründe für die teilweise ärztliche Unterversorgung sind vielschichtig, sie sind nicht zuletzt auch gesellschaftlicher Natur. Die Mittel zur Beseitigung der ärztlichen Minderversorgung auf dem Lande sind daher vielseitig anzusetzen. Es erscheint mir sinnvoll, geeignete Maßnahmen durch einen interministeriellen Ausschuß, unter Beteiligung der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung, erarbeiten zu lassen. Wenn auch finanzielle Erwägungen für den einzelnen Arzt eine untergeordnete Rolle spielen dürften, habe ich doch den Vorschlag Ihres Herrn Präsidenten, Zuschüsse zumindest günstiger Aufbaudarlehen bei Praxisgründung und -einrichtung durch die Kassenärztliche Vereinigung oder den Staat zu geben, aufgegriffen und die Herren Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge sowie der Finanzen gebeten, gangbare Möglichkeiten zu prüfen. Es erscheint mir aber vor allem notwendig, die Bevölkerung über die physische und psychische Belastung der Landärzte mehr als bisher aufzuklären, um in ihr mehr Verständnis dafür zu wecken, daß auch dem Landarzt — unbeschadet echter Notfälle — ein Anspruch auf eine angemessene Freizeit zugebilligt werden muß. Andererseits muß versucht werden, den jungen Ärzten die Scheu zu nehmen, auf das Land zu gehen, wozu neben infrastrukturellen Maßnahmen, insbesondere im kulturellen Bereich, das Angebot ausreichender Weiterbildungsmöglichkeiten unerläßlich ist. Durch die im Vorjahr verabschiedete Weiterbildungsordnung wurde dem Praktischen Arzt der Status eines gleichberechtigten Partners im Rahmen der medizinischen Fachgebiete zuerkannt. Daß es ohne dem Praktischen Arzt oder dem Arzt für Allgemeinmedizin nicht möglich ist, eine befriedigende ärztliche Versorgung der Bevölkerung, in welchem Gesundheitssystem auch immer, sicherzustellen, ist eine Erkenntnis, die sich doch immer mehr durchzusetzen scheint.

Ich bin von der Besorgnis um die Freiheit und der Freizügigkeit der Ärzte ausgegangen. In die Auseinandersetzungen darum werden immer mehr und heftiger ideologische Gesichtspunkte hereingetragen. Das zeigt sich auch am Beispiel des Schlagwortes 'Klassenloses Krankenhaus', dem allerdings eine genauere und verbindliche Definition noch fehlt. Die Debatte

darüber wird meist politisch-ideologisch geführt, auch von ärztlicher Seite. Solche Debatten, die aus einer Art Schaufensterdemokratie kommen, halte ich um so bedenklicher, als doch in zunehmendem Maße seelische Spannungen, Mißempfindungen und menschliches oder berufliches Versagen auch als Krankheitsgestalter anerkannt werden. Daß jeder Kranke dem Einweisungsgrund entsprechend und jeder Schwerkranke in einem Zimmer untergebracht und ärztlich wie pflegerisch bestens versorgt werden muß, versteht sich von selbst. Jeder Bürger muß zunächst die gleiche Chance im Krankenhaus haben. Er muß aber darüber hinaus noch die Möglichkeit haben, seinem Alter, seinem Lebensstil, seiner Sensibilität Rechnung tragen zu können. Das gilt besonders für differenzierte und psychisch labile Menschen. In der drohenden Preisgabe des individuellen Milieus, des Psychosomatischen, das einmal zu einem Krankenhausaufenthalt gehört, sehe ich einen Rückfall in jene Zeiten, in denen das Unterbewußte noch nicht entdeckt war.

Neben berufspolitischen Fragen wird sich auch dieser Ärztetag mit Problemen der Gesundheitspolitik befassen. Es ist mit dem Verdienst der Ärztetage, daß die Präventivmedizin im Verhältnis der kurativen Medizin immer gleichrangiger wird. Obwohl sich die gegenwärtige Bundesregierung u. a. auch in der Gesundheitsvorsorge umfassende, aufeinander abgestimmte Maßnahmen zum Ziele gesetzt hat, sind gegenüber früher neue Aktivitäten nicht bekannt. In Bayern wurden auch ohne ein eigenes Institut, wie es beim Bund besteht, Modelle zur Früherkennung von Krankheiten und gesundheitlichen Störungen entwickelt und verwirklicht. So z. B. die Schwangerenvorsorge 1964, Krebsuntersuchungen für Frauen und Diabetesfrüherkennung sowie neuerdings Krebsvorsorgeuntersuchungen beim Mann. Es sind jedoch nicht nur aus der Vergangenheit Beispiele vorhanden, sondern auch Programme für die Zukunft. Für besonders wichtig halte ich die Untersuchung der Neugeborenen auf angeborene oder geburtliche Störungen und Schädigungen. Wenn schon aus dem perinatalen Bereich die Vorsorgeuntersuchungen der werdenden Mütter in den Leistungskatalog der Sozialversicherung aufgenommen wurden, so muß die logisch nächst notwendige, die Untersuchung der Geborenen, unmittelbar folgen.

Entscheidend für die Vorsorge ist die Frühdiagnose des Praktischen Arztes. Er hat die schwere Aufgabe, im überfüllten Sprechzimmer die wirklichen Verdachtsfälle aus Dutzenden von banalen und funktionellen Störungen auszulesen und die Nichtbetroffenen in aller Bestimmtheit zu beruhigen. Vom Hausarzt neuer Prägung erwarten Kranke und Angehörige die erste und zuverlässige Information über Behandlungsmöglichkeiten und Heilungschancen. An ihm ist es auch, dem unheilbar Tumorkranken sein Leben erträglich zu machen und seine verbleibende Lebenszeit so wertvoll wie möglich gestalten zu helfen.

Die Übernahme von Immer mehr Vorsorgeleistungen durch die Krankenkassen bringt für die Ärzte laufend neue Aufgaben und damit zusätzliche Belastungen, mit denen sie fertig werden müssen. Es ist zu hoffen, daß das gelingt. Es ist aber ebenso zu hoffen, daß die Bevölkerung ihre Zurückhaltung in dieser Richtung mehr und mehr aufgibt und von den angebotenen Möglichkeiten zunehmend Gebrauch macht.

Mit den angesprochenen Fragen der Gesundheitsvorsorge möchte ich heute euch einmal die überragende Bedeutung des Sports für die moderne, mit Freizeit so gesegnete Gesellschaft entsprechen. Der Sport stellt für die Folgeerscheinung einer Vielzahl von Zivilisationsschäden und -krankheiten unserer Industriegesellschaft, in der Wohlstand und technischer Komfort die persönlichen Impulse zum Erliegen bringen können, geradezu ein ideales Gegenmittel dar. Als eine Art Selbsthygiene betrieben ist er eine Notwendigkeit für die Menschen aller Alters- und Berufsgruppen.

Ein immer akuter werdendes Problem, von dem ich hoffe, daß Vorsorge- und andere Maßnahmen nicht schon zu spät kommen, ist die Zunahme der Rauschgiftsucht. Der Mißbrauch von klassischen Betäubungsmitteln geht seit Jahren zurück. Hingegen hat der in anderen Ländern besonders unter Jugendlichen und Heranwachsenden verbreitete Genuß von rauscherzeugenden Drogen, insbesondere von Haschisch, euch auf unser Land übergegriffen. Er beschränkt sich nicht mehr auf die Ballungsräume, sondern hat schon Mittel- und Kleinstädte erfaßt. Es ist vielleicht weniger die Droge selbst, deren oft behauptete Ungefährlichkeit nicht bewiesen ist, der aber noch meist eine Schrittmacherfunktion für stärkere Mittel zukommt, als die falsche Information, die dieses Problem hervorgerufen hat. Mögliche Maßnahmen müssen, um kausal wirken zu können, im präventiven Bereich ansetzen. Als beste Prophylaxe wird eine Aufklärung angesehen, die die Gefahren der Drogeneinnahme nicht bagatellisiert. Daneben wird es notwendig sein, Beratungsstellen für gelegentlich drogenmißbrauchende Jugendliche zur Verfügung zu stellen, die sie ohne Angst vor Strafverfolgung oder sonstigen Nachteilen in Anspruch nehmen können. Es sind spezielle Behandlungsstellen für Entziehungskuren von Drogenabhängigen einzurichten. Weiterhin sind epidemiologische Studien, nicht nur zur Erforschung von Ausbreitung und Motiven, sondern ebenso zur Gewinnung von Grundlagen für eine stufenlose Wiedereingliederung der Süchtigen in die Gesellschaft notwendig. Nicht zuletzt gilt es, die Beschaffungsmöglichkeiten von suchtauslösenden Stoffen einzudämmen. Mit entsprechenden Maßnahmen wurde schon begonnen. Auch ist eine Änderung des Opiumgesetzes vorgesehen, die verschärfte Streb Bestimmungen für gewerbsmäßig begangene Suchstoffdelikte und eine Besserstellung für Täter, insbesondere Ersttäter, die illegale Suchstoffe in geringen Mengen zum eigenen Verbrauch erwerben, bringen

wird. Es ist also ein vielschichtiges Problem, das einer rechtzeitigen Planung und Koordination bedarf. Die fachliche und aufklärende Information durch die Ärzte wird, wie sonst auch in der Prävention, im Vordergrund stehen.

Wie jedes Jahr, darf ich der Standesführung wie jedem einzelnen Arzt euch heuer wieder den Dank der Staatsregierung, verbunden mit meinem persönlichen Dank, zum Ausdruck bringen und Sie bitten, im bisherigen Sinn weiterzuarbeiten, im Interesse der Bevölkerung wie euch des Ärztestandes selbst, der, wie ich eingangs darlegte, weitgehend sein Schicksal in eigenen Händen hält."

Oberbürgermeister Dr. BRICHTA überbrachte die Grüße der Passauer Bürgerschaft und des Passauer Stadtrates. Die Stadt begrüßt es, bei Anlässen, wie einem Ärztetag, eine große Zahl von Persönlichkeiten mit den Belangen dieser Stadt bekanntzumachen. Er wünschte den Beratungen einen guten Verlauf und den Teilnehmern die Möglichkeit, die Schönheiten dieser alten Stadt kennenzulernen.

Professor Fromm überreicht Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft an den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge

Professor Dr. E. FROMM, Präsident des Deutschen Ärztetages und der Bundesärztekammer, überbrachte dem Ärztetag die Grüße dieser Gremien. Er erinnerte daran, daß gerade in der heutigen Zeit der versuchten „Umfunktionierung“ alter Werte eine Tagung in einer Stadt mit so viel Tradition wie Passau von besonderer Bedeutung sei.

Im Auftrage des Deutschen Ärztetages dankte er auch dem anwesenden Bayerischen Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herrn Dr. Fritz PIRKL, für sein Verständnis für die Belange eines freien Arztiums auch im Bereiche der Sozialversicherung und verlieh ihm im Auftrag des Vorstandes der Bundesärztekammer das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft.

Mit dieser Auszeichnung ehrt die deutsche Ärzteschaft einen Mann, der als Kommunalpolitiker, Abgeordneter, Staatssekretär und Staatsminister stets in außergewöhnlichem Maße Verständnis für Fragen sowohl der Medizin als auch der Ärzteschaft gezeigt hat. Das Bekenntnis zur freien Arztweh und die Ablehnung aller Tendenzen zur Staatsmedizin, wie sie Herr Dr. Pirkel in seiner politischen Arbeit stets überzeugend zum Ausdruck brachte, verlangen von einem Arbeits- und Sozialminister Mut und wiegen deshalb besonders schwer. Dabei war ihm die Herbeiführung eines vertrauensvollen Verhältnisses zu den gesetzlichen Ärztevertretungen und anderen ärztlichen Verbänden stets ein wesentliches Anliegen. Als Psychologe von Haus aus mit besonderem Sinn für das Medizinische

Hansaplast®

Beiersdorf

verklebt nicht mit der Wunde



Bei Schnupfen



Der Schornsteinfeger Räucherkerzen
sorgt für den Durchzug im Kamin.
Bei Schnupfen löst das Luftproblem
schnell, sicher, einfach Otriven.

C I B A

OTRIVEN®
OTRIVEN®-MILLICORTEN®



ausgestattet, versteht er es hervorragend, die Belange der Gesundheits- und der Sozialpolitik aufeinander abzustimmen.

Als Mitglied der Bayerischen Staatsregierung gelang es Herrn Dr. Pirkl, die gesundheitspolitischen Akzente in Arbeitsschutz, Sozialversicherung und Kriegsoferversorgung erheblich zu verstärken. Die seiner Rechtsaufsicht unterstehenden Sozialversicherungsträger hat er immer wieder ermuntert, gesundheitliche Vorsorge-

maßnahmen als freiwillige Leistungen zu gewähren, um so die bayerische Ärzteschaft in die Lage zu versetzen, sie für ihre Patienten nutzbar zu machen. So wurden in Bayern als erstem Bundesland schon sehr frühzeitig mit allen RVO-Kassen über die Einführung der Krebsvorsorgeuntersuchungen für Frauen abgeschlossen. Auch die Einführung von Vorsorgeuntersuchungen für Männer hat Dr. Pirkl nachdrücklich und wiederholt empfohlen.

Die Schaffung von Rehabilitationseinrichtungen durch Sozialversicherungsträger und Kriegsoferversorgung, vor allem für Querschnittgelähmte und andere Schwerstbeschädigte, findet in Staatsminister Dr. Pirkl einen unermüdlichen und ideenreichen Förderer.

Hervorzuheben sind auch die Verdienste Dr. Pirkl's auf dem Gebiet der Arbeits- und Sozialmedizin. Seinen intensiven Bemühungen ist es zu verdanken, daß der Freistaat Bayern als erstes Bundesland eine Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin schuf. Auch hier war es für ihn eine Selbstverständlichkeit, die ärztliche Standesorganisation von Anfang an vertrauensvoll und unbürokratisch zu beteiligen.

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Unseren Kollegen stehen folgende Bände kostenlos zur Verfügung. Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 23, Königinstraße 85, unter Beifügung von DM 1,— in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

- Band 6 „Therapie der Erkrankungen der Leber und Gallenwege — Therapie der peripheren arteriellen und venösen Durchblutungsstörungen — Wohlbefinden und Krankheit“ (Vorträge der 17. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg 1966)
- Band 8 KOELSCH: „Beiträge zur Geschichte der Arbeitsmedizin“
- Band 9 „Die Aktion zur Früherkennung der Zuckerkrankheit in München“
- Band 10 „Therapie der Magen- und Darmkrankheiten — Therapie der Herz- und Kreislauferkrankheiten — Probleme der medikamentösen Geburtenregelung“ (Vorträge der 18. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg 1967)
- Band 11 KOERTING: „Die deutsche Universität in Prag — Die letzten 100 Jahre ihrer medizinischen Fakultät“
- Band 12 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose“ (Vorträge der 7. Bayerischen Internistentagung in München 1967)
- Band 15 „Therapie endokriner Erkrankungen — Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen — Beratung und Behandlung bei sexuellen Störungen“ (Vorträge der 19. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg 1968)
- Band 16 SOOST: „Krebstähtensuche durch gynäkologische Zytodiagnostik in der Praxis“
- Band 17 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“ (Vorträge der 8. Bayerischen Internistentagung in München 1968)
- Band 18 „Fehldiagnosen und ihre therapeutischen Konsequenzen — Therapie der Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege — Ärztliche Beratung in der modernen Touristik“ (Vorträge der 20. Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg 1969)
- Band 19 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“ (Vorträge der 9. Bayerischen Internistentagung in München 1969)

Aus der Arbeitstagung des 23. Bayerischen Ärztetages

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer eröffnete die Arbeitstagung des 23. Bayerischen Ärztetages und führte u. a. aus:

Seit dem letzten Bayerischen Ärztetag hat der Tod aus der Mitte unserer Delegierten Herrn Kollegen Dr. BANDTLOW abberufen. Kollege Bandlow war während vieler Jahre einer der besonders aktiven Mitarbeiter in der ärztlichen Standespolitik und Selbstverwaltung. Er war lange Jahre Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Passau, und er hätte sich sicherlich ganz besonders gefreut, uns heute hier begrüßen zu können. Wir haben diesem Kollegen sehr viel zu danken und werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Sie haben sich zu Ehren des Verstorbenen von Ihren Plätzen erhoben. Ich danke ihnen.



Von links nach rechts:

Dr. Reichstein, Dr. Braun (Vizepräsident), Professor Dr. Sewering (Präsident), Dr. Sluka, Frau Horn, Dr. Stordeur

Ich darf nun bekanntgeben, daß sich 16 Delegierte entschuldigt haben, darunter fünf Kollegen wegen z. T. schwerer und längerdauernder Erkrankung. Ich bitte Sie, einverstanden zu sein, daß ich unseren erkrankten Kollegen die besten Wünsche übermittle.

Als neu eingetretenen Delegierten darf ich Herrn Kollegen Dr. STEINEBREY begrüßen, den ersten Vorsitzenden des gastgebenden Ärztlichen Kreisverbandes Passau. Er hat das Mandat seines Vorgängers, des Herrn Kollegen Bandtlow, übernommen.

Von München darf ich Herrn Kollegen Dr. HOLZMANN begrüßen, der des Delegiertenamt des Kollegen Dr. Steinkohl übernahm. Herr Kollege Steinkohl hat infolge seiner Belastung als Zweiter Bürgermeister der Stadt München sein Delegiertenmandat zurückgegeben.

Neu zu uns gekommen ist Kollege Dr. SCHMIDT aus Weiden als Nachfolger des Herrn Kollegen Dr. Platz, der aufgrund seines Gesundheitszustandes auf sein Mandat verzichtet hat.

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

von Präsident Professor Dr. Hans J. Sewering

Es ist immer eine schwierige Aufgabe, diejenigen Punkte oder Gebiete herauszusuchen, von denen man glaubt, daß sie besonders aktuell sind und damit im Tätigkeitsbericht behandelt werden sollen. Ich habe einige Fragenkomplexe ausgewählt, aber ich brauche nicht zu betonen, daß das keine Einschränkung der Diskussion für diesen Tagesordnungspunkt bedeutet. Gewisse Hinweise auf das, was mir heute besonders am Herzen liegt, habe ich gestern ebend schon gegeben in meinen Ausführungen anläßlich der Eröffnung und der Begrüßung der Gäste. Ich habe versucht, die Punkte, von denen ich glaube, daß sie besonders aktuell sind, schon dort etwas ins Licht der Öffentlichkeit zu rücken und sie dafür zu interessieren.

Approbationsordnung

Lassen Sie mich mit dem allgemeinen Arztrecht beginnen. Sie wissen, daß die Novelle zur Bundesärzterordnung am 1. Januar 1970 in Kraft getreten ist. Damit wurde endlich auch die Rechtsgrundlage für den Erlaß einer neuen Approbationsordnung geschaffen, um die wir uns gut zehn Jahre bemüht haben. Gestern haben wir telefonisch erfahren, daß der Bundesrat die Approbationsordnung verabschiedet hat, so daß sie in Bälde in Kraft treten kann. Damit ist eine neue Phase in der Fortentwicklung der ärztlichen Ausbildung eingeleitet worden.

In dieser Approbationsordnung sind eine ganze Reihe von Grundsatzforderungen, die wir erarbeitet haben, verwirklicht. Ich meine deshalb, daß diese Approbationsordnung als Grundlage für die Neugestaltung der ärztlichen Ausbildung in Deutschland ein guter Anfang und eine gute Voraussetzung ist. Vor allem ist unsere Forderung nach Streifung der Ausbildung verwirklicht. Die Gesamtausbildungszeit vom Beginn des Studiums bis zur Approbation wird nach dieser Ordnung genau sechs Jahre betragen, wobei die Examenszeit in diese sechs Jahre bereits eingeschlossen ist. Die Medizinalassistentenzeit entfällt damit. Mit dem bestandenen Staatsexamen wird die Approbation als Arzt erteilt. Die Gliederung des Studiums ist ebenfalls neu gestaltet. Das vorklinische Studium wurde auf zwei Jahre verkürzt. Nach zwei Jahren Studium legt der Student das Physikum ab, und zwar im ganzen, aber in den Fächern nicht mehr so geteilt wie bisher. Das Vorphysikum mit Physik, Chemie und so weiter entfällt völlig. Im Physikum heißen die Prüfungsgebiete nicht mehr wie bisher Physik, Chemie, Zoologie und Botanik sowie Anatomie, Physiologie, physiologische Chemie, sondern es gibt einen Prüfungskom-

Bakteriostase (στάσις Stillstehen): Keimhemmung, Verhinderung des Keimwachstums und der Keimvermehrung ohne Abtötung; reversibel! Die geschädigten Keime vermehren sich wieder nach Einbringen in frische Nährmedien.

Blähungen: Flatus, Flatulenz, „Winde“, Gasbildung im Magen-Darm-Kanal.

Cholämie (χολή Galle, αἷμα Blut): Übertritt von Gallenflüssigkeit in das Blut, Gelbfärbung des Serums, z. B. bei mechanischem Choledochusverschluss.

Durch die quantitative Auswertung der Diazoreaktion (s. Hijmans van d. Bergh) lassen sich bereits geringe Vermehrungen des Gallenfarbstoffes erfassen, die noch nicht zu einer sichtbaren Verfärbung der Haut oder Schleimhäute oder zum Erscheinen von Farbstoff im Urin führen (latenter Ikterus). Vgl. funktionelle Hyperbilirubinämie, Ikterus.

Cholagoga (remedia) (ἀγωγός führend, herbeiführend, anregend): Allgemeine Bezeichnung für galletreibende Pharmaka. Zu differenzieren in Cholaretika (Pharmaka, die eine echte Mehrproduktion von Galle durch die Leberzellen hervorrufen) und Cholekinetika (die lediglich einen kurzfristig verstärkten Gallenabfluß durch Kontraktion der Gallenwege bewirken).

Cholangie (Naunya, UMBER) (ἀγγεῖον Gefäß): Bezeichnung für vorwiegend nicht entzündliche Erkrankungen der Gallenwege. D. D. gegenüber Cholangitis kaum durchführbar.

Cholangiolitis: Entzündung der Gallenkapillaren und kleinsten Gallengänge in der Leber.

Cholangiopathie (πάθος Leiden): Zusammenfassende klinische Bezeichnung für alle Erkrankungen der Gallenwege (z. B. Cholangitis, Cholangiolitis); vgl. Cholezystopathie.

Cholangitis: Entzündung des Gallengangsystems. Meist bei Cholezystitis, Cholelithiasis und Choledocholithiasis, aber auch bei stenosierenden Prozessen, z. B. Gallengangs-Ca., Pankreaskopf-Ca. und Veränderung an der Vater-Papille.

Cholere (δέω fließe) (Brugsch): Gallenabsonderung.

Cholestase (στάσις Stehen, Stillstand): Abflußstörung der Gallenflüssigkeit. Extrahepatische Ch.: Okklusion der Gallenwege; vgl. Cholelithiasis, Ikterus. Intrahepatische Ch.: Ohne Abflußhindernis auftretende Stase des Gallenflusses, die im Laufe einer Hepatitis epidemica und nach verschiedenen Medikamenten (z. B. Phenothiazinderivaten, be-

stimmten androgenen und anabolen Hormonen) auftreten kann. Vgl. cholestat. Hepatose.

Cholezystitis (κύστις Blase): Cholecystitis, Gallenblasenentzündung, meist verbunden mit Cholangitis.

Cholezystopathie (πάθος Leiden): Zusammenfassende klinische Bezeichnung für Erkrankungen des extrahepatischen Gallenwegsystems (Cholelithiasis, Cholezystitis und Stauungsgallenblase); vgl. Cholangiopathie.

Chol-Kugeletten®: das millionenfach bewährte Leber-Galle-Therapeutikum von Dolorgiet (→). Chol-Kugeletten® sind auf die komplexe Natur der Erkrankungen im Leber-Galle-System abgestimmt. Die

- spasmolytischen,
- antiphlogistischen,
- antibakteriellen,
- cholagogen,
- mild laxierenden

Komponenten bewirken zuverlässig die Wiederherstellung des physiologischen Ablaufs von Cholokinese und befreien von spastischen und kolikartigen Schmerzen.

Dolorgiet: a) Arzneimittelfabrik in Bonn-Bad Godesberg, Hersteller bekannter und bewährter Arzneimittel wie u. a. Chol-Kugeletten® (→), Staurodorm®, Stringiet®, Enzym-Kugeletten®, Nymix®-amid, Nymix®-cyclin und Vitanerton®; b) Name eines perkutanen Antirheumatikums aus dem Hause Dolorgiet (→).

Dysbakterie (Nissle): Durch abnorme Darmbakterienflora hervorgerufener Krankheitsprozeß; Bildung reichlicher Fäulnis- bzw. Gärungsprodukte. Vgl. Bakterienflora.

Dyscholie (χολή Galle): Veränderung der Gallenzusammensetzung unter krankhaften Bedingungen. Überschuß ausfällbarer Elemente oder Fehlen gallensaurer Salze; mangelnde Cholere. Vgl. Gallensteine.

Dyskinesie (κίνησις Bewegung): (Motorische) Fehlfunktion. D. der Gallenblase und Gallengänge: Funktionelle Störung ohne organische Ursache, die das Bild von echten Gallenkoliken nachahmen kann. Meist im Rahmen der vegetativen Dystonie.

Dyspepsie (δυσ- Miß-, πέπω verdaue): syn. acute infantile diarrhoea; leichte Verlaufsform einer akuten Ernährungsstörung im Säuglingsalter; fließender Übergang in die schwere Verlaufsform (Toxikose).

plex Physik und Physiologie, also medizinische Physik und Physiologie, und einen zweiten Komplex medizinische Chemie und Biochemie, sowie einen dritten Komplex Biologie und Anatomie. Das heißt, es wird wesentlich gezielter geprüft werden auf die Bedürfnisse des Arztes ausgerichtet, was seine Konsequenzen auch in der Gestaltung des Unterrichtes haben wird.

Wir haben schon seit Jahren gefordert, daß Physik und Chemie nicht mehr im Rahmen der allgemeinen Vorlesungen dieser Fächer in der naturwissenschaftlichen Fakultät gehört werden sollen, sondern daß man eigene Vorlesungen halten sollte, was bis jetzt nicht verwirklicht werden konnte.

Nach Ablegung des Physikums beginnt dann das vierjährige klinische Studium, das in drei Abschnitte geteilt ist. Im ersten Abschnitt von einem Jahr werden vorwiegend die theoretischen Fächer gelehrt sowie die Grundlagen. Er schließt mit einem ersten Teil des ärztlichen Staatsexamens ab. Dann tritt der Student in den zweiten Abschnitt ein, der zwei Jahre umfaßt. In diesem zweiten Abschnitt liegt der Schwerpunkt bei den Organfächern, wie wir sie im allgemeinen nennen. Er schließt mit dem zweiten Teil des ärztlichen Staatsexamens ab. Der dritte Teil mit nochmals einem Jahr umfaßt eine Ausbildung am Krankenbett, in Innerer Medizin, Chirurgie und einem Wahlfach. Nach diesem dritten Teil, dem einjährigen klinischen Ausbildungsabschnitt, legt der Student den dritten Teil des Staatsexamens ab in Innerer Medizin und Chirurgie, wobei diese Fächer sehr weit gefaßt werden.

Weiter ist unsere langjährige Forderung verwirklicht worden, die Prüfungen schriftlich abzuhalten. In Zukunft werden also das Physikum und der erste und zweite Teil des Staatsexamens nur schriftlich sein; im dritten Teil des ärztlichen Staatsexamens wird eine schriftliche Prüfung und am Patienten eine mündliche Prüfung stattfinden. Diese mündliche Prüfung ist als Kollegialprüfung auszugestalten. Der Student muß zeigen, daß er in der Lage ist, einen Patienten zu untersuchen, die notwendigen Angaben zu erheben und sich ein Urteil über den Befund zu bilden. Er muß auch sagen, welche zusätzlichen Untersuchungen er für erforderlich hält, z. B. Röntgenuntersuchungen usw., so daß man sich ein Urteil bilden kann, ob dieser Kandidat tatsächlich die notwendigen Kenntnisse während seiner Ausbildungszeit erworben hat.

Ich meine – das ist auch die überwiegende Meinung im Bereich der Fakultäten und der damit Befachten –, daß das insgesamt ein Fortschritt ist. Wir haben uns damit sehr stark an die Ausbildungsmodelle und -grundsätze anderer Länder angeglichen und wir haben damit die Voraussetzungen für die Vergleichbarkeit der Ausbildungen verbessert und auch schon den EWG-Richtlinien entsprechend gehandelt, die ebenfalls eine mindestens sechsjährige Ausbildung verlangen.

Die Approbation wird nach bestandenen Staatsexamen

erteilt. Der junge Arzt tritt dann in die zweite Phase ein, nämlich in die Phase der Weiterbildung, ganz gleich, für welches Gebiet er sich dann entschließt.

Sehr unbefriedigend an dieser Approbationsordnung ist die lange Übergangsphase. Der Übergang von der derzeitigen Form der Ausbildung zur neuen Form wird nur sehr schrittweise erfolgen. Die letzten Medizinalassistenten wird es noch im Jahre 1976 geben. Sie erhalten ihre Approbation in der zweiten Hälfte des Jahres 1976. Das entspricht nicht unseren Vorstellungen. Wir waren der Meinung, man hätte die Medizinalassistentenzeit schneller beseitigen sollen und auch schneller beseitigen können. Aber darüber wurde keine Einigung erzielt. Ich muß darauf noch einmal im Zusammenhang mit einem anderen Punkt der Tagesordnung zurückkommen, nämlich einer Änderung der Übergangsbestimmungen zur Weiterbildungsordnung, nach der eine abgeleistete Medizinalassistentenzeit bewirkt, daß die neuen Bestimmungen der Weiterbildungsordnung hinsichtlich der Dauer der Weiterbildung nicht Platz greifen. Damit würde die neue Weiterbildungsordnung praktisch erstmals Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre zum Tragen kommen.

Weiterbildungsordnung

Die neue Weiterbildungsordnung ist in Bayern seit dem 1. Juli 1969 in Kraft. Sie hat sich sehr positiv ausgewirkt. Vor allem war das Interesse der Praktischen Ärzte an den Übergangsbestimmungen zum Erwerb der Bezeichnung „Arzt für Allgemeinmedizin“ außerordentlich groß. Rund drei Viertel aller Praktischen Ärzte haben einen Antrag gestellt und haben die Urkunde bekommen. Genaue Zahlen wird Kollege Stordeur noch bekanntgeben. Leider muß ich sagen, daß die neue Weiterbildungsordnung im Bundesgebiet immer noch nicht einheitlich in Kraft getreten ist. Sie wurde inzwischen von allen Ärztekammerversammlungen mit Ausnahme Berlins zwar beschlossen, ist aber in einigen Bundesländern bisher noch nicht genehmigt.

Im großen und ganzen läßt sich zur Weiterbildungsordnung sagen, daß sie in ihrer Entwicklung und Vorbereitung in vielen Grundsatzfragen sehr umstritten war. Ich erinnere nur daran, daß die Einführung von Teilgebieten im Bereich der Inneren Medizin und der Chirurgie lange Zeit heftig diskutiert wurde. Inzwischen hat diese Neuregelung – wie ich glaube und wie man sehen kann – weitestgehende Anerkennung gefunden. Auch in wissenschaftlichen Bereichen wird heute darauf hingewiesen, daß es richtig ist, die Weiterbildung im Gesamtfach zu betreiben und dann erst die Spezialisierung zu ermöglichen, anstatt daß man den Nachwuchs direkt in die einzelnen Spezialgebiete hineinwachsen läßt.

Es liegen uns inzwischen natürlich – in den letzten Jahren angesammelt – Anträge auf neue Zusatzbezeichnungen und auf neue Teilgebietsbezeichnungen vor. Wir werden uns eingehend mit diesen Anträgen beschäftigen. Wir werden Gespräche mit den verschiedenen Antragstellern, Fachgesellschaften und Berufsverbänden führen. In diesen Komplex hinein gehört auch die zum Teil heftig geforderte Einführung der Zusatzbezeichnung „Unfallbehandlung“. Darüber fand inzwischen schon ein eingehendes Gespräch der daran interessierten Fachgruppen statt. Es waren versammelt neben den Orthopäden die Chirurgen und die Allgemeinärzte, und man hat sich sehr eingehend mit diesem Gedanken beschäftigt, allerdings mit dem Ergebnis, daß mit Ausnahme der Vertreter der Orthopädie sich alle anderen nachdrücklich gegen die Einführung dieser Bezeichnung gewandt haben.

Es sind weitere Anträge da, wie etwa Physikalische Medizin, Chirotherapie usw. Es ist eine Fülle von Material. Wir wollen versuchen, so viel wie möglich in der nächsten Zeit zu bearbeiten. Der nächste Deutsche Ärztetag in Mainz wird sich mit diesen Fragen, soweit sie verabschiedungsreif geworden sind, zu beschäftigen haben.

Ich hatte Sie darüber unterrichtet, daß aufgrund der Klagen von zwei Ärzten zur Zeit beim Bundesverfassungsgericht geprüft wird, ob die derzeitige Regelung, wonach die ärztliche Selbstverwaltung die Grundsätze für die Weiterbildung der Ärzte erarbeitet, verfassungsgerecht ist. Leider ist das Karlsruher Urteil zur Frage der Verfassungsmäßigkeit der derzeitigen Regelung, auf welches wir schon lange warten, immer noch nicht ergangen. Wir können nur hoffen, daß das Urteil die gewachsene Tradition nicht zerstört. Ich kann nur noch einmal darauf hinweisen, daß seit Bestehen von Facharztordnungen – die erste wurde 1924 beschlossen – die ärztliche Selbstverwaltung diese Ordnungen erarbeitet, beschlossen und durchgeführt hat. Es würde also eine völlig neue Situation entstehen, wenn das Bundesverfassungsgericht etwa zu dem Urteil käme, daß diese Regelung in der ärztlichen Selbstverwaltung rechtlich nicht aufrechterhalten werden kann.

Zugang zum Medizinstudium

Damit wende ich mich einer weiteren Frage zu: Wie sieht es aus mit der Zahl der Medizinstudenten, mit dem Zugang zum Medizinstudium, also mit dem Komplex des Numerus clausus?

Es gibt eine weitere Frage, mit der wir uns eingehend beschäftigt und Untersuchungen angestellt haben: Wie ist die personelle Situation an den Krankenanstalten? Wir wollten wissen, ob es immer noch sehr viele freie Stellen an den Krankenhäusern in Bayern gibt oder ob es zutrifft, daß da und dort bereits Wartelisten bestehen.

Zur Frage der Zahl der Medizinstudenten darf ich Ihnen mitteilen, daß im Jahre 1969 die Zahl der ange-

nommenen Studienanfänger für Medizin bei nahe 6000 lag. Es kann also beim besten Willen nicht mehr davon die Rede sein, daß man durch eine ungesunde Einschränkung des Zuganges zum Medizinstudium etwa eine Drosselung vorgenommen hätte, die zu einem Austrocknen unseres Berufes führen könnte. Die Zahl 6000 liegt nicht weit entfernt von den Gipfelzahlen von 6200 bis 6300 Anfang der 60er Jahre, die damals die Ärzteschaft in höchste Sorge versetzten, was dazu führte, daß wir in ganz harten Resolutionen von uns aus eine Beschränkung des Zuganges gefordert haben. Ich habe noch versucht zu erfahren, wie die Listen mit den Neuzugängen für das Wintersemester aussehen. Soweit ich es übersehen kann, werden die Auswirkungen des Landeskindergesetzes dahin gehen, daß es für außerbayerische Abiturienten fast nicht mehr möglich sein dürfte, zum Zuge zu kommen. Wenn eine Angabe, die mir gerade noch gemacht wurde, stimmt, dann liegt in München die Platzziffer 250 in etwa bei einem Abiturientendurchschnitt von 1,9, was mit dem Landeskinderbonus 0,9 bedeuten würde. Nachdem ein außerbayerischer Abiturient ja nicht mit mehr als 1,0 ins Rennen gehen kann, müßte eigentlich kein einziger zum Zuge kommen. Das ist aber keine belegte Angabe, sondern nur eine Information, die ich erhalten habe. Wenn wir nun im Jahre 1969 etwa 6000 Studienanfänger hatten und rechnen mit einem Verlust im Laufe des Studiums von 10 %, dann müssen wir annehmen, daß von diesem Jahrgang rund 5400 die Approbation erhalten. Der Ergänzungsbedarf zur Erhaltung der Arztlage in der Bundesrepublik liegt unbestritten bei etwa 2500, so daß wir noch einen Erweiterungszugang von etwa 3000 Ärzten aus diesem Jahrgang haben werden. Ich kann mir beim besten Willen nicht vorstellen, daß bei dieser Entwicklung die ärztliche Versorgung gefährdet sein sollte.

Ärztlicher Nachwuchs

Die Approbationen, die im Jahr 1960 auf einen Tiefpunkt von 198 abgesunken waren, haben inzwischen im Jahre 1969 die Zahl von 1030 erreicht, und im Jahre 1970 wurden bis zum ersten September, also in den ersten acht Monaten, bereits 1777 Approbationen durch das Staatsministerium des Innern ausgestellt. Sie sehen auch hier, daß die Welle sehr stark nach oben gegangen ist. Wenn ich Ihnen dazu noch vergleichsweise die Arztlagen nenne, so zeigt auch das die Entwicklung. Wir hatten in Bayern am 31. Dezember 1950 eine Zahl von 11 887 Ärzten. Wir hatten am 31. Dezember 1969 eine Zahl von 19 389 Ärzten. Die Arztlagen in Bayern sind also in dieser Zeit um rund 8000 gestiegen. Im Bundesgebiet waren es 1950 rund 75 000 Ärzte, im Jahre 1969 waren es rund 109 000. Wir haben also auch hier eine Aufwärtsentwicklung, die zu keinen Sorgen über eine allzu starke Verdünnung Anlaß geben kann.

Trotzdem erfahren wir aber aus unseren Umfragen bei den Krankenhäusern in Bayern, daß es außerhalb der

Effortil®

stabilisiert den Kreislauf nach physiologischem Vorbild
durch Zusammenspiel von Herz- und Gefäßwirkung

Effortil®

immer dann, wenn die Kreislaufregulation zu versagen droht oder bereits versagt hat

Effortil®-Saft

zur Kreislauftherapie bei empfindlichen Patienten und Kindern

Depot-Effortil®

sichert Kreislauffunktion und Wohlbefinden über 9 Stunden ohne Nebenwirkungen



Boehringer
Ingelheim





Professor Dr. v. Braunbehrens (links) und Professor Dr. Scheiffarth (rechts) als Vertreter der Medizinischen Fakultät der Universität München bzw. Erlangen

Ballungszentren immer noch freie Assistenzärztestellen an nicht wenigen Krankenhäusern gibt. Wir bekamen Berichte von leitenden Ärzten, die uns mitteilten, daß sie ihren Betrieb tatsächlich nur mit ausländischen Ärzten aufrechterhalten können, weil ihnen keine Bewerbungen junger Ärzte aus Deutschland vorliegen trotz dieser stark gestiegenen Approbationszahlen und der Zunahme der jungen Ärzte. Auf der anderen Seite wurde uns aber aus den Ballungsbereichen berichtet, daß die Abteilungen und die Chefärzte Wartelisten haben, die z. T. geradezu unverantwortlich umfangreich sind. Eine Abteilung, die im Jahr fünf Assistenten nehmen kann, hat eine Warteliste von 198 jungen Ärzten. Ich habe mir deshalb vorgenommen, mit diesen Kollegen, die solche Wartelisten haben, persönlich zu sprechen und sie zu bitten, ihre Wartelisten auf einen Zeitraum abzustellen, der noch vertretbar und vernünftig ist.

Ich möchte den Kollegen, die sich so stark an die großen Krankenhäuser in den Ballungszentren klammern, durchaus keine negativen Motive unterstellen wie „Stadtleben“ und „Bequemlichkeit“. Ich will ihnen durchaus zubilligen, daß sie glauben, das sei der bessere Weg für eine besonders gute Weiterbildung. Aber ich glaube, daß das, so ehrenwert es auf der einen Seite sein mag, auf der anderen Seite wirklich falsch ist, denn es gibt keine direkte Relation zwischen großem Krankenhaus in großer Stadt und guter Weiterbildung oder etwa kleinem Krankenhaus in kleiner Stadt und schlechter Weiterbildung. Gerade die Chefs in besonders großen Kliniken erklären mir immer wieder, sie würden es für besser halten, wenn ihre Mitarbeiter wenigstens einen Teil ihrer Weiterbildung draußen in kleinen Krankenhäusern ableisten würden, weil sie dabei vieles lernen.

Das in der Weiterbildungsordnung zu verankern, ist eine Rechtsfrage, und dafür sind nur außerordentlich schwer oder — nach Meinung der Juristen — keine genügend guten Gründe zu finden, die nicht anfechtbar wären. Wir müssen alles tun, um die jungen Ärzte davon zu überzeugen, daß es sinnlos ist, sich an die gro-

ßen Städte zu klammern und daß sie sich entschließen müssen hinauszugehen. Das Land — wenn ich es so pauschal nennen darf — ist doch nicht mehr eine „gottverlassene Gegend“. Wir haben heute überall gestreut höhere Schulen. Die Bahnverbindungen, die Autoverbindungen, die Straßen sind besser geworden. Man hat doch auch, wenn man „draußen irgendwo sitzt“, die Möglichkeit, die kulturellen Zentren zu erreichen. Man ist nicht mehr abgeschnitten, als wenn man irgendwo in Afrika säße. So aber wird es oft dargestellt.

Wir müssen alles tun, um die Kollegen davon zu überzeugen, daß sie hinausgehen müssen, damit wir wieder eine gleichmäßige Besetzung auch in den Krankenhäusern erhalten. Denn wir können uns sonst nicht dagegen wehren, daß sich ausländische Ärzte hier aufhalten, weil sie nicht mehr nach Hause wollen, wenn es auf der anderen Seite keine deutschen Ärzte für alle Bereiche gibt. Das läßt sich nicht unter einen Hut bringen.

Ärztliche Versorgung auf dem Lande

Das gleiche gilt natürlich für die Niederlassung auf dem Lande. Wir müssen ganz offen bekennen, daß gewisse Verdünnungen entstanden sind und daß es echte Engpässe gibt, die wir überwinden müssen. Dabei muß alles getan werden, um zu vermeiden, daß es zu irgendeiner Reglementierung der freien Berufsausübung kommt. Es wäre das Schlimmste, wenn wir mit dieser Situation nicht fertig würden und das von irgendwelchen politischen Kräftegruppen zum Auf-



Blick auf die Delegierten
— Bezirk Niederbayern —

hänger genommen würde, reglementierend einzugreifen und damit unsere Freizügigkeit, die wir uns mühsam erkämpft haben, wieder zu beseitigen. Wir müssen die freie Arztwahl retten und wir müssen die Freizügigkeit retten. Das können wir nur, wenn wir alle Möglichkeiten ausschöpfen, um die Ärzte wieder zur Niederlassung in den Landbezirken zu bewegen, wobei es vor allem um die Gewinnung von Allgemeinärzten geht, aber z. T. auch um Fachärzte, die in vielen Landkreisen heute noch fehlen.

Es kann kein Zweifel darüber sein, daß unser System der ärztlichen Versorgung mit der freien Arztwahl nicht nur gefährdet wäre durch reglementierende Eingriffe des Staates, sondern daß es sich selbst töten würde, wenn die Zahl der Allgemeinärzte noch weiter zurückgeht. Unser System der freien Arztwahl ist nur haltbar, wenn eine große Basis der Allgemeinärzte vorhanden ist und damit die Primärversorgung durch diese Arztgruppe gewährleistet werden kann. In dem Augenblick, in dem es keine Allgemeinärzte mehr gibt, kann man die ärztliche Versorgung nur noch im Ambulatorium sicherstellen, weil ja der Patient irgendeine Kontaktstelle braucht, an die er sich wenden kann. Das kann nicht der einzelne praktizierende Facharzt sein; denn der Patient weiß dann nicht, wohin er gehen müßte. Dann gibt es nur noch das Ambulatorium, und das muß man mit allen Mitteln verhindern.

Der Herr Arbeitsminister hat bei der Eröffnung schon angedeutet, daß wir zur Zeit nach Möglichkeiten suchen, um für die Niederlassung junger Ärzte auf dem Land zu werben. Ich habe dem Herrn Ministerpräsidenten vor einigen Monaten den Vorschlag gemacht, wir sollten gemeinsam, Staatsregierung und ärztliche Selbstverwaltung, ein Förderungsprogramm erstellen, das wir den jungen Ärzten anbieten können. Dieses Förderungsprogramm muß das Leistungsprinzip in vollem Umfang erhalten. Deswegen wehre ich mich auch gegen die Einführung von Mindesteinnahmegarantien in unserem Land. Die Mindesteinnahmegarantie ist mit einem Leistungsprinzip nicht zu vereinbaren. Sie wäre außerdem insofern unlogisch, als die Plätze, die angeboten werden, eine gute Existenz des dort niedergelassenen Arztes garantieren.

Wir müssen aber dem jungen Arzt die Selbsthaftmachung auf dem Lande erleichtern. Mein Vorschlag sieht vor, daß wir dem jungen Arzt, der sich zur Niederlassung an einem Platz, den wir ihm zur Auswahl anbieten, entschließt, die Niederlassung durch Bau eines Arzthauses mit Praxis erleichtern, indem wir ihm zu optimal günstigen Bedingungen die hundertprozentige Finanzierung ermöglichen. Die Finanzierung soll in der Weise erfolgen — darüber habe ich gerade in dieser Woche noch weitere konkrete Gespräche geführt —, daß wir dem Arzt unter Einschaltung der jeweiligen Gemeinde bei der Beschaffung eines Grundstücks helfen, die Gesamtkosten von Grundstück und Haus aufgrund der Planung ermitteln und die Finanzierung je zur Hälfte durch die Bayerische Ärztesversorgung und von der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt erfolgt, von letzterer zu einem Zinssatz, der nicht über 3% liegen soll. Wir benötigen vom Bayerischen Staat dann lediglich eine Bürgschaft für die zweitrangige Darlehensgewährung, so daß also Haushaltsmittel von seiten des Staates nicht in Anspruch genommen werden. Das läge im Rahmen der Förderungsmaßnahmen, die der Bayerische Staat auch auf anderen Gebieten — etwa bei den Handwerkern und von Klein- und Mittelbetrieben — gibt. Wenn es uns

gelingt, einen Arzt dadurch selbsthaft zu machen, daß wir ihm sofort die Möglichkeit geben, in ein eigenes Haus einzuziehen, dann wird er auch auf diesem Platz bleiben und für die ärztliche Versorgung auf dem Land gewonnen sein.

Ich bin der Meinung, daß wir auch noch eine Finanzierungshilfe für die Praxiseinrichtung vorsehen sollten. Ich habe mit dem Herrn Finanzminister vor wenigen Tagen darüber gesprochen, ob die Bayerische Landesanstalt für Aufbaufinanzierung nicht mit eingeschaltet werden könnte. Dabei bin ich der Meinung, daß gegenüber dieser Anstalt die Bürgschaft, die für den neuen Kassenarzt notwendig ist, ohne weiteres von der Kassenärztlichen Vereinigung übernommen werden könnte. Statt Mindestgarantien, von denen wir nicht wissen, wie sie sich auswirken, ermöglichen wir eben den Start zu optimalen Bedingungen, und der Kollege kann sich dann durch seine Tüchtigkeit selbst bewähren. Das wäre ein Weg, den wir anbieten könnten.

Wir sind uns völlig klar darüber, daß das allein nicht genügt, sondern daß wir noch weitere Schritte tun müssen, vor allen Dingen die jungen Ärzte aufklären über die Bedeutung der allgemeinärztlichen Tätigkeit. Wir müssen das Bild des Allgemeinarztes endlich neu zeichnen und von allen negativen Seiten befreien. Der Allgemeinarzt — das zeigt gerade die Entwicklung in der Präventivmedizin — ist kein Weichensteller und kein Zulieferer, sondern er ist der Schwerpunkt der ärztlichen Versorgung. Es müssen sich die Allgemeinärzte auch selbst ihrer Bedeutung bewußt werden und dürfen nicht dauernd in Resignation verfallen und ihr eigenes Berufsbild abwerten. Dazu gehört natürlich auch, daß wir bemüht sein sollten, in den medizinischen Fakultäten durch die Mitwirkung von Allgemeinärzten dazu beizutragen, daß schon der Student ein anderes Bild bekommt. In diesem Rahmen darf ich vermerken — und das ist positiv —, daß in der neuen Approbationsordnung vorgesehen ist, eine zweimonatige Famulatur abzuleisten, und zwar beschränkt auf sozialärztliche Dienste und Allgemeinpraxen. Damit haben wir die Möglichkeit, daß in Zukunft eigentlich fast alle Studenten, wenn wir sie dafür gewinnen, eine mindestens vierwöchige Famulatur in einer Allgemeinpraxis ableisten.

Dazu aber brauchen wir nicht nur Studenten, sondern auch Allgemeinärzte, die bereit sind, einen jungen Studenten für vier oder acht Wochen zu nehmen, sich in dieser Zeit um ihn zu kümmern und ihm nicht dauernd von morgens bis abends vorzujammern, was man für ein armer Tropf sei, für einen Fehler gemacht hätte, ausgerechnet Allgemeinarzt geworden zu sein. Sonst geht der junge Kollege nach diesen Wochen nach Hause und sagt sich, das werde er bestimmt nicht auch tun.

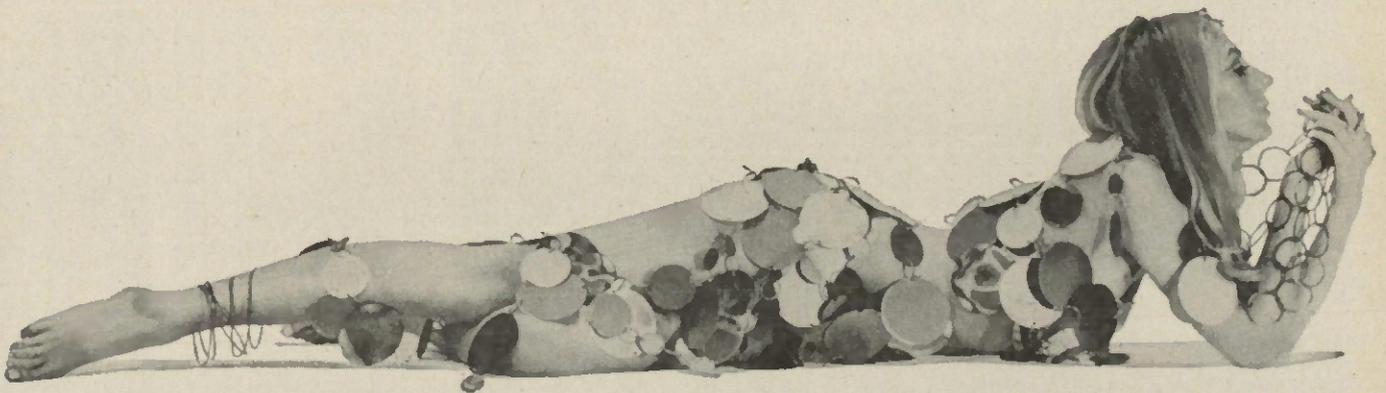
Es ist ein Bewußtseinswandel, ein neuer Stolz auf diese ärztliche Berufsausübung erforderlich — als erster Impuls, um diese Entwicklung einzuleiten. Ge-

Dr. Karl Thomae GmbH
795 Biberach an der Riss
Herstellung und Vertrieb
pharmazeutischer Spezialitäten
der J.R. Geigy A.G., Basel

Geigy

Eisen außen?
Eine flüchtige Laune
der Mode.

Eisen innen?
Der klare Wille der Natur.

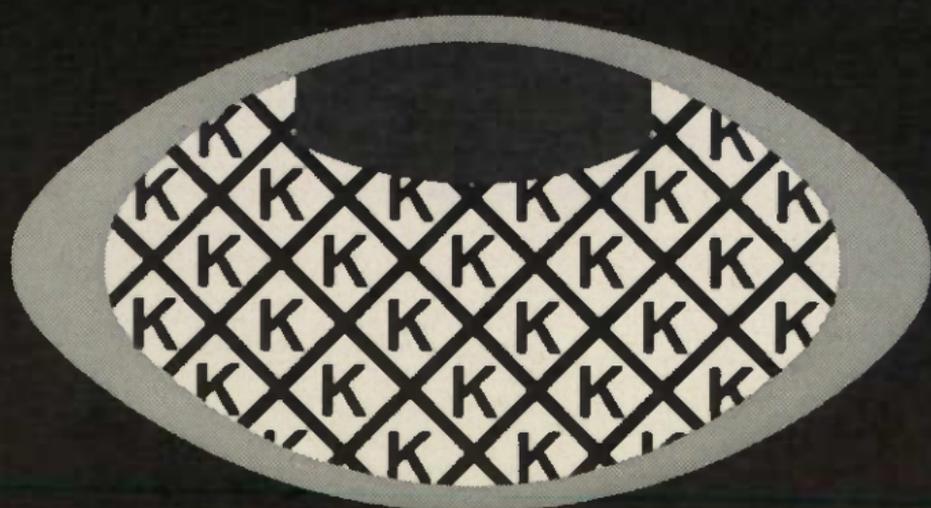


30 % mehr
Eisenresorption
mit **Resoferix**[®]

Resoferix besteht aus einem Kern aus Eisensulfat und einem Mantel aus Bernsteinsäure.
Die aus dem Dragée zuerst freigesetzte Bernsteinsäure steigert die Resorptionsfähigkeit
der Darmmukosa für Eisen um rund 30%. Die Eisentherapie mit Resoferix ist wirkungsvoller,
ohne daß vermehrt Nebenwirkungen auftreten.
Zusammensetzung: Eisen (II)-sulfat · 2H₂O 125 mg (= 37 mg Fe) Bernsteinsäure 185 mg

Elfanex[®]

modernes Antihypertonikum
als neuartiges Punkt-Dragee



Punkt-Dragee bedeutet:

**erhöhte Sicherheit bei der Dauer-
behandlung der Hypertonie**

protrahierte Kaliumabgabe

**ungestörte Herzfunktion auch bei
Digitalisierung**

Handelsformen: 20 und 50 Dragees

1 Dragee enthält: 0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin
+ 10 mg Hydrochlorothiazid + 300 mg Kaliumchlorid retard

C I B A

rade die Präventivmedizin, ich möchte das noch einmal unterstreichen, bestätigt uns in vollem Umfang, daß es richtig und berechtigt ist, das Bild des Allgemeinarztes neu zu zeichnen. Im präventivmedizinischen Bereich zeigt sich, daß nach wie vor alle Modelle, die wir erarbeiten, mit den Mitteln zurecht kommen, die in der Hand des Allgemeinarztes liegen. Wir haben in allen wissenschaftlichen Untersuchungen, die gemacht wurden, zeigen können, daß das Arzt-Patienten-Gespräch, also die Anamnese, die Untersuchung des Patienten mit dem Auge, mit dem Ohr, mit der Hand und mit der Intuition, die dazu gehört, die wesentlichen Ergebnisse bringt. Es wäre völlig sinnlos, z. B. ein unausgelesenes Kollektiv ans EKG zu hängen und von jedem ein EKG zu machen. Das brächte weniger Ergebnisse als eine gute Anamnese, die gezielt nach Beschwerden und nach Erscheinungen fragt. Wir können also immer wieder zeigen, ohne daß wir manipulieren, daß hier wirklich wesentliche, hochwertige Arbeit geleistet wird.



Blick auf die Delegierten
— Bezirk Oberbayern —

Gebührenordnung

Es gibt noch einen weiteren Punkt, der sehr heikel ist, an den wir aber herangehen müssen: Wir haben uns darüber Gedanken zu machen, ob die heutige Gebührenordnung in der Form, wie wir sie haben, diesen Vorstellungen des ärztlichen Tuns entspricht. Ich glaube, sie entspricht dem sicher nicht. Wir werden also auch — sehr überlegt, Schritt für Schritt und ohne Überstürzung — an eine Neugestaltung der Gebührenordnung denken müssen. Wir müssen dabei im Auge haben, daß die spezifisch ärztlichen Leistungen hervorzuheben und die technischen Verrichtungen — so bedeutsam sie sind für die Diagnose — von diesen spezifisch ärztlichen Leistungen etwas abzusetzen sind. Erste Ansätze sind erkennbar. Ich erinnere an die Änderung der Ersatzkassen-Adgo mit der Erhöhung der Besuchsgebühr und der Erhöhung der Gebühr für die eingehende Untersuchung.

Wenn ich sage, wir müssen uns Gedanken machen über eine langsame, sehr überlegte Neugestaltung der

Gebührenordnung, dann treiben mich zu dieser Aussage auch noch andere Beobachtungen. Wir können nicht übersehen, daß die technische Entwicklung, etwa auf dem Gebiet der klinischen Chemie, mit der Entwicklung der Autoanalyser, dazu führen wird, daß sich eines Tages die Frage stellt, ob man es aus Rationalisierungs-Gesichtspunkten heraus noch vertreten kann, daß in jeder Praxis, sozusagen in Handarbeit, solche Untersuchungen durchgeführt werden. Diese Frage wird uns gestellt werden, ob wir wollen oder nicht, und wir sollten dieser Tatsache ins Auge sehen und nicht den Kopf in den Sand stecken.

Bildungsziele

Es ist noch eine weitere Entwicklung, die ich für ebenso gefährlich oder zwingend — das überlasse ich Ihrem Urteil — halte, und zwar das Konzept der Bildungspolitik, welches zur Zeit in der Bundesrepublik erarbeitet wird und welches sich jetzt schon abzeichnet in den Denkschriften, die uns zur Verfügung stehen. Sie wissen vielleicht, daß es das Ziel der deutschen Bildungspolitik ist, jeden Jahrgang unserer Jugend zum Abitur I zu fördern und die Hälfte jeden Jahrgangs zum Abitur II, dem heutigen Abitur entsprechend, zu bringen, also 50 % eines Geburtsjahrgangs. Davon soll wieder der Hälfte, also 25 % eines Geburtsjahrgangs, in Zukunft in irgendeiner Form ein Hochschulstudium ermöglicht werden. Wenn man den Geburtsjahrgang mit rund einer Million annimmt, ergibt sich ein jährlicher Zugang von 250 000 jungen Menschen zur sogenannten Gesamthochschule, die geschaffen werden soll. Nach allgemeinen Gesichtspunkten muß man davon ausgehen, daß etwa 10 % dieses Zugangs auf den medizinischen Sektor zukommen. Das wären also, wenn es so kommt, 25 000 Zugänge für Gesundheitsberufe pro Jahr.

Daß wir sie nicht alle zu Ärzten heranbilden können, ist unstrittig. Deshalb bemüht man sich heute bereits zu überlegen — und der Wissenschaftsrat hat dazu schon sehr konkrete Vorstellungen entwickelt —, welche Berufe im Rahmen des Gesundheitswesens man in Zukunft an der Gesamthochschule zum Beispiel in Form eines dreijährigen Kurzstudiums heranbilden könnte. Es werden als Beispiel heute schon genannt die Krankenschwester, die Krankengymnastin oder der Krankengymnast und die Medizinisch-technische Assistentin. Schon bei dem heutigen Stand der Gesetzgebung und bei der heutigen Ausbildung der Medizinisch-technischen Assistentin wird bereits die Frage diskutiert, ob dieser Berufsgruppe nicht die selbständige Ausübung des Berufs gestattet sein muß — wobei ich an das Dentisten-Urteil erinnere, das vor nicht allzulanger Zeit ergangen ist. Wenn also schon die Möglichkeit besteht, daß die heutige MTA vielleicht damit rechnen kann, ihren Beruf selbständig ausüben zu dürfen, dann besteht wenig Zweifel darüber, daß die an der Hochschule ausgebildete Medi-

zinisch-technische Assistentin die Forderung nach selbständiger Ausübung des Berufes mit aller Härte stellen wird.

Wir müssen uns weiter darüber klar sein, daß gerade auf dem Gebiet der technischen Medizin, vor allem in der klinischen Chemie, der Druck von Seiten der Chemiker vorhanden ist und wir alle Mühe haben, diesen Bereich abzusichern. Wir müssen uns also darauf einstellen, daß Bereiche – und nicht unbedeutende Bereiche der heutigen ärztlichen Tätigkeit und damit der Honorargrundlage – umstritten sind und zunehmend umstrittener sein werden. Auch das scheint mir ein Grund zu sein, sich zu überlegen, welche Leistungen in unserem Gesamtspektrum so sind, daß sie auch bei modernsten Entwicklungen nur durch einen Arzt ausgeführt werden können. Das sollten wir dann zur Grundlage unserer Überlegungen für die zukünftige Honorargestaltung und Honorarpolitik machen. Aber ich betone noch einmal – und das sage ich ganz betont im Hinblick auf neueste Entwicklungen –, das sind Dinge, die in aller Ruhe überlegt werden müssen. Da müssen wir sämtliche Konsequenzen durchdenken und durchrechnen, das kann nicht von heute auf morgen geschehen. Solche Strukturänderungen müssen bedacht werden in ihrer Gesamtauswirkung und können nicht jetzt aus dem Ärmel geschüttelt werden, wie das teilweise versucht wird.

„Klassenloses Krankenhaus“

Lassen Sie mich damit dieses Gebiet abschließen und mich einer anderen Frage zuwenden, den mit dem Krankenhaus zusammenhängenden Problemen, die gerade in der letzten Zeit besonders stark in der Öffentlichkeit diskutiert werden. Ich will mich gar nicht lange bei dem Schlagwort vom klassenlosen Krankenhaus aufhalten. Ich glaube, in unserem Bereich bedarf es keiner Darlegungen, daß das eine völlig abwegige Idee ist, die dem Patienten nichts, aber auch gar nichts bringt. Wir müssen hier vor allem immer wieder betonen und auch sicherstellen, daß die ärztliche Behandlung und Versorgung der Patienten an unseren Krankenhäusern mit der Unterbringung in der allgemeinen oder der privaten Pflegeklasse überhaupt nichts zu tun hat, sondern daß es rein darum geht, daß der eine auf Kosten seiner Krankenkasse ohne Zuzahlung ins Krankenhaus geht und damit die Bedingungen der allgemeinen Pflegeklassen akzeptiert, während der andere allein in einem Zimmer liegen und nicht mit anderen beisammen sein will, und bezahlt, was für diese Unterbringung von ihm gefordert wird. Man muß dem einzelnen, der das bezahlen will, das Recht einräumen zu sagen: „Ich will vom Chefarzt persönlich behandelt werden und nicht von dem Arzt, der gerade dienstlich eben eingeteilt wird“, wobei ich nochmals betone, daß die Qualität der Versorgung davon gar nicht beeinträchtigt werden darf. Beim klassenlosen Krankenhaus brauchen wir uns deshalb nicht lange aufzuhalten.



Blick auf die Delegierten
– Bezirk Unterfranken –

Ich habe auch den Eindruck, daß in der Öffentlichkeit die anfängliche Begeisterung für diesen Plan schon wieder etwas im Abflauen ist. Inzwischen hat man sich wahrscheinlich ein wenig umgesehen und festgestellt, daß Unterbringung nach Wunsch im Einzelzimmer auch in den sogenannten klassenlosen Gesellschaften durchaus möglich ist, nur muß es der Patient bei uns eben bezahlen, wenn er ein Einzelzimmer haben will, in der sogenannten klassenlosen Gesellschaft muß er die notwendige Funktionsstufe erreicht haben. Vor wenigen Tagen wurde mir von einem Kollegen, der eine Studienreise gemacht hatte, erzählt, daß in einem dieser klassenlosen Länder die Patienten erhebliches Geld aufwenden, das sie dem Arzt versteckt in die Hand drücken, um die Privilegien zu bekommen, die sonst nur Funktionären zustehen. Das ist eine verlogene These vom klassenlosen Krankenhaus.

Wesentlich scheinen mir die Auswirkungen dieses Vorschlags des klassenlosen Krankenhauses auf den Arzt zu sein. Es steckt in dem Vorschlag natürlich nicht nur das „unendliche Wohlwollen“ gegenüber dem Mitmenschen, sondern auch noch der sehr harte Gedanke dahinter, daß mit der Einführung des klassenlosen Krankenhauses automatisch etwas wegfällt, was vielen ein Dorn im Auge ist, nämlich ein Sektor freier Berufsausübung für die Ärzte am Krankenhaus. In einem solchen klassenlosen Krankenhaus kann es nur noch ein Gehalt geben und keinerlei Möglichkeiten, daneben noch irgendwelche freie Tätigkeit auszuüben. Das sollten wir beachten.

„Münchener Modell“

Aber es wird nicht nur im Zusammenhang mit dem klassenlosen Krankenhaus an den Grundlagen der ärztlichen Situation in unseren Krankenanstalten gerüttelt. Es wird auch in den Krankenhäusern, die man nach wie vor noch nach älteren oder konservativhergebrachten Vorstellungen führt, alles getan, die Bewegungsfreiheit des Arztes immer mehr einzuschränken. Die Beseitigung des Liquidationsrechts an den Krankenhäusern ist eine Forderung, die immer

öfter erhoben wird. Auch das sollten wir sehr genau beachten, wobei der Weg zur Beseitigung des Liquidationsrechts der Chefärzte natürlich auch auf die kalte Tour und über die Hintertüre gemacht werden kann, indem man die Chefarztabgabe immer stärker hinaufschraubt und auf diese Weise diesen Sektor der Einnahmen immer uninteressanter werden läßt. Wir sehen ja sehr viele Chefarztverträge und beobachten, daß Chefarztabgaben von 35, 40 % zur Zeit keine Seltenheit mehr sind.

Das war der Grund — nachdem solche Entwicklungen sich auch in München andeuten und nachdem die Münchener Stadtverwaltung sich mit Fragen der Krankenhausneuordnung beschäftigte —, daß wir von ärztlicher Seite uns sehr intensiv in die Verhandlungen in München eingeschaltet haben und unsere Stimme im Rahmen dieser Neuordnung des Krankenhauswesens zum Tragen brachten, mit dem Ergebnis, daß wir ein sogenanntes Münchener Modell (in der Publizistik so bezeichnet) erarbeiteten, ein Modell, das gestaltet wurde in gemeinsamen Beratungen von Vertretern der Chefärzte, der Assistenzärzte, des Chefarztverbandes und des Marburger Bundes unter meiner Mitwirkung. Wir haben uns dabei besonders mit der Frage der Erhaltung des Liquidationsrechts beschäftigt und sind



Blick auf die Delegierten
— Bezirk Schwaben —

sehr nüchtern davon ausgegangen, daß sich heute nicht mehr die Frage stellt, ob man die alte Situation aufrechterhalten oder auf einen früheren Optimalstand zurückschrauben kann, oder ob man etwas Neues hinnehmen muß. Wir sind von der Erkenntnis ausgegangen — wie die Entwicklung nun einmal ist —, daß die Chefarztabgaben immer höher werden, daß also der verbleibende Teil für die Chefärzte immer geringer wird und auf der anderen Seite die Möglichkeit der Chefärzte, ihre qualifizierten Mitarbeiter an dem Ertrag ihrer Arbeit zu beteiligen, immer mehr eingeengt wird. Wenn jemand schon 40 % seiner Einnahmen an den Krankenhausträger abführt, wird er nicht noch 30 % an seine Mitarbeiter weitergeben.

Deshalb haben wir, nachdem auch von seiten der jungen Ärzte die Frage des Liquidationsrechts nicht ein-

heitlich und vor allem nicht positiv beurteilt wurde, uns zu dem Münchener Modell durchgerungen, das davon ausgeht, daß der Krankenhausträger nichts bekommen soll von den Privateinnahmen, daß aber die Chefärzte ihre qualifizierten Mitarbeiter fühlbar an ihren Einnahmen beteiligen. Damit wird nicht nur die Verantwortung und die Arbeit in einer Abteilung zwischen dem Chef und seinen qualifizierten Mitarbeitern aufgeteilt, sondern auch der Ertrag aus dieser freiberuflichen Tätigkeit. Es mag manchem sehr hart erscheinen, was wir entwickelt haben. Inzwischen aber haben schon viele Chefärzte erklärt, das sei keine Mark mehr als das, was bisher schon abgegeben wurde, nur haben sie bisher 35 oder 40 % an den Krankenhausträger bezahlt und an die Mitarbeiter nur 10 %. Wenn nun die Mitarbeiter die Hälfte bekommen, gewinnen sie diese zugleich und sie werden mit dem Chefarzt zusammen die freie Beweglichkeit innerhalb der Krankenhaustätigkeit verteidigen. Darauf kommt es sehr an.

Wir sind sehr hart angegriffen worden wegen unserer Vorschläge. Im „Deutschen Ärzteblatt“ war ein Artikel von Herrn Kollegen HOFFMANN, dem zweiten Vorsitzenden des Chefarztverbandes, zu lesen. Wir haben inzwischen unsere gemeinsame Antwort ebenfalls veröffentlicht und sind keineswegs der Meinung, daß wir mit unserem Modell das Ei des Kolumbus entdeckt hätten; davon kann seine Rede sein. Aber wir glauben, daß wir einen konstruktiven Beitrag geleistet haben zur Neuordnung des Krankenhauswesens, seiner personellen Struktur. Wir sind der Meinung, daß wir auf diese Weise auch dazu beigetragen haben, eine Entwicklung zu unterbrechen, die letzten Endes durch die weitere Andrehung der Abgabenschraube dazu geführt hätte, die ganze Situation grundlegend und gegen die Interessen der Ärzteschaft zu wandeln. Wenn bessere Vorschläge von anderer Seite gemacht werden, dann sind wir sehr glücklich darüber. Was bisher als Gegenvorstellungen entwickelt wurde, hat uns allerdings nicht überzeugt, z. B. das sogenannte Hamburger Modell, nach dem im Einzelfall immer untersucht wird, ob ein Assistent an einem Privatpatienten einen Handgriff getan hat, und dann für diesen Handgriff bezahlt wird. Wenn ein leitender Arzt zwei qualifizierte Oberärzte hat, dann ist es aus unserer Sicht nicht richtig, wenn der Kollege, der das Glück hatte, den Privatpatienten zu operieren oder eine Untersuchung zu machen, Nebeneinnahmen hat, während der andere, der in dieser Zeit sich um die anderen Patienten gekümmert hat, leer ausgehen soll. Deshalb glauben wir, daß dieses Modell keinen Fortschritt bringt gegenüber dem von uns erarbeiteten.

Ambulante Krankenhaus- Voruntersuchung und Nachbehandlung

Ein weiteres Problem, das uns außerordentlich große Sorge bereitet und dem gegenüber wir sehr hart reagieren müssen, sind die Vorschläge über die Einführung der ambulanten Voruntersuchung und Nachbehandlung

im Krankenhaus. Auch in München hat der Krankenhausreferent Dr. HAMM schon in der Presse verkündet, man möchte so etwas einführen, und zwar mit der Begründung, daß auf diese Weise die Verweildauer im Krankenhaus verkürzt werden könnte. Wenn diese Begründung zuträfe, dann müßte das heißen, daß mit Beginn der Krankenhausbehandlung soundsoviele Untersuchungen gemacht werden müssen, die eigentlich vorher schon hätten gemacht werden können, und daß dadurch die Einleitung gezielter Maßnahmen verzögert wird. Das ist die Begründung, die man dafür angeben kann, und daneben noch ein weiteres Moment. Man kann sagen: „Wenn wir im Krankenhaus die Patienten ambulant voruntersuchen, dann können wir einen Teil von vornherein wieder nach Hause schicken und vermeiden, daß er überhaupt aufgenommen wird.“

Dazu sind einige Bemerkungen zu machen. Die Vorfrage, die sich sofort stellt, ist die: Wie soll bei der Krankenhausaufnahme sofort von dem dafür verantwortlichen Krankenhausarzt entschieden werden, daß er einen bestimmten Patienten nicht auf die Station, also ins Bett legt, sondern sagt, er kann nach Hause gehen, er werde ambulant untersucht. Sein Fall mache nicht den Eindruck, daß er sehr krank wäre. Wir wissen alle, daß es nicht wenige Infarktpatienten gibt, die zu Fuß ins Krankenhaus kommen und bei denen man sich im ersten Moment fragt, warum er überhaupt kommt. Und dann ergibt sich im Laufe der Durchuntersuchung, was bei ihm fehlt. Wir fragen weiter: Kann wirklich dem Krankenhausarzt zugemutet werden, daß er bereits in der ersten Stunde, am ersten Vormittag entscheiden kann, wie das Krankheitsbild ist, und zwar sicherer entscheiden kann als der einweisende Arzt, der sich die Einweisung vorher überlegt hat? Ich glaube, daß die Krankenhausärzte durch diesen Plan in ihrer Verantwortung überfordert werden, daß vor allem das Arbeitsmaß, das ihnen aufgebürdet würde, nicht getragen werden kann. Dann stehen die qualifizierten Ärzte der Krankenanstalten den ganzen Vormittag im Ambulatorium und können sich nicht um die stationären Patienten kümmern. Das verlängert letztlich die stationäre Aufenthaltsdauer, anstatt sie zu kürzen.

Bei der Nachbehandlung liegen die Dinge ähnlich. Wenn ein Patient der stationären Behandlung nicht mehr bedarf, sollte man ihn entlassen, denn es stehen genügend Nachbehandlungsmöglichkeiten in der freien Praxis zur Verfügung. Wenn sie in dem einen oder anderen Fall nicht zur Verfügung stehen, dann sieht auch das heutige Kassenarztrecht die Möglichkeit der Beteiligung eines Krankenhausarztes vor. Man braucht also auch in solchen Fällen die ambulante Nachbehandlung nicht zu institutionalisieren und damit zwei wesentliche Bereiche — die Voruntersuchung und die Nachbehandlung — der freien Praxis entziehen und zu einer Krankenhausaufgabe machen. Ich meine, hier wird die Axt an die Wurzeln der Exi-

stenz der freipraktizierenden Ärzteschaft gelegt. Bei genauerer Untersuchung dieser Frage werden Sachargumente, die man zur Zeit vorschiebt, sich sehr schnell in Nichts auflösen und es bleibt eben nichts anderes über als das politische Ziel, die Ärzteschaft aus ihrer Unabhängigkeit herauszulösen und sie zu einem abhängigen Berufsstand zu machen. Das soll durch die Zerstörung der materiellen Grundlagen geschehen, das muß man ganz klar sehen. Wir sollten das ernst genug nehmen.

Allerdings müssen wir neben der Abwehr auch positive Gegenmaßnahmen ergreifen, das heißt, wir müssen alles tun, um die Behauptungen ad absurdum zu führen und zu entkräften, es würde in der freien Praxis nicht genügend getan. Ich persönlich bin der Meinung, es müßte geradezu zur kassenärztlichen Pflicht gemacht werden, daß der Kassenarzt, bevor er überhaupt ins Krankenhaus einweist, alle in der ambulanten Praxis verfügbaren Untersuchungsmöglichkeiten ausschöpft, und zwar nicht nur seine persönlichen, sondern die in der gesamten kassenärztlichen Praxis zur Verfügung stehenden, also unter Einschaltung der jeweiligen Fachkollegen.

Weiter bin ich der Meinung, daß die Kassenärzte in irgendeiner Form verpflichtet werden müssen, alle erhobenen Befunde und — soweit es möglich ist, z. B. aus der Röntgendiagnostik — die Originalbefunde und Aufnahmen dem Patienten sofort ins Krankenhaus mitzugeben, so daß der Einwand, es gäbe keine Vorbefunde, nicht mehr vorgetragen werden kann. Wir werden allerdings auf der anderen Seite auch unsere Krankenhauskollegen bitten müssen, daß sie nicht — wie manchmal gehört und erlebt — erklären: „Darauf verlasse ich mich nicht gern, ich verlasse mich nur auf das, was ich selber gesehen habe.“

Letztlich muß sichergestellt werden, wenn der Patient alle Befunde und Unterlagen beim Betreten des Krankenhauses mitbringt, daß er auch wieder alle Unterlagen und Befunde mitbekommt, wenn er das Krankenhaus verläßt. Die Nachbehandlung durch den freipraktizierenden Arzt scheidet leider oft daran, daß er auch nach Wochen noch nicht weiß, was im Krankenhaus mit seinem Patienten geschehen ist. Die Krankenhausträger, die sich jetzt so sehr um die ambulante Vor- und Nachbehandlung reißen, sollten lieber die Voraussetzungen dafür schaffen, daß ihre Ärzte genügend Personal und Hilfen zur Verfügung haben, damit ihnen genügend Zeit bleibt, um zum Beispiel die Fälle abschließen zu können, ihre Arztberichte auch diktieren zu können, so daß sie auch geschrieben werden und nicht auf den Bändern auf den Schreibtischen liegen bleiben. Damit könnte die Verweildauer in den Krankenhäusern verkürzt werden. Das wäre eine Verbesserung, ohne daß man an dem sehr bewährten System der Aufgabenteilung hie niedergelassener Arzt für die ambulante, hie Krankenhausarzt für die stationäre Behandlung rüttelt und es zum Einsturz bringt.

Neue therapeutische Ergebnisse
zeigen:

Stutgeron

TRADE MARK

JANSSEN

erfolgreich auch bei
peripheren Durchblutungsstörungen

Stutgeron antagonisiert die bei der Entstehung degenerativer Gefäßprozesse eine wichtige Rolle spielende vasopressorische Wirkung von Stoffen wie Angiotensin, Histamin und Serotonin.

Stutgeron bewirkt so einen Schutz der degenerativ veränderten und gesunden Arterien durch Hemmung der Vasokonstriktion und der vaskulären Hyperreaktivität.

Blutdruck und Kohlenhydratstoffwechsel bleiben unbeeinflusst.

Indikationen:

1. Alle Symptome zerebraler Durchblutungsstörungen
2. Alle Symptome peripherer Durchblutungsstörungen wie
Claudicatio intermittens
Trophische Störungen
Parästhesien und nächtliche Schmerzen
Kalte Extremitäten
Akrozyanose
Diabetische Gefäßveränderungen
Morbus Raynaud
Variköse Ulzera

3. Vestibuläre Beschwerden

Menière-Syndrom
Vertigo
Reisekrankheit

Dosierung:

1. Bei zerebralen Durchblutungsstörungen
3 x 1 Tablette täglich
2. Bei peripheren Durchblutungsstörungen
3 x 2-3 Tabletten täglich
3. Bei vestibulären Beschwerden
3 x 1 Tablette täglich

Handelsformen:

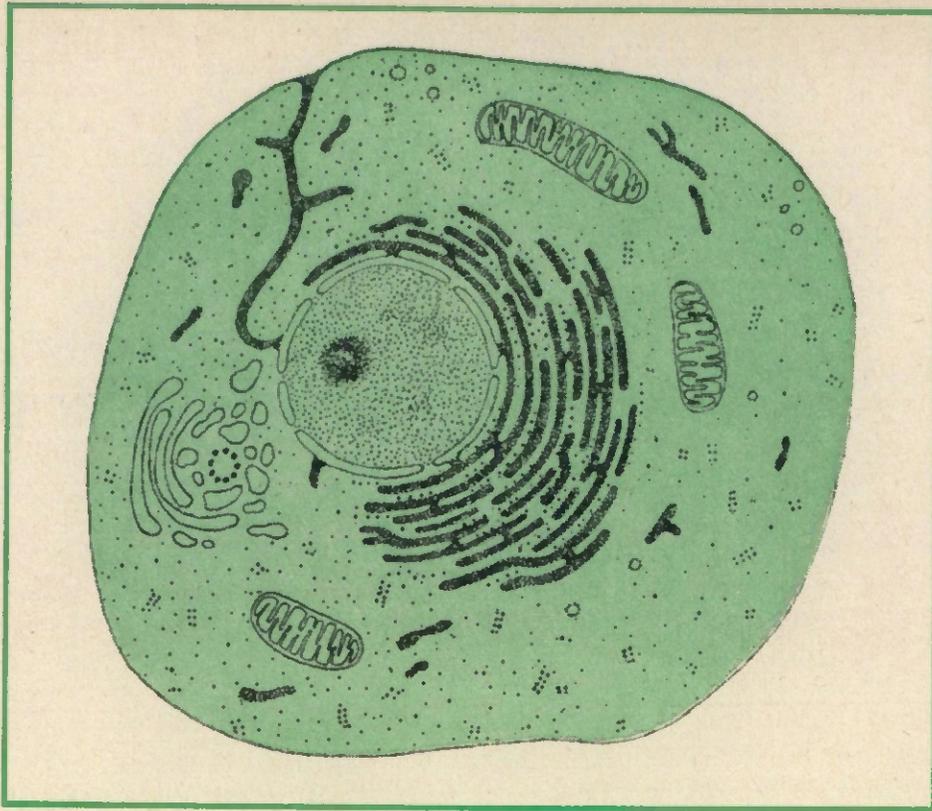
Packung mit 50 Tabletten
Klinikpackungen

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält 25 mg Cinnarizin



JANSSEN GmbH DÜSSELDORF



Schematische Darstellung einer Zelle mit Organellen

Die Zelle ist Schauplatz der elementaren Prozesse des Stoffwechsels und damit der Enzymaktivität.

Verminderte Nahrungsaufnahme und erhöhter Vitaminverbrauch führen zum latenten Vitaminmangel.

Latente Vitaminmangelzustände verursachen eine biochemische Läsion der Zelle.

Das Enzymdefizit in der Rekonvaleszenz nach erschöpfenden Krankheiten ist ein wesentlicher Faktor bei der Verzögerung der völligen Genesung.

Wichtige Bausteine wesentlicher Fermente sind die B-Vitamine. Darum sollte der Bedarf des Genesenden an den Vitaminen des B-Komplexes durch Zufuhr größerer Mengen gedeckt werden, als dies durch die Nahrung allein möglich ist.

BVK (ROCHE) LIEFERT 7 IM FERMENTAUFBAU FÜHRENDE FAKTOREN

BVK (ROCHE)[®]

HILFT IHREM GENESENDEN AUF DEM WEGE ZUR GESUNDUNG

7 WICHTIGE B-VITAMINE

Ampullen, Dragees und forte Dragees, Tropfenlösung und Sirup



HOFFMANN-LA ROCHE AG · 7887 GRENZACH

Noch eine letzte Anmerkung zu diesem Thema: Es wird heute dauernd an den Chefärzten herumgemäkelt; man wirft ihnen vor, daß sie sich nicht genügend Zeit nehmen für die armen Kassenpatienten, daß sie nur Privatpraxis betreiben und nicht zu dem Kassenpatienten kommen. Genau diesen Chefärzten, die also angeblich für die Kassenpatienten zu wenig Zeit haben, will man jetzt noch diese monströse Aufgabe ans Bein hängen, so daß sie überhaupt keine Zeit mehr haben für die stationär aufgenommenen Patienten.

Wir sollten uns also gegen diese Pläne mit aller Macht zur Wehr setzen. Wir müssen ganz klare Grundsätze erarbeiten und unseren Beitrag leisten, daß es zu solchen Entwicklungen nicht kommt. Kommen könnte es dazu im übrigen nur durch eine Änderung des Kassenarztrechts. Nach dem derzeitigen Stand des Krankenversicherungsrechts wäre eine solche Neuregelung gar nicht gegeben.

Krankenversicherungsform

Damit komme ich zu einem weiteren Abschnitt meines Berichts, nämlich der Neuordnung des Krankenversicherungsrechts, die zur Zeit wieder diskutiert wird und worüber man berät. Es liegt dem Bundestag zur Zeit ein Gesetzentwurf der Bundesregierung und ein Entwurf der CDU/CSU vor, durch welchen die Versicherungspflichtgrenze für Angestellte angehoben und dynamisiert werden soll. Die Versicherungspflichtgrenze für Angestellte in der Krankenversicherung betrug im vergangenen Jahr 900 DM, seit 1. Januar 1970 1200 DM und soll nun dynamisiert werden, und zwar in der Weise, daß man sie an die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung anhängt. Zur Zeit ist diese Beitragsbemessungsgrenze 1800 DM. Der Streit zwischen Regierung und Opposition geht nicht um die Frage, ob man anheben soll, sondern nur um die Frage, in welchem Prozentsatz zur Beitragsbemessungsgrenze man anhebt: Soll man mit 85 % zur Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung dynamisieren oder nur mit 75 %? Das ist der einzige Streitpunkt; darauf möchte ich ausdrücklich hinweisen. Es ist keine Kraft im Bundestag vorhanden, die dafür plädieren würde, überhaupt nicht anzuheben. Darüber hinaus – und das muß mit großer Sorge betrachtet werden – plant man Bestimmungen, die Angestellten, die in ihrem Einkommen von vornherein über der Pflichtversicherungsgrenze liegen, die Möglichkeit des Beitritts einräumen. Praktisch läuft das auf eine Totalkrankenversicherung aller Angestellten hinaus – eine Entwicklung, die in der Rentenversicherung bereits vollzogen wurde. Im Bereich der Rentenversicherung gibt es keinen Arbeitnehmer mehr, ganz gleich in welcher Gehaltsstufe, der nicht pflichtversichert wäre. Die Entwicklung läuft in der Krankenversicherung praktisch in die gleiche Richtung. Das sollten wir auch beachten; denn dadurch wird natürlich der Kreis derer, die noch selbst darüber verfügen können, wie sie sich versichern wollen, weiterhin eingeengt.

Die Entwicklung bei der Lohnfortzahlung mit der Änderung der Bestimmungen über Arbeitsunfähigkeits-schreibung im Zusammenhang mit der Neuordnung der Aufgaben des vertrauensärztlichen Dienstes brauche ich nicht näher anzusprechen; das ist allen zur Genüge bekannt.

Weiter ist auch bekannt, daß der Bundesarbeitsminister eine Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung einberufen hat. Diese Sachverständigenkommission setzt sich zusammen aus Vertretern der großen Gruppierungen der sozialen Krankenversicherung, aus sogenannten Interessenvertretern, darunter zwei Ärzten und einem Zahnarzt, und Wissenschaftlern. Da in diesem Gremium keine Sacharbeit geleistet werden konnte, wurde die Sachverständigenkommission inzwischen ausgebaut und es sind einige Fachkommissionen gebildet worden: für Finanzierungsfragen, für Organisationsfragen, für Fragen der Präventivmedizin. In diesen Fachausschüssen sind wir überall vertreten jeweils nach dem Schwerpunkt der von unserer Selbstverwaltung ausgeübten Tätigkeit, so Herr Dr. MUSCHALLIK und Herr Dr. SCHLÖGELL in der Fachgruppe Finanzierung und Organisation, Herr Professor FROMM und ich und als dritter Arzt Herr Kollege Dr. REESE, der Hauptgeschäftsführer des Hartmannbundes, in der Fachgruppe Präventivmedizin. Die Verhandlungen der Kommissionen sind vertraulich; Ich kann deshalb Einzelheiten darüber nicht berichten, aber so viel sagen, daß wir gerade in der Kommission Präventivmedizin die übrigen Kommissionsmitglieder davon überzeugen konnten, daß es einen anderen Weg als die Realisierung von Vorsorgeprogrammen in der freien Praxis überhaupt nicht gibt. Das scheint mir ein wesentliches Ergebnis zu sein. Die Ergebnisse im ganzen werden sich vielleicht bis Ende des Jahres abzeichnen.



Blick auf die Delegierten
– Bezirk Oberpfalz –

Schließlich möchte ich im Bereich Krankenversicherung noch darauf aufmerksam machen, daß starke Bemühungen zu einer Pflichtkrankenversicherung der gesamten landwirtschaftlichen Bevölkerung im Gange sind. Das ist eine Entwicklung, die wir mit großer Sorge verfolgen, weil sich dadurch vor allem in der

Struktur der landärztlichen Praxis Veränderungen ergeben könnten. Gespräche mit dem Bayerischen Staatsminister für Arbeit, die ich zu diesem Thema führte, ergaben Übereinstimmung, eine eventuelle Pflichtkrankenversicherung auf jeden Fall so zu gestalten, daß sie auf den Grundsätzen der privaten Versicherung aufbaut, das heißt nach einem Erstattungsprinzip.

Es bliebe dann dem einzelnen frei, seinen Arzt zu wählen und auch selbst zu honorieren. Wie weit wir uns mit diesen Überlegungen durchsetzen werden, vermag ich im Augenblick nicht zu sagen. Die Wünsche nach einer solchen Pflichtversicherung der landwirtschaftlichen Bevölkerung werden vom gesamten Bauernverband und sehr starken Kräften getragen und sind damit auch politisch nicht einseitig fixiert.

Vorsorgeuntersuchungen

Zum Sektor Präventivmedizin, den ich verschiedentlich schon ansprach, noch einige Anmerkungen: Bei den **Schwangerenuntersuchungen** haben wir 1968 bei 170 000 Geburten etwa 60 % der Mütter untersuchen können, die also in ärztlicher Betreuung waren. 1969 ist die Zahl der Geburten auf 160 000, also um 10 000, zurückgegangen, aber der Anteil der Frauen, die sich in ärztliche Betreuung begeben, ist von 60 auf 75 % gestiegen. Wenn wir auf diesem Gebiet noch etwas weiter werben, könnte man hier tatsächlich nahe an die totale Beteiligung der Frauen herankommen. Man muß auch hier an die Kollegen appellieren, diese Aufgabe sehr genau zu nehmen. Ich möchte darauf hinweisen, daß es eine ganze Reihe von Beobachtungen gibt, in welchem Umfang die Mütterbetreuungen von den Ärzten durchgeführt werden, und jede nicht durchgeführte Harnuntersuchung und jede nicht durchgeführte Blutdruckmessung im Rahmen dieses Betreuungsprogramms wird eines Tages auf den Tisch kommen. Wir können also unsere Kollegen nur dringend bitten, diese Aufgabe sehr ernst zu nehmen und mit größter Genauigkeit durchzuführen.

Zur Krebsvorsorgeuntersuchung der Frauen: Die Beteiligung ist erschreckend gering; sie liegt bis jetzt bei knapp 10 %. Es wurden in den ersten vier Quartalen seit Beginn dieser Aktion rund 258 000 Frauen untersucht. Unter diesen 258 000 Frauen fanden sich bei rund 8200 zweifelhafte zytologische Befunde, bei 1400 Frauen waren die zytologischen Befunde schon bei der ersten Untersuchung eindeutig pathologisch. Das zeigt also, daß es sich lohnt, die Untersuchungen durchzuführen. Wir werden uns überlegen müssen, was wir tun können, um die Frauen aufzuwecken und dazu zu bringen, zum Arzt zu gehen und von den gegebenen Möglichkeiten Gebrauch zu machen. Es ist ganz klar, der Einwand, es lohne sich nicht, diese Untersuchung einzuführen, weil in der Sterblichkeitsstatistik noch nicht zu erkennen wäre, daß hier eine Änderung eingetreten sei, ist eine Milchmädchenrech-

nung. Wenn nur 10 % der Frauen zum Arzt gegangen sind, kann sich das in der Gesamtstatistik noch nicht in einer signifikanten Senkung der Sterblichkeitsrate niederschlagen. In dem Moment, wo wir bei 70 % der Frauen angelangt sind, wird die Sterblichkeitsquote gewaltig zurückgehen, weil man tatsächlich diese Krebsform heilen kann.

Die **Männervorsorgeuntersuchungen** auf Prostata- und Rektum-Karzinom wurden von der Ärzteschaft empfohlen, sind aber bis jetzt in Bayern noch nicht vereinbart. Ich hoffe, daß wir darüber mit den Krankenkassen in absehbarer Zeit zu einer Vereinbarung gelangen.

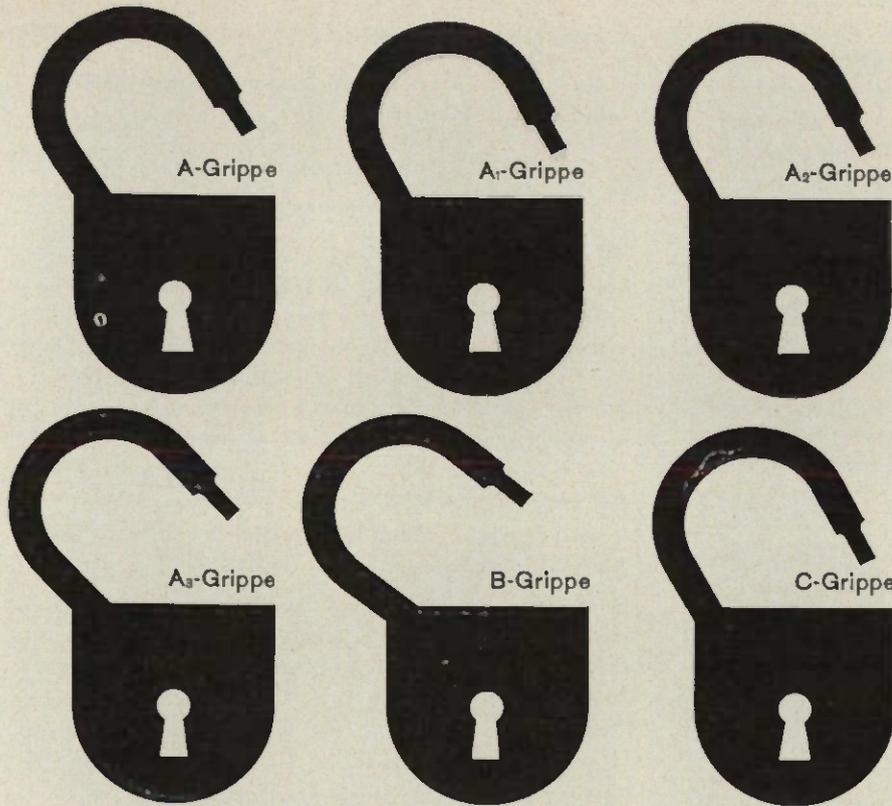
Das gleiche gilt für die **Säuglings- und Kleinkinderuntersuchungen**, über deren Notwendigkeit überhaupt kein Wort zu verlieren ist. Diese Untersuchungsart möchte man gern aus der freien Arztwahl heraus haben und lieber institutionalisieren. Wir werden uns also sehr bemühen müssen, daß wir auch diese Untersuchung in den Rahmen der freien Arztwahl einbeziehen können.

Im abgelaufenen Berichtsjahr wurden rund 64 000 Erstuntersuchungen und rund 38 000 Nachuntersuchungen nach dem **Jugendarbeitsschutzgesetz** durchgeführt. Es zeigt sich also, daß die Nachuntersuchung nach wie vor lax gehandhabt wird und ein guter Teil der Lehrlinge zu der Zweituntersuchung nicht erscheint.

Wir sprachen auch – in der Sachverständigenkommission und auch sonst – wiederholt über die **Diabetes-Früherkennung**. Sie erinnern sich, daß wir in München einen epidemiologischen Modellversuch durchführten, der sich inzwischen als der größte Versuch dieser Art erwiesen hat. Wir konnten damit zeigen, daß die Diabetesrate erschreckend hoch ist. Einer Einbeziehung der Vorsorgeuntersuchung in die Krankenversicherung bedarf es aber beim Diabetes nicht, wie wir klar zeigen konnten. Notwendig ist es allein, die Bevölkerung dazu zu bringen, daß jeder ein- oder besser zweimal im Jahr in die Apotheke geht, sich ein Teststäbchen holt, es selber anwendet, nachdem er kräftig gefrühstückt hat, und zum Arzt geht, wenn es sich verfärbt. Um das zu fördern, habe ich Gespräche mit der Industrie und auch mit den Apothekern geführt mit dem Ergebnis, daß wohl schon in der nächsten Zeit in allen Apotheken einzeln abgepackte Teststäbchen für vielleicht 20, 25 Pfennige angeboten werden.

Bayerische Ärzteversorgung

Ein letztes Wort zur Frage Ärzteversorgung. Es zeichnen sich Möglichkeiten ab, vielleicht noch in diesem Jahr von der RVO-Klausel für die Gewährung der Altersrente abzukommen und eine automatische Gewährung der Altersrente ab 67 einzuführen. Ich kann es heute aber noch nicht mit Sicherheit sagen; die Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen. Es spielt vor allem eine ganz wesentliche Frage mit: Wollen



Passend in jedem Fall:


Fiobrol[®]
 zur symptomatischen Grippe-therapie

Dr. Karl Thomae GmbH,
 795 Eibersach an der Riese,
 Herstellung und Vertrieb
 pharmazeutischer Spezialitäten
 der J. R. Geigy A.G., Basel

Es gibt keine preiswerteren ANTIBIOTIKA!

Chloramphenicol

Apoth. Verk. Pr.
mit MWSt.

12 St. Duraphenicol-Kapseln	6,15
24 St. Duraphenicol-Kapseln	11,60
12 St. Duraphenicol 500-Kapseln	9,50
24 St. Duraphenicol 500-Kapseln	17,90

Tetracyclin

Apoth. Verk. Pr.
mit MWSt.

12 St. DuraTetracyclin-Kapseln	5,90
24 St. DuraTetracyclin-Kapseln	10,85
12 St. DuraTetracyclin 500-Kapseln	7,95
24 St. DuraTetracyclin 500-Kapseln	14,50

Penicillin-V-Kalium

Apoth. Verk. Pr.
mit MWSt.

10 St. DuraPenicillin 200 000 I. E. Tabletten	3,60
10 St. DuraPenicillin 400 000 I. E. Tabletten	5,60
20 St. DuraPenicillin 400 000 I. E. Tabletten	10,30
10 St. DuraPenicillin Mega Tabletten	10,50



DURACHEMIE - TEGERNSEE

und können wir einen sogenannten Säkulartrend, das heißt auf gut Deutsch eine laufende Verwässerung des Geldwerts, in unsere Überlegungen einbeziehen oder nicht? Können wir unterstellen, daß im Rahmen dieser Entwicklung – säkular gesehen – tatsächlich die Berufseinnahmen von Jahr zu Jahr steigen, daß man also von keiner statischen, sondern einer dynamischen Situation ausgeht? Wenn das möglich ist, bin ich der Meinung, daß wir zur automatischen Altersrente gehen sollten. Ich habe mir aus Nordrhein die neueste Satzung und das Muster für die Rentenberechnung mitbringen lassen, der jeder entnehmen kann, was er nach soundso vielen Beitragsjahren und nach seiner Einzahlung für eine Rente zu erwarten hat. Dabei ergibt sich – an einem Beispiel gerechnet –, daß bei der Einzahlung eines Kollegen in Nordrhein in Höhe von 146 880 DM die erwartete Altersrente 16 063 Mark beträgt, während nach der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung die Rente 29 376 Mark für die gleiche Einzahlung und nach der gleichen Zahl von Einzahlungsjahren beträgt.

In Nordrhein wird die Rente zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme bereits dynamisiert. Aber die Differenz zwischen 29 000 und 16 000 Mark wird mit Sicherheit in der Rentenzeit nicht dynamisiert werden können. Mit anderen Worten: Der Ertragsquotient von 20 %, den wir zur Zeit für alle Einzahlungen gewähren, ganz gleich, ob sie früh oder spät geleistet wurden, ist außerordentlich günstig. Wenn wir das verbinden könnten mit einer automatischen Altersgrenze ab 67 Jahren, dann wären wir ein gutes Stück weitergekommen. Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung, der neu konstituiert wurde, hat sich in einer gemeinsamen Sitzung mit den Stellvertretern zunächst einmal mit den Grundlagen vertraut gemacht. Ende des Jahres wird die erste Arbeitssitzung stattfinden, und ich hoffe, daß wir bis dorthin über die Grundlagen verfügen werden, um entsprechende Entscheidungen treffen zu können. Wir müssen dabei davon ausgehen, daß unsere Leistungen nachhaltig sein müssen und daß wir also auch denen, die nach uns kommen, garantieren müssen, daß sie wirklich das bekommen, worauf sie sich eingestellt haben.

Soweit mein Tätigkeitsbericht. Herr Kollege Dr. Braun, der Vizepräsident unserer Kammer, und unsere Mitarbeiter Herr Dr. Sluka, Herr Dr. Reichstein und Herr Dr. Stordeur werden noch ergänzende Ausführungen machen.

**21. Nürnberger
Fortbildungskongreß der
Bayerischen Landesärztekammer
(Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg)**

vom 4. bis 6. Dezember 1970
Programm vgl. Seite 1130

Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

von Dr. H. Braun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer

Berufsgerichtsverfahren

Ich darf einige Punkte aus meinem Tätigkeitsbereich vortragen. Vorweg das Gebiet, das erfreulicherweise am kürzesten abzuhandeln ist, nämlich die Berufsaufsicht. In Bayern sind von Oktober 1969 bis Oktober 1970 im ganzen nur elf Berufsgerichtsverfahren anhängig geworden, davon sieben beim Berufsgericht München. Die Anlässe waren: Werbung, Abtreibung, Trunkenheit am Steuer und Vergehen gegen die Betäubungsmittelverordnung. Von diesen sieben Verfahren wurden fünf durch Verurteilung abgeschlossen, zwei Verfahren laufen noch.

Beim Berufsgericht Nürnberg sind vier Verfahren anhängig geworden, und zwar wegen Beleidigung, Abtreibung, unzulässiger Führung einer Facharztbezeichnung und Erteilung eines falschen ärztlichen Zeugnisses. Bei diesen vier Verfahren hat es bisher eine Verurteilung gegeben; drei von ihnen stehen noch offen.

Beim Landesberufsgericht sind zwei Verfahren anhängig, und zwar eines wegen Werbung und eine Beschwerde gegen den Kostenbeschluß der ersten Instanz. Eine Verurteilung ist erfolgt; die Beschwerde gegen die Kostenfestsetzung wurde zurückgewiesen. Es ist erfreulich, daß dieses Kapitel kurz ist.

Weiterbildung zum Allgemeinarzt

Einen Teil dieses Gebietes hat ja der Herr Präsident schon vorweggenommen. Nach der neuen Weiterbildungsordnung, die bei uns seit dem 1. Juli vorigen Jahres in Kraft ist, besteht eine Übergangsbestimmung, nach der Praktische Ärzte, die bereits niedergelassen sind, den Antrag stellen können, den Titel „Allgemeinarzt“ oder „Arzt für Allgemeinmedizin“ zu führen. Diese Übergangsbestimmung wurde auf ein Jahr befristet, also bis zum 30. Juni dieses Jahres.

Wir wissen, daß eine ganze Reihe von Praktikern bisher aus Nachlässigkeit diesen Antrag versäumt hat, und wir sind deshalb auch großzügig, wenn noch Anträge in der Zukunft kommen. Bislang wurden 3899 Anträge gestellt, davon 3489 Anträge von Kollegen und 410 Anträge von Kolleginnen, so daß wir bis jetzt ungefähr 75 bis 80 % Allgemeinärzte unter den bisherigen Praktischen Ärzten haben.

Für diejenigen, die nach der neuen Weiterbildungsordnung den Allgemeinarzt erreichen wollen, sind 1½ Jahre Tätigkeit in der Inneren Medizin vorgeschrieben, ein Jahr in der Chirurgie oder Gynäkologie, ein Vierteljahr Assistenten- – nicht Vertreter-tätigkeit in der Allgemeinpraxis und 15 Monate zur freien

Wahl. Ich kann Ihnen mitteilen, daß von den bisherigen Antragstellern bereits hundert diese neuen Weiterbildungsvorschriften erfüllt haben.

In der Akademie für Praktische Ärzte, einem Ausschuß der Bundesärztekammer, werden Erwägungen angestellt, ob man die Weiterbildung zum Allgemeinarzt in diesen Kategorien, die ich Ihnen aufgezählt habe, durch pflichtmäßige, eventuell übers Wochenend gehende Seminarveranstaltungen ergänzen sollte, in denen Themen abgehandelt werden, die an der Hochschule und auch im Krankenhaus nicht behandelt werden, die aber für die Allgemeinpraxis von Wichtigkeit sind. Das sind also Dinge, die vor allem in der kassenärztlichen Tätigkeit liegen, im sozialmedizinischen und im allgemeinmedizinischen Bereich. Diese Fragen wollen wir uns auch in Bayern überlegen, da die Akademie für Praktische Ärzte darüber noch keine endgültigen Beschlüsse gefaßt hat.

Die Erlaubnis zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin wurde bisher auch schon an 36 niedergelassene Allgemeinärzte erteilt. Im ganzen sind 56 Anträge gestellt worden. 20 Anträge davon laufen noch. Wir haben uns auch überlegt, welche Voraussetzungen man für eine Allgemeinpraxis fordern muß, wenn ein Allgemeinarzt junge Kollegen zu Allgemeinärzten weiterbilden will. Wir decken uns mit unseren schon vor einem Jahr erarbeiteten Anhaltspunkten mit denen, die neuerdings auch die Akademie für Praktische Ärzte erarbeitet hat. Wir glauben, daß ein Antragsteller, der junge Kollegen weiterbilden will, natürlich selbst Allgemeinarzt sein muß. Er soll mindestens fünf Jahre selbständig in eigener Praxis tätig gewesen sein. Die Akademie für Praktische Ärzte hat gemerkt, drei Jahre würden genügen. Wir glauben, daß eine Allgemeinpraxis für die Weiterbildung — wir nennen sie Weiterbildungspraxis — eine mindestens durchschnittliche Patientenzahl haben soll. Die Akademie für Praktische Ärzte hat dafür eine Krankenscheinzahl von mindestens 500 angegeben. Wir sind der Überzeugung, daß eine Praxis, die ganz einseitig ausgerichtet ist, etwa die Praxis eines früheren Facharztes, der sich als Allgemeinarzt niedergelassen hat, seine Praxis praktisch aber als Facharzt weiterführt, nicht geeignet ist, Allgemeinärzte auszubilden. Das Krankengut einer Allgemeinpraxis muß also durchaus einer Allgemeinpraxis entsprechen; es muß gemischt sein.

Auch die Verhältnisse der Praxis selber, die Zahl der Praxisräume, die Einrichtung, die Apparaturen, das beschäftigte Personal, müssen einem Minimum an Anforderungen genügen. Schließlich muß eine Allgemeinpraxis, die weiterbilden will, auch über eine dementsprechende Dokumentation verfügen. Wir glauben nicht, daß für diese Dokumentation der Krankenschein oder das berühmte Formblatt 14 genügen. Das sind also die Richtlinien. Die Voraussetzungen dafür suchen wir zu ergründen, indem wir den Kollegen, die um die Berechtigung zur Weiterbildung eingeben, ein Form-

blatt übersenden, das auszufüllen ist. Aus diesem Erhebungsbogen entnehmen wir alle die Kriterien, die ich eben angegeben habe.

Seitdem der Allgemeinarzt im Bundesgebiet steht — als erstes im Lande Bayern! —, hat sich herausgestellt, daß das Interesse der jungen Kollegen und der Studenten an der Allgemeinmedizin ganz wesentlich gewachsen ist. Ich kann das ganz bestimmt sagen aus vielen persönlichen Gesprächen und auch aus den vielen Anfragen von jungen Kollegen, die an die Kammer kommen: Was muß ich alles tun, um Allgemeinarzt zu werden? Die Allgemeinmedizin ist durch die Einführung des Allgemeinarztes für die junge Ärzteschaft und für die Studentenschaft auf jeden Fall attraktiv geworden.

Unsere Sorge in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt besteht darin, daß wir einfach nicht genug Weiterbildungspraxen haben. Wie ich schon sagte, haben bisher 36 Praxen die Genehmigung bekommen, in der Allgemeinmedizin weiterzubilden. Das genügt nicht, um den Ansturm der weiterzubildenden späteren Allgemeinärzte aufzufangen. Wir müssen dringend an die Allgemeinärzte appellieren, Anträge auf die Weiterbildungsgenehmigung zu stellen.

Eine Schwierigkeit, die sich dabei den Allgemeinärzten stellt, ist die Frage, wie muß ich diese Assistenten in meiner Praxis bezahlen? Ein Assistent in einer Allgemeinpraxis soll genauso gestellt sein wie ein Assistent im Krankenhaus, nämlich in Anlehnung an den BAT II. Das ist für einen jungen Kollegen, der frisch approbiert ist, ein Bruttobetrag von rund DM 1700,— bis 1800,—. Viele Kollegen werden sagen: Das kann ich nicht aufbringen. Ich habe mir kürzlich die Mühe gemacht, nachzurechnen, was sich ein Allgemeinarzt an Steuern erspart, wenn er einen Assistenten beschäftigt, der zum größten Abschreibungsposten für ihn wird. Ich rechnete damit — ich beschäftige seit einigen Jahren selbst Assistenten —, daß mindestens das halbe Gehalt des Assistenten Steuerersparnisse sind. Genau das hat sich jetzt auch herausgestellt. Ich hatte bei meinen Berechnungen einen Kollegen angenommen, der ein steuerpflichtiges Einkommen um DM 100 000,— im Jahre hat und habe ihm einen Assistenten mit DM 2000,— Bruttoeinkommen zugeordnet. Sie können auch in Steuerabzug bringen, wenn Sie ihm freie Kost und Wohnung geben. Sie kommen dann genau auf die Hälfte des Gehalts, also DM 1000,—, die Sie an Steuern ersparen.

Wenn der Assistent nun gut ist — das sei vorausgesetzt —, dann kann ich Ihnen mit Sicherheit sagen, daß er die restliche Hälfte seines Gehalts durch Mehrleistung hereinarbeitet. Es gibt doch so viele Allgemeinärzte im Land, die von morgens bis abends klagen: Wir würden so gern unsere Patienten besser versorgen, wir würden sie häufiger besuchen, häufiger nachsehen, wie es ihnen geht, wir würden gern mehr Untersuchungen, gründlichere Untersuchungen ma-

chen, wenn wir nur die Zeit dafür hätten. Wenn ein solcher Kollege einen Assistenten beschäftigt, so hat er dafür die Zeit, weil dann zwei ärztliche Arbeitskräfte zur Verfügung stehen, die diese Leistung erbringen.

Zu diesem Kapital der Bezahlung der Assistenten in den Allgemeinpraxen haben sich auch die Akademie für Allgemeinärzte und der Vorstand der Bundesärztekammer Gedanken gemacht. Der Vorstand der Bundesärztekammer ist an die Kassenärztliche Bundesvereinigung herangetreten mit der Bitte, zu überprüfen, wie weit solchen Kollegen, die Assistenten in ihrer Praxis beschäftigen, finanzielle Hilfen von Seiten der Kassenärztlichen Vereinigung gewährt werden können. Wie weit das möglich ist, entzieht sich meiner Kenntnis. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist nun aufgefordert, dazu eine Stellungnahme abzugeben.

Es liegt Ihnen ein Beschluß vor, der den § 34 betrifft. Hier soll eine Änderung durch Ihren Beschluß heute dahingehend vorgenommen werden, daß die Medizinalassistentenzeit, soweit sie noch abgeleistet wird, auch auf die Weiterbildung zum Allgemeinarzt angerechnet wird. Ich habe bei der Bundesärztekammer in den Debatten über dieses Kapitel schon immer gemeint, man sollte zumindest ein Jahr anrechnen, und zwar aus Gerechtigkeitsgründen den Fachärzten gegenüber. Sie wissen, daß in den Übergangsbestimmungen der Weiterbildungsordnung steht, daß alle die Kollegen, die ihre Weiterbildung nach einer Medizinalassistentenzeit antreten, also bis die neue Approbationsordnung in Kraft tritt, bei der ja die Medizinalassistentenzeit wegfällt, ihre Weiterbildung nach der alten Facharztordnung ableisten, also in den großen Fächern um ein Jahr verkürzt. Das, so glaubte ich immer, müßte man auch dem Allgemeinarzt zubilligen, daß also der, der Allgemeinarzt werden will und eine Medizinalassistentenzeit abgeleistet hat, dann nach der Approbation nur noch drei Jahre zum Allgemeinarzt braucht.

Wir sind bestrebt, die Übergangsfristen für unsere Weiterbildungsordnung zu verkürzen, da ja die neue Approbationsordnung erst gestern vom Bundesrat verabschiedet worden ist und Studenten, die nach der neuen Approbationsordnung nun zu studieren beginnen und nach der neuen Approbationsordnung voll ihr Staatsexamen machen — also keine Medizinalassistentenzeit mehr haben — erst 1978 fertig werden. Damit würde die Übergangszeit für die Weiterbildungsordnung so unheimlich verlängert und unübersichtlich, daß wir meinen, wir müssen diese Übergangsfrist abkürzen. Das geht ebenfalls aus diesem § 34 hervor. Es ist darin vorgesehen, daß alle die Kollegen, die eine mindestens 18monatige Medizinalassistentenzeit abgeleistet haben und auch diejenigen, die nur eine einjährige Medizinalassistentenzeit abgeleistet haben, wenn sie ihre Weiterbildung nach der Approbation vor dem 1. Januar 1971 beginnen, nur drei Jahre zur Allgemeinmedizin brauchen. Es wird also ein Jahr Medizinalassistentenzeit auf die Weiterbildung angerechnet.

Weiterhin soll auf die Weiterbildung zum Allgemeinarzt ein truppenärztlicher Dienst angerechnet werden. Sie wissen, daß unsere jungen Kollegen jetzt in großem Umfang zur Bundeswehr eingezogen werden. Der frühere Tauglichkeitsgrad IV — jetzt heißt es „bedingt tauglich“ — ist für Ärzte kein Hindernis mehr, als Ärzte bei der Bundeswehr ihre Wehrpflicht zu erfüllen. Diesen Kollegen, die hier eineinhalb Jahre ableisten, oder den älteren Kollegen, die ein Jahr ableisten, sollte man auch entgegenkommen. Der echte truppenärztliche Dienst sollte bis zur halben Zeit dieses Dienstes angerechnet werden auf die 15 Monate freie Zeit zur Weiterbildung zum Allgemeinarzt, nicht aber auf die drei Monate pflichtmäßiger Weiterbildung in Allgemeinmedizin in einer Allgemeinpraxis. Darauf kann man den truppenärztlichen Dienst nicht anrechnen. Natürlich wird der Wehrdienst in Lazaretten, also in Fachabteilungen, die übrigens alle eine Weiterbildungsgenehmigung von den Ärztekammern haben, im Rahmen des Faches — für die 1½ Jahre Innere, für das eine Jahr Chirurgie usw. — angerechnet.

Wenn Allgemeinärzte bei uns den Antrag auf Berechtigung zur Weiterbildung einreichen, genügt zur Einstellung eines Assistenten zur allgemeinärztlichen Weiterbildung in der Praxis nicht die Erlaubnis der Kammer, sondern sie müssen auch die Erlaubnis von der Kassenärztlichen Vereinigung haben, daß sie einen Assistenten beschäftigen dürfen. Sie wissen ja, daß nach der RVO und dem Bundesmantelvertrag die Beschäftigung eines Assistenten nicht der Ausweitung der Praxis dienen darf. Das ist eine Bestimmung, die die Beschäftigung von Assistenten in der Praxis praktisch unmöglich machen würde. Daher hat die Ärztekammer mit der Kassenärztlichen Vereinigung eine Absprache getroffen, daß diejenigen Kollegen, die von der Ärztekammer die Weiterbildungsberechtigung haben, auch von der Kassenärztlichen Vereinigung die Erlaubnis zur Beschäftigung eines Assistenten bekommen.

Famulaturstellen

Ein weiteres Problem neben der Beschäftigung von Assistenten in der Allgemeinpraxis ist das vom Präsidenten schon angesprochene Problem der Famulatur. In der neuen Approbationsordnung steht, daß die Pflichtfamulatur von acht Wochen nur im sozialärztlichen, arbeitsmedizinischen oder staatsmedizinischen Dienst abgeleistet werden kann oder vier Wochen davon in einer freien Praxis. In der früheren Fassung hieß es: in einer Landpraxis. Das wäre unmöglich zu schaffen gewesen. Jetzt ist es in jeder Praxis möglich.

Sie können sich vorstellen, wieviele Famuli in einigen Jahren, wenn die neue Approbationsordnung für die Medizinstudenten zutrifft, auf die Praxen zukommen werden. Wie das finanziell geregelt werden soll, steht noch offen. Es ist sicher, daß ein Famulus für eine

Stenokardische Beschwerden –
Angina pectoris?

Neu

Doberol®

schützt Herz und Kreislauf
vor Überlastung



selektiver Schutz des Herzmuskels
vor überschießenden adrenergen Impulsen

Senkung der inneren Herzarbeit

Angleichung des Sauerstoffbedarfs
an die mögliche Sauerstoffzufuhr

Ökonomisierung unrationeller Herzarbeit

Doberol®

= 1-(Isopropylamino)-3-
(m-tolyloxy)-2-propanol-hydro-
chlorid

erhält die
Leistungsbreite
des Herzens und
die Leistungsfähigkeit
des Patienten

Doberol® 10 mg	
50 Tabletten	4,85 DM

Doberol® 50 mg	
20 Tabletten	5,80 DM
50 Tabletten	13,45 DM

Hinweise zur Therapie im
wissenschaftlichen Prospekt

**Boehringer
Ingelheim**



Allgemeinpraxis eine Belastung darstellt; denn er erbringt kaum eine Leistung. Es ist ja ein Auszubildender. Daß diese Tätigkeit des Ausbildens von einem Allgemeinarzt ein enormes Maß an Idealismus und an Bereitschaft erfordert, für junge Studenten etwas zu tun, für sie als Lehrer zu wirken, ist sicher. Aber es ist eine schöne und befriedigende Aufgabe. Sie müssen sich heute schon überlegen, wie Sie sich in die Lage versetzen können, in einigen Jahren in Ihren Praxen Fernstudium für je vier Wochen auszubilden.

Ich möchte euch die Frege der Allgemeinmedizin als Attraktivität für unsere jungen Kollegen entsprechen, jedoch nur in dem Sinn, daß sich der junge Student deshalb häufig nicht zur Allgemeinmedizin hingezogen fühlt, weil er ein falsches Bild von der Allgemeinpraxis und vor allem von der Landpraxis hat. Junge Mediziner, die einen Einblick in eine Landpraxis bekommen haben, denken oft ganz anders darüber und sind häufig begeistert von der Tätigkeit in Allgemeinmedizin und in der Landpraxis. Das stellt sich immer wieder heraus.

Um aber den jungen Medizinern einen Blick für die Tätigkeit und den Aufgabenbereich in einer Allgemeinpraxis zu geben, gehört in die Ausbildung an der Universität unbedingt die Lehre der Allgemeinmedizin. Dafür braucht man Lehraufträge für Allgemeinmedizin. Neuerdings wurde ein solcher Lehrauftrag auch von der Universität München ausgesprochen. Die große Schwierigkeit wird sicherlich darin liegen, genügend Allgemeinärzte zu finden, die nicht nur in der Lage, sondern auch fähig sind, solche Aufgaben an der Universität zu erfüllen. Es gehört dazu ein großes Maß an Idealismus und es gehört meines Erachtens dazu, daß ein solcher Kollege während seiner Lehrtätigkeit weiterhin in der Allgemeinpraxis tätig ist und den Kontakt zur Allgemeinpraxis nicht verlieren darf. Denn sonst kann er Allgemeinmedizin nicht lehren.

Landarzt-Gruppenpraxis

Das Landarztproblem, das auch schon vom Präsidenten angesprochen worden ist, möchte ich nur dadurch ergänzen, daß ich schon seit Jahren der festen Überzeugung bin — was ich schon wiederholt gesagt habe —, daß die zukünftige Form der Landpraxis sicherlich die Gruppenpraxis sein wird. Denn ein wesentliches Handicap, durch das sich junge Kollegen gehindert fühlen, aufs Land zu gehen, ist nicht so sehr das wirtschaftliche und das kulturelle Moment, sondern in erster Linie die Angst vor der eigenen Verantwortung, die Angst, am Land draußen auf sich selber gestellt zu sein und niemanden zu haben, an den man sich anlehnen und den Sie fragen können. Die jungen Kollegen, die heute studieren und in den Kliniken sind, sind nun einmal das Teamwork gewohnt. Sie sind das Anlehnen und die gegenseitige Beratung

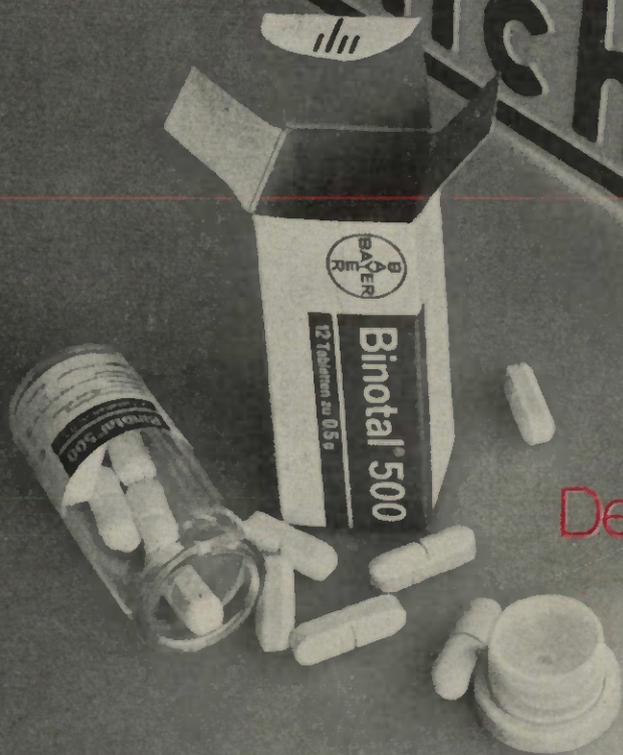
gewohnt und sie scheuen sich eben vor dem Auf-sich-selber-gestellt-sein. Dem kann eigentlich nur die Gruppenpraxis ebhelfen, neben all den anderen Vorteilen, die die Gruppenpraxis in wirtschaftlicher Hinsicht, in der Freizeitgestaltung, in der Dienstgestaltung am Wochenende usw. hat.

Ärztlicher Not- und Bereitschaftsdienst

Ich habe wirklich einen Horror vor dem organisierten Notdienst rund um die Uhr, wie er z. B. in Hamburg existiert. Dieser Notdienst rund um die Uhr wirft Grundsetzfragen auf. Ich glaube, wir müssen uns etwas anderes einfallen lassen. Es bestehen von vielen Seiten — gerade auch von politischer Seite — Tendenzen zum Ambulatorium — angeblich mit der Begründung, daß die ärztliche Versorgung der Bevölkerung nicht sichergestellt sei, weil die Ärzte nach fünf Uhr „ihren Laden zusperren“, und am Mittwoch nachmittag, am Freitag nachmittag sowie am Wochenende überhaupt nicht mehr erreichbar seien. Da müßte nun der Staat oder die Sozialversicherung eingreifen oder das Krankenhaus — wie der Landrat von Kronach das meint —, um Ambulatorien zu schaffen.

Das sind politische Bestrebungen, die für unsere Freiberuflichkeit von allergrößter Gefahr sind. Dem können wir nur begegnen durch ein erhöhtes Angebot von Präsenz und von Leistung aus der freien Praxis. Das haben die Berliner Kollegen erkannt. In Berlin werden so gut wie sicher zwei Krankenhausambulatorien durch den Senat geschaffen werden, die sich auf das ganze Spektrum der ärztlichen Tätigkeit erstrecken. Die Berliner Kollegen haben sich nun wegen dieser Gefahr entschlossen, auch an den Mittwochnachmittagen Sprachstunden abzuhalten mit dem Effekt, daß die Mittwochnachmittag-Sprechstunden außerordentlich überfüllt sind mit Patienten, die bisher in die Krankenhäuser gegangen sind, weil sie am Mittwochnachmittag nirgendwo Hilfe erfahren haben.

Es wird mir immer wieder von Kollegen aus der Großstadt gesagt, der Hausarzt sei doch tot. Die Patienten wechselten jedes Quartal ihren Arzt; es gebe keinen Hausarzt mehr. Diesem Argument halte ich immer folgendes entgegen: Wenn die Patienten in der Großstadt von Vierteljahr zu Vierteljahr zu einem anderen Arzt gehen, denn tun sie es deshalb, weil sie einen Hausarzt suchen und nicht finden — weil sie den Arzt wollen, der für sie da ist, gerade in der Notsituation. Wenn der Patient schließlich einen Hausarzt gefunden hat, dann hat er ihn deshalb gefunden, weil er zu ihm Vertrauen hat, und weil er glaubt, der Arzt könne ihm helfen gerade dann, wenn er ihn dringend braucht, beispielsweise mitten in der Nacht, wenn er glaubt, einen Herzinfarkt zu haben. Wenn dann aber in dieser Nacht nicht der Arzt seines Vertrauens, sondern irgendein junger Assistenzarzt, der gerade im ärztlichen Bereitschaftsdienst Nachtdienst hat, zu ihm kommt, dann ist für den Patienten dieser junge Arzt eben auch eine



Deshalb direkte
Bakterizidie!

Binotal® 500

Binotal schafft sofort bakterizide Konzentrationen.

Reduziert die Keimzahl ohne Verzögerung. In Serum, Gewebe und Harn. Unabhängig von körpereigenen Abwehrmechanismen. Direkte Breitspektrum-Bakterizidie.

Binotal 500 ist ein Penicillin. Praktisch atoxisch.

Keine Dosisbegrenzung. Keine Altersbegrenzung. Keine Gefährdung durch Kumulation. Daher auch bei Niereninsuffizienz anwendbar.

Rationelle Therapie mit Binotal 500

bei Atemwegsinfekten
bei Harnwegsinfekten
bei Gallenwegsinfekten

Binotal 500	12 Tabletten zu 0,5 g	26,55 DM
	30 Tabletten zu 0,5 g	59,90 DM
Binotal-Saft	mit 3 g/60 ml	23,30 DM
Binotal pro infantibus	18 Kapseln zu 0,25 g	23,75 DM
Binotal pro injectione	zu 0,5 g; 1,0 g; 2,0 g	
Binotal pro infusione	zu 5,0 g	

Kontraindikation: Penicillin-Überempfindlichkeit.
Zur Beachtung: Gelegentlich auftretende leichte gastrointestinale Störungen verschwinden meist auch unter Fortsetzung der Medikation. Wie bei allen Penicillinen können Hautreaktionen auftreten.

Weitere Informationen über Binotal 500 geben





»Eine kausale Therapie der Koronarinsuffizienz soll die Fähigkeit des myokardialen Gefäßnetzes zur Kollateralbildung ausnutzen. Hierzu kommen dosiertes körperliches Training oder die sogenannten »benignen« Koronardilatatoren in Frage.«

FRIEDEMANN, M.: Schweiz. med. Wschr. 96, 1656 (1966)

Darum:
Wählen Sie
für Ihren Koronarpatienten
eine adaequate
sportliche Betätigung aus
... und geben Sie

Persantin[®]

An umfangreichem Krankengut konnten die Behandlungserfolge mit Persantin beobachtet werden:
schneller Rückgang der Anfallsbereitschaft bzw. völliges Ausbleiben von Angina pectoris-Schmerzen,
Rückgang des Nitroglycerinverbrauchs, Steigerung der körperlichen Belastungsfähigkeit.

Dabei ergab sich die zu empfehlende
Therapieregeln

Persantin[®] früh genug - hoch genug - lange genug

...me Institution und nichts anderes wie ein Am-
bulatorium.

Wenn wir den Bereitschaftsdienst und den Notdienst
rund um die Uhr weiter so betreiben und vertiefen,
dann haben wir den Politikern alle Argumente für die
Ambulatorien selbst geliefert. Dann ist der Hausarzt
tot. Aber dann ist er tot, weil wir als frei niedergelas-
sene Ärzte nicht bereit sind, unseren Patienten die
freie Arztwahl zu ermöglichen. Denn die freie Arztwahl
ist ja nicht in erster Linie ein Privileg von uns, sondern
ein Recht des Patienten.

Ärztliche Unfallversorgung

Ich habe erst gestern in der „Passauer Zeitung“ ge-
lesen, daß es in der Bundesrepublik in den ersten
sieben Monaten dieses Jahres fast 10 000 Verkehrs-
tote gegeben hat. Es sind genau 9792. Im ersten Vier-
teljahr dieses Jahres im Vergleich zum ersten Viertel-
jahr 1969 haben sich die Straßenverkehrsunfälle um
26,5 % vermehrt, die Verkehrstoten um 24,4 % und
die Verletzten aus Verkehrsunfällen um 23,1 %. Schon
der „Unfallpapst“, Professor BAUER aus Heidelberg,
hat festgestellt – das wird überall vielfach bestätigt –,
daß 20 % der Verkehrsunfalltoten zu retten wären,
wenn die geeignete, ausreichende Hilfe zur rechten
Zeit an Ort und Stelle wäre. Das wären also für die
10 000 Toten in den ersten sieben Monaten dieses
Jahres 2000 Menschen, die heute noch leben würden,
wenn eine ausreichende, rechtzeitige Hilfe zur Stelle
gewesen wäre. Zu dieser Hilfe, zu einer ausreichenden
ersten Versorgung eines Schwerverletzten am Unfall-
ort, gehört der Arzt. Wir können diese Verantwortung,
die wir rein schon nach der Berufsordnung und nach
dem BGB haben, nämlich jederzeit erste Hilfe zu lei-
sten, nicht mehr weiter von uns schieben. Wir können
die Kritik, die landauf, landab seit Monaten und seit
Jahren an der Erstversorgung der Unfallopfer geübt
wird – nicht nur an den Hilfsorganisationen wie dem
Roten Kreuz, sondern auch an der Ärzteschaft –, nicht
weiter auf uns sitzen lassen. Ich glaube, wir müssen
uns etwas überlegen, wie wir es zustande bringen,
daß Straßenunfallopfer immer von einem Arzt erstver-
sorgt werden. Das hat der Hartmannbund in einem
Abschnitt sehr schön formuliert, den ich Ihnen ver-
lesen möchte:

„Die schweren Verkehrsunfälle der Urlaubszeit haben
gezeigt, wie entscheidend die schnelle, fachgerechte
Behandlung der Verletzten am Unfallort ist. Zur Ret-
tung dieser Menschenleben kommt es in erster Linie
auf den sofortigen Einsatz der in freier Praxis nieder-
gelassenen Ärzte an. Was nützt das besteingerichtete
Spezialkrankenhaus, wenn der Patient auf dem Trans-
port dorthin oder eben an der Unfallstelle stirbt.“

Ich weiß, daß diese Sorge in der Unfallversorgung
sekundär ist. Die erste Sorge ist die, daß wir in der
Bundesrepublik und insbesondere in Bayern, wo das
Bayerische Rote Kreuz eine Monopolstellung in der

Unfallrettung hat, nicht die Möglichkeit haben, einen
ausreichenden Unfallrettungsapparat aufzubauen, weil
die Geldmittel fehlen. Wenn das Bayerische Rote
Kreuz seinen Apparat so aufbauen wollte, daß wirklich
die Möglichkeit dazu gegeben ist, die Unfallopfer recht-
zeitig und optimal zu versorgen, also ausreichende
Unfallrettungswagen zu beschaffen, die Funkeinrich-
tungen auszubauen, die Unfallrettungswagen dement-
sprechend auszustatten mit Wiederbelebungseinrich-
tungen usw., dann wäre dazu eine Erstinvestition von
DM 15 Mill. erforderlich. Diese Zahl entnehme ich
einem Bericht unseres Kollegen SOENNING bei einer
Sitzung des Landesgesundheitsrates Anfang Juli.

Nach dieser Berechnung ist für die Unterhaltskosten
dieser Einrichtungen pro Jahr eine Investition von
DM 23 Mill. erforderlich. Diese 15 Millionen Erstaus-
stattung und die 23 Millionen jährlichen Aufwand kann
eine freiwillige Hilfsorganisation wie das Rote Kreuz,
das auf Spenden und auf Beiträge fördernder Mitglie-
der angewiesen ist, einfach nicht leisten. Die Ver-
pflichtung aber, für das Leben seiner Mitbürger zu
sorgen, hat der Staat. Daher hat auch Kollege Soenning
den Antrag an den Landtag gestellt, daß mindestens
50 % dieser Gelder – dieser 15 Millionen Erstinvesti-
tion, der 23 Millionen jährlicher Aufwendungen – vom
Staat übernommen werden. Ich finde, daß das ein
Minimum dessen ist, was der Staat für das Leben sei-
ner Mitbürger leisten müßte. Nur dann, wenn diese
Einrichtung steht, wenn also ein Arzt überhaupt erst in
die Lage versetzt wird, zweckmäßig am Unfallort tätig
zu werden, kann auch die Forderung an die Ärzte ge-
stellt werden, diese Unfallrettungswagen zu besetzen.
Ich bitte Sie, dem zur Frage des Unfallrettungswesens
eingebrachten Antrag Ihre Zustimmung zu geben.

Spezialkliniken zur internen Vor-, Weiter- und
Nachbehandlung von Tumorkranken

In

8203 Oberaudorf/Bad Trißl und
8974 Oberstaufen/Allgäu

für Kassen- und Privatpatienten

Anmeldung und Aufnahme ausschließ-
lich über die Arbeitsgemeinschaft für Krebs-
erkennung und Krebsbekämpfung in Bayern,
8000 München 23, Königinstraße 85/IV. Von dort
können auch die für den ärztlichen Befundbe-
richt benötigten Formulare angefordert werden.

Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

von Dr. L. S l u k a , Hauptgeschäftsführer

Arzthelferin-Lehrlingswesen

Auf dem Bayerischen Ärztetag des letzten Jahres durfte ich Ihnen einen ausführlichen Bericht über die Tätigkeit der Kammer bei der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben als Trägerin des Lehrberufs der Arzthelferin erstatten. Ich darf mich unter Bezugnahme auf diese Ausführungen und im Hinblick auf die fortgeschrittene Zeit auf die wesentlichen dieser Arbeiten im Berichtszeitraum beschränken.

Die Zahl der aufgrund eines Lehrverhältnisses bei Ärzten mit gleichzeitigem Besuch der Fachklassen an Berufsschulen ausgebildeten Arzthelferinnen hat sich im Vorjahr wiederum erhöht. Der Lehrabschlußprüfung am Ende des Schuljahres 1969/70 haben sich 803 Mädchen gegenüber 710 am Ende des vergangenen Schuljahres unterzogen.

Da die Entscheidung über die Zulassung zur Lehrabschlußprüfung, über die Prüfungsthemen der schriftlichen Prüfung sowie die Vorbereitungen für die Prüfungen und schließlich die Ausstellung der Prüfungszeugnisse und Helferinnenbriefe durch die Kammer erfolgt, war die Geschäftsführung allein schon für diesen Arbeitsbereich mit einem erheblichen Arbeitsvolumen belastet.

Der Zugang zum Lehrberuf der Arzthelferin zeigt gegenüber dem vergangenen Jahr gleichfalls eine deutliche Zunahme. Während in Bayern zu Beginn des vergangenen Schuljahres 1969/70 bereits 957 Lehrlinge in das Lehrverhältnis eingetreten waren, sind es in diesem Jahr 1173. Hinzu kommt eine der Kammer noch nicht genau bekannte Anzahl jener Mädchen, welche mit einem Vorvertrag bei einem Arzt als Interessentinnen für den Lehrberuf der Arzthelferin im Herbst dieses Jahres eingetreten sind.

Zu den 22 Berufsschulen mit Fachklassen für Arzthelferin-Lehrlinge ist mit Beginn dieses Schuljahres die Städtische Berufsschule Ansbach neu hinzuge-

kommen. Den von der Kammer unterstützten Bemühungen des 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Ansbach und Umgebung ist es gelungen, die Errichtung eines Fachschulsprengels für Arzthelferinnen zu dieser Schule in diesem Jahr zu erreichen, nachdem der Antrag der Kammer im vergangenen Jahr wegen der Einführung des neunten Schuljahres und der zu erwartenden geringeren Anzahl eintretender Lehrlinge abgelehnt worden war. Zu Beginn dieses Schuljahres werden etwa 40 in den Lehrberuf in diesem Jahr eingetretenen Mädchen aus dem neugeschaffenen Fachschulsprengel, der den Ärztlichen Kreisverband Ansbach und Umgebung und einen Teil des Ärztlichen Kreisverbandes Südfranken umfaßt, in der neu eingerichteten ersten Fachklasse an der Städtischen Berufsschule in Ansbach unterrichtet werden. Es konnten bereits erfahrene ärztliche Lehrkräfte für diese Klasse gewonnen werden; auch wurde die erforderliche Ausstattung der Fachklasse mit Unterrichtsmaterial im vergangenen Jahr unter Mitwirkung der ärztlichen Berufsvertretung vorbereitet.

Damit konnte nun auch für den Regierungsbezirk Mittelfranken die Entlastung der überfüllten Fachklassen an der Berufsschule 5 in Nürnberg, die bereits seit Jahren angestrebt worden ist, erreicht werden. Für die Lehrlinge ergibt sich daraus eine erhebliche Verkürzung des Hin- und Rückweges zur Berufsschule und für die Lehrherrn eine Verminderung der Ausbildungskosten.

Mit der Einrichtung von weiteren Fachklassen an den nunmehr 23 Berufsschulen und durch die Zunahme der Lehrlinge vermehrte sich auch die Zahl der ärztlichen und nichtärztlichen Fachlehrer für die Medizinische Fachkunde und Naturlehre auf insgesamt 53 (und Ansbach) gegenüber im Vorjahr 49. Diese Ausweitung in der Ausbildung der Lehrlinge schlägt in bezug auf die diesen Mitarbeitern aus Mitteln der Kammer gewährten Zuschüsse zu der Vergütung der Schulträger für die Unterrichtsstunden in der Position „Arzthelferin“ des Kammerhaushaltes mit einem entsprechenden Betrag zu Buche. Für die Geschäftsführung der Kammer ist auch diese zunehmende Zahl der

Adumbran[®]

Thomae

zuverlässig, bewährt, gut verträglich
bei Angst, Spannung, Nervosität, vegetativer Dysregulation.

1

Schulen und Fachklassen mit einem entsprechenden Arbeitsaufwand verbunden.

Im Berichtszeitraum konnte die Einrichtung der Schulen mit Unterrichtsmateriel bei zum Teil namhafter finanzieller Beteiligung der Bezirksstellen der KVB und Mitwirkung der Schulträger weiter verbessert werden. So steht z. B. für die Ausbildung der Arzthelferin-Lehrlinge an der Simon-Knoll-Berufsschule in München ein modernes Labor mit insgesamt sechs Räumen, darunter einem Hörsaal und je einem Raum mit 30 Labor- und 30 Mikroskopierplätzen mit Mikroskopen zur Verfügung, die zugleich der Unterrichtung der Pharmazeutisch-technischen Assistentinnen dienen. Der wesentliche Anteil der Kosten für dieses Labor wurde von der Apothekerschaft und von der Landeshauptstadt München getragen. Zur Vermittlung photometrischer Untersuchungsmethoden im Umfang der für die Ausbildung der Arzthelferin-Lehrlinge festgelegten Laboruntersuchungen konnten an weiteren Berufsschulen Photometer angeschafft werden. Im Rahmen der geplanten Neubauten von Berufsschulen werden in den nächsten Jahren für die Unterrichtung der Arzthelferin-Lehrlinge neue bzw. bessere Schulräume geschaffen werden.

Für den Unterricht in dem wichtigen Teilgebiet kassenärztliches Abrechnungswesen wurde den unterrichtenden Lehrern eine von den Herren Geschäftsführern der Bezirksstelle München und Oberbayern erarbeitete Anleitung in Lose-Blatt-Form mit Dia-Reihe zur Verfügung gestellt. Der an der Berufsschule in Bamberg als nebenamtlicher Fachlehrer tätige Kollege hat in dankenswerter Weise ein auf den Lehrplan für Arzthelferin-Lehrlinge abgestelltes Unterrichtsbuch für das Fach Naturlehre erstellt, das den Lehrern dieses Unterrichtsfaches von der Kammer übergeben und den Lehrlingen zum Kauf angeboten werden wird. Ein Unterrichtsbuch für eile Bereiche des Lehrberufs der Arzthelferin, wie auch für ihre Tätigkeit nach ihrer Anerkennung als Arzthelferin, das auf dem Lehrmittelmarkt noch fehlt, wird in Zusammenarbeit mit der Bezirksstelle Oberbayern vorbereitet.

In den Bemühungen der Kammer um die bestmögliche Ausbildung dieses Hilfspersonals ist auch für den Berichtszeitraum die Fortsetzung der ausgezeichneten Zusammenarbeit mit den Direktionen der Berufsschulen und den Schulträgern festzustellen.

Die Kammer bleibt weiterhin bemüht, mit der Lehrerschaft die Ausbildung dieses ärztlichen Hilfspersonals der Entwicklung in der Diagnostik und Therapie und den damit an diese Mitarbeiter gestellten Anforderungen anzupassen.

Bis zum Ende des Schuljahres 1969/70 war im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer durch Vorstandsbeschluss die dreijährige Lehrzeit für jene Mädchen eingeführt, welche bei ihrem Eintritt in die ärztliche Praxis das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. In Anpassung an das bundeseinheitliche Berufsbild der Arzthelferin und an die Vorschriften des am 1. Sep-



Blick auf die Delegierten
— Bezirk München —

tember 1969 in Kraft getretenen Berufsbildungsgesetzes war der Vorstand gezwungen, anstelle dieser Regelung für jene jungen Mädchen den Abschluß eines Vorvertrages für Interessentinnen für den Lehrberuf der Arzthelferin einzuführen. Ein entsprechendes Vertragsmuster wurde dazu eingeführt. Diese Interessentinnen werden entweder in kaufmännischen Klassen der Heimatberufsschulen oder in Vorklassen an einigen Berufsschulen mit Arzthelferin-Klassen unterrichtet.

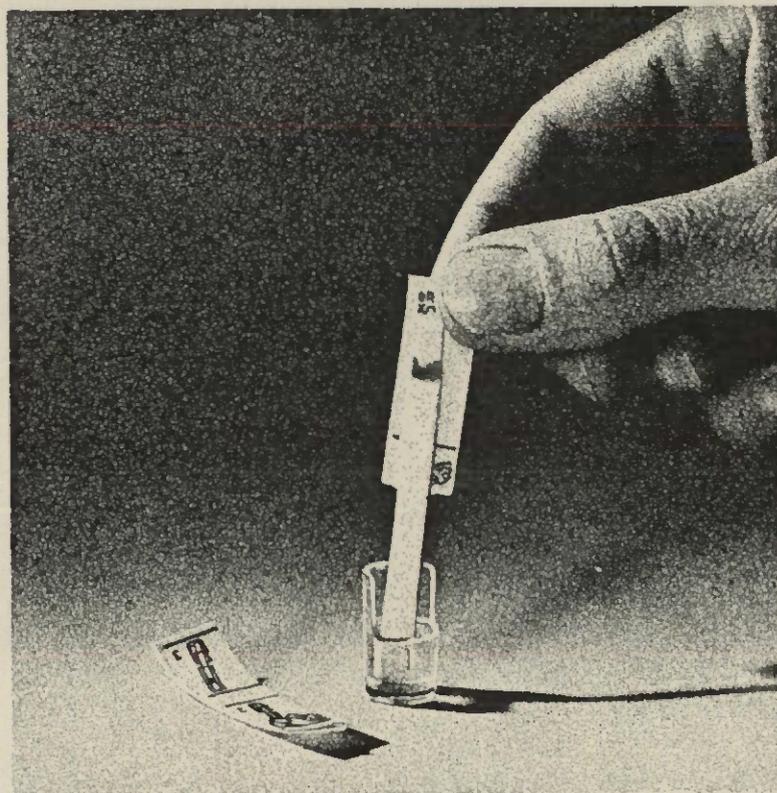
Zum berufsbegleitenden Unterricht der Arzthelferin-Lehrlinge an den Berufsschulen möchte ich noch auf folgendes Problem hinweisen.

Bis zum Inkrafttreten des Schulpflichtgesetzes am 1. April 1969 endete die Berufsschulpflicht in Bayern nach elf Schuljahren bzw. mit dem Abschluß der Lehrzeit in einem anerkannten Lehrberuf. Das neue Schulpflichtgesetz hat die Berufsschulpflicht mit drei Jahren festgesetzt, wobei sie mit dem 1. August des Jahres beginnt, an dem die Volksschulpflicht endet. Soweit für bestimmte Berufe kürzere Ausbildungszeiten zugelassen sind, beschränkt sich die Berufsschulpflicht auf die Dauer des Ausbildungsverhältnisses; sie dauert jedoch mindestens zwei Jahre. Die Studententafel ist so zu bemessen, daß das Lehrziel der dreijährigen Berufsschule erreicht wird.

Dazu hat das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus am 19. August 1969 eine Verordnung erlassen, wonach Jugendliche mit zweijährigen Ausbildungsverträgen ab dem Schuljahr 1969/70 im ersten Jahr der Berufsschule zwei Tage Unterricht in der Woche erhalten. Damit soll den vorgenannten Bestimmungen des Berufsschulgesetzes, wonach bei zwei Schuljahren das Lehrziel der dreijährigen Berufsschule erreicht werden muß, Rechnung getragen werden.

Die Kammer ist nach der Bekanntgabe der Verordnung am 29. August 1969 im „Gesetz- und Verordnungsblatt“, die ab 1. September 1969 in Kraft getreten ist, beim Kultusministerium vorstellig geworden und hat nachdrücklich auf die Auswirkungen hingewiesen, welche diese nur in Bayern bestehende Rege-

URIGLOX

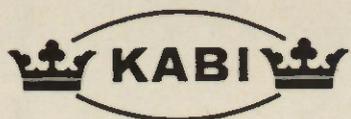


Teststreifen zum Nachweis signifikanter Bakteriurien

Mit URIGLOX werden bei einer einzigen Untersuchung
95% aller positiven Fälle erkannt und
99% aller negativen Fälle ausgeschlossen.

Bitte fordern Sie Informationsmaterial an.

209/0



Hersteller
KABI AB
Schweden

Vertrieb für die Bundesrepublik Deutschland

LABORDIAGNOSTICA
GÖDECKE

Esberitox[®]

ruft
die Abwehr
zum Kampf

Esberitox[®]

unspezifisches Reiztherapeutikum
Stimulans des RES und des
leukopoetischen Systems

Esberitox[®]

zur Basistherapie bei allen
infektiösen Erkrankungen

Darreichungsformen:

Liquidum:	20 ml, 50 ml;
Tabletten (mit Vitamin C):	50 Stück zu 0,3 g, 125 Stück zu 0,3 g;
Suppositorien:	10 Stück;
Ampullen:	5 Stück zu 2 ml.



Schaper & Brümmer
3324 Salzgitter-Ringelheim

lung auf die Ausbildung der Arzthelferin-Lehrlinge mit abgeschlossener Volksschulbildung in der Praxis hat und die dazu führt, daß bei einer Sprechstundentätigkeit in den Praxen an durchschnittlich fünf Tagen in der Woche nur noch drei Tage für die praktische Ausbildung des Lehrlings verbleiben, wonach sich das Gewicht der Ausbildung noch weiter in die Schule verlagert. Dabei ist zu bemerken, daß der zweite Schultag acht Unterrichtsstunden umfassen soll mit den Unterrichtsfächern des bisherigen Schultages und nicht etwa nur als Schulhalbtage abgehalten werden soll. Diese Regelung hat auch finanzielle Folgen für die Kammer, da eine nicht unbedeutende Anzahl von Unterrichtsstunden in der medizinischen Fachkunde anfällt, für die den unterrichtenden ärztlichen und nichtärztlichen nebenamtlichen Fachlehrern Zuschüsse aus den Mitteln der Kammer bezahlt werden. Diese Fachlehrer wären nicht in der Lage, diesen zusätzlichen Unterricht zu übernehmen. Auch war es schon bisher schwierig, weitere Ärzte dafür zu gewinnen.

Im abgelaufenen Schuljahr kam die Neuregelung des Schulpflichtgesetzes deshalb noch nicht zum Tragen, weil die erwähnte Verordnung erst Ende August verkündet worden ist und weil die Schuldirektionen nicht mehr die Möglichkeit hatten, die organisatorischen Vorbereitungen für die Einführung des zweiten Berufsschultages zu treffen. An den meisten Schulen fehlten dazu die erforderlichen Klafträume und das hauptamtliche Lehrpersonal.

Zu Beginn dieses Schuljahres beabsichtigten die Leiter einiger Berufsschulen, offenbar das Gesetz und die Verordnung zu vollziehen.

Die Bemühungen der Kammer, eine Änderung des Gesetzes oder seiner Anwendung auf den Lehrberuf der Arzthelferin im Hinblick auf das Mindesteintrittsalter von 16 Jahren für den Lehrberuf der Arzthelferin, wie es das Berufsbild festlegt, zu erreichen, sind leider bisher ohne Erfolg geblieben. Das Kultusministerium sieht den Weg zu einer Freistellung für Arzthelferin-Lehrlinge vom zweiten Berufsschultag im ersten Lehrjahr bei zweijähriger Lehrzeit nur darin, daß als Zugangsvoraussetzung für diesen Lehrberuf die mittlere

Schulreife verlangt wird. Solche Berufe gibt es jedoch z. Z. noch nicht. Es müßte deshalb das Berufsbild, d. h. gemäß dem Berufsbildungsgesetz die Ausbildungsordnung, entsprechend geändert werden. Zuständig ist nach diesem Gesetz der Berufsbildungsausschuß beim Bund. Da, wie erwähnt, die eingangs genannte Neuregelung der Berufsschulpflicht nur im Freistaat Bayern besteht, wird mit einer solchen Änderung auf Bundesebene nicht zu rechnen sein. Im Rahmen der Bildungspolitik wird dieser Beruf auch für junge Menschen mit Volksschulbildung zugänglich bleiben müssen. Auch könnte der ständig zunehmende Bedarf an Nachwuchs für diesen Beruf – wegen der bekanntlich kurzen Dauer der Berufsausübung – aus Interessentinnen mit mittlerer Schulreife nicht gedeckt werden.

Für junge Mädchen, die beim Verlassen der Volksschule erst 15 Jahre alt sind, und das trifft für fast die Hälfte der an diesem Lehrberuf interessierten Mädchen zu, kommt auf Beschluß des Kammervorstandes der Abschluß des erwähnten Vorvertrages in Betracht. In diesen Fällen findet der Berufsschulunterricht in diesem und den daran anschließenden beiden Lehrjahren nach der Verordnung zum Schulpflichtgesetz nur an einem Tag in der Woche statt. Die Pflicht zum Besuch der Berufsschulen an zwei Wochentagen während des ersten Lehrjahres gilt auch für Berufsschulpflichtige, die das Ziel der zehnten Klasse eines Gymnasiums oder einer Realschule erreicht haben. Der Ausweg zur Vermeidung eines zweiten Berufsschultages über den Abschluß eines dreijährigen Lehrvertrages, wie er an einigen Berufsschulen vorgeschlagen wird, ist nach dem Berufsbild des Lehrberufs der Arzthelferin jedoch nicht gangbar, wenn das 16. Lebensjahr vollendet ist.

Die Kammer wird weiterhin bemüht bleiben, hier gegebenenfalls in Beratungen auf Bundesebene zu einer Regelung zu gelangen, die den Bedürfnissen der Ausbildung im Lehrberuf der Arzthelferin mit dem Schwerpunkt in der Praxis Rechnung trägt.

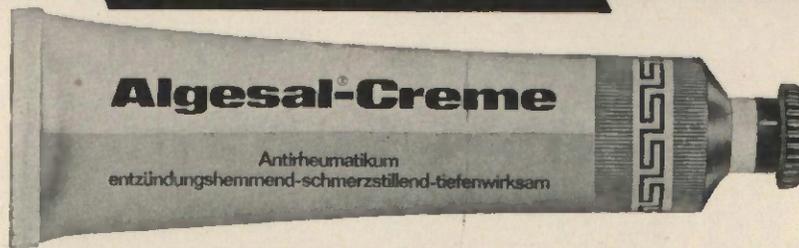
Von dem Angebot der Kammer zum Erwerb der Arzthelferin-Brosche nach dem im Berichtszeitraum ge-

Adumbran[®]

Thomae

gibt Ihren »nervösen« Patienten
Ruhe, Gelassenheit, vegetative Stabilität.

2



wenn die Bewegung schmerzt

faßten Beschluß des Kammervorstandes, diese auch an die von ihrer Einführung durch die Kammer geprüften Arzthelferinnen sowie an solche Helferinnen ohne Prüfungsnachweis jedoch mit entsprechend langjähriger Berufstätigkeit abzugeben, hat eine große Zahl von Helferinnen Gebrauch gemacht. Die zur Anerkennung langjähriger Mitarbeit als Arzthelferin in der Praxis von der Kammer eingeführten Broschen — mit Goldrand und Ehrenurkunde bei 20jährigen treuen Diensten — konnten auch in diesem Jahr einer Reihe von Mitarbeiterinnen verliehen werden.

Mit Wirkung vom 1. April 1970 haben die Vertragspartner des Tarifabkommens für Arzthelferinnen neue Tarife vereinbart und daneben die Anhebung der Lehrlingsvergütung von DM 170,— auf DM 180,—. Der Kammervorstand hat danach beschlossen, den Kollegen als Lehrherrn und Arbeitgeber die Anwendung dieser Tarife zu empfehlen, auch wenn sie im Einzelfall nicht verbindlich sein sollten. Nach unseren Beobachtungen haben die seit dem 1. April 1969 erfolgten Tarifregelungen für dieses Hilfspersonal der Ärzte neben anderen Regelungen für diesen Lehrberuf wesentlich dazu beigetragen, daß trotz des Bedarfes der übrigen Heilberufe und insbesondere der Wirtschaft an Lehrlingen, das Interesse junger Mädchen an dem Lehrberuf der Arzthelferin weiter zugenommen hat.

Zur Durchführung des Berufsbildungsgesetzes, deren die Ärzteschaft betreffenden Bestimmungen und ihre Auswirkung auf das ärztliche Hilfspersonal, das ich Ihnen im Rahmen des Tätigkeitsberichtes auf dem vergangenen Ärztetag ausführlich dargelegt habe, darf ich folgendes berichten.

Der Berufsbildungsausschuß des Bundes ist inzwischen gebildet worden. Ihm gehört als Vertreter der freien Berufe der Justitiar der Bundesärztekammer, Herr Dr. BÖSCHE, an. Die Errichtung des Landesausschusses für Berufsbildung in Bayern ist im Gange. Der Verband freier Berufe in Bayern e. V. ist, unterstützt von der Bayerischen Landesärztekammer, darum bemüht, daß auch in diesem Ausschuß ein Vertreter der freien Berufe einen ordentlichen Sitz und eine Stimme unter den sechs Sitzen für die Arbeitgeber

erhält. Es ist zu hoffen, daß das Bayerische Kabinett den Vorstellungen beider Verbände in einer seiner nächsten Sitzungen stattgeben wird. Bei der Bedeutung dieses Ausschusses für die Mitbestimmung bei der Ausbildung auch des Hilfspersonals der Ärzte und der übrigen Heilberufe, vor allem hinsichtlich seiner maßgebenden Einflußnahme auf die Gestaltung des Berufsbildes und Bereitstellung der Mittel für die Ausbildung durch die Kammer, kommt der Mitwirkung der freien Berufe in diesem Ausschuß ein besonderes Gewicht zu.

Für die Berufung des Berufsbildungsausschusses bei der Bayerischen Landesärztekammer, den das Berufsbildungsgesetz vorsieht, wurde durch ein inzwischen vom Bayerischen Landtag beschlossenes Gesetz das Bayerische Staatsministerium des Innern als zuständige Behörde bestimmt. Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat die sechs Vertreter der Arbeitgeber und ihre Stellvertreter inzwischen bestimmt und wird sie dem Ministerium bekanntgeben.

Die nach den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes neu zu erstellende Prüfungsordnung für die Abschlußprüfung der Arzthelferin-Lehrlinge bedarf der Zustimmung der Delegiertenversammlung der Bayerischen Landesärztekammer und ist als gesonderter Beratungsgegenstand dieses Ärztetages unter Punkt 5 der Tagesordnung aufgeführt. Ich darf deshalb auf Ausführungen hierzu an dieser Stelle verzichten.

Mit diesem Bericht über das Arzthelferin-Lehrlingswesen hoffe ich, Ihnen einen gedrängten Überblick über diesen Bereich der Kammerarbeit gegeben zu haben.

Abschließend bleibt noch zu bemerken, daß gerade dieses Gebiet einschließlich der in meinem Bericht erwähnten Teilbereiche mit einem umfangreichen Schriftwechsel und einem ebensolchen fernmündlichen Verkehr sowie mit persönlichen Vorsprachen von Ärzten, Lehrlingen und deren Eltern verbunden ist. Für alle diese Arbeiten steht dem Referenten lediglich eine Mitarbeiterin bei gelegentlicher Mithilfe einer weiteren zur Verfügung.

neu

Algesal-[®] Creme

wenn die Bewegung schmerzt

Algesal-Creme lindert den Schmerz spürbar durch die entzündungshemmende und analgetische Wirkung von Diaethylamin-salicylat

lindert den Schmerz nachhaltig

durch die anästhesierende und muskelrelaxierende Wirkung von Myrtecain

lindert den Schmerz

rasch infolge der erhöhten Penetrationsgeschwindigkeit, die durch die Oberflächenaktivität des Exciplens zustande kommt

Algesal-Creme fettet nicht und verursacht keinerlei Reizung der gesunden Haut. Der angenehme Geruch wird auch von anspruchsvollen Patienten geschätzt.



Indikationen: Entzündlicher und degenerativer Rheumatismus, Neuralgien und Muskelschmerzen, Tendinitis, Tendovaginitis und andere rheumatische und entzündliche Erkrankungen der Stütz- und Bindegewebe sowie schmerzhafte Prozesse wie Distorsion, Wirbelsäulensyndrom, traumatische Beschwerden u. ä. Zustände.

Keine Kontraindikationen.

Zusammensetzung:

100 g Algesal-Creme enthalten:
Diaethylamin-salicylat 10 g
Myrtecain 1 g
Exciplens ad 100 g

Tuba mit 40 g DM 4,70



KALI-CHEMIE AG
HANNOVER

Hilfsfonds – Hilfsausschuß

Der von der Delegiertenversammlung gewählte aus neun Mitgliedern bestehende Hilfsausschuß ist im Berichtszeitraum Ende des Jahres 1969 zusammengetreten, um den Bericht über den Stand der Mittel des Hilfsfonds und die Entwicklung der daraus gewährten Leistungen sowie die Zahlen der Unterstützten mit Zu- und Abgängen entgegenzunehmen.

In dieser Sitzung wurde auch die Weihnachtsbeihilfe in der bereits im Vorjahr gewährten Höhe von DM 150,— für Empfänger laufender Beihilfen und DM 50,— für Empfänger einmaliger bzw. kurzzeitiger Beihilfen beschlossen.

Der im Vorjahr festgelegte Richtsatz für alleinstehende Arztwitwen von DM 380,— und der Richtsatz von DM 800,— für verheiratete Ärzte wurde auch für das Jahr 1970 bestätigt.

Beide Richtsätze sind nicht starr, sondern richten sich nach den tatsächlichen Bedürfnissen des Einzelfalles (Miete, Krankheit). Der Hilfsausschuß entschied in dieser seiner Sitzung auch über einen Großteil der vorliegenden Anträge auf Weitergewährung der Beihilfen im Jahr 1970.

In der Zwischenzeit, d. h. in den ersten neun Monaten dieses Jahres, wurden die neu eingegangenen Anträge auf Gewährung einer Beihilfe von dem aus den Mitgliedern des Hilfsausschusses gebildeten Arbeitsausschuß zum Teil auf fernmündlichem Wege beraten und entschieden, insbesondere wenn es sich um dringende Fälle gehandelt hat.

Im Berichtszeitraum, d. h. in der Zeit vom 1. Oktober 1969 bis 30. September 1970, wurden nach den Entscheidungen der beiden Ausschüsse folgende Gesamtbeträge ausbezahlt:

Laufende Beihilfen gegenüber im vergangenen Berichtsjahr.	DM 447 648,— DM 503 000,—
Einmalige Beihilfen etwa gegenüber im vergangenen Berichtsjahr.	DM 30 140,— DM 27 600,—

Die Minderung der Ausgaben für laufende Beihilfen ist darauf zurückzuführen, daß im Berichtszeitraum insgesamt 16 Personen verstorben sind. Die im Dezember 1969 den Empfängern laufender und einmaliger Beihilfen gewährte Weihnachtsbeihilfe war im Gesamtbetrag, bei, wie bereits erwähnt, unveränderten Sätzen um ca. DM 900,— niedriger als der Gesamtbetrag im vorangegangenen Berichtszeitraum.

In dem Betrag der Beihilfen außer der Weihnachtsbeihilfe sind auch jene Geldbeträge enthalten, die den betagten Empfängern zur Vollendung ihres 75., 80., 85., 90. und 95. Lebensjahres auf Beschluß des Hilfsausschusses vom Dezember 1968 und Billigung durch den Ärztetag zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Sie werden von den Empfängern mit besonderer Dankbarkeit entgegengenommen.

Die Zahlen der von der Kammer unterstützten Ärzte und Arztwitwen betrug im September 1970 an Ärzten 28 gegenüber 24 im gleichen Monat des Vorjahres. In der Zwischenzeit sind zwei Ärzte verstorben. Von den gesamten sechs hinzugekommenen Ärzten gehören nur zwei der Gruppe der sogenannten älteren unverstärkten Ärzte an.

Die Zahl der unterstützten Witwen und Waisen betrug im September 1969 203 und lag im September 1970 bei 207.

Da in der Zwischenzeit 14 Arztwitwen verstorben sind, betrug die Zunahme an Unterstützungsempfängern aus diesem Personenkreis 18.

Diese Zahlen zeigen Ihnen, daß, obwohl die unterstützungsbedürftigen Witwen verstorbener Kassenärzte nahezu ausschließlich aus Mitteln der Sozialwerke der Bezirksstellen der KVB Beihilfen erhalten, auch im Berichtsjahr der zu erwartende Rückgang der Zahl der für den Hilfsfonds der Kammer in Betracht kommenden Kollegen und deren Angehörigen nicht eingetreten ist.

Der Zuzug hilfsbedürftiger Arztwitwen aus der DDR spielt dabei fast keine Rolle.



Blick auf die Delegierten
— Bezirk Oberfranken —

Die monatlichen laufenden Beihilfen bewegen sich bei Ärzten zwischen DM 50,— und DM 500,—; bei Witwen und Waisen zwischen DM 20,— und 520,—.

Die Empfänger laufender Beihilfen aus dem Hilfsfonds verteilen sich vom 50. Lebensjahr an in den Altersgruppen von je 10 Jahren wie folgt:

50 bis 60 Jahre	16
60 bis 70 Jahre	54
70 bis 80 Jahre	95
80 bis 90 Jahre	45
über 90 Jahre	7

Nur 18 der insgesamt 235 Empfänger von Beihilfen sind jünger als 50 Jahre.

Gemäß den Richtlinien für die Verteilung der Mittel des Hilfsfonds wurden Beihilfen nur in echten Notfällen gewährt.

Dabei wurde die Beihilfe in den in Betracht kommenden Fällen so festgelegt bzw. ihre Auszahlung in der Weise geregelt, daß sie auf Leistungen des Staates, z. B. aus der Sozialhilfe oder aus dem LAG nicht angerechnet wird.

Damit darf ich den Bericht über die Tätigkeit des Hilfsausschusses und des Arbeitsausschusses im Berichtszeitraum 1969/70 abschließen.

Gruppenversicherungsvertrag der Bayerischen Landesärztekammer mit der Vereinigten Krankenversicherung

Über die Entwicklung des Gruppenversicherungsvertrages zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und der Vereinigten Krankenversicherung, der erstmals am 1. September 1965 abgeschlossen worden ist, darf ich folgenden kurzen Überblick geben. Er umfaßt den Zeitraum vom August 1969 bis Ende Juli 1970:

Die Zahl der im Rahmen dieses Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossenen Verträge ist im Berichtszeitraum wiederum angestiegen.

Die Versicherungssätze haben ebenfalls eine Steigerung von 7 bis 11 % erfahren.

Die Steigerung des Prämienaufkommens im Krankentagegeldtarif beweist, daß von den Mitgliedern die Notwendigkeit eines zeitgemäßen Versicherungsschutzes für den Fall einer stationären Behandlung erkannt wurde.

Der im Jahr 1965 abgeschlossene Vertrag wurde mit Wirkung vom 1. Mai 1969 durch den neuen, vom Bundesaufsichtsamt genehmigten Mustervertrag ersetzt. Die Änderungen wurden inzwischen im „Bayerischen Ärzteblatt“ bekanntgegeben. Die wesentlichen davon betreffen die Erweiterung der Leistungsdauer in der Krankentagegeldversicherung für an Tuberkulose Erkrankte um 52 Wochen auf 104 Wochen, die Verlegung der Leistungspflicht, d. h. den Anspruch auf Leistungen bei Abschluß ohne Wartezeit ab Versicherungsbeginn für Erkrankungen, die nach Eingang des Antrages bei der Vereinigten erstmals aufgetreten

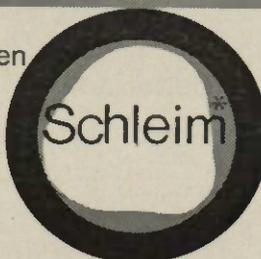
sind, Möglichkeiten der Weiterversicherung in einem Gruppenversicherungsvertrag mit einer anderen Ärztekammer bei Verlegung des Tätigkeits- bzw. Wohnortes und schließlich Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb des Kalenderjahres um nicht mehr als 50 %.

Das Problem der Entschädigung eines Arztes für den Verdienstaufschlag bei Quarantäne ist im Rahmen unseres Gruppenversicherungsvertrages mit der Vereinigten ebenfalls gelöst worden. Nach dem Bundesseuchengesetz gewährt die öffentliche Hand auch dem Arzt, der an einer bestimmten ansteckenden Krankheit erkrankt, nach dem Kontakt mit erkrankten Personen in einem Krankenhaus isoliert wird, oder zur Betreuung und Behandlung der an Infektionskrankheiten erkrankten Personen herangezogen und in gleicher Form isoliert wird, eine Entschädigung in Geld, da er an der Ausübung seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit gehindert ist und dadurch einen Verdienstaufschlag hat. Die Entschädigung ist bekanntlich durch das Gesetz in der Höhe begrenzt und deckt damit den tatsächlichen Einkommensverlust des Arztes in keiner Weise. Für den Arzt, der im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages der Kammer mit der Vereinigten Krankenversicherung AG eine Krankentagegeldversicherung abgeschlossen hat, besteht bei einer Erkrankung im Sinne des Bundesseuchengesetzes der vertragliche Anspruch auf das versicherte Tagegeld.

Von der Vereinigten Krankenversicherung AG wird diese Versicherungsleistung nach Krankentagegeldverträgen auch dann gewährt, wenn der Arzt sich in der Isolierstation befindet, ohne selbst erkrankt zu sein. In einem solchen Falle ist aber die nach dem Bundesseuchengesetz vorgesehene Verdienstaufschlagentschädigung – gegebenenfalls einschließlich der Entschädigung, die der Arzt für die Tätigkeit während der Quarantäne erhält – auf die Tagegeldleistung anzurechnen. Der Arzt erhält somit bei einer Quarantäne in jedem Falle die Erstattung des Verdienstaufschlages in voller Höhe des versicherten Tagegeldes.

Die Vereinigte Krankenversicherung hat sich auch den in Entschließungen des Bayerischen Ärztetages geforderten bzw. propagierten Vorsorgemaßnahmen zur

Durch
Einreiben

den  Schleim lösen

* < das zentrale Problem im
bronchitischen Geschehen >

Pertussin[®]

Balsam

flüssig und fest
reizlose Anwendung, sichere Resorption
Dos.: Kinder und Erwachsene 3 x tgl. einreiben
Taschner 8831 Kipfenberg

Früherkennung von Erkrankungen beim Mann und bei der Frau wie auch bei Kindern und ebenso dem Appell, die Kosten des Anti-D-Globulins zu übernehmen, gegenüber aufgeschlossen gezeigt und wird ihren Versicherten diese Untersuchungen anbieten bzw. die Kosten für die Anwendung des Anti-D-Globulins übernehmen.

Die ausgezeichnete Zusammenarbeit der Vertragspartner konnte auch im Berichtszeitraum fortgesetzt werden.

In vereinzelt Fällen von Meinungsverschiedenheiten in der Auslegung oder Anwendung des Vertrages und der Tarife gelang es unter Mitwirkung der Kammer, für die Versicherten zufriedenstellende Regelungen zu finden. In keinem Falle mußte das im Vertrag vorgesehene Schiedsverfahren zur Anwendung kommen.

Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

von Dr. W. Reichstein, Geschäftsführender Arzt

Ich berichte Ihnen über die Arbeitsgebiete Ärzteblatt, Schriftenreihe, Fortbildung für Röntgen- und Laborhelferinnen, Ausbildung der Zytologie-Assistentinnen und Orthoptistinnen und Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern.

Bayerisches Ärzteblatt

Seit Anfang dieses Jahres hat das Blatt ein anderes Gesicht bekommen. Es ist im Innern durch einige Rubriken verändert worden, so z. B. durch die regelmäßigen „Briefe aus Bonn“ und durch eine Rubrik, die den schriftstellerisch tätigen Kollegen zur Verfügung gestellt wurde, „Äskulap und Pegasus“. Wir drucken weiterhin die „Mitteilungen des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.“ ab, da diesen sonst eine andere Möglichkeit nicht gegeben wäre.

Einer der Schwerpunkte des Blattes ist und bleibt eingehende Berichterstattung über ärztliche Fortbildungsveranstaltungen und auch über Einzelvorträge, soweit sie ein allgemeinärztliches Interesse beanspruchen dürfen, aus der Überlegung, daß gerade in solchen Einzelvorträgen der aktuelle Stand unseres Wissens verbreitert wird.

Die Auflage unseres Blattes beträgt rund 19 000. Es geht außer allen bayerischen Kollegen den Ärztekammern der anderen Bundesländer zu, sowie der Ärztekammer von Österreich und der Schweiz, und in einer großen Zahl an Ärzte in der DDR und in Einzel-exemplaren an Ärzte in Brasilien, England, Jugoslawien, Liechtenstein, Österreich, Polen, Rumänien, Schweiz, Spanien, Tschechoslowakei, Ungarn, USA und Venezuela.

Schriftenreihe

Die Schriftenreihe ist aus dem Gedanken entstanden, daß das, was für die Fortbildung aller Kollegen wichtig ist, auch denen zugänglich gemacht werden soll, die an den Veranstaltungen nicht teilnehmen können. Anlaß waren die Nürnberger ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die die Bayerische Landesärztekammer selbst durchführt. Für die Augsburgische Fortbildung haben wir einen anderen Weg gefunden, die Vorträge zusätzlich zu verbreiten. Unsere Schriftenreihe steht weiterhin der Bayerischen Internisten-Vereinigung zur Berichterstattung über ihre Jahresveranstaltungen in Bayern zur Verfügung. Wir haben die Schriftenreihe 1963 begonnen. Bisher sind 20 Bände erschienen. Die Auflagenhöhe der einzelnen Bände schwankt zwischen 1000 und 14 000, die bisherige Gesamtauflage ist 240 000. Im Berichtsjahr — auch das ist für Sie vielleicht von Interesse — gingen rund 4000 Einzelanfragen und Einzelwünsche von Kollegen, die Schriftenreihe betreffend, bei uns ein. Ich glaube, daß darin auch das persönliche Interesse zum Ausdruck kommt. In diesem Jahr sind in der Schriftenreihe erschienen die Vorträge der Nürnberger Wissenschaftlichen Ärztagung, die Vorträge der 9. Bayerischen Internisten-tagung, und in Druck befindet sich eine Arbeit über berufliche Rehabilitation von chronisch Hautkranken, auf die Bedürfnisse der Praxis abgestellt.

Erlauben Sie mir, in dem Zusammenhang ein Wort zu der in letzter Zeit von verschiedenen Stellen wiederholten Behauptung einer Abhängigkeit der medizinischen Presse, also offenbar auch der Ärzteblätter, von der pharmazeutischen Industrie und deren Wünschen. Für eine solche Abhängigkeit oder gar für Versuche, die Aufgabe von Anzeigen von positiven Berichten über Arzneimittel abhängig zu machen, wären wir nicht die geeigneten Partner. Es ist auch ernsthaft noch nie und von keiner Seite versucht worden. Ich möchte das in aller Form feststellen. Natürlich besteht, wenn man so will, eine Abhängigkeit der medizinischen Zeitschriften, auch des Ärzteblattes, von der Industrie dadurch, daß die Unkosten des Blattes von dem Inseratenaufkommen gedeckt werden müssen. Aber es bewahrheitet sich eben der alte Lebenserfahrungssatz: „Wer von allen abhängig ist, ist in Wahrheit unabhängig.“ Und das sind wir.

Röntgen- und Laborhelferinnen

Wir haben 1963 als erste Ärztekammer im Bundesgebiet damit begonnen, unseren Röntgenhelferinnen und wenig später auch unseren Laborhelferinnen die Möglichkeit einer Fortbildung zu geben. Das sind Personen, die bei unseren Kollegen tätig sind, ohne jemals eine theoretische Ausbildung genossen zu haben, die einfach angelernt worden sind. Sie wissen, daß für diese Mitarbeiter unsere Kollegen die Verantwortung in vollem Umfang tragen im Gegen-

**Die röntgenologische
Nachkontrolle
objektiviert,
warum Ihr Magenpatient
sich subjektiv rasch
wieder wohl fühlt**

RABRO[®]

**überzeugt durch Wirkungsweise und
Therapieerfolg bei akuter und chronischer
Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni,
Hyperacidität, Ulcusrezidiv-Prophylaxe.**

Antacida

schaffen die Voraussetzung für
ein günstiges Heilungsmilieu:
heben den pH-Wert an,
inaktivieren gleichzeitig das
Pepsin,
bewirken sofortige und nach-
haltige Schmerzbefreiung

Succus liquoritiae

steigert die Sekretion
hemmt die Säureproduktion

Bismutum subnitricum

gibt zusätzlich Schleimhautschutz

**Rabro erhält die Arbeitsfähigkeit
Ihrer ambulanten Magenpatienten
meist ohne besondere Diät.**

Dosierung:
3 x täglich 1 bis 2 Tabletten

Handelsformen:
24, 48 und 120 Tabletten
Anstaltspackungen



H. Trommsdorff · Arzneimittelfabrik · 51 Aachen

satz zu den MTAs. Unsere Fortbildungsveranstaltungen helfen also unseren Kollegen, die ihnen kraft Gesetzes auferlegte Verantwortung zu tragen.

Die Kurse der Röntgenhelferinnen werden seit 1963 an der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen unter tatkräftiger Unterstützung – auch durch Teilnahme am Unterricht – von Damen und Herren der Firma Siemens durchgeführt. Zur Zeit läuft wieder ein Kurs. Insgesamt wurden bisher 350 Helferinnen in diesen Kursen ausgebildet. Er wird mit einer Prüfung abgeschlossen.

Die Laborhelferinnenkurse, die wir 1965 eingeführt haben, werden an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg mit Zustimmung des Gesundheitsreferats der Stadt Nürnberg durchgeführt. Ihr Leiter ist Herr Professor HILLMANN. Es sind bisher in diesen Laborhelferinnenkursen 100 Personen unterrichtet worden.

Schule für Orthoptistinnen

Neu eingerichtet wurde von uns im Jahre 1969 in München eine Schule für Orthoptistinnen. In Bayern gab es bisher keine derartige Schule. Im November beginnt jetzt der zweite Lehrgang für diese Mitarbeiter unserer Kollegen. Leiter ist Professor MERTÉ, der Direktor der Augenklinik an der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar. Eine zweite Schule für Orthoptistinnen ist inzwischen an der Universitätsaugenklinik in Erlangen in Zusammenarbeit mit uns eröffnet worden.

Schule für Zytologie-Assistentinnen

Die Schule für Zytologie-Assistentinnen, die im Jahre 1967 eröffnet worden ist, war die erste und lange Zeit auch die einzige in Deutschland. Inzwischen sind, aufbauend auf den Erfahrungen dieser unserer Schule, in Köln und Ulm ebenfalls Schulen für Zytologie-Assistentinnen eröffnet worden. In der Münchener Schule hat der siebte Kurs seine Ausbildung soeben begonnen, der sechste Kurs steht im Praktikum, der fünfte ist vor kurzem mit einem Examen abgeschlossen worden.

Ein Wort dazu: Der Unterricht ist sehr intensiv, die Prüfung wird von verschiedenen Lehrern der Kliniken abgehalten und ist recht streng. Bei der letzten Prüfung haben von 8 Prüflingen 3 mit dem Prädikat „sehr gut“ und 5 mit dem Prädikat „gut“ abgeschlossen. Aufgrund der Erfahrungen, die im Unterricht an dieser Schule gemacht worden sind, wird von Herrn Kollegen SOOST, dem Leiter der Schule, der inzwischen einen Ruf als Ordinarius für Zytologie ans Klinikum rechts der Isar erhalten hat, und seinen Mitarbeitern ein Lehrbuch für Zytologie-Assistentinnen geschrieben, das vermutlich noch in diesem Jahr, spätestens Anfang 1971, herauskommen wird. Es wird das erste Lehrbuch für Zytologie-Assistentinnen sein, das wir haben.

Eine zweite Schule für Zytologie-Assistentinnen, über deren Notwendigkeit ich sicher nichts sagen muß – die gesamten Krebsvorsorgeuntersuchungen sind kaum durchführbar, wenn wir nicht genügend fachkundige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben –, wird im Frühjahr nächsten Jahres an der Frauenklinik der Universität Erlangen eröffnet werden.

Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern

Als nächstes zur Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern. Der Arbeitsgemeinschaft gehören u. a. an die Staatsregierung, der Landesgesundheitsrat, vertreten durch seinen Vorsitzenden, die Landesversicherungsanstalten Bayerns, die gesetzlichen Krankenkassen Bayerns, die privaten Krankenkassen Bayerns, die Bayerische Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft ist der Kammerpräsident, die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft liegt bei der Landesärztekammer. Die finanziellen Bedürfnisse der Arbeitsgemeinschaft werden nicht aus dem Kammeretat bestritten, sondern aus Zuwendungen, die die Arbeitsgemeinschaft erhält, insbesondere und in überwiegendem Maße aus Mitteln des Staatshaushaltes. Die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft ist Aufklärung der Bevölkerung durch Vorträge, die in großer Zahl abgehalten werden, Versendung von Druckschriften, darunter wohl auch Ihnen am bekanntesten der „Kalender für die Frau“, der in Hunderttausenden von Exemplaren ausgesandt und auch immer wieder verlangt wird.

Es gehört zu der Tätigkeit weiterhin die Abwehr von falschen, betrügerischen Mitteilungen in verschiedensten Publikationsorganen, soweit sie Krebs betreffen. Ich darf in dem Zusammenhang sagen, daß wir bis jetzt noch alle Prozesse überstanden haben und eine Prozeßandrohung meistens noch im Frühstadium abwehren konnten, bis auf einen Fall: In dem Prozeß mit dem französischen Wunderheiler Mességué wurde das Verfahren 9:1 entschieden, $\frac{9}{10}$ zu Lasten Mességué, $\frac{1}{10}$ zu unseren Lasten. Wir müssen widerrufen, daß Herr Mességué in einem Fall eines Bronchialkrebses nur mit Hand- und Fußbädern Heilung versprochen hat, weil – so das Gericht – ihm bei der Abgabe des Heilungsversprechens die positive Kenntnis von der Krebserkrankung gefehlt hat.

Eine besonders wichtige Arbeit der Arbeitsgemeinschaft ist die Betreuung der Tumorkliniken zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Krebskranken. Die Klinik, die 1968 im Juli auf unsere Initiative – nach anfänglich sehr großen Schwierigkeiten, die aus den verschiedensten Bereichen kamen – eröffnet wurde, hat sich inzwischen durch ihre sachliche Arbeit einen hohen Grad von Ansehen bei den Universitätskliniken

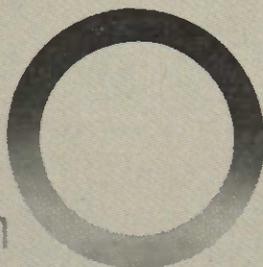
und anderen Krankenhäusern im Einzugsbereich erworben. Es sind in dieser Klinik seit Juli 1968 rund 1500 Krebskranke stationär behandelt worden. Die Klinik hat 140 Betten, alle in Ein- und Zweibettzimmern, jedes Zimmer mit Balkon, 60 Zimmer mit eigener Toilette und Dusche. Ich will damit nur die Art der Unterbringung aufzeigen. Es ist der Versuch gemacht worden, diese Klinik äußerlich in Form etwa eines Kurhauses oder Sanatoriums, im Innern als Krankenhaus im strengen Sinne des Wortes zu führen. Die Patienten haben nicht das Gefühl, in einer Klinik zu sein, wenngleich sie es sind. Zur Erläuterung mögen Ihnen wenige Hinweise genügen: Wir haben für 140 Patienten sieben Ärzte, darunter zwei Fachärzte für Gynäkologie — die Klinik wird vorwiegend gynäkologisch belegt —, zwei Fachärzte für innere Medizin, die anderen Kollegen sind Assistenzärzte. Wir haben für die 140 Patienten vier Medizinisch-technische Assistentinnen und drei Zytologie-Assistentinnen. Allein diese Hinweise, soweit Sie das Haus nicht kennen, werden Ihnen einen Überblick geben über die Art der Arbeit in dieser Klinik. Wir sind sehr froh, daß im Mai dieses Jahres ein drittes Bettenhaus eröffnet werden konnte. Bei der Eröffnungsfeierlichkeit zeigte sich das Ansehen, das sich die Klinik inzwischen erworben hat. Die Eröffnung erfolgte in Anwesenheit des Bayerischen Staatsministers des Innern, des Kammerpräsidenten und vieler anderer Personen aus dem öffentlichen Leben, insbesondere auch der gesetzlichen Krankenkassen, mit denen uns in dieser Beziehung eine sehr enge und harmonische Zusammenarbeit verbindet. Die fachliche Zusammenarbeit, insbesondere mit der I. und II. Frauenklinik in München, der Chirurgischen Universitätsklinik in München und den Städtischen Krankenhäusern Münchens, insbesondere den Radiologischen Abteilungen von Schwabing und Harlaching, und der Onkologischen Abteilung am Klinikum rechts der Isar hat sich inzwischen sehr gut entwickelt.

Die Klinik selbst unterhält auch noch ein zytologisches Labor für die Zwecke der Kranken im Hause, aber auch als Einsendelabor. Auch dieses Labor hat sich — das glaube ich, kann man sagen — inzwischen einen

sehr guten Ruf erworben. Es wurden dort inzwischen auch bereits vier Fortbildungsveranstaltungen für Kollegen durchgeführt, die zum Teil auch ihre eigenen Präparate, manchmal auch die Patienten dort, von denen die Präparate stammten, sehen und den Verlauf der Behandlung auf diese Weise sehr eindrucksvoll beobachten konnten. Die Aufnahme der Klinik zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung führt auch dazu, daß in den hochintensiven Krankenhäusern früher Betten freigemacht werden können. Wiederholt war es möglich, in einer Vorbehandlung den Patienten operationsfähig zu machen und in einer Weiter- und Nachbehandlung, die 6 bis 8 Wochen beträgt, aufgetretene Metastasen, zum mindesten vorübergehend, wieder zu beseitigen und den Zustand des Patienten weitgehend zu verbessern. Für die Patienten — eine große Anzahl von Dankbriefen zeigen es — ist diese Klinik ein Segen. Insgesamt sind in den von uns betreuten Kliniken in diesen zwei Jahren 3000 Patienten behandelt worden. Wenn Sie zu dieser Tatsache eine zusätzliche Bemerkung erlauben, die oberflächlich erscheinen mag: Diese 3000 Patienten bedeuteten nach Durchsicht der Unterlagen 9000 Briefe, einen an den Arzt, einen an den Patienten, einen an die Klinik, eine Fülle von Anrufen (gezählte Anrufe durchschnittlich 40 bis 60 am Tag), Gespräche mit Patienten und deren Angehörigen, Ärzten, Schwestern, Fürsorgerinnen und Krankenkassen. Die Zahl der Menschen, die sich um Rat an uns wenden, ist außerordentlich groß, und es ist in vielen Fällen durch persönliche Beratung möglich, ein wenig auch das Lebensschicksal dieser Kranken zu ändern.

Eine weitere Tumorklinik ist im Stadium der Errichtung in Miltenberg in Unterfranken. Die Pläne des Architekten sind in Zusammenarbeit mit uns so weit fortgeschritten, daß sie eingereicht werden können, und wir hoffen, daß dieses Jahr noch mit dem Aushub begonnen werden kann. Die Klinik wird 280 Betten haben und ist insbesondere für den nord- und mittelbayerischen Raum gedacht. Sie wird alle medizinischen Disziplinen enthalten: Gynäkologie, die gesamte innere Medizin, Urologie, um die wichtigsten zu nennen. Eine enge Zusammenarbeit mit der Universität Würzburg

dem
Husten
die Qual
nehmen



Pertussin[®]
Konzentrat

Tropfen: zuverlässige Wirkung durch hohen Codein-Anteil (1,2 %/l)
Dos.: Erwachsene Patienten 3–4 x tgl. 20–25 Tropfen
Kinder bis 12 Jahre 3 x tgl. 8–15 Tropfen
Taschner 8831 Kipfenberg

ist angestrebt und bereits in Vorbereitung. Träger der Klinik ist eine ökumenische Vereinigung, die bereits jetzt über etwa 3000 Krankenbetten verfügt und von der wir sicher sein können, daß sie ein in diesem Milieu erfahrener Träger sein wird, auch mit völliger persönlicher Zuverlässigkeit.

Es sind weiter Verhandlungen im Gange, Tumorkranke, die häufig niemand will, oder für die man eben keinen Platz hat, am Stadtrand von München unterzubringen unter Fortsetzung der Betreuung durch eine große Münchener Klinik.

Ich brauche in diesem Kreis über die gesundheitliche und gesundheitspolitische Bedeutung der Krebserkrankung nichts zu sagen. Es ist sicher auch wohl nicht nötig zu begründen, daß eine Organisation wie die Ärztekammer und die von ihr in der Geschäftsführung geleitete Arbeitsgemeinschaft sich dieser Kranken und dieses Problems annehmen, nachdem in unserem Gesetz steht, daß wir zur Mitwirkung auch in der öffentlichen Gesundheitspflege verpflichtet sind. Ich hoffe, daß in kurzer Zeit die ersten wissenschaftlichen Arbeiten aus der erwähnten Klinik in Bad Trißl herauskommen werden. Wir haben etwa 400 Kolonkarzinome herausgesucht und etwa 400 Mammakarzinome. Allein schon diese Zahlen zeigen Ihnen, daß man darüber schon etwas aussagen kann.

Zum Abschluß darf ich darauf hinweisen, daß die Arbeit, die ich hier vortragen durfte, zusammen mit mir von zwei Sachbearbeiterinnen und zwei Schreibkräften erledigt wird.

Die Landesärztekammer hat damit zweifellos erneut unter Beweis gestellt, daß sie bemüht ist, eine sehr intensive Wirkung mit möglichst geringen Mitteln zu erreichen.

Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

von Dr. K. Stordeur, Geschäftsführender Arzt

Facharztwesen und Allgemeinmedizin

Im Berichtsjahr seit dem letzten Bayerischen Ärztetag gingen 502 Anträge auf Facharztanerkennung ein, davon 51 (10 %) von ausländischen Kollegen. 408 Anerkennungen wurden ausgestellt, 91 sind derzeit noch in Bearbeitung. Aufgeschlüsselt nach Fachgebieten stehen die Internisten (100) wieder an der Spitze der Statistik gefolgt von Chirurgen, Anästhesisten, Kinderärzten und Frauenärzten mit Zahlen von jeweils zwischen 30 und 40. Der Anteil ausländischer Ärzte war in der Chirurgie am höchsten und betrug 40 %. Die Zahl der Ablehnungen lag unter 1 %.

Mit Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung am 1. Juli 1969 wurden das Gebiet Allgemeinmedizin, drei neue Fachgebiete (Kinder- und Ju-

gendspsychiatrie, Pathologie, Pharmakologie), ferner die Teilgebiete Kinderchirurgie und Unfallchirurgie sowie Gastroenterologie, Kardiologie und Lungen- und Bronchialheilkunde neu geschaffen.

In Anwendung der Übergangsvorschriften (§ 33 Abs. 2 der neuen Weiterbildungsordnung) konnten folgende Anerkennungen ausgestellt werden:

Allgemeinmedizin	3899	(80 % der Praktischen Ärzte Bayerns sind somit Allgemeinärzte)
Kinder- und Jugendpsychiatrie	10	
Pathologie	33	
Pharmakologie	11	

Einen Überblick über die in der einjährigen Übergangszeit erteilten Genehmigungen zum Führen der Teilgebietsbezeichnungen gibt die nachfolgende Aufstellung:

Kinderchirurgie	20
Unfallchirurgie	89
Gastroenterologie	22
Kardiologie	38
Lungen- und Bronchialheilkunde	135

Zehn Anträge mußten nach Überprüfung abgelehnt werden.

Weiterbildungsermächtigungen in Bayern (Stand: Mitte 1970)

Gesamtzahl an Ermächtigungen (alle Fachgebiete):

Vollermächtigungen	325
Teilermächtigungen	625

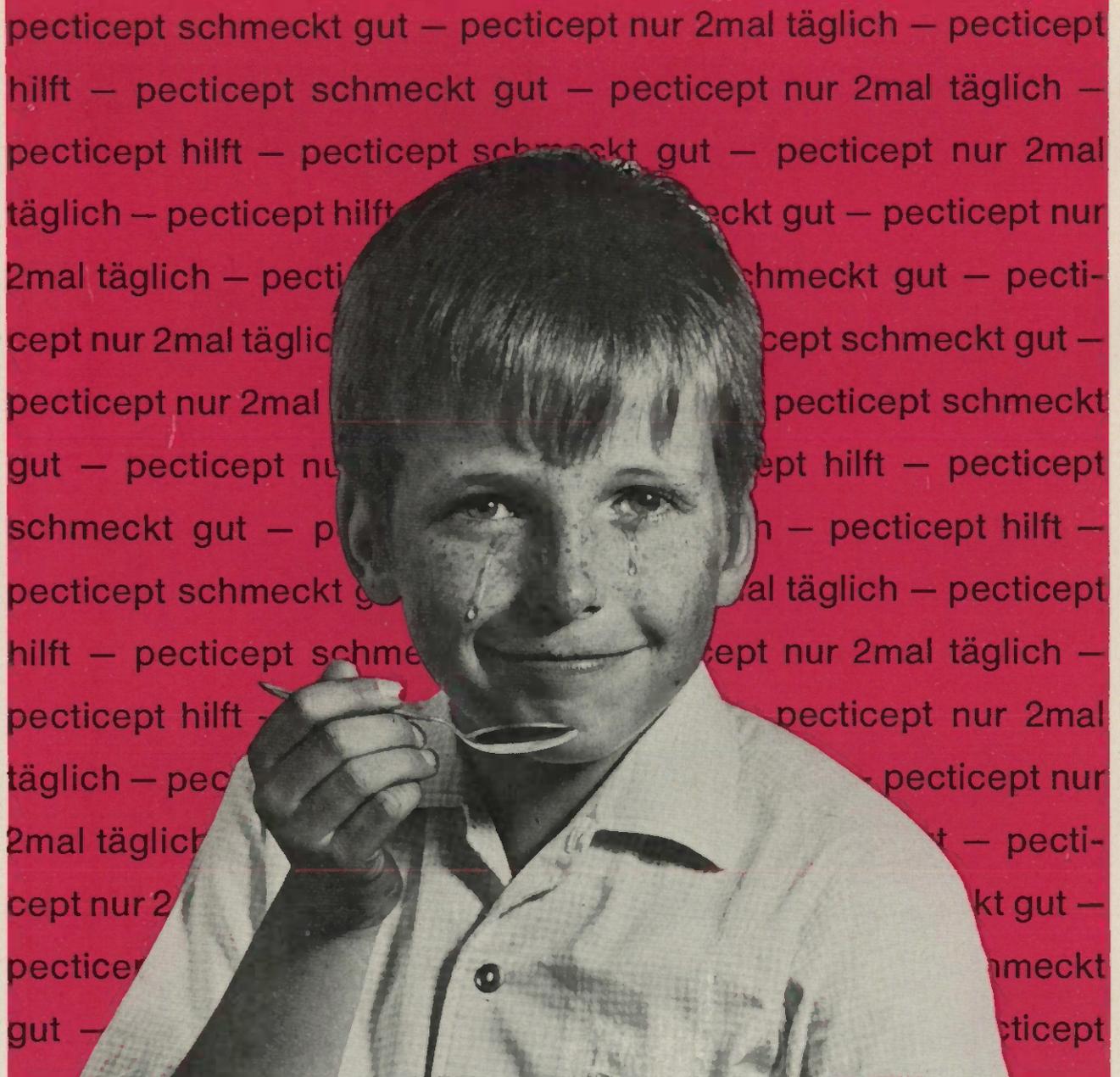
Aufgeschlüsselt nach Fachgebieten liegen die großen Fächer Innere Medizin mit 64 und Chirurgie mit 43 Vollermächtigungen weit vor der Kinderheilkunde mit 30 und Gynäkologie sowie Lungenheilkunde mit je 21 voll anerkannten Weiterbildern.

Neu hinzukamen seit Inkrafttreten der neuen WBO-Ermächtigungen in:

Allgemeinmedizin	36
Pathologie	8
Pharmakologie	5
Kinderchirurgie	3
Unfallchirurgie	8
Gastroenterologie	3
Kardiologie	2

Im neu geschaffenen Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie konnten wegen der etwas schwierigen Beurteilung noch keine abgeschlossenen Anträge dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer zur Beschlußfassung vorgelegt werden.

Die neue Weiterbildungsordnung und die damit notwendige Überprüfung bisheriger Ermächtigungen erforderten eine umfangreiche Vorarbeit, ehe in absehbarer Zeit die Umstellung durchgeführt werden kann. Im Berichtsjahr waren die organisatorischen Grund-



„Das war sein letzter Heuler“
denn jetzt nimmt er
pecticept
das schmeckt gut und hilft

pecticept

der angenehm schmeckende
Langzeit-Hustensaft für den
banalen Husten.

- ausgezeichneter Geschmack
- zentrale Dämpfung ohne
Blockade
- Langzeitwirkung über 8–10 Std.

Das richtige Rezept, wenn Kinder
Husten haben:

pecticept

Kinder (6–12 Jahre) je ein Tee-
löffel morgens und abends,
Kleinkinder (2–5 Jahre) je 1/2 Tee-
löffel morgens und abends.

Handelsform Flasche mit 90 ml

sanol

arznei-
mittel

Sanol-Arzneimittel
Dr. Schwarz GmbH
4019 Monheim/Rhld.

lagen für Ermächtigungen in der Allgemeinmedizin, in den neuen Fachgebieten und den Teilgebieten zu schaffen. Eine wesentliche Voraussetzung hierzu im Sinne der Vereinfachung von Überprüfung und fachlicher Beurteilung, letztlich auch zur Erleichterung der Beschlußfassung, war die Ausarbeitung von Erhebungsbögen. Sie sind in fast allen Gebieten fertiggestellt.

Im Berichtsjahr wurden alle bisher, gemäß den Bestimmungen der alten Facharztordnung Vollermächtigten in den Fachrichtungen Chirurgie, Gynäkologie, Innere Medizin und Nervenheilkunde überprüft. Weiterhin ist die Überprüfung aller, auch der Teilermächtigten, abgeschlossen bzw. steht vor dem Abschluß in: Anästhesie, Laboratoriumsmedizin, Orthopädie und Urologie.

Seit dem letzten Ärztetag gingen bei der Landesärztekammer 258 Anträge Leitender Ärzte auf Neuermächtigung bzw. Verlängerung von Ermächtigungen für die Weiterbildung angehender Fachärzte ein. Zwei Drittel dieser Anträge wurden vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer entschieden.

Einem Widerspruch (Anästhesie) wurde stattgegeben, ein zweiter (Radiologie) ist derzeit noch in Bearbeitung. In mehreren Einzelfällen war es nicht möglich, alleinig aus der Aktenlage eine sachgerechte Entscheidung zu treffen. Die Mitglieder des jeweiligen Fachgremiums besichtigten deshalb zusammen mit dem Geschäftsführenden Arzt diese Abteilungen bzw. Kliniken.

Zusatzbezeichnungen

Die Gesamtzahl an Anträgen betrug 54. Im einzelnen gingen ein:

Arbeitsmedizin	12
Badearzt	11
Homöopathie	5
Kurarzt	7
Naturheilverfahren	6
Psychotherapie	13

Fast 20 % der Anträge mußten abgelehnt werden.

Im Berichtsjahr stieg der Arbeitsumfang im Weiterbildungsreferat ganz erheblich an. Ursachen waren die neue Weiterbildungsordnung mit der Neueinführung von neun Weiterbildungsgebieten, die Vorarbeiten für eine spätere Umstellung, ferner die Zunahme an Anträgen zur Facharztanerkennung sowie an Anträgen auf Weiterbildungsermächtigung. Nicht zuletzt erbrachte die so erfolgreiche Einführung der Allgemeinmedizin eine zwar erfreuliche, aber doch enorme Belastung.

Pressestelle

38 Informationsdienste befaßten sich mit einer weitgestreuten Thematik, die u. a. von „Steuer-



Blick auf die Delegierten
– Bezirk Mittelfranken –

liche Diskriminierung der Ärzte“, „Berufsorientierung junger Ärzte“, „Soziale Sicherung in Europa“, „Gruppenpraxis“, „Der Arzt in der modernen Gesellschaft“, „Neues Eichgesetz“, „Rauschgifte und Drogen“, bis zur Orientierung über den Stand der Vorbereitungen des Gesundheitsdienstes für die Olympischen Sommerspiele München 1972 reichte.

23 Nachrichtendienste mit Verteilung an alle öffentlichen Informationsmittel unterrichteten Presse, Rundfunk und Fernsehen in korrekter Weise über so differente Themen wie „Warnung vor Kurpfuschern bei Krebs“, „Wandel im Bild der Tbc“, „Erweiterung der Tumorklinik in Oberaudorf“, „Vorbeugung auch gegen Selbstmord“, „Verleihung von Orden und Ehrenzeichen“, um nur einige zu nennen. Sie konnten allerdings auch nicht verhindern, daß über „Herzinfarkt und Führerschein“ zum Teil entstellende Meldungen in der Tagespresse erschienen.

In ihrer Eigenschaft als Redaktionsbüro „Deutsches Ärzteblatt“ – Ärztliche Mitteilungen –, Außenstelle München, hat die Pressestelle zu dem Thema: Aktuelles aus Bayern 23 Berichte und aufgrund besonderer Anlässe weitere 10 Artikel an das „Deutsche Ärzteblatt“ geliefert.

Gestatten Sie mir noch, auf einen wesentlichen Teil der Pressearbeit einzugehen, eine Arbeit, die kaum jemals sichtbar wird: die laufende und tägliche Beantwortung von Anfragen der Presse zu aktuellen Tages-themen, die oft erfolgreiche Richtigstellung von Meldungen vor der Drucklegung und in Spezialfragen die Vermittlung von Gesprächspartnern, die Orientierungshilfen geben können, nicht zuletzt auch gelegentlich die Beratung des Fernsehens in der Gestaltung von Berichten aus dem ärztlichen und medizinischen Bereich.

In Durchführung einer wichtigen Aufgabe dieses Referates – Pressekonferenzen – wurden sechs öffentliche Pressegespräche mit einer Teilnehmerzahl

von 30 und mehr Journalisten abgehalten. Anlaß hierzu waren u. a. „Schutzimpfungen“, „Fortbildungskongresse“ und „Die neue Krankenhausstruktur in München“.

Wenn auch die umfangreiche Pressearbeit überwiegend recht erfreuliche Aspekte aufweist, so sind doch gerade in dieser Materie Tücken, die jeder kennt, der mit der Presse arbeiten muß. Interviews, insbesondere telefonische, gaben in der veröffentlichten Form aufgrund von Weglassungen oder Kürzungen gelegentlich ein völlig verzerrtes und entstelltes Bild des angesprochenen Themas. Die Öffentlichkeit stellt die Forderung nach immer mehr Information, der Journalist weiß um die Zugkraft reißerischer Schlagzeilen und die Grenzen zur unseriösen Berichterstattung sind fließend. So bleibt eben die korrekte Information gelegentlich auf der Strecke, denn sie verkauft sich schlechter.

Fortbildung

Die auf dem letzten Ärztetag angekündigte Herausgabe der 4. Auflage der „Liste der Referenten für die ärztliche Fortbildung“ erfolgte im Laufe des Mai 1970. Damit wurde den Vorsitzenden der 63 Ärztlichen Kreisverbände eine wesentliche Hilfe zur Gestaltung von Fortbildungsveranstaltungen an die Hand gegeben.

Ein Modell der Zusammenarbeit mehrerer Kreisverbände in der ärztlichen Fortbildung hat u. a. in Prien Gestalt gewonnen und ist zwischenzeitlich auch in anderen Gebieten eingeführt worden. Die monatlichen Veranstaltungen in Prien weisen Teilnehmerzahlen von über 200 Ärzten auf, eine sehr erfreuliche Tatsache. Die fünf großen jährlichen Fortbildungskongresse haben eine steigende Teilnehmerzahl, was Beweis dafür ist, daß die wissenschaftlichen Leiter und Veranstalter verstehen, ihre Kongresse attraktiv zu machen. In der Organisation des Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer im Dezember jeden Jahres liegt eine umfangreiche und wesentliche Aufgabe dieses Referates.

In der klinischen Fortbildung mit elf ein- bis sechstägigen Kursen und Ver-

anstaltungen allein im Herbst 1970 und einer Teilnehmerkapazität von 20–80 je Kurs, stieg im Berichtsjahr das Interesse niedergelassener Kollegen so an, daß mehrfach bereits die Höchstteilnehmerzahl erreicht war und Interessenten abgewiesen werden mußten. Die Bayerische Landesärztekammer ist bestrebt, in diesen Fachgebieten im Frühjahr 1971 die Durchführung thematisch gleichlautender Veranstaltungen zu erreichen. Die Zusagen chirurgischer und interner Chefärzte liegen bereits vor. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer hat zusammen mit dem Vorsitzenden der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde und dem stellvertretenden Landesobmann des Berufsverbandes der Frauenärzte in Bayern beschlossen, die Fortbildung im Gebiet der Frauenheilkunde zu fördern, vermehrt organisatorische Hilfestellung in der Durchführung zu geben sowie gemeinsam mit den betreffenden Klinikleitern die Planung von Zeit und Thematik abzusprechen. Dies war der Inhalt eines gemeinsamen Briefes von Professor Dr. SEWERING, Professor Dr. BREITNER und Dr. CONRAD Ende Juli an alle potentiellen Veranstalter.

Es darf mit Freude und Genugtuung festgestellt werden, daß diese Anregung bei den angeschriebenen leitenden Ärzten eine sehr positive Aufnahme fand. Diese Initiative der Bayerischen Landesärztekammer in Verbindung mit den jeweiligen Berufs- und Fachverbänden Bayerns wird im kommenden Jahr auch auf anderen Fachgebieten in ähnlicher Weise durchgeführt.

An dieser Stelle ist es unsere Pflicht, all denen sehr herzlich zu danken, die neben ihrer ärztlichen Tätigkeit diese zusätzliche Belastung und Arbeit in recht verstandener Kollegialität auf sich nehmen: den betreffenden Chefärzten und all ihren Mitarbeitern, die den niedergelassenen Kollegen Fortbildungsmöglichkeiten bieten.

Rechnet man die Teilnehmerzahlen und die unterschiedliche Dauer der Veranstaltungen auf sogenannte Fortbildungstage um, so ergibt sich im Jahresmittel pro Arzt die Teilnahme an sechs ganztägigen Veranstaltungen. Damit sind die Ärzte Bayerns ihrer Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung in vollem Umfange nachgekommen.

Bei
Bronchitis

den Schleim lösen



und die zusätzliche Wirkung
von Ephedrin nutzen

Pertussin[®]
Tropfen

ohne Risiko bei Diabetes
Dos.: Erwachsene Patienten 3–4 x tgl. 20–25 Tropfen
Teeschner 8831 Kipfenberg

Meldewesen und Kartel

Vor einem Jahr berichteten wir an dieser Stelle bereits über die Planung des Aufbaues einer elektronischen Datenverarbeitung. Inzwischen ging der neue „blaue Meldebogen“ allen Ärzten Bayerns auf verschiedenen Wegen zu. Der Rücklauf betrug 10 000 Bogen. Wenn man bedenkt, daß wir in Bayern fast 20 000 Ärzte haben, so kann man diese Feststellung nicht mit Befriedigung zur Kenntnis nehmen. In Verbindung mit IBM erstellten wir ein gezieltes Datenverfahren für unsere Belange, kontrollierten die Meldebögen, übernahmen die Daten auf neue Lochkarten und verfügen nunmehr über eine Lochkartei aller Ärzte Bayerns. Diese Kartei muß nun aber überprüft werden, denn erfahrungsgemäß sind immer noch zahlreiche Angaben mangelhaft oder falsch. Zu diesem Zweck fertigt IBM Klartextlisten an, die Ende Oktober allen Ärztlichen Kreisverbänden zugehen. Unsere ganz besondere Bitte gilt nun den Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände, diese notwendige Mehrbelastung an Arbeit mit der Durchsicht der Listen rasch und sorgfältig zu erledigen!

Bitte, nehmen Sie sich Zeit und Mühe zur Kontrolle der Listen bis in alle Details! Ergänzen und ändern Sie alle fehlenden oder falschen Angaben. Ohne Ihre Mithilfe wäre der ganze bisherige, sehr umfangreiche personelle und finanzielle Aufwand umsonst gewesen. Wir als Berufsvertretung aller bayerischen Ärzte benötigen eine schnell greifbare, aussagekräftige, richtige Statistik in Zukunft sicher in ganz besonderem Maße.

Aus dem trockenen Bereich der Statistik einige berufspolitisch wichtige und interessante Zahlen: Seit 1. Oktober 1969 legten an bayerischen Universitäten das Staatsexamen ab:

741 Deutsche
93 Ausländer

insgesamt 834

Die Zahl an Approbationen in Bayern betrug im letzten Jahr 1030. Durch die Verkürzung der Medizinalassistentenzeit war diese Gesamtzahl des Jahres 1969 bereits Mitte April 1970 erreicht, so daß wir in diesem Jahr etwa 700 Neuzugänge an approbierten Ärzten mehr haben als im Vorjahr.

Sanitätswesen der Bundeswehr

Stellungnahmen zu UK-Anträgen — eine sehr unpopuläre Aufgabe — wurden von der Bayerischen Landesärztekammer in 35 Fällen verlangt. Nach Überprüfung der örtlichen Gegebenheiten, nach Rückfragen bei den zuständigen KV-Bezirksstellen, beim Ärztlichen Kreisverband oder Krankenhausträger usw. mußten mit einer Ausnahme alle befürwortet werden, obwohl wir hier einen sehr strengen Maßstab anliegen. Ausschlaggebend für unsere Stellungnahme ist einzig und allein der Gesichtspunkt der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Darüber hinaus

mußte noch in Einzelfällen die Sicherstellung des Praxisaufbaues innerhalb der ersten beiden Jahre Berücksichtigung finden, was in jedem Falle die befristete Zurückstellung des betreffenden Kollegen vom Wehrdienst rechtfertigt.

95 Anfragen über Reservesenitätsoffiziere, Sanitäts-offiziere und Vertregärzte gingen im Berichtsjahr ein.

Ausländische Ärzte

Die Zahl ausländischer Ärzte, die in Bayern mit einer Erlaubnis nach § 10 der Bundesärzteordnung (ausgestellt vom Bayerischen Staatsministerium des Innern — Gesundheitsabteilung —) tätig sind, im allgemeinen befristet auf die jeweilige Mindestweiterbildungszeit, liegt knapp über 600. Voriges Jahr erwähnten wir an dieser Stelle die gesetzlichen Bestimmungen. Wir müssen insbesondere darauf hinweisen, daß der Sinn dieser § 10-Erlaubnis einzig und allein der ist, für diese jungen Kollegen eine gute Weiterbildung sicherzustellen, nach deren Abschluß sie ihre Kenntnisse dem Heimatland zur Verfügung stellen müssen. Dar- aus folgt, daß die Bayerische Landesärztekammer grundsätzlich die Erlaubnis nur für die Dauer der jeweils vorgeschriebenen Mindestzeit befürworten kann. In zunehmendem Maße erwarten Chefärzte eine Befürwortung der Kammer für eine Tätigkeit ausländischer Ärzte über die vorgeschriebene Mindestzeit hinaus. Wenn auch die Gründe hierfür sehr differenziert und im Einzelfall auch verständlich sind, so muß die Bayerische Landesärztekammer doch fast ausnahmslos eine Befürwortung ablehnen.

Lassen Sie mich noch auf die Anträge eingehen, die oft von vielen Seiten an uns herangetragen werden, nämlich Anträge für Ausländer auf Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs in freier Praxis. In Einzelfällen hat die Kammer nach eingehender Überprüfung der örtlichen Verhältnisse, unter dem ausschließlichen Gesichtspunkt der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung in diesen Bereichen und nach Rückfrage bei der zuständigen KV-Bezirksstelle gegen eine befristete Tätigkeit keine Einwände erhoben.

In diesem Zusammenhang wird von der Bayerischen Landesärztekammer immer wieder die Stellungnahme zur Einbürgerung ausländischer Ärzte eingeholt, womit praktisch automatisch die deutsche Approbation verbunden ist. Wenn jedoch zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung die vorübergehende Tätigkeit eines ausländischen Arztes notwendig ist, so ist diese ärztliche Versorgung gerade dann am sichersten gewährleistet, wenn der ausländische Kollege mit einer § 10-Erlaubnis, befristet für 1 bis 2 Jahre und gebunden an den Ort dieser Tätigkeit, in freier Praxis arbeiten kann. Mit der Einbürgerung jedoch steht dem Ausländer u. a. auch das Recht zur freien Niederlassung zu. Mit der Freiheit des Niederlassungsortes aber muß damit gerechnet werden, wie viele Beispiele zeigen, daß der

ausländische Kollege unmittelbar danach seinen ärztlichen Beruf dort ausübt, wo Ballungsgebiete sind, wo landschaftlich attraktivere Verhältnisse vorliegen und wo seine Tätigkeit keinesfalls mehr der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung dient.

In den fünf Monaten seit dem 1. Mai 1970 erfolgten 10 Einbürgerungen ausländischer Kollegen in Bayern. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß über 20 % der Ausländer schon viele Jahre in Deutschland tätig, mit deutschen Frauen verheiratet sind und vielfach mehrere Kinder haben. Hier erfolgt mit dem Gesetz zur Änderung des Reichs- und Staatsangehörigkeitsgesetzes, das am 1. Januar 1970 in Kraft trat, eine weitgehende Liberalisierung der Einbürgerung.

Vertretervermittlung

Die Vermittlung von Vertretern ist im Vergleich zum Vorjahr zahlenmäßig angestiegen, nachdem sich erfreulicherweise mehr junge Ärzte zur Verfügung stellen. Außerdem war auch die Nachfrage nach Vertretern gerade im vorigen Winter und Frühjahr infolge der Grippewelle größer als normal.

Im Berichtsjahr gingen 947 Anträge nach Vertretern ein, 88 % (833) konnten vermittelt werden, der Rest teilt sich auf die Fälle auf, die noch offen sind bzw. in denen es nicht gelang, einen geeigneten Kollegen zu finden.

An den Tätigkeitsbericht und die weiteren Punkte der Tagesordnung schloß sich eine eingehende Diskussion an.

Der Ärztetag beschloß die neue Berufsordnung und Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns, die Änderung der Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer ab 1. Januar 1971 und die Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer, die in vollem Wortlaut in der **Sondernummer November 1970** des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht wurden. Dieses Heft wurde inzwischen allen bayerischen Ärzten zugesandt.

Außerdem nahm der Ärztetag folgende Entschlüsse an:

Beschlüsse des 23. Bayerischen Ärztetages in Passau 1970

Vorsorgeuntersuchungen

Der Bayerische Ärztetag weist alle Verantwortlichen und die Bevölkerung erneut darauf hin, daß durch Vorsorgeuntersuchungen scheinend beginnende Krankheiten frühzeitig entdeckt und damit geheilt werden können. Es sollten deshalb durch die gesetzliche Krankenversicherung alle Möglichkeiten zur Einführung von Vorsorgeuntersuchungen ausgeschöpft werden.

Auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung werden in Bayern derzeit folgende Untersuchungen durch die praktizierenden Ärzte durchgeführt:

1. Regelmäßige Untersuchungen von Frauen während der Schwangerschaft:

Die Untersuchungen werden nach einem zeitlich und inhaltlich genau festgelegten Programm durchgeführt. Dazu gehört auch eine Blutgruppenuntersuchung, um Blutgruppenunverträglichkeiten rechtzeitig zu erkennen und Schädigungen des Kindes zu vermeiden. Die regelmäßige Durchführung der Untersuchungen schützt die Frau vor Schwangerschaftskomplikationen, welche Leben und Gesundheit bedrohen. Leider bleibt ein Viertel aller Frauen in Bayern während der Schwangerschaft diesen Untersuchungen noch fern.

2. Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen:

Von allen Krebstodesfällen bei Frauen entfallen 33 % auf den Krebs der Geschlechtsorgane und der Brust. Durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, welche in Bayern seit 1. April 1969 von den Krankenkassen übernommen und von den Frauenärzten und Allgemeinärzten durchgeführt werden, ist es möglich, diese Krebserkrankungen im frühestmöglichen Stadium zu erkennen und zu heilen. Die Untersuchung ist mit keinerlei Schmerzen verbunden und bedeutet für die Frau keine Belastung. Mit großem Bedauern stellt der Bayerische Ärztetag fest, daß bisher nur 10 % der in Frage

dem Husten
die Qual
nehmen



Hypertussin[®]

Kapseln

Hustenstillung ohne Codein
bes. für Berufstätige, auch wenn Kraftfahrer
Dos.: Erwachsene Patienten 3—5 Kapseln tgl.
Teschner 8631 Kipfenberg

kommenden Frauen von dieser Untersuchungsmöglichkeit Gebrauch gemacht haben.

Der Ärztetag empfiehlt allen Frauen vom 30. Lebensjahr an noch einmal dringend, sich jährlich einer Krebsvorsorgeuntersuchung zu unterziehen.

3. Krebsvorsorgeuntersuchungen bei Männern:

Von der Ärzteschaft vorgeschlagen und dringend empfohlen werden regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen der Männer vom 50. Lebensjahr an zur Früherkennung von Prostata- und Mastdarmkrebs. An diesen Krebsformen starben 1969 in Bayern 1465 Männer. Leider war es bis jetzt noch nicht möglich, diese Vorsorgeuntersuchung mit den gesetzlichen Krankenkassen vertraglich zu vereinbaren. Der Bayerische Ärztetag empfiehlt dringend, damit nicht länger zu warten.

4. Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkindern:

Schon der 71. Deutsche Ärztetag in Wiesbaden hat 1968 ein Programm für Vorsorgeuntersuchungen bei Säuglingen und Kleinkindern beschlossen. Bis jetzt bleibt es noch der Privatinitiative der Eltern überlassen, ob sie auf eigene Kosten diese für das Lebensschicksal wichtigen Untersuchungen durchführen lassen. Die Einführung dieses Vorsorgeprogramms in die gesetzliche Krankenversicherung darf nicht länger aufgeschoben werden.

5. Diabetes-Vorsorgeuntersuchungen:

Schließlich weist der Bayerische Ärztetag die Bevölkerung erneut darauf hin, daß von 100 Menschen im Durchschnitt nahezu drei an Diabetes erkrankt sind. Die Zahl steigt in höheren Jahrgängen erheblich an. In Kürze wird es jedem Bürger möglich sein, sich ein Teststäbchen zur Harnuntersuchung in der Apotheke für wenige Pfennige zu besorgen. Das Stäbchen sollte zwei Stunden nach einem besonders kräftigen, vor allem kohlehydratreichen Frühstück angewendet werden. Wenn eine Verfärbung eintritt, muß unbedingt der Arzt aufgesucht werden, um festzustellen, ob eine Zuckerkrankheit vorliegt. Der Bayerische Ärztetag empfiehlt allen Mitbürgern, diesen einfachen Test zweimal im Jahr selbst durchzuführen.

Lehrbeauftragungen für das Fach „Allgemeinmedizin“

Der 23. Bayerische Ärztetag bittet die medizinischen Fakultäten der bayerischen Landesuniversitäten, Lehrbeauftragungen für das Fach „Allgemeinmedizin“ zu erteilen.

Begründung:

Die Zahl der Ärzte, die nach Abschluß ihres Studiums und ihrer Assistentenzeit sich als Ärzte für Allgemeinmedizin niederlassen, nimmt von Jahr zu Jahr ab, so daß eine bedenkliche Überalterung dieser für die Bevölkerung so wichtigen Arztgruppe zu verzeichnen ist. Die in der seit 1969 gültigen Weiterbildungsordnung für Ärzte vorgesehene, nunmehr genauer präzisierete Weiterbildungsvorschrift zum Arzt für Allgemeinmedizin gibt dem angehenden Arzt eine gute Möglichkeit, sich auf die Tätigkeit des Allgemeinerztes qualifiziert vorzubereiten. Auf diese Möglichkeit sollte er aber schon während seines Studiums systematisch hingewiesen werden, wie dies am besten in einer entsprechenden besonderen Vorlesung erfolgen könnte.

Bessere Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gegenden durch Bemühungen des Ausschusses für ärztlichen Nachwuchs und Studienreform

Die Delegierten des 23. Bayerischen Ärztetages ersuchen, daß sich der Ausschuß für ärztlichen Nachwuchs und Studienreform intensiv mit den Möglichkeiten befaßt, die zu einer besseren Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gegenden und den Stadtrandgebieten führt. Er soll sich ferner möglichen Maßnahmen zur Vermehrung der Ärzte für Allgemeinmedizin und der damit zusammenhängenden Verbesserung der Auslese zum Medizinstudium widmen.

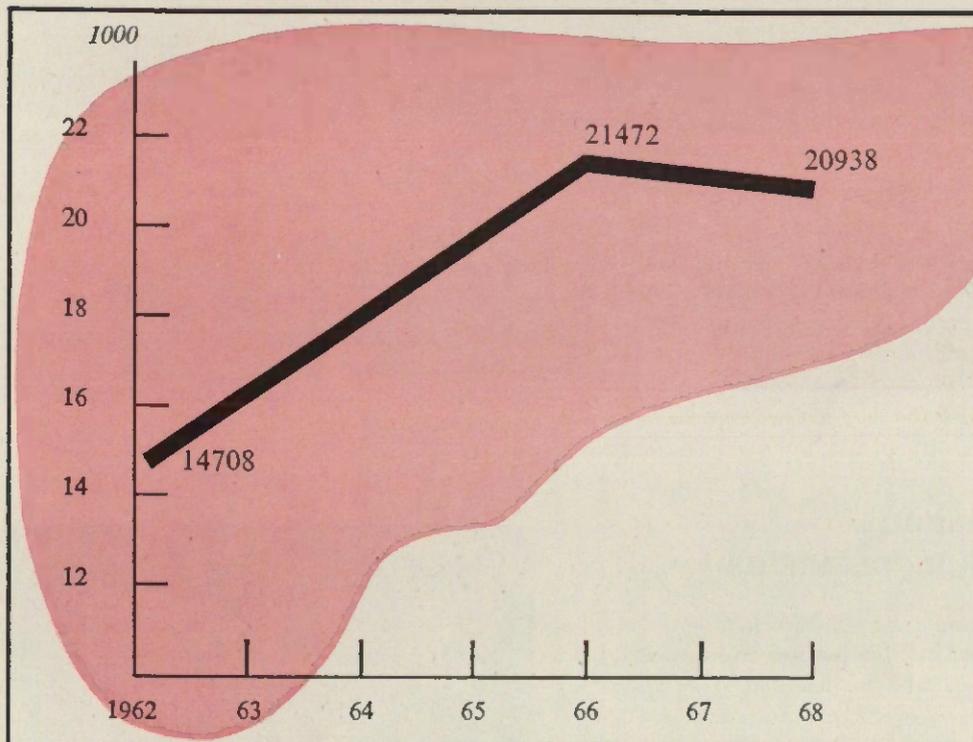
Der Ausschuß soll zu jedem Bayerischen Ärztetag über die Arbeit Bericht erstatten.

Adumbran®

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.

Beachtenswert ist die Anzahl der Neuerkrankungen an
HEPATITIS INFECTIOSA



Anzahl der Neuerkrankungen an Hepatitis infectiosa 1962-1968
nach dem Statistischen Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland.

HINTERHER

stellen sich verschiedene Aufgaben:

Die endgültige Heilung der Leber zu beschleunigen.

Den Gesamtzustand zu bessern.

Die Entstehung des posthepatitischen Syndroms zu verhüten.

Den Übergang in eine chronische Hepatitis zu verhindern.

LITRISON®

HILFT HIER

Dosierung: 3x täglich 1-3 Dragées

Zusammensetzung: B-Vitamine, Vitamin E, Cholin, Methionin

Packungen: Dragées 30 und 150 Stück sowie Klinikpackungen

HOFFMANN-LA ROCHE AG · 7887 GRENZACH



Differenzierung der ärztlichen Leistung

Der Bayerische Ärztetag bittet die Bundesärztekammer, innerärztliche Besprechungen einzuleiten mit dem Ziel, die eigentliche ärztliche Leistung, die Beratung und den Besuch zu differenzieren, etwa in Anamnese, Untersuchung und Therapie und dadurch gerachterweise finanziell anzuheben.

Die bisherige eingehende Untersuchung soll dazu noch die Lebens- und Ernährungsberatung und die psychische Beratung (Familienberatung, Eheberatung, Sexualberatung) gesondert aufführen und honorieren, die zu leisten gerade der Hausarzt heute häufig gezwungen ist, wenn er dem Patienten wirklich helfen will.

Schneller Ausbau des Unfallrettungsdienstes

Angesichts der besonders in diesem Jahr stark angestiegenen Zahlen der Verkehrsunfälle und der dadurch Verletzten und Toten hält die bayerische Ärzteschaft den schnellen und zweckmäßigen Ausbau des Unfallrettungsdienstes für dringend erforderlich. Da die Hilfsorganisationen und insbesondere das Bayerische Rote Kreuz nicht in der Lage sind, aus eigenen Mitteln die notwendigen zusätzlichen Einrichtungen, Rettungsfahrzeuge und das zahlenmäßig ausreichende hauptamtliche Personal zu finanzieren, wird die Bayerische Staatsregierung gebeten, in Erkenntnis des Ernstes der Situation die notwendigen Mittel zur Verfügung zu stellen, die für den Ausbau eines optimalen Unfallrettungsdienstes und dessen Unterhaltung erforderlich sind.

Der Bayerische Ärztetag weist darauf hin, daß durch eine optimale Erstversorgung das Leben und die Gesundheit vieler Menschen erhalten werden könnten.

Verpflichtung des Kassenarztes, sämtliche Untersuchungsergebnisse sofort zur Verfügung zu stellen

Der Bayerische Ärztetag bittet die Kassenärztliche Vereinigung, den Kassenarzt ausdrücklich zu verpflichten, bei Einweisung von Patienten ins Krankenhaus — nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik und Behandlung — dem Krankenhausarzt sämtliche Befunde und Untersuchungsergebnisse sofort zur Verfügung zu stellen.

Die Krankenhausärzte werden dringend gebeten, dafür Sorge zu tragen, daß der einweisende Arzt Befunde und Entlassungsberichte zum Zeitpunkt der Entlassung seines Patienten erhält, um die Nachbehandlung sofort übernehmen zu können.

„Münchener Modell“

Der 23. Bayerische Ärztetag begrüßt die Initiative der Bayerischen Landesärztekammer, die Strukturen unserer Kliniken und Krankenhäuser den modernen Erfordernissen der Medizin und der Gesellschaft anzupassen.

Insbesondere sieht der Ärztetag in dem unter Mitwirkung aller Krankenhausärzte entwickelten „Münchener Modell“ einen gangbaren Weg zur weiteren Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Patienten unserer Krankenhäuser.

Mit der Münchener Regelung ist auch dem Grundsatz der ärztlichen Berufsordnung entsprochen, der den Arzt verpflichtet, seine Kollegen angemessen für solche Tätigkeiten zu entschädigen, für die nur ihm ein Liquidationsrecht zusteht.



Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. W. Zierhut

Vor den Delegierten des Bayerischen Ärztetages überreichte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer Herr Dr. med. Wolfgang ZIERHUT die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette. Professor Sewering wies bei der Übergabe dieser Auszeichnung darauf hin, daß sich Herr Kollega Zierhut um die Fortbildung der Allgemeinärzte ganz besonders Verdienste erworben habe, die nun durch die Verleihung dieser Auszeichnung öffentlich anerkannt werden sollen.

Die von der Arbeitsgemeinschaft für Krebsarkennung und Krebsbekämpfung in Bayern betreute Tumorklinik in Oberstaufen wird ab November 1970 von der Onkologischen Abteilung der I. Medizinischen Klinik der Universität München fachlich beraten.

Einweisungen von Patienten in die Schloßbergklinik ausschließlich über die Arbeitsgemeinschaft, 8000 München 23, Königinstraße 85.



KORROSIONSSCHUTZ

für die Gefäße Ihres älteren Patienten

ROVIGON[®]

*hilft die Leistungsfähigkeit
des alternden Menschen zu bewahren
und die Prozesse des Alterns
zu verlangsamen und zu harmonisieren*

ROVIGON (VITAMINE A+E)

20, 50 und 100 Dragees

Hoffmann-La Roche AG · 7887 Grenzach



Erfolgreiche Suizidprophylaxe

Selt Dezember 1969 hat die „Arche“ etwa 170 Suizidgefährdete betreut

In München arbeitet seit einem knappen Jahr die „Zentrale für Selbstmordverhütung und Lebenshilfe e. V.“, auch kurz „Die Arche“ genannt. Auf Einladung der Bayerischen Landesärztekammer berichteten Mitarbeiter dieser Organisation der medizinischen Fachpresse über die ersten Erfahrungen aus ihrer praktischen Arbeit, die ganz im Zeichen der Suizidprophylaxe steht. Ziel der Pressekonferenz war es, die bayerischen Ärzte auf diese Einrichtung hinzuweisen.

Wie dringend notwendig auch eine Vorbeugung gegen den Selbstmord ist, zeigen die Zahlen der Selbstmorde und der registrierten Suizidversuche in der Bundesrepublik recht drastisch. Für die Bundesrepublik werden, bezogen auf 100 000 Einwohner, etwa 24 Suizide angegeben. Noch höhere Selbstmordquoten verzeichnen Japan, Finnland, aber auch Österreich. Niedriger liegen die entsprechenden Zahlen in Italien und Holland.

In der Bundesrepublik sterben derzeit 50% mehr Menschen durch Selbstmord als an Tuberkulose. Die Suizidsterbequote erreicht knapp die Zahl der Todesfälle an Diabetes oder Leberzirrhose. Die Selbstmordziffer beträgt 72% der Toten bei Kfz-Unfällen!

Der Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. STORDEUR, wies darauf hin, daß es bereits eine internationale Organisation zur Suizidprävention gibt, nämlich die International Association for Suicide Prevention (IASP), der u. a. Frankreich, England, Jugoslawien, Österreich, Rumänien, die Niederlande und die Schweiz angehören. In der Bundesrepublik ist diese Organisation bisher nicht vertreten.

Die in München im Dezember 1969 gegründete „Arche“ ist die erste Modelleinrichtung dieser Art in der Bundesrepublik. Dr. Stordeur umriß den Zweck dieses gemeinnützigen Vereins so:

1. Die praktische Suizidprophylaxe. Der Verein wird dafür eine Einrichtung schaffen und unterhalten, die solche Menschen betreut, die in irgendeiner Form der Gefahr eines Selbstmordes ausgesetzt sind. Er erstrebt dazu ferner die Zusammenarbeit mit und die Zusammenfassung von Institutionen mit gleichgerichteten Tendenzen.
2. Die Aufklärung der Öffentlichkeit über die Voraussetzungen der Selbstgefährdung und der Möglichkeiten, sie rechtzeitig zu erkennen.
3. Die wissenschaftliche Arbeit und Forschung auf dem Gebiet des Selbstmordes und der Selbstmordverhütung.

Die ersten Pläne zur Gründung der „Arche“ reichen schon zwei Jahre zurück. Sie entsprangen dem klinischen Alltag: Der leitende Arzt der toxikologischen Abteilung der II. Medizinischen Klinik rechts der Isar der Technischen Universität München, Dr. Max von

CLARMANN, mußte immer wieder feststellen, daß „entgiftete Suizidkandidaten“ häufig rückfällig wurden, weil sich nach der klinischen Behandlung niemand um sie kümmerte. In der Regel gerieten sie nach der Therapie in das gleiche konfliktgeladene Milieu zurück, das sie schon einmal zum Suizid getrieben hat. Zusammen mit Dr. Rolf SCHELLACK von der LVA Oberbayern und einigen gleichgesinnten Ärzten, Psychologen und Juristen reifte dann das Projekt, systematische Suizidprophylaxe zu betreiben.

Über die ersten Erfahrungen berichtete Dr. jur. RUPP, der organisatorische „Chef“ des „Arche-Teams“. In den wenigen Monaten des Bestehens kann die „Arche“ bereits über die Betreuung von etwa 170 Suizidgefährdeten berichten. Den Weg zur „Arche“ fanden diese Patienten durch die Vermittlung von Fürsorgerinnen der Stadt München oder Betriebsfürsorgerinnen, aber auch durch Familienangehörige und Arbeitskollegen, die von der Existenz dieser Einrichtung wissen und sie kurzentschlossen anrufen.

Auch verschiedene Krankenhäuser wenden sich bereits an die „Arche“, vor allem wenn sie einen Suizidenten eingeliefert bekommen haben und nach der erfolgreichen Behandlung eine weitere Betreuung für wesentlich halten. Von niedergelassenen Ärzten erreichen die „Arche“ bisher noch wenig Hilferufe, ein wichtiger Beweggrund übrigens, diese Pressekonferenz zu veranstalten, um die „Niedergelassenen“ über die Fachpresse von dieser Organisation zu unterrichten. Die „Arche“, so führte Dr. Rupp weiter aus, unterscheidet sich grundsätzlich von der Telefonseelsorge der Kirchen. Während die Telefonseelsorger stets anonym bleiben, legt die „Arche“ auf den persönlichen Kontakt mit den Suizidgefährdeten größten Wert. Die Telefonseelsorge wird im übrigen nur zu einem Drittel von Suizidkandidaten konsultiert, die dann häufig von den Seelsorgern an die „Arche“ weiterverwiesen werden. Schließlich bedienen sich auch schon die Polizei, das Jugendamt und die in der Regierung von Oberbayern installierte Bürgerhilfe der „Arche“, um Suizidkandidaten schnelle Hilfe zukommen zu lassen.

Der Kontakt beginnt mit einem ersten persönlichen Gespräch, zu dem die „Kandidaten“ vorgeladen werden und das meistens der niedergelassene Psychiater Dr. RITSCHEL führt. Hier werden dann die Weichen für die künftige Prävention gestellt. Falls juristische Probleme den Anstoß zum Suizid gegeben haben, versucht Dr. Rupp zu helfen. Unumgänglich ist in den meisten Fällen die Intervention des Psychotherapeuten — der Aufgabenbereich von Frau Dr. Maria HELMRICH.

Auf die grundsätzliche Bedeutung des Suizids innerhalb der Medizin ging der Psychiater Dr. Ritschel ein, der jahrelang Mitarbeiter von Dr. Clarmann gewesen ist und im Klinikum rechts der Isar die ersten Erfahrungen mit der Suizidprophylaxe erwerben konnte. Er bezeichnete es als höchst verwunderlich, daß dem

Suizidproblem noch relativ wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird, obwohl der Selbstmord zu den zehn häufigsten Todesursachen zähle. Er wünschte sich insbesondere größere Wertfreiheit in der Betrachtung des Suizidsyndroms.

Die Wurzel dieser Vorurteile müßten in den Religionen gesucht werden, die den Selbstmörder als Sünder hinstellen. Der Suizid sollte jedoch in erster Linie als Krankheit gesehen werden. Kennzeichnend für die Suizidenten ist seiner Meinung nach der Vertrauensverlust der sozialen Umgebung gegenüber. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, ein festes Vertrauensverhältnis zwischen den Betroffenen und den „Arche“-Beratern aufzubauen.

Dies bestätigte auch Frau Dr. Helmrich. Die Persönlichkeit des Suizidenten weise immer schwere Kontaktstörungen auf. Das Vertrauen müsse wieder geschaffen werden, und zwar sehr vorsichtig, da die Suizidgefährdeten auf die minimalste Enttäuschung sehr empfindlich reagieren. Wenn etwa ein Gespräch für einen bestimmten Zeitpunkt anberaumt sei, darf der Berater nicht zu spät kommen, sonst fühlt sich der Patient enttäuscht. Die Angst, allein zu sein, werde dadurch weiter verstärkt. Dr. Helmrich glaubt, daß bei vielen Suizidenten eine frühkindliche Störung vorliegt. Ihrer Ansicht nach fehlte es an der nötigen mütterlichen Zuwendung. Die Konsequenz: Introvertierung. Die „Arche“ versucht, den Suizidenten die Mutterstelle so weit wie möglich zu ersetzen. Daß dieses Rezept erfolgreich ist, wird tagtäglich belegt. Die betreuten Suizidgefährdeten rufen von selbst an, wenn es ihnen wieder schlechter geht.

Grundlegende Studien über das Suizidrisiko, von den „Arche“-Mitarbeitern wiederholt zitiert, hat der Baseler Psychiater Privatdozent Dr. PÖLDINGER publiziert. Anhand von 1100 Krankheitsverläufen hat er eine Risikoliste erstellt, die helfen soll, das Suizidrisiko konkreter abzuschätzen. Die Liste besteht aus 35 Punkten, wie Alter, Geschlecht, Familienstand, Finanz- oder Berufsschwierigkeiten, Schlaflosigkeit, Liebes-, Ehe-, Sexualprobleme, Alkoholmißbrauch – Punkte, denen eine unterschiedliche Wertigkeit zugeordnet wird.

Pöldinger fand auch, daß mehr Männer als Frauen Suizide begehen; für die Bundesrepublik war in den Jahren 1961 bis 1963 dieses Verhältnis Männer zu Frauen wie 2:1. Der Schweizer Experte zeigte außerdem, daß psychische Krankheiten mit depressiver Symptomatik ein hohes Suizidrisiko bedingen. Bei 440 Patienten, die nach Suizidversuchen in der Universitätsklinik Basel behandelt wurden, fand er, daß 47,7% der Selbstmordhandlungen auf Kranke entfielen, die an depressiven Verstimmungen litten. Es folgten mit 18,4% psychopathische Persönlichkeiten und mit 16,3% Suchtkranke. Neurosen hatten 8,2% der Patienten.

Bemerkenswert ist auch die Altersverteilung der Suizidenten. Pöldinger wies nach, daß die Zahl der ausgeführten Suizide mit zunehmendem Alter steil ansteigt, während der Gipfel der Suizidversuche im jugendlichen Alter erreicht wird. Diese Feststellung interpretierte Pöldinger so: In den Suizidversuchen Jugendlicher ist mehr ein ernst zu nehmender Hilferuf zu erblicken, während die Suizide der alten Menschen geplante, das Ziel unwiderruflich anstrebende Aktionen darstellen.

Adresse der „Arche“: Arche – Zentrale für Selbstmordverhütung und Lebenshilfe e. V., 8000 München 23, Clemensstraße 32, Telefon (0811) 331881

Dr. med. Jochen Aumiller

Alkoholikerfibel für den Arzt

von OMR I. R. Dr. med. Felix Stemplinger

(Fortsetzung)

III. Wann liegt ein Mißbrauch vor?

Mißbrauch hängt nicht allein von der Menge und Konzentration der alkoholischen Getränke, sondern auch vom Alter, der Konstitution und der individuellen Verträglichkeit ab. Da die Erscheinungen der Alkohol- und Drogensucht sich sehr ähneln, kann ein Vergleich nur nützlich sein.

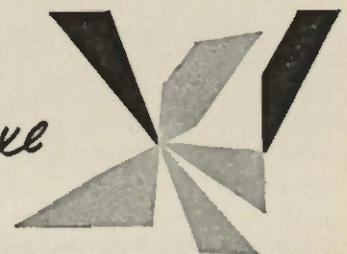
ROWACHOL®

Cholagogum Choleretikum

**Tropfen
Kapseln
Suppos.
Comp.**

ROWA-WAGNER K.G. ARZNEIMITTELFABRIK 506 8EN58ERG

*Sichere
Prophylaxe
bewährte
Therapie!*



**Bei
Leber- und
Gallenleiden
Gallensteinen**

1. Der **Normalverbraucher** begnügt sich stets mit kleineren Mengen, um seinen Durst zu stillen, und ist psychisch im wesentlichen unauffällig. Wes ihm nicht schaden muß, ist für einen anderen Personenkreis bereits Mißbrauch: Jugendliche, Epileptiker, Zucker- oder organisch Gehirnkrankte, werdende oder stillende Mütter. Magenoperierte oder Tuberkulöse sollten den Alkohol ebenso meiden wie Personen am Steuer. Wer an Kopfweg leidet, nimmt vielleicht eine Tablette, bei Neuralgien, Koliken kann es zur vorübergehenden Überdosierung kommen.

Alkoholiker							
Einteilung	JELLINEK-Typ	Art	Menge	wann	Gefährdungsstruktur	Suchtkriterien	Intoxikations-schäden
1. Normalverbraucher	-	Konventionelles Trinken (Sitte)	kleine Mengen (Durst)	regelmäßig	-	-	-
2. Erlaichtertrinker	"	Undiszipliniertes Trinken	Exzesse	regelmäßig	-	-	-
3. Gelegenheits-trinker	β	"	"	„Wochenende“	-	-	-
4. Gewohnheits-trinker	β	"	Mißbrauch	regelmäßig	-	-	+
5. Kontakttrinker	"	Süchtiges Trinken	"	zuviel	+	+	+
6. Konflikt-trinker	γ	"	"	"	+	+	+
7. Quartel-trinker	"	"	"	periodisch	+	+	-

Tabella 2

- Frankreich zählt mehr δ-Typen (Weinbau!), Bundesrepublik mehr γ-Typen
- 2-7 sind Alkoholiker im weitesten Sinne
- 5-7 sind Alkoholranke mit psychischer und physischer Abhängigkeit (Intoxikation)
- 4 ist vorwiegend **physisch** abhängig (Intoxikation)

Der **akute Rauschzustand** von Genuß- und Gelegenheitsrinkern bei „besonderen Anlässen“ (Familienfeste, Kollektiv) ist zu unterscheiden vom komplizierten Rausch mit schlagartig einsetzender Erregung und vom sogenannten **pathologischen Rauschzustand** bei alkoholintoleranten Personen, die selbst nach geringen Mengen und eventuell raschem Temperaturwechsel (Verlassen des warmen Lokals) mit einer Bewußtseinstörung im Sinne eines Dämmerzustandes reagieren, der nach außen hin völlig unauffällig erscheint oder in Form eines Tobsuchtsanfalls längere Zeit enthalten kann und mit einem terminalen Schlaf in Erinnerungslosigkeit abklingt.

2. Wer größere Tagesmengen regelmäßig konsumiert, vornehmlich in Bier- und Weingegenden, wird dadurch noch kein Alkoholranke, wohl aber ein Mißbraucher. Als Ursache hierfür ist zu nennen das Flüssigkeitsdefizit bei den sogenannten Dursttrinkern (Heizer, Bauarbeiter usw.), das gewohnte „zusätzliche Nahrungsmittel“ bei Weinbauern, Brauereiarbeitern, der Zwang im Kollektiv (Soldaten, Studenten, Seeleute) sowie vorwiegend das Geselligkeitsbedürfnis vitaler hypomanischer Naturen.

Man nennt sie **Gewohnheitstrinker** (besser Gewöhnungstrinker, vgl. „Gewöhnung“!), weil der chronische Mißbrauch zwar zu Intoxikationsfolgen führt, aber ein echtes Suchtmotiv usw. fehlt. Schweizer Uhrenarbeiter

nahmen gegen Kopfschmerzen jahrelang Tabletten und zogen sich eine chronische Phenazetivergiftung zu.

Die **Dipsomanie** ist wohl keine besondere Form des Alkoholismus, sondern nur eine Teilerscheinung des Konfliktrinkers. Mit Rücksicht auf den phasischen Verlauf, das grundlose Kommen und Gehen hat man an einen Zusammenhang mit einer Depression, eines epileptischen Äquivalents oder einer originären periodischen Psychose gedacht (ε-Typ nach JELLINEK).

3. Wer ist der echte Trunksüchtige oder Alkoholranke?

Die Begriffe Alkoholismus und Trunksucht decken sich nicht; denn Alkoholismus bedeutet Mißbrauch ohne Rücksicht auf Motiv, Menge und Konzentration.

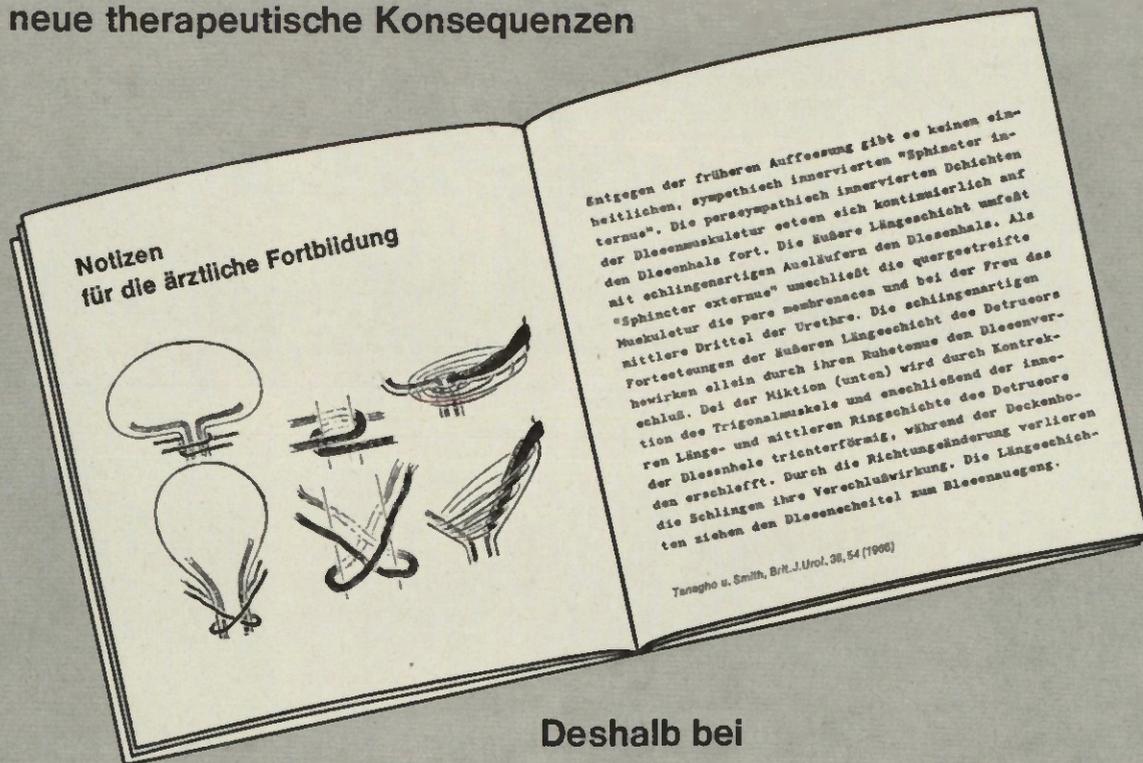
Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind Alkoholiker (gemeint sind Alkoholranke – Verfasser) exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche geistige Störungen oder Defekte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, in ihren mitmenschlichen Beziehungen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder sie zeigen **behandlungsbedürftige** Vorstadien einer solchen Entwicklung, den sogenannten **Präalcoholismus**.

Dieser Personenkreis ist durch die sogenannten Suchtkriterien gekennzeichnet; das Trinkverhalten wird nicht mehr vom Durst bestimmt wie beim Normalverbraucher, auch nicht vom Bedürfnis nach Geselligkeit im Kollektiv oder nach zusätzlichen Kalorien bzw. nach Deckung eines erhöhten Flüssigkeitsdefizits, sondern

- von den **seelischen Motiven** (Schlüsselerlebnis), meist ein seelischer Konflikt aufgrund der bestehenden Fehlhaltung und Anpassungsstörung;
- vom **Kontrollverlust**, dem Nichtmehr-aufhörenkönnen, so daß das Trinken nicht mehr unterbrochen werden kann; denn er blockiert jede freie Entscheidungsmöglichkeit im Sinne der Abstinenz. Da in der Regel jeder Tropfen den Rückfall heraufbeschwören kann, bedingt er die totale Abstinenz, er besteht zeitlebens und stellt sich selbst nach jahrelanger Abstinenz sofort wieder ein;
- vom **unwiderstehlichen Drang** nach Wiederholung des Reizes, weil die erwartete Entspannung immer nur vorübergehender Natur sein kann (seelische Abhängigkeit).
- von der **Einnengung** auf eine bestimmte Droge, in unserem Fall den Alkohol. Alkoholiker satteln im Gegensatz zu Opiat- oder Tabletten-süchtigen selten auf ein anderes Mittel um;
- vom **sozialen Abstieg** mit bewußter **Destruktionstendenz** in bezug auf die eigene Person, Familie und Gesellschaft.

Die Notwendigkeit einer Dosissteigerung, die Abwandlung der pharmakologischen Wirkung, die Ab-

Neue Erkenntnisse erfordern
neue therapeutische Konsequenzen



Deshalb bei
Harninkontinenz
und
Entleerungsinsuffizienz
der Harnblase
(Restharn, Detrusorschwäche)

ubretid[®]

— das langwirkende
Parasympathikomimetikum —

Durch Langzeitwirkung einfache Dosierung: **1 Tablette jeden 2. Tag**

Durch gute Verträglichkeit kein Risiko

Durch gezielte Wirkung vollen Erfolg

Wirkstoff: Hexamethylen-bis-(N-methylcarbaminsäure-3-pyridylesterbrommethylat)

Handelsformen: OP mit 5 u. 25 Ampullen à 0,5 mg
OP mit 10 u. 50 Tabletten à 5,0 mg

Lentia LENTIA GMBH MÜNCHEN

»Gehen geht wieder!«

sagt Ihre dankbare Patientin



Etwa 0,8-2% der
Gesamtbevölkerung
zivilisierter Länder
leiden an

Ulcus cruris

Rasche Heilung
des Geschwürs und
Bildung einer
dauerhaften Narbe
sind von
eminenter Bedeutung

Bepanthen® Roche schließt
schlecht heilende Wunden
Salbe gibt weiche
geschmeidige Narben

Bepanthen Roche Salbe
Tuben zu 20 und 100 g
Klinikpackungen



Hoffmann-La Roche AG
7887 Grenzach

stinenzerscheinungen sind bekanntlich Folgen der chemischen Adaption (Gewöhnung = körperliche Abhängigkeit). Sie haben mit den seelischen Suchtkriterien ursächlich nichts zu tun.

Beim echten **Alkoholkranken** unterscheiden wir:

Den **Kontakttrinker**, der eine Mittelstellung zwischen Gewohnheitstrinker und Konfliktrinker einnimmt. Er läßt ein Suchtmotiv erkennen, steht aber nebenbei stark unter dem beruflichen Kontakt mit dem Alkohol. Hierzu rechnen wir die Vertreter des Gaststättengewerbes, Barleute, Prostituierte, Wanderarbeiter, kaufmännische Vertreter und Angestellte, die beruflich gezwungen sind, in Gaststätten zu essen und zu nächtigen. Die Tatsache, daß nicht alle Genannten alkoholkrank werden, spricht dafür, daß die süchtige Fehlhaltung bei diesen Personen fehlt.

Hierher zählen nicht nur Medizinalpersonen, die durch den beruflichen Kontakt mit Drogen (Opiate, Weckamine usw.) zum Mißbrauch verleitet werden und bei entsprechender Veranlagung daran „hängen“ bleiben, sondern auch die modernen jugendlichen Rauschgiftanbieter (Marihuana, Haschisch, LSD, Mescaline usw.), die, unzufrieden mit den derzeitigen Gesellschaftsstrukturen, versuchen, sich im Kreise von Gleichgesinnten in die Traumwelt der Drogen zu flüchten.

Die **Konflikt- oder Problemtrinker**, die primär mit den Realitäten des Lebens nicht fertig werden und deswegen genau wie der Opiatsüchtige in die Betäubung ausweichen. Dazu zählen $\frac{1}{3}$ der Männer und $\frac{2}{3}$ der Frauen. Hier beherrscht die Konfliktsituation die Szene.

a) Welche Symptome erlauben die Unterscheidung der einzelnen Trinker Kategorien und welche sind charakteristisch für die Diagnose **Alkoholkrankheit**?

aa) Multifaktorielle Gesichtspunkte:

Die Grundkrankheit (prämorbid Persönlichkeit), die Disposition in Krisenzeiten (Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium usw.), die Suchtbereitschaft oder süchtige Fehlhaltung, eine zusätzliche seelische Belastung (Stress), der Kontakt mit der Droge Alkohol, die bekanntlich den Normalverbraucher immun läßt, beim Suchtgefährdeten jedoch zum Suchtmittel wird.

bb) Die Suchtkriterien, die für alle Suchtformen gelten.

cc) Bei der psychiatrischen Beurteilung dürfen wir nicht nur vom Zustandsbild ausgehen, sondern müssen:

die prämorbid Persönlichkeit herauschälen (Grundstörung),
die Art der Ausweichreaktion festlegen,
die durch die Umwelteinflüsse bedingten Entwicklungen berücksichtigen (Sozioanalyse),
die körperlich-seelischen Folgen des Mißbrauchs (Demenz, Alkoholpsychosen usw.) analysieren.

(Fortsetzung folgt)

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bechhofen, Lkr. Feuchtungen: 2 Allgemeinärzte

Für Bechhofen mit ca. 3000 Einwohnern und einem großen Einzugsgebiet steht zur Zeit nur noch 1 Allgemeinarzt zur Verfügung. Überdurchschnittliches Einkommen ist garantiert.

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemeinarzt

Es handelt sich um eine durch Tod frei gewordene Allgemeinpraxis. Für Langenzenn und Einzugsgebiet mit insgesamt ca. 9–10000 Einwohnern stehen derzeit noch 3 Allgemeinärzte zur Verfügung, die allein durch ihren seitherigen Praxisumfang voll ausgelastet sind. Für einen eventuell interessierten Kollegen ist Belegmöglichkeit im Stadtkrankenhaus Langenzenn zur Durchführung der mittleren Chirurgie gegeben.

Wendelstein, Lkr. Schwebech: 1 Allgemeinarzt

Es handelt sich um die Errichtung einer zusätzlichen Kassenarztstelle für einen Allgemeinarzt. Wendelstein mit Einzugsgebiet hat ca. 6500 Einwohner. Zur ärztlichen Versorgung der Bevölkerung stehen derzeit zwei Allgemeinärzte zur Verfügung.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte – Mittelfranken –, 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5, zu richten.

Niederbayern

Freyung v. W., Lkr. Wolfstein, 1 Augenarzt

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein mit Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

Grafeneu (Bayer. Wald): 1 Augenarzt

Neureichenau, Lkr. Wolfstein (Bayer. Wald):
1 Allgemeinarzt

Seit 1. Oktober 1970 durch Wegzug des einzigen Allgemeinarztes frei gewordene Kassenarztstelle.

Neuschönau, Lkr. Grafeneu (Bayer. Wald): 1 Allgemeinarzt

Durch Verzicht und Wegzug frei gewordene einzige Kassenarztstelle.

Niederviehbach, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemeinarzt

Zum 1. Juli 1970 frei gewordene Kassenarztstelle (bisher Gemeinschaftspraxis). Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Passau: 1 Nervenarzt

Durch Tod verwaiste zweite Nervenarztpraxis.

Passau-Grubweg: 1 Allgemeinarzt

Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald): 1 Hals-, Nasen-, Ohrenarzt

Durch Wegzug des einzigen HNO-Arztes frei gewordene Kassenarztstelle. Es besteht die Möglichkeit, Belegbetten im Krankenhaus zu erhalten.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Niederbayern —, 8440 Straubing, Lilienstraße 5—7, zu richten.

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinarzt

Garching, Lkr. Altötting: 1 Allgemeinarzt

Inchenhofen, Lkr. Aichach: 1 Allgemeinarzt

Kösching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt

Manching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemeinarzt

Waldkraiburg, Lkr. Mühldorf: 1 Augenarzt

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8000 München 23, Königinstraße 85/II, zu richten.

Oberfranken

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

Eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.

Hof/Saale: 1 Kinderarzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Rehau: 1 Allgemeinarzt

Kulmbach: 3 Allgemeinärzte

Selb: 1 Allgemeinarzt

Scherneck, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinarzt

Thurnau, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemeinarzt

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberfranken —, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a, zu richten.

Oberpfalz

Erbendorf: 1 Allgemeinarzt

Eschenbach: 1 Allgemeinarzt

Hahnbach: 1 Allgemeinarzt

Mitterteich: 1 Allgemeinarzt

Neumarkt: 1 Augenarzt

Roding: 1 Allgemeinarzt

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinarzt

Vohenstrauß: 1 Allgemeinarzt

Weiden (Ortsteil Nord): 1 Allgemeinarzt

Weiden: 1 Nervenarzt

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten und für Allgemeinmedizin sind zu besetzen.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz —, 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten.

Schwaben

Augsburg (Ortsteil 4): 1 Augenarzt

Augsburg-Herrenbach (Ortsteil 7): 1 Allgemeinarzt
Wegzug des bisherigen Praxisinhabers. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Augsburg-Oberhausen-Süd (Ortsteil 16):
1 Allgemeinarzt

Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinarzt

Blalchach, Lkr. Sonthofen: 1 Allgemeinarzt

Deiningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinarzt

Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.
Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

Friedberg bei Augsburg: 1 Allgemeinarzt

Oberostendorf, Lkr. Kautbeuren: 1 Allgemeinarzt

Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt

Thannhausen, Lkr. Krumbach: 1 Allgemeinarzt

Wittislingen, Lkr. Dillingen/Do.: 1 Allgemeinarzt

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, zu richten.

Unterfranken

Aidhausen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinarzt

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinarzt

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemeinarzt

Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Unterfranken —, 8700 Würzburg, Hofstraße 5, zu richten.

Diebstähle von Blanko-Rezeptblöcken

Das Polizeipräsidium hat in einem Brief an die Bayerische Landesärztekammer mitgeteilt, daß in der letzten Zeit Diebstähle von Rezeptformularen zunehmen. Dabei wurde festgestellt, daß in den Arztpraxen häufig unterschriebene und gestempelte Blanko-Rezeptblöcke vorhanden sind, die besonders begehrte Objekte von rauschgiftsüchtigen Personen sind. Es wird darauf hingewiesen, daß Rezepte nicht blanko unterschrieben werden sollten, und daß auch leere Rezeptblöcke möglichst diebessicher zu verwahren sind.

Das Polizeipräsidium weist darauf hin, daß die Beratungsstelle zum Schutze gegen Verbrechen im Polizeipräsidium München, Telefon (08 11) 214/7469, gerne über alle Möglichkeiten einer optimalen Einbruch- und Diebstahlssicherung kostenlos Auskunft gibt. In einer ständigen Ausstellung werden die modernsten Sicherungseinrichtungen vorgeführt.



codicept[®]

für Ihren ungehorsamen Huster

- Zuverlässige Hustenblockade für 8-10 Stunden
- Protrahierte, gleichmäßige Codein-Abgabe aus programmierten Wirkstoffeinheiten
- Keine Müdigkeit, da ohne Antihistaminzusatz

codicept[®] Kapseln
 1 Kapsel = 42,5 mg reines Codein
 morgens und abends nur 1 Kapsel unzerkaut einnehmen. Packung mit 10 Retardkapseln

codicept[®] Retardsaft
 Retardsaft (1 Eßlöffel = 15 ml) enthält 42,5 mg reines Codein (gebunden an Ionenaustauscher)

morgens und abends nehmen
 Kleinkinder im Alter von 1-3 Jahren je 1/2 Teelöffel
 Kinder im Alter von 3-6 Jahren je 1 Teelöffel
 Kinder im Alter von 6-12 Jahren je 2 Teelöffel
 Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren je 1 Eßlöffel
 Flasche mit 90 ml Retardsaft



Sanof-Arzneimittel
 Dr. Schwarz GmbH
 4019 Monheim/Rhld.

Personalia

Professor Dr. med. Alfons Lob 70 Jahre



Weder den Ruhestand noch die Vollendung des 7. Lebensjahrzehnts am 7. November 1970 mag man so recht Professor Alfons LOB glauben. Die noch immer rege Teilnahme an wichtigen Ereignissen der Chirurgie, besonders der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, die unermüdlige Tätigkeit als beratender

Arzt des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften ebenso wie als 2. Vorsitzender des Verbandes der für Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte machen deutlich, daß der Jubilar noch keineswegs aus dem Kreis der Aktiven ausgeschieden ist.

Nach vielseitigen Assistentenjahren in Pathologie, Chirurgie, Orthopädie kam Alfons Lob 1930 an der Chirurgischen Universitätsklinik in die Schule seines großen Lehrers Erich Lexer, hier wurden ihm die Ziele seines Lebens gewiesen. Unter Georg Magnus habilitierte er sich 1938 für Chirurgie und — als Assistent von Albert Kohler — zugleich für Röntgenologie. 1944 wurde er außerplanmäßiger Professor, während er, im Felde stand: 1939 bis 1945 baute er die Marine-Lazarette Heloland, Bedburg-Hau und Burg auf Fehmarn auf und leitete sie als Chefarzt. Nach diesen glänzend gelösten Aufgaben stellte sich ihm mit der Errichtung des Oldenburgischen Landeskrankenhauses Sandenbusch I. O. und der Leitung der Chirurgischen Klinik mit berufsgenossenschaftlicher Sonderstation eine nicht minder schwierige Aufgabe. Sein eigentliches Lebenswerk jedoch wurde das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus in Murnau/Obb., dessen Leitung er 1955 kurz nach dessen Eröffnung antrat. Er entwickelte es zu einer weitberühmten wiederherstellungschirurgischen Klinik, in der er nach jeder Richtung allgemeingültige Maßstäbe für die medizinische und soziale Wiederherstellung Schwerstverletzter setzte, nicht zuletzt indem er eine Reihe von Fachärzten zu gemeinsamer Arbeit zusammenzuführen mußte. Die Spezialisierung empfand er niemals schicksalhaft oder gar einengend, sondern stets anregend. Als Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin 1961, der Bayerischen Chirurgenvereinigung 1964 und der Unfallmedizinischen Tagungen des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften 1962 in Regensburg, 1965 in Garmisch-Partenkirchen, 1967 in Lindau, 1969 in Würzburg hat er seine Gedanken im großen Kreis ebenso vertreten, wie er 1957 bis 1968 in seinen Vorlesungen an der Uni-

versität München der jungen Generation mit großer Hingabe seine Überzeugung mitteilte, daß nur die Erkenntnis der sozialen Wirklichkeit dem Studierenden den Sinn für seine Berufsaufgaben öffnen werde. Am Ende seiner Laufbahn als Klinikchef stand die Eröffnung der 60 Betten großen Station für Rückenmarkverletzte, der ersten derartigen Einrichtung in der Bundesrepublik Deutschland; mit diesem vorbildlichen Klinikteil setzte Alfons Lob noch eine in die Zukunft weisende Marke am Weg unserer Chirurgie.

Auf wissenschaftlichem Gebiet hat Alfons Lob — der wohlgerne die Feder noch nicht hingelegt hat — neben zahlreichen Arbeiten zur allgemeinen Chirurgie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Röntgenologie und zur Begutachtungskunde vor allem zwei Werke von überragendem und über die Grenzen hinaus wirkendem Wert geschaffen: Seine noch immer unerreichte Monographie über „Die Wirbelsäulenverletzungen und ihre Ausheilung“ (1. Aufl. 1941, 2. Aufl. 1954) und das zu großen Teilen von ihm selbst bearbeitete „Handbuch der Unfallbegutachtung“. Nächste der Verbindung zum Patienten lag ihm stets die Unter- richtung und Förderung der jungen Kollegen sehr am Herzen. Seine Visiten waren in menschlicher wie fachlicher Hinsicht klassisch, vollzogen sich stets vor dem Hintergrund der allgemeinen Chirurgie und waren oft in den Rahmen allgemeiner oder medizinischer Geschichte gestellt. Jedenfalls hatte man nie das Gefühl, er betreibe oder lehre etwa nur Gliedmaßenchirurgie. Unfall- und Wiederherstellungschirurgie sah er stets eingeordnet in die allgemeine Chirurgie und, was ihm unendlich bedeutsam erschien, in die soziale Gegenwart. In vielem eilte er seiner Zeit voraus. Neuem stand er immer mit großem Interesse gegenüber. Das ist bis auf den heutigen Tag so geblieben, so daß Freunde und ehemalige Mitarbeiter auch heute noch das Gespräch mit ihm fortsetzen können, um sich Rat zu holen, Rat, von dem sie wissen, daß er gut ist!

Mit den Glückwünschen derer, die Alfons Lob Dank schulden oder aus irgendeinem Grunde nahe stehen, verbindet sich der Wunsch für friedvolle Jahre der „Spätlese“ in Gesundheit und in Freude an seinem einstigen, weiterwachsenden Werk!

Chefarzt Dr. Jürgen Probst, Murnau

Dr. Hansheinz Kohler zum Generalarzt ernannt

Der neue Leiter des Flugmedizinischen Institutes der Luftwaffe in Fürstfeldbruck, Dr. Hansheinz KOHLER, wurde zum Generalarzt ernannt.

Generalarzt Dr. Kohler ist im Vorstandsrat der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin und Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, des Bayerischen Sportärzte-Verbandes sowie des Kuratoriums „Mensch und Weltraum“. Seit Jahren gehört er der Aerospace Medical Association und Flying Physicians Association an.

Herr Dr. med. Peter Sedlmeyr 80 Jahre

Herr Dr. med. Peter Sedlmeyr, München, Facharzt für Lungenkrankheiten, konnte am 12. Oktober 1970 sein 80. Lebensjahr vollenden. Herr Kollege Sedlmeyr war zuletzt Chefarzt der Heilstätte Donaustauf bei Regensburg.

Bundesverdienstkreuz für Ärzte

Ausgezeichnet wurden

Frau Dr. med. Elisabeth ALLTEAG-KRÄMER, 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Starnberg, mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande;

Herr Obermedizinalrat a. D. Professor Dr. med. Rolf GRIESBACH, Augsburg, mit dem Bundesverdienstkreuz Erster Klasse.

ORMR Dr. E. Hoffmann zum stv. Geschäftsführer der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin ernannt

Mit Wirkung vom 21. August 1970 wurde Herr Dr. E. HOFFMANN, Oberregierungsmedizinalrat im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin in München und Lehrbeauftragter für Arbeitsmedizin an der Technischen Universität München, von Herrn Staatsminister Dr. PIRKL zum stellvertretenden Geschäftsführer der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin ernannt.

Die Urkunde wurde Herrn Dr. Hoffmann am 10. September 1970 von Herrn Staatssekretär Dr. K. Hillermeyer übergeben.

in memoriam

Senator Dr. Dr. W. von Gugel †

Am 2. November 1970 verstarb Herr Senator Freiherr Dr. jur. Dr. med. Wolfram von GUGEL, Mitglied des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, 1. Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) – Landesverband Bayern und Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer. – Ein Nachruf folgt in der Dezember-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ –



Professor Dr. med. Dietrich Vogt zum Gedächtnis

Am 12. Oktober 1970 verstarb in München nach einem langen, mit der ihm eigenen Geduld ertragenen Leiden Professor Dr. med. Dietrich VOGT, Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, des Vorstandes des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München und des Vorstandes des Marburger Bundes. Mit ihm verliert die Münchener, darüber hinaus die bayerische Ärzteschaft einen Arzt, der jahrelang führend in den ärztlichen Standesorganisationen Bayerns und in der Hilfe für die Kollegen tätig war.

Professor Vogt wurde am 12. Januar 1922 als Sohn des Universitätsprofessors für Anatomie Dr. med. Walter Vogt und seiner Ehefrau Dr. phil. Antoinette, geb. Terhorst, in Würzburg geboren. Nach dem Besuch der Volksschule und des Gymnasiums in München, Zürich und München erhielt er 1939 das Reifezeugnis. Er studierte in Wien, Halle, Würzburg und München mit Unterbrechungen durch Kommandos auf Feldflugplätzen und in Luftwaffenlazaretten. Er legte 1945 das ärztliche Staatsexamen ab und promovierte 1946 zum Dr. med.

Nach einer Tätigkeit am Pathologischen Institut des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing trat er 1946 als Assistent in die Universitäts-Kinderklinik ein und ging bei der Berufung von Professor Weber auf den Lehrstuhl für Pädiatrische Poliklinik mit ihm als Oberarzt. 1956 erfolgte seine Habilitation, 1960 wurde er zum Oberarzt, 1967 zum Leitenden Oberarzt ernannt. 1965 wurde ihm der Titel „apl. Professor“ ver-

... ohne Umweg direkt aus der Goldstadt Pforzheim

Juwelen · Goldwaren
Uhren · Bestecke

Max Dähling

7530 Pforzheim B
Postfach 111

Großhandelspreise: Fordern Sie 100-seitigen Spezial-Farbkatalog an.

liehen. Nach der Emeritierung von Professor Weber im Jahre 1966 wurde Professor Vogt mit der kommissarischen Leitung der Kinderpoliklinik und der Vertretung des Lehrstuhls beauftragt. Trotz seiner Krankheit hat er mit großem Einsatz über zwei Jahre lang bis zur Ernennung des Nachfolgers erfolgreich die Kinderpoliklinik geleitet.

Das wissenschaftliche Werk von Dietrich Vogt soll an einer anderen Stelle gewürdigt werden. Hier gilt es in erster Linie, seine hervorragenden Verdienste als Arzt und Kollege zu erwähnen. Er gehörte jenem Freundeskreis junger Assistenten an, die in den Wirren der Nachkriegsjahre bis 1948 praktisch ohne Chef und ohne Oberarzt die klinische Last der Münchener Universitäts-Kinderklinik trugen und durch Einsatzfreudigkeit, ständige Konsultation untereinander und intensives Literaturstudium versuchten, auch ohne pädiatrische Erfahrung den schwerkranken Kindern zu helfen. In diesem Kreis fiel Dietrich Vogt durch seine stete Hilfsbereitschaft, durch seine klinischen Fähigkeiten und seine Liebe zum Detail auf. Seine Sachlichkeit und seine Redlichkeit führten dazu, daß er nicht nur in der fachlichen Diskussion, sondern vor allem menschlich von allen hoch geschätzt wurde. Man fand ihn abends spät noch auf der Station Blutbilder differenzieren, und es konnte so spät sein, wie es wollte, er hatte Zeit zu einem Gespräch, erst recht, wenn es sich um die Belange eines kranken Kindes handelte.

Seine unermüdete Freude am Dozieren mag manchen Studierenden gelegentlich verwirrt haben. Im Kreise der Con-Assistenten, insbesondere der 186 jüngeren Kollegen, die ihn in den vergangenen Jahren als Oberarzt erlebten, wird es ein unvergeßliches Erlebnis bleiben, wenn er vor dem Röntgen-Schaukasten oder am Krankenbett bis in Einzelheiten hinein differentialdiagnostische Erwägungen anstellte.

Dietrich Vogt hatte immer Zeit für die Kollegen, besonders als sie unmittelbar nach dem Krieg um ihre materielle Existenz kämpfen mußten, während sie sich in der Aus- und Weiterbildung befanden. Es war jene Zeit, wo ein Stückchen Butter eine Kostbarkeit darstellte, wo unsere Frauen oft stundenlang nach kleinen Mengen Gemüse anstehen mußten und wo ein Päckchen Zigaretten die Währung diktierte. In dieser Zeit bitterer Not haben wir in Bayern den Verband der angestellten Ärzte gegründet, und Dietrich Vogt gehörte zu den Mitbegründern.

Seine Tätigkeit im Marburger Bund führte mit dazu, daß die finanzielle Grundlage der Krankenhausärzte entscheidend gebessert werden konnte. Man schaue sich vergleichsweise nur einmal die Stellenplanverzeichnisse der Universitätskliniken in den Jahren 1948 bis 1958 an, um zu erkennen, was in jener Zeit geleistet wurde.

Dietrich Vogt gab mit klugem Sachverstand und durch seine hervorragenden Analysen auch von Rechtslagen vielfältigen Rat. So wird es verständlich, daß sein Rat

auch in anderen ärztlichen Gremien gesucht war. Er hat jahrelang die jungen Kollegen im Zulassungsausschuß in München vertreten, als die Zulassung zu den RVO-Kassen noch eine Existenzfrage für diejenigen Kollegen war, die sich in eigener Praxis niederließen. Lange Jahre gehörte er dem Vorstand des Marburger Bundes an, und von 1958 bis 1967 war er 2. Landesvorsitzender.

Seit 1955 gehörte er dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer an. Vorher schon war er Mitglied des Bayerischen Ärztetages. In der Kassenärztlichen Vereinigung hat er die außerordentlichen Mitglieder sowohl in der Vertreterversammlung Bayerns als auch in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zu seinem frühen Tode vertreten.

Auch im akademischen Bereich hat er sich stets für die Belange der Kollegen mit großer Hingabe eingesetzt. Seit 1958 war er Vertreter der außerplanmäßigen Professoren und Privatdozenten im Akademischen Senat der Universität München; seit 1964 Vertreter des gleichen Personenkreises im Rahmen der engeren Medizinischen Fakultät der Universität. In den letzten zwei Jahren vor seinem Tode stand er auch als Vorsitzender der Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde vor, und erst seine schwere Krankheit zwang ihn dazu, diese Tätigkeit aufzugeben.

Ich selbst hatte das Glück, ihn im Januar 1946 kennenzulernen; es war Freundschaft auf den ersten Blick, die ungetrübt über zwei Jahrzehnte gemeinsamer Tätigkeit im wissenschaftlichen, klinischen und im menschlichen Bereich, auch in den Standesvertretungen, anhielt. Ich verliere einen guten Freund.

Die Münchener und bayerische Ärzteschaft, insbesondere der Kollegenkreis, der in den Jahren nach dem Krieg die ärztliche Tätigkeit aufnahm und sich mühsam Grundlagen der Existenz in den Krankenhäusern und in der freien Praxis schaffen mußte, verliert in Dietrich Vogt einen hilfreichen Freund, dessen Wirken uns allen zeitlebens unvergessen sein wird. Mit seiner Witwe und seinen vier Kindern trauern die Bayerische Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, die Kollegen der Universität München, insbesondere der Medizinischen Fakultät, des Verbandes der angestellten Ärzte, des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes und nicht zuletzt seine Freunde, für die er stets hilfreich tätig war.

Theodor Fr. Heilbrügge

3. Diagnostik-Woche

vom 5. — 9. Mai 1971 in München

Fortschrittliche Rheuma-Therapie mit Dipyron®

Voraussetzung für eine erfolgreiche Rheuma-Therapie ist die Berücksichtigung der Forderungen nach Hyperämie und intensiver Analgesie. Dazu gehören ferner Beseitigung der Entzündung und Auflösung der Fibrinablagerungen. Durch seine Zusammensetzung erfüllt Dipyron diese Bedingungen.

Was sagen Klinik und Praxis über Dipyron?

In WIEN: „...Besonders gut sprachen beim *Zervikalsyndrom* die radikulären Reizerscheinungen und die vasovegetativen Symptome auf die Dipyron-Behandlung an...erklärbar durch Behebung ausgeprägter Durchblutungsstörungen in der umgebenden Muskulatur.“

(W. BLUMENCRON, „Der Praktische Arzt“, 1966)

In MÜNCHEN: „...Besonders gut war der Therapieerfolg bei den an *Periarthritis humeroscapularis* Erkrankten. ...Die prompt Wirkung des Medikaments war auch bei den Lumbago-kranken subjektiv besonders auffallend...“

(A. MAAS, „Ärztliche Praxis“, 1966)

In WÜRZBURG: „In Fällen chronisch rezidivierender *Ischialgien* ... normalisierten sich ... nach Redressement in Narkose ... die Verhältnisse nur langsam. Nach 14-tägiger Medikation (mit Dipyron) ergaben die Nachuntersuchungen, daß die entzündungshemmende und durchblutungsfördernde Komponente des Medikaments geeignet war, dem kompressionsbedingten Wurzelödem entgegenzuwirken und eine beschleunigte Regeneration der Spinalwurzel herbeizuführen.“

(G. MOLZEN, „Medizinische Klinik“, 1967)

In HAMBURG: „*Schuttersteifen* mit oder ohne Veränderungen der Halswirbelsäule standen im Vordergrund. In zahlreichen Fällen war die Erkrankung ... bei stundenlangem angespanntem *Sitzen hinter dem Steuer* auf der Autobahn aufgetreten. Behandlungsergebnisse: In 10 Fällen trat bereits in den ersten Tagen der Dipyron-Medikation eine völlige bis weitgehende Beschwerdefreiheit und ein Wiedergewinn der Beweglichkeit des Gelenkes in seinem gesamten Bewegungsumfang auf.“

(H. EHRENBERG, „Ärztliche Praxis“, 1964)

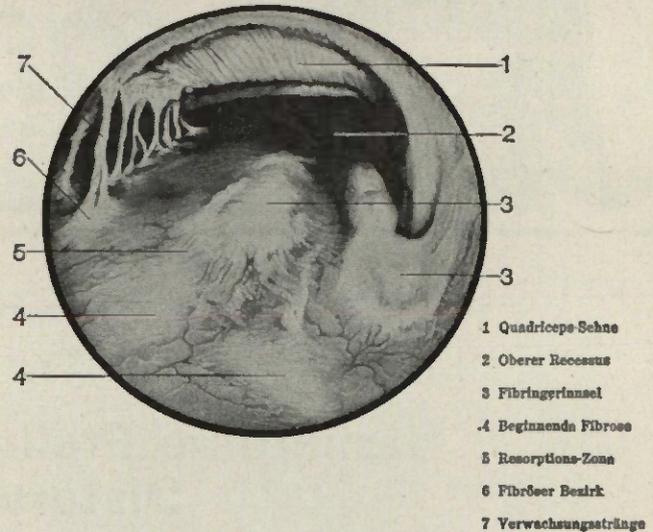
In DÜSSELDORF: „Die bei *zervikalen Schäden* häufig geklagten Parästhesien der Hände und Arme sprachen auf die Behandlung ebenfalls recht gut an. Bei sieben Fällen von *Periarthritis humeroseapularis* hat die Dipyron-Behandlung in keinem Falle versagt.“

(H. SÜTTINGER, „Der Landarzt“, 1963)

Wie wirkt Dipyron?

Heilende Hyperämie für Gelenk und Muskel direkt von innen, intensive Analgesie vom Blutstrom her und Unterstützung des Abbaus fibrinoider Ablagerungen.

Der Wirkort von Dipyron



Arthroskopisches Bild des rechten Kniegelenks bei primär chronischer Polyarthritis: Fibringrinnsel auf der Synovia, von einem entzündlichen Granulationsgewebe durchsetzt. Alle Stadien der Organisation und Resorption des Fibrins durch die wuchernde Synovia sind zu erkennen (VAUBEL).

Bestätigt die Grundlagenforschung diese therapeutische Konzeption?

„Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie“ von H. HAMPERL, Boan:

„Die Fibrindurchtränkung der kollagenen Fasern sieht man besonders deutlich im rheumatischen Granulom. Wenn die Auflösung der Fibrinfäden durch Zellfermente ausbleibt, kann das liegenbleibende Fibrin nur im Rahmen einer länger dauernden Entzündung weggeschafft werden. *Es wirkt wie ein Fremdkörper und unterhält die Entzündung, als deren Produkt es entstanden ist.*“

„Die Röntgendiagnostik der Periarthrosen und der Periarthritis“

von A. LEB, „Fortshr. Röntgenstr.“:

„Im Bereich *arthrotischer Kniegelenke* ist mit der Serien-Angiographie eine *verminderte Blutfüllung der Kollateralen* einwandfrei festzustellen.“

„Wie drückt die Hyperergische Gewebsschädigung den klinischen Bildern der chronischen rheumatischen Infektarthritis ihr Gepräge auf“ von G. EDSTRÖM, „Zeitschr. für Rheumaforschg.“. Es wird gezeigt, daß der *Sauerstoffverbrauch in den Myogelosen* der gelenknahen Muskulatur *vermindert* ist.

Dipyron -
eine sinnvolle therapeutische Konzeption.

Hersteller: JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF



Zur gezielten Therapie der Dysmenorrhoe
durch Spasmolyse im Genitaltrakt
und zuverlässige Analgesie

Dismenol

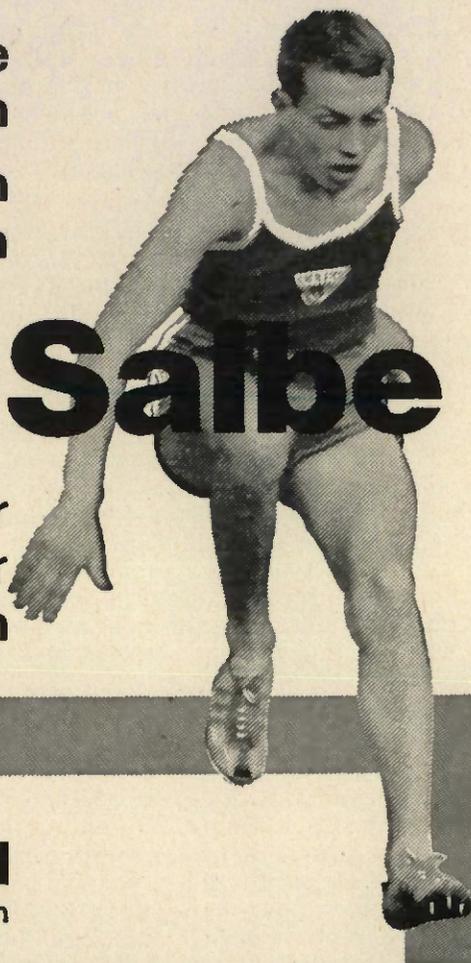
(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g, Dimethylamino-phenyldimethyl-pyrazolon 0,25 g)

AGPHARM LUZERN — Hersteller für Deutschland SIMONS CHEMISCHE FABRIK, Gauting bei München

für offene
und stumpfe Traumen
Hämatome Prellungen
Distorsionen

Traumeel[®]-Salbe

zur Therapie posttraumatischer
und postoperativer
Weichteilschwellungen



-Heel

Biologische Heilmittel Heel GmbH Baden-Baden

Manche sagen:

Beim Sparen darf man kein Geld verschenken.

**Stimmt. Lassen Sie sich deshalb von der
Sparkasse beraten. Besonders über die
verbesserten Chancen, Geld prämiengünstigt
und vermögenswirksam anzulegen.**

Beispiel: Ein lediger Arbeitnehmer kann jetzt monatlich 102 Mark so auf sein Sparkassenbuch einzahlen, daß er neben hohen Zinsen eine staatliche Sparprämie von mindestens 244,80 DM im Jahr kassiert. Für Verheiratete und Familien

mit Kindern erhöhen sich Grundbeträge und Prämien. Je nach Einkommen gibt's sogar Zusatzprämien.

Und noch eines: Das Sparkassenbuch ist unabhängig von Börsenschwankungen. Sie wissen doch...



wenn's um Geld geht-

SPARKASSE

überall in Ihrer Nähe

Der Bayerische Landesgesundheitsrat in der 6. Legislaturperiode

Am 29. Mai 1967 fand in Anwesenheit des Bayerischen Staatsministers des Innern, Dr. Bruno MERK, die konstituierende Sitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrates (LGR) für die 6. Legislaturperiode statt.

Der bisherige Vorstand wurde einstimmig wiedergewählt:

1. Vorsitzender Dr. med. Rudolf SOENNING, MdL
 2. Vorsitzender Dr. med. Georg OECKLER
- Schriftführer Direktor Martin TRETENBACH.

In dieser Legislaturperiode fanden 10 Vollsitzungen und 4 Unterausschußsitzungen statt.

Der Landesgesundheitsrat gab während dieser Zeit 35 Informationen an die Öffentlichkeit, die damit praktisch über alle gesundheitspolitischen Arbeiten des Bayerischen Landtages informiert wurde.

Sitzungen und Beschlüsse:

Sondersitzung des LGR am 12. Juni 1967 — einstimmiger Beschluß —:

Neues Universitätsklinikum Großhadern

„Der Bayerische Landtag und die Staatsregierung werden dringend ersucht, die anstehenden Bauaufträge für das Klinikum in Großhadern unverzüglich weiter zu vergeben und mit dem Bauvorhaben Bettenhaus sofort zu beginnen.“

Der Landesgesundheitsrat hat sich davon überzeugt, daß die Gesamtkonzeption und die Planung des Bettenhauses so gründlich auch im Hinblick auf mögliche Einsparungen sowohl in technischer als auch in finanzieller Hinsicht durchgeführt worden sind, daß sie keiner weiteren Überprüfung vor Baubeginn bedürfen.“

Sitzung am 13. November 1967:

Gesundheitswesen in Bayern

Im Mittelpunkt der Sitzung stand ein umfassender Bericht des Leiters der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Ministerialdirigent Dr. Erich HEIN, über das Gesundheitswesen in Bayern. Ministerialdirigent Dr. Hein und Regierungsdirektor Dr. WILHELM referierten außerdem über gesundheits- und rechtspolitische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung. In seiner nächsten Sitzung wird der LGR über die angesprochenen Probleme diskutieren.

Der Landesgesundheitsrat beschloß, die Bundesministerin für das Gesundheitswesen, Frau Käthe STROBEL, zu einer Aussprache im Frühjahr nächsten Jahres ein-

zuladen, um ihr gesundheitspolitische Sorgen aus der Sicht des Landes Bayern vorzutragen. Wichtigste Themen der Gespräche sollen die Forderungen sein, nach wissenschaftlichen Grundsätzen notwendige Vorsorgeuntersuchungen, wie jetzt schon die Vorsorgeuntersuchungen für werdende Mütter, zu Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherung zu machen. Es sollen auch die seit langer Zeit erhobenen Forderungen nach einer Reform der Bundespflegesatzordnung mit dem Ziel kostendeckender Pflegesätze besprochen werden.

Sitzung am 22. Januar 1968 — Beschluß —:

Schwerpunkte der Gesundheitspolitik in Bayern

„Bei der 58. Vollsitzung des Bayerischen Landesgesundheitsrates am 22. Januar 1968 wurde über die Vorstellungen im Bayerischen Staatsministerium des Innern zur Gesundheitspolitik in Bayern von heute und morgen eingehend diskutiert. Er nahm mit Befriedigung zur Kenntnis, daß das Land Bayern sich bemüht, eine vorbildliche und moderne Gesundheitspolitik zu betreiben. Eine intensive, aber sechliche gesundheitspolitische Aufklärung der Bevölkerung über Presse, Rundfunk und Fernsehen wurde für notwendig erachtet. Es ist anzustreben, daß die Vorsorgeuntersuchungen zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen erklärt werden, um diese weiter ausbauen zu können. Bekanntlich sind schon in der Vergangenheit wichtige Vorsorgemaßnahmen durchgeführt worden, z. B. Vorsorgeuntersuchungen werdender Mütter, Früherkennung von Tuberkulose durch Röntgenreihenuntersuchungen, Schluckimpfung gegen Kinderlähmung, Früherkennung von Krebs- und Zuckerkrankheiten, Hör- und Sehtest. Die Verwirklichung des bayerischen Krankenhausplanes durch genügend finanzielle Mittel wurde erneut gefordert. Der Landesgesundheitsrat soll mehr als bisher die Aufgabe übernehmen, die Gesundheitspolitik in Bayern zu koordinieren, da neben dem Innenministerium auch andere Ministerien, z. B. Arbeits-, Kultus- und Finanzministerium, für Teilgebiete der Gesundheitspolitik zuständig sind. Der Landesgesundheitsrat beschloß, eine Aussprache mit dem Bundesgesundheitsministerium und mit dem Bundesarbeitsministerium herbeizuführen, da wichtige gesundheitspolitische Maßnahmen auf Länderebene erst dann weiter ausgebaut werden können, wenn die Bundesregierung im Rahmen ihrer jetzigen Zuständigkeiten längst fällige Gesetze und Verordnungen verabschiedet, z. B. Regelung der Bundespflegesatzordnung und Reform der sozialen Krankenversicherung.“

Außerdem beschloß der Landesgesundheitsrat, die Staatsregierung zu bitten, die Ergebnisse der Erst- und Nachuntersuchungen nach dem Bundesjugendarbeitsschutzgesetz auf freiwilliger Basis in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft zu ermitteln und statistisch auszuwerten.“

Sitzung vom 27. Juni 1968:

Landesgesundheitsrat soll Gesundheitspolitik in Bayern koordinieren

Die 60. Vollsitzung des Landesgesundheitsrates war die erste gemeinsame Sitzung mit den Mitgliedern des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik des Bayerischen Landtages im Bayerischen Landtag. Nach einer eingehenden Diskussion kam der Ausschuß zu dem Beschluß:

„Die Einrichtung des Bayerischen Landesgesundheitsrates hat sich bewährt. Der LGR sollte mehr als bisher versuchen, die Gesundheitspolitik zu koordinieren und sich für den weiteren Ausbau der Vorsorgeuntersuchungen einzusetzen.“

Koordinierung der Gesundheitspolitik mit anderen Ländern

Bei der Sitzung am 29. November 1968 fand die erste Sitzung zusammen mit den Vorsitzenden der Landesgesundheitsräte der Bundesrepublik statt. In Anwesenheit von Innenminister Dr. Bruno Merk wurden gemeinsame gesundheitspolitische Probleme besprochen.

Am 10. März 1969 besichtigte der Landesgesundheitsrat das Nervenkrankenhaus Gabersee. Im Anschluß an die Besichtigung fand dort eine Aussprache mit dem Beratungsausschuß für Nervenkrankenhäuser des Bayerischen Staatsministeriums des Innern statt.

Bei der Sitzung am 5. Mai 1969 beschäftigte sich der LGR erneut in Anwesenheit von Bezirkstagspräsidenten, Direktoren von Nervenkrankenhäusern und den maßgebenden Referenten des Innen- und Justizministeriums mit dem Antrag des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik des Bayerischen Landtages und faßte folgenden Beschluß:

Gesonderte Unterbringung von Bewahrungsfällen

„Eine endgültige Stellungnahme ist nach Ansicht des Landesgesundheitsrates bis zur Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes nicht möglich. Er nahm mit großer Befriedigung zur Kenntnis, daß die Bayerische Staatsregierung beschlossen hat, auf eigene Kosten eine gesonderte Unterbringung des Personenkreises zu schaffen, die reine Bewahrungsfälle darstellen, d.h., die weder eine Beobachtung oder Begutachtung noch der Pflege und Behandlung in einem Nervenkrankenhaus bedürfen.“

Sitzung am 26. Januar 1970 – Beschluß –:

Krankenhausfinanzierung

„Zusammen mit den kommunalen Spitzenverbänden, deren Vertreter an der Sitzung teilgenommen haben, unterstützt der LGR nachdrücklich die Bemühungen des Staatsministers des Innern, Dr. Bruno Merk, um eine noch wirksamere Förderung des Krankenhauswesens.“

Der Landesgesundheitsrat teilt die Auffassung des Innenministers, daß die Erstinvestitionen der Kranken-

häuser von der ‚öffentlichen Hand‘ getragen werden sollen. Im übrigen muß eine baldige neue Regelung der Plülegesätze angestrebt werden.

Im Interesse einer schnellen Hilfe für die Krankenhäuser und auch im Hinblick auf die Verhandlungen mit dem Bund, der seit der Änderung des Grundgesetzes vom 12. Mai 1969 die Gesetzgebungszuständigkeit für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser hat, wird folgendes für notwendig gehalten:

1. Die Mittel im Staatshaushalt für die Krankenhausförderung müssen in den nächsten Jahren mindestens auf das Doppelte erhöht werden. Dabei sind feste Maßstäbe für die Bemessung der Beihilfenhöhe anzuwenden.
2. Die kommunalen und die freigemeinnützigen Krankenträger sollen in der Förderung gleichgestellt werden. Für die Förderung darf nicht mehr die Leistungslähigkeit des Krankenträgers entscheidendes Kriterium sein, sondern die Funktion des Krankenhauses.
3. Die einzelnen Baumaßnahmen müssen so gefördert werden, daß Zuschüsse und Darlehen zusammen einem Zuschußwert von mindestens 50 % der Kosten entsprechen.
4. Die Förderung soll nicht mehr auf die ‚beihilfefähigen Kosten‘, sondern auf die Gesamtkosten (Funktionskosten) bezogen werden, die für Bau und Einrichtung bei sparsamer, wirtschaftlicher und funktionsgerechter Planung und Ausführung entstehen.“

Sitzung am 27. April 1970 – Beschluß –:

Notstand in der Krankenpflege

„Der Bayerische Landesgesundheitsrat hat sich in seiner 64. Vollsitzung am 27. April 1970 nach Kenntnisnahme einschlägiger Unterlagen des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, der kommunalen Spitzenverbände und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft mit der Situation im Bereich der Krankenhauspflege befaßt. An der Sitzung nahmen maßgebliche Vertreter dieser Organisationen teil.“

Der Landesgesundheitsrat schlägt zur Behebung des Mangels an Krankenpflegepersonal und zur Verbesserung der Krankenhauspflege folgendes vor:

1. Prüfung der Zweckmäßigkeit einer Herabsetzung des Einschulungsalters in den Krankenpflegeberuf von 17 auf 16 Jahre. Der Abschluß der Volksschule berechtigt zum Eintritt in eine Krankenplülegeschule.
2. Förderung des männlichen Krankenpflegeberufes durch Anrechnung bzw. Freistellung des Krankenpflege-Hilfsdienstes als Wehr- und Ersatzdienst.
3. Modernisierung des Berufsbiides in Anpassung an die geeigneten Verhältnisse in vergleichbaren anderen Berufen in bezug auf Ausbildungszeit, Ausbildungsgang und Vorrückungsmöglichkeiten.

NERVO-OPT

NERVO-OPT

NERVO-OPT®

Verschreibungspflichtig!

Zusammensetzung pro Dragee:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg,
Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg,
Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb.,
Adonid., Calc. gluconic., Kal. bromat.,
Aminophenazon.

NERVO · OPT-Dragees

OP zu 50 Dragees

**beruhigt
die Nerven
und bringt
erquickenden
Schlaf**

DR. BRAUN & HERBERG · BAD SCHWARTAU



Als Sofortmaßnahme empfiehlt der Landesgesundheitsrat

- e) verstärkte finanzielle Förderung der Krankenpflegeschulen; die erforderlichen Mittel sollen in dem entsprechenden Titel des Haushalts des Staatsministeriums des Innern ausgewiesen werden. Bei der Berechnung des Pflegesatzes dürfen die Zuschüsse nicht berücksichtigt werden.
- b) Verstärkte Förderung der Wohnungen für Krankenpflegepersonal.
- c) Errichtung einer zentralen Ausbildungsstätte für Krankenhausführungspersonal."

Sitzung am 13. Juli 1970 — Beschluß —:

Ausbau des Unfallhilfe- und Rettungsdienstes

„Der Bayerische Landesgesundheitsrat beschäftigte sich in seiner 65. Vollsitzung am 13. Juli 1970 mit dem Thema Krankentransport (KT) und Unfallhilfe- und Rettungsdienst (URD).

An der Sitzung nahmen Vertreter des Präsidiums des Bayerischen Roten Kreuzes, der kommunalen Spitzenverbände, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft sowie ein Sanitätsoffizier des Wehrbereiches VI teil. Der Landesgesundheitsrat ging bei seinen Beratungen von folgenden Voraussetzungen aus:

Im Auftrag der Bayerischen Staatsregierung führt das BRK unter Beteiligung der anderen Hilfsdienste (Arbeiter-Samariter, Johanniter und Malteser) seit 1945 den KT und URD im Bereich der Stadt- und Landkreise Bayerns durch.

Der Bayerische Landtag beschloß bereits am 10. Mai 1966 für den KT und URD nach Maßgabe der Haushaltslage eine angemessene Beteiligung des Staates vorzusehen. Seit 1967 beteiligt sich der Bayerische Staat im Rahmen eines 6-Jahresprogramms mit 20 % nur an den Investitionskosten in Höhe von ca. 13 Mill. DM. Der Ausschuß für Sozialpolitik und Gesundheitswesen hat in seiner Sitzung vom 25. Juni 1970 eine verstärkte staatliche Hilfe gefordert.

Der Landesgesundheitsrat ist der Meinung, daß aufgrund der Zunahme der Unfälle und Krankentransporte eine auf Freiwilligkeit und Spendenaufkommen aufgebaute Organisation ohne öffentliche Unterstützung nicht in der Lage ist, den modernen Rettungsdienst zu bewältigen.

Die Finanzierung des KT und URD muß durch die öffentliche Hand gesichert sein und fester Bestandteil der öffentlichen Haushalte werden.

**88. Tagung der
Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
vom 14. bis 17. April 1971 in München**

Der Landesgesundheitsrat empfiehlt daher

1. dem Bayerischen Landtag und der Bayerischen Staatsregierung in Zukunft die Hälfte an dem einmaligen Bedarf der Investitionskosten in Höhe von ca. 15 Mill. DM und eine angemessene Beteiligung an den laufenden Betriebskosten in Höhe von ca. 23 Mill. DM über den Bayerischen Staatshaushalt sicherzustellen;
2. er hält eine wesentliche Vermehrung der Notarzt- und Rettungsfahrzeuge für notwendig;
3. der Notruf 110 soll zu einer immer besetzten Polizeidienststelle führen;
4. die Bundeswehr wird gebeten, in enger Zusammenarbeit mit dem BRK sich am KT und URD zu beteiligen;
5. eine bessere Koordinierung auf dem Gebiet des KT und URD zwischen Bund, Länder und Gemeinden ist notwendig.

Der Landesgesundheitsrat dankt allen beteiligten Organisationen und vor allem allen einzelnen Helfern für ihren Einsatz.

Er wird sich weiterhin für eine Unterstützung in dieser wichtigen Gemeinschaftsaufgabe einsetzen."

Das bayerische Krankenhaus im Wahlkampf

Auf einem Wahlplakat wurde versucht, anhand der Situation der bayerischen Krankenhäuser wieder einmal die besondere Rückständigkeit Bayerns unter Beweis zu stellen.

Zunächst wurde behauptet, die bayerischen Krankenhäuser seien die kleinsten. Um dies verstehen zu können, müßte man zunächst einmal die Einwohnerzahl pro qkm berücksichtigen. Man muß etwa wissen, daß die Stadtstaaten Bremen, Berlin und Hamburg pro qkm 1870 bzw. 4447 und 2434 Einwohner zählen, weswegen dort natürlich in erster Linie Krankenhäuser errichtet wurden, die alle unseren Schwerpunktkrankenhäusern entsprechen und deshalb auch größtmäßig anders gestaltet sind. So haben die Bremer Krankenhäuser im Schnitt 406, die Berliner Krankenhäuser 269, die Hamburger Krankenhäuser 285 Betten. Bayern hat bei einer Bevölkerungszahl von durchschnittlich 149 pro qkm naturgemäß auch eine breitere Streuung an Krankenhäusern mit durchschnittlich nur 140 Betten. Baden-Württemberg mit einer Bevölkerungszahl von 247 pro qkm hat eine durchschnittliche Bettenzahl von 138. Der Bundesdurchschnitt beträgt übrigens 180 Betten.

Von wesentlich größerem Aussagewert ist zweifellos die Zahl der Krankenhausbetten, die für je 10000 Einwohner zur Verfügung stehen:

Schleswig-Holstein	102,4
Hamburg	108,8
Niedersachsen	98,3
Bremen	107,9

Nordrhein-Westfalen	107,0
Hessen	116,0
Rheinland-Pfalz	114,9
Baden-Württemberg	112,9
Bayern	110,2
Saarland	107,8
Berlin-West	150,4

Der Bundesdurchschnitt beträgt 110,1 Betten pro 10 000 Einwohner, woraus klar ersichtlich ist, daß Bayern mit 110,2 Betten immerhin noch über dem Bundesdurchschnitt liegt.

Des weiteren ist bei der Kritik betont worden, daß in den bayerischen Krankenhäusern mehr Ärzte als woanders fehlen. Dabei ist natürlich zu berücksichtigen, daß in den großen Krankenhäusern mit zahlreichen Spezialabteilungen und diagnostischen Einrichtungen die Zahl der Ärzte auf die Bettenzahl bezogen wird, so daß auch diejenigen Ärzte als Behandelnde erscheinen, die tatsächlich mit der unmittelbaren Betreuung der Patienten am Krankenbett nichts zu tun haben.

So trafen im Jahre 1968 auf einen Arzt in:

Rheinland-Pfalz	22	Krankenhausbetten
Niedersachsen	20	
Schleswig-Holstein	19	
Nordrhein-Westfalen	18	
Bayern	17	
Baden-Württemberg	17	
Hessen	16	
Saarland	16	
Bremen	15	
Berlin-West	14	
Hamburg	11	

Der Bundesdurchschnitt beträgt hier 17, und es ist nur zu verständlich, daß bei der breiten Streuung der bayerischen Krankenhäuser Bayern mit 17 Krankenhausbetten pro Arzt diesem Bundesdurchschnitt entspricht.

Diese genannten Zahlen beweisen, daß man in Bayern auf dem Wege ist, den Bedürfnissen der Bevölkerung zu entsprechen. Die durch den Landesgesundheitsrat vorgelegten Planungen werden entsprechend den finanziellen Möglichkeiten weiter verfolgt werden, wobei zu hoffen ist, daß die vom Bund in Aussicht gestellten Hilfen erheblich über das jetzt in Aussicht Gestellte angehoben werden.

Dr. Dr. v. G u g e l †

Brief aus Bonn

Es wäre falsch, schon heute von einer Krise unseres demokratischen Systems zu sprechen. Soweit ist es noch nicht. Aber die Verfassung der Bonner Koalition wird von Tag zu Tag schlechter, auch wenn die Spitzen der Koalitionsparteien, Brandt und Scheel, ständig versuchen, den Bürgern klarzumachen, daß der Austritt der Abgeordneten Zoglmann, Mende und Starke aus der FDP-Fraktion die Koalition eher stärker als schwächer gemacht habe. Diese Art der Gesundheitsbetriebe überzeugt freilich nicht recht. Das ganze erinnert auf gespenstische Weise an das Ende Erhards und das Wort Barzels: „Erhard ist und bleibt unser Bundeskanzler.“ Dennoch pflegt sich die Geschichte nur selten zu wiederholen. Und wer auf ein rasches Ende der Koalition Brandt-Scheel spekuliert, der wird vermutlich seinen Einsatz verlieren.

Brandt und Scheel geben das politische Spiel noch nicht verloren. Aber kaum jemand in Bonn vermag sich vorzustellen, daß diese Regierung das Ende der Legislaturperiode erlebt. Dafür ist die Basis zu schwach geworden. Für den Moskauer Vertrag gibt es keine Mehrheit, es sei denn, die Sowjetunion würde in Berlin substantielle Zugeständnisse machen. Gegenwärtig sieht es danach nicht aus. Auch wären ehrgeizige Reformprojekte im Bundestag kaum noch durchzusetzen. Die Chance dieser Regierung, sich im Amt zu halten, liegt gegenwärtig allein darin, daß jede andere politische Kombination vor ähnlichen Schwierigkeiten stünde und mindestens ebenso umstritten wäre.

Sollten weitere FDP-Abgeordnete ihrer Fraktion den Rücken kehren und sich der Union zuwenden, so würde dies zwar Brandt und Scheel um ihre knappe Mehrheit bringen, aber der Union noch keine Mehrheit, mit der sich regieren ließe, verschaffen. Das ginge wohl nur, wenn wenigstens 15 FDP-Abgeordnete auf CDU-Kurs gingen. Damit kann kaum gerechnet werden, jedenfalls vorläufig nicht. Ein solcher politischer Erdbeben wäre allenfalls bei einer totalen Niederlage der FDP bei den bevorstehenden Landtagswahlen in Hessen, Bayern und Schleswig-Holstein zu erwarten. Aber das alles gehört vorläufig noch in den Bereich der politischen Spekulation. Ein solcher Schritt des kleinen Häufleins der Freien Demokraten wäre wohl als ein Akt politischer Verzweiflung zu werten.

RECORSAN[®]

- LIQUID . c. Rutin

Rein phytologisches Cardiotonicum
für die kleine Herztherapie
Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens

O.P. Tropfflasche zu 30 ml

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Sollte sich weder die heutige Koalition noch eine Kombination CDU/CSU-Teil-FDP als regierungsfähig erweisen, so bliebe wohl nur die Neuauflage der Großen Koalition als politische Möglichkeit übrig. Bei der Union spricht man zwar gelegentlich von Neuwahlen, aber man weiß natürlich, daß dieser Weg vom Grundgesetz praktisch verbaut ist.

Spricht man gegenwärtig in Bonn Politiker der beiden großen Parteien auf die Große Koalition an, so wird zumeist abgewunken. Mit dieser Idee vermag sich kaum einer zu befreunden. Dennoch gibt es in beiden Fraktionen maßgebliche Politiker, die sie für unausweichlich halten. Wenn der frühere Bundesarbeitsminister Katzer kürzlich die Bildung einer Großen Koalition nicht ausgeschlossen hat, so hat er nur ausgesprochen, was vielerorts gedacht wird. Katzer, der schon früher die Große Koalition befürwortete, hat aber ohne Zweifel auch einen politisch brisanten Versuchsballon steigen lassen wollen. Viele meinen freilich, daß es für diese Diskussion noch zu früh sei. Dennoch sollte jeder eine solche Entwicklung ins politische Kalkül einbeziehen. Dazu zwingt nicht zuletzt die politische Lage im größten Bundesland, in Nordrhein-Westfalen. Die Regierung Kühn/Weyer hat nur noch eine hauchdünne Mehrheit; sie ist praktisch nicht mehr regierungsfähig. Sie ist genauso schwach, wie die Regierung Meyers es war, bevor sie 1966 stürzte und damit das Schicksal der Regierung Erhard in Bonn besiegelte. Wohin man auch blickt, unser Land geht einer schweren politischen Belastungsprobe entgegen. Die verantwortlichen Politiker der beiden großen Parteien sehen dies natürlich. Aber der Kampf um die Macht, der durchaus legitim ist, wird mit unsauberen Waffen geführt, die Wunden hinterlassen, die nur schwer zu heilen sind. Es werden Emotionen geweckt, die nachher nur noch schwer zu verdrängen sein werden. Unser Land steuert auf eine Polarisierung der Gefühle und der Meinungen zu. Der Brückenschlag, der sich eines Tages als notwendig erweisen könnte, wird damit unnötig erschwert. So falsch es war, die Regierung des „Ausverkaufs deutscher Interessen“ zu bezichtigen, so falsch ist es nunmehr, wenn die Regierung von einem „Anschlag von rechts“ spricht und die Union und auch die Nationalliberalen nazistischer Sympathien verdächtigt. Das kann nur Ausdruck der Schwäche und der Nervosität sein. Damit wird nur einer neuen Dolchstoßlegende der Weg bereitet.

Wenn diese Regierung scheitern sollte, so liegt dies allein daran, daß ihre Basis, wie von Anfang an zu befürchten war, zu schmal ist, und daß sie sich in zu kurzer Zeit zuviel vorgenommen hat. Nicht die Opposition wird diese Regierung zu Fall bringen, sondern ihr Übereifer in der Ostpolitik, das Starren auf Landtagswahltermine und die Unfähigkeit, mit der schwierigen wirtschaftlichen Lage unseres Landes fertig zu werden. Vom Tage der Regierungsbildung an ist nicht deutlich genug gesehen worden, daß die Politik der inneren Reformen und die Ostpolitik einen langen Atem braucht.

Die Regierung wird nun ihre innere Schwäche mit besonderer Aktivität zu überdecken suchen. Es ist kaum anzunehmen, daß eine solche Politik Erfolg haben kann. Wenn sich die FDP als Partner behaupten will, so muß sie nunmehr auch gegenüber der SPD Profil gewinnen. Die Profilsucht wird Brandt das Regieren aber eher noch schwerer als leichter machen. Auf längere Sicht könnte dies Brandts Position in den eigenen Reihen schwächen. Es wäre also falsch, von den bevorstehenden Monaten viel zu erwarten. Alles wird schwieriger werden. Das gilt freilich nicht für Arendts Gesetz zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Das wird in der Regie von Professor Schellenberg, dem Vorsitzenden des Sozialpolitischen Ausschusses des Bundestages, reibungslos über die parlamentarische Bühne gehen. Hier funktioniert die All-Parteien-Koalition. Auf dem Weg zur Volksversicherung gibt es kein Zurück.

bonn-mot

Amtliches

Wichtiger Hinweis:

Die Berufsordnung und Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns, die Änderung der Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer ab 1. Januar 1971 und die Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer wurden im Wortlaut in der **Sondernummer November 1970** des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht.

Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 28. September 1970 — Nr. III 8 — 5370/10 — 4/70 —

Mitglieder des gemeinsamen Gutachterausschusses für Heilpraktiker

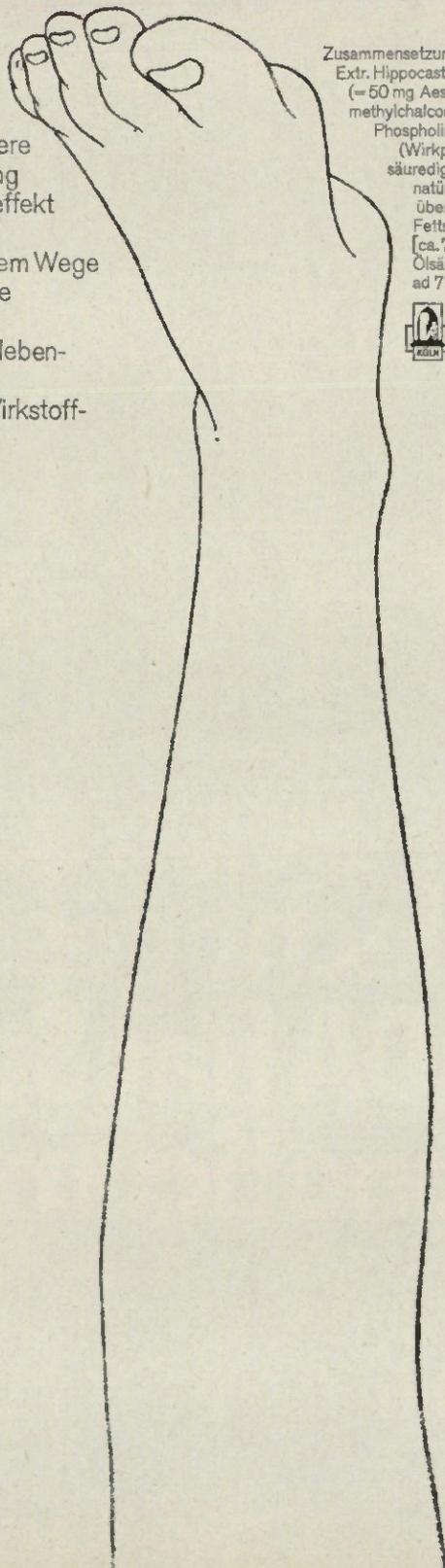
Vollzug des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz)

Gemäß § 4 der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz vom 18. Februar 1939 (RGBl. I S. 259) werden mit Wirkung vom 1. Oktober 1970 für die Dauer von zwei Jahren als Mitglieder des für alle Regierungsbezirke gebildeten gemeinsamen Gutachterausschusses für Heilpraktiker berufen:

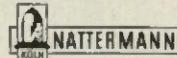
Das Ereignis: **Essaven ultra** ultra=forte+retard

**94% Erfolgsquote
(sehr gut und gut)
in großangelegten
klinischen Prüfungen**

- 1. Beweis:** Schnellere Schmerzfreiheit
- 2. Beweis:** Schnellere Ödemausschwemmung
- 3. Beweis:** Retardeffekt über 10-12 Stunden erstmals auf natürlichem Wege
- 4. Beweis:** Einfache Einnahme; 2x täglich
- 5. Beweis:** Keine Nebenwirkungen
- 6. Beweis:** Neue Wirkstoffkombination



Zusammensetzung 1 Kapsel enthält:
Extr. Hippocast. e sem. spir. sicc. 270 mg
(= 50 mg Aescin); Hesperidin-
methylchalcon 65 mg; „essentielle“
Phospholipide = EPL-Substanz
(Wirkprinzip: Cholinphosphor-
säure diglyceridester
natürlicher Herkunft mit
überwiegend ungesättigten
Fettsäuren, speziell Linolsäure
[ca. 70%], Linolen- und
Ölsäure) 100 mg; Corrigentia
ad 770 mg.





Schlecht geschlafen? STADA hat Stadadorm.[®] Hypnoticum.

Mit dem schnell metabolisierende
Amobarbital bei Einschlaf- und Durch-
schlafstörungen sowie bei körper-
lichen und seelischen Erregungszuständen.
O. P. 10 Tabletten.

Vorsitzender:

Lothar S t a a b, Verwaltungsgerichtsdirektor a. D.,
8000 München 80, Hofoldinger Straße 3

Stellvertreter:

Rudolf I n t e r s c h i c k, Verwaltungsgerichtsdirektor
a. D., 8000 München 13, Hiltenspergerstraße 53/III

Ärztliche Mitglieder:

1. Dr. med. Karl S c h w a a b e, Allgemeinarzt,
8358 Vilshofen, Donaugasse 20
2. Dr. med. Hans K r i e g e r, Allgemeinarzt,
8000 München 22, Unsöldstraße 16

Stellvertreter:

1. Dr. med. Eugen Ludwig D i e t l, Allgemeinarzt,
8254 Isen Nr. 100
2. Dr. med. Josef S e i d l, Allgemeinarzt,
8069 Scheyern, Hochstraße 2

Heilpraktiker:

1. Gerhard G l a s, Heilpraktiker,
8900 Augsburg, Kleiststraße 12
2. Norbert S e i d l, Heilpraktiker,
8000 München, Pelkovenstraße 73

Stellvertreter:

1. Rosa Mayerhofer-Leykam, Heilpraktikerin,
8000 München 90, Meichelbeckstraße 8
2. Eduard A l t m a n n, Heilpraktiker,
8000 München-Pasing, Offenbachstraße 45

Die Entschließung vom 26. August 1968 — Nr. III 8 —
5370/10 — 3/68 (MABl. S. 439) — tritt am 30. Septem-
ber 1970 außer Kraft.

Verordnung zum Vollzug der Vorschriften zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (GKGrV)

vom 2. Juli 1970

Aufgrund des Art. 1 des Gesetzes zur Ausführung des
Gesetzes zur Bekämpfung von Geschlechtskrankhei-
ten (AGGKrG) vom 26. November 1954 (BayBS II
S. 114) erläßt das Bayerische Staatsministerium des
Innern folgende Verordnung:

§ 1

(1) Für die Untersuchungen und Beobachtungen, für
die nach § 22 Abs. 5 des Gesetzes zur Bekämpfung

der Geschlechtskrankheiten in Verbindung mit Art. 1
des Gesetzes zur Ausführung des Gesetzes zur Be-
kämpfung von Geschlechtskrankheiten die Träger der
Gesundheitsämter die Kosten zu tragen haben, wer-
den folgende Vergütungen gewährt:

1. für ärztliche Verrichtungen in Höhe der einfachen
Sätze der Gebührenverzeichnisse der Gebühren-
ordnung für Ärzte, soweit nicht Nr. 2 zutrifft;
2. beim Aufenthalt in einem Krankenhaus in Höhe des
Entgeltes, das das Krankenhaus für in der dritten
Pflegeklasse untergebrachte Mitglieder der gesetz-
lichen Krankenkassen erhält.

(2) Für die Nachforschung nach der Ansteckungsquelle
nach § 26 des Gesetzes zur Bekämpfung der Ge-
schlechtskrankheiten erhält der Arzt eine Gebühr von
DM 5,—.

§ 2

Die Entgelte nach § 1 zahlen die Gesundheitsämter.
Örtlich zuständig ist das Gesundheitsamt, in dessen
Bereich der Kranke seinen Wohnsitz oder gewöhn-
lichen Aufenthalt hat.

§ 3

(1) Diese Verordnung tritt am 1. September 1970 in
Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt die Verordnung zum Vollzug des
Gesetzes zur Ausführung des Gesetzes zur Bekämp-
fung von Geschlechtskrankheiten (AGGKrG) vom
10. Januar 1955 (BayBS II S. 115) außer Kraft.

Gesetz über die Gutachterstelle für die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden

Im „Bayerischen Gesetz- und Verordnungsblatt“ vom
30. September 1970, Nr. 21, Seite 416, ist das Gesetz
über die Gutachterstelle für die freiwillige Kastration
und andere Behandlungsmethoden verkündet worden.
Das Gesetz trat am 1. September 1970 in Kraft. Es
regelt die Errichtung und Zusammensetzung einer
Gutachterstelle, die aus mindestens drei Mitgliedern
besteht, von denen zwei Ärzte sein müssen; einer da-
von muß Psychiater sein. Diese Mitglieder der Gut-
achterstelle sind unabhängig und an keine Weisung
gebunden.

Einzelheiten können dem genannten „Bayerischen
Gesetz- und Verordnungsblatt“ entnommen werden.

Tonsilgon® bei Lymphatismus

steigert die Infektabwehr deutlich

BIONORICA KG
NÜRNBERG

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat August 1970*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie alljährlich im August sank im Berichtsmonat die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen deutlich ab und erreichte mit 20 Fällen auf 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr), einen seit Jahren nicht mehr beobachteten niedrigen Wert. Während die Erkrankungshäufigkeit an durch Meningokokken erregter Hirnhautentzündung gegenüber dem Vormonat leicht rückläufig war, erhöhte sich die Erkrankungsziffer an sonstigen Formen der Hirnhautentzündung von 11 auf 14 Fälle je 100 000 Einwohner.

Meldepflichtige Infektionskrankheiten der Verdauungsorgane traten im August ebenfalls etwas häufiger auf als im Juli; insbesondere stieg die Erkrankungsziffer für Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) von 27 auf 39 Fälle je 100 000 Einwohner. Das Auftreten von Hepatitis-Erkrankungen (übertragbare Leberentzündung) blieb gegenüber dem Vormonat unverändert.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. August 1970 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominale		Pertyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis		Intectiose			
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen			
					dar. paral. Fälle		Meningokokken-Meningitis		übrige Formen													
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	70	—	—	—	—	8	1	37	—	—	—	2	—	3	—	14	—	100	—	—
Niederbayern	—	—	2	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	2	—	21	—	4
Oberpfalz	1	—	7	—	—	—	—	—	—	8	—	1	1	—	—	—	—	—	—	62	2	1
Oberfranken	—	—	22	—	—	—	—	2	—	18	—	1	—	—	—	1	—	—	—	24	—	11
Mittelfranken	—	—	21	—	—	—	—	10	1	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	1	1
Unterfranken	—	—	12	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	4	—	1	—	—	—	64	—	2
Schwaben	—	—	29	—	—	—	—	3	—	32	—	1	—	—	—	2	—	2	—	29	—	3
Bayern	1	—	163	—	—	—	—	24	2	117	—	3	1	6	—	7	—	18	—	319	3	22
München	—	—	36	—	—	—	—	1	—	16	—	—	—	1	—	1	—	11	—	39	—	—
Nürnberg	—	—	5	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	18	—	—

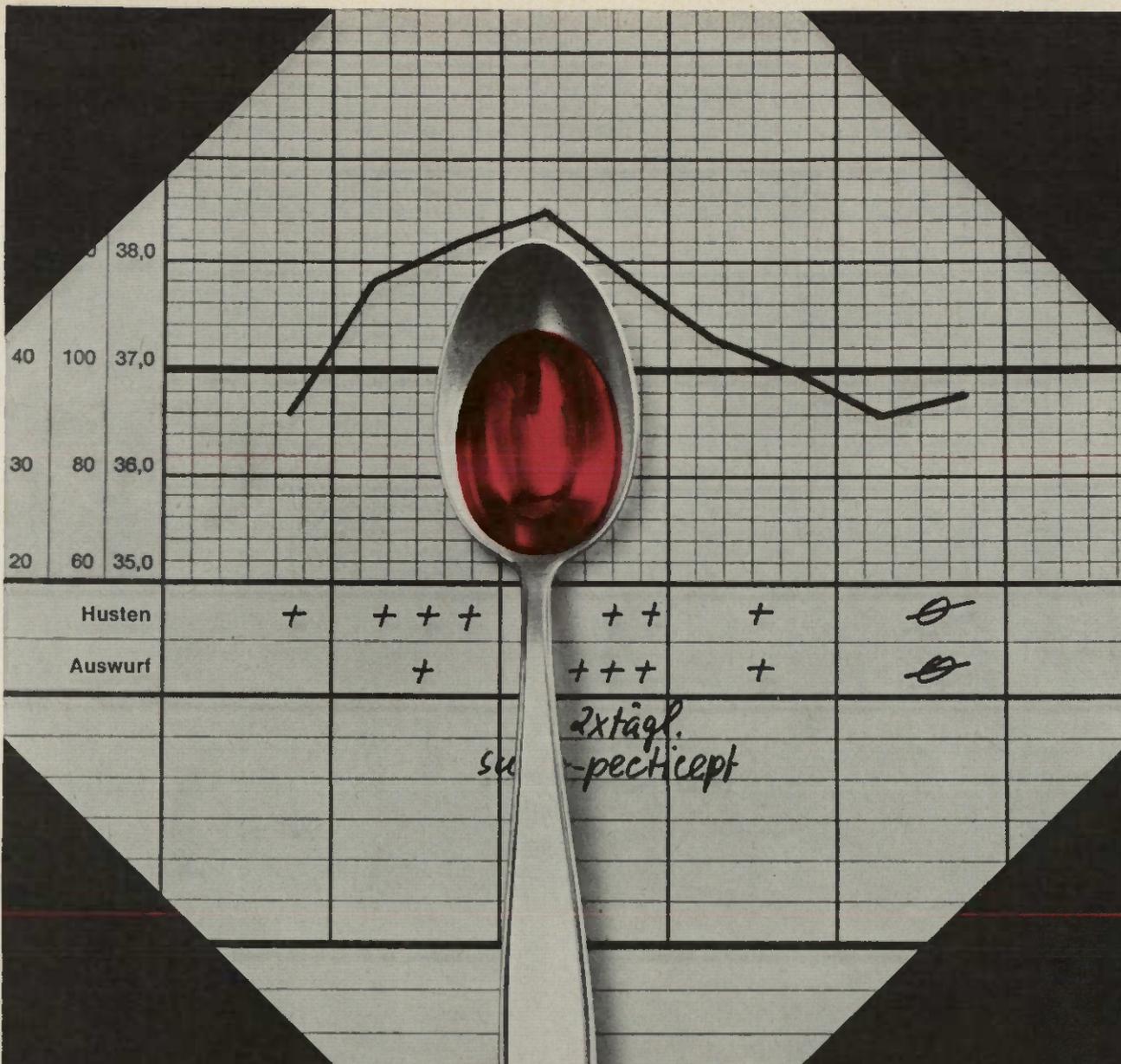
Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Botulismus		Hepatitis Intectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Brucellose (übrige Formen)		Leptospirose						Malaria-Wiedar-erkrankung		Toxoplas-mose		Wundstarr-krampf		Ver-dachts-fälle von Toll-wut ³⁾	
									Well'sche Krankheit		Feld-lieber		übrige 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		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	64	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	3	2	6	—
Niederbayern	—	—	24	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Oberpfalz	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	13	—
Oberfranken	2	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Mittelfranken	—	—	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	5	—
Unterfranken	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—
Schwaben	—	—	44	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	2	1	10	—
Bayern	2	—	196	—	1	—	2	—	2	—	1	—	1	—	1	—	3	—	7	3	47	—
München	—	—	35	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—
Nürnberg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Regensburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtigtes Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.



Bei **sulfo-pecticept** spricht man über Produktvorteile

- Ausgesprochen angenehmer Geschmack
- Sehr gute Verträglichkeit
- Selektive Dämpfung des Hustenzentrums
- Sichere Wirkung bei fieberhaften Erkältungen durch Sulfadiazin-Komponente

sulfo-pecticept
die wohlschmeckende Sulfonamid-Kombination mit Langzeiteffekt zur wirkungsvollen Therapie aller fiebrigen Erkältungskrankheiten

Handelsformen
Flasche mit 90 ml
Packung mit 25 Tabletten



Sanol-Arzneimittel
Dr. Schwarz GmbH
4019 Monheim/Rhld.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1970*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung ging im September zurück. Die Erkrankungsziffer an der durch Meningokokken verursachten Meningitis sank von 3 im August auf 2 im Berichtsmonat, die Ziffer der an sonstigen Formen der Meningitis Erkrankten von 14 auf 10 Fälle je 100 000 Einwohner (auf ein Jahr umgerechnet). Scharlacherkrankungen wurden etwas häufiger als im Vormonat gemeldet.

Erkrankungen an Typhus und an Ruhr traten geringfügig häufiger auf als im Vormonat, jedoch immer vereinzelt. Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) stieg im September von 39 Fällen im Vormonat auf 53 Fälle je 100 000 Einwohner an. In geringerem Umfang, nämlich von 24 auf 29 Fälle, erhöhte sich im gleichen Zeitraum die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung).

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. August bis 3. Oktober 1970 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung dar. paral. Fälle		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa							
							Hirnhautentzündung		Gehirnantzündung								Salmonellosa		übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen															
E ¹⁾ ST ¹⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
Oberbayern	1	—	128	—	—	—	—	—	5	—	47	—	2	—	9	—	2	—	8	—	293	1	—	—
Niederbayern	—	—	11	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	—	—	6	—	29	1	12	—
Oberpfalz	—	—	21	—	—	—	—	—	4	—	6	—	—	—	3	—	—	—	1	—	46	—	2	—
Oberfranken	—	—	28	—	—	—	—	—	1	—	17	—	—	—	—	—	—	—	2	—	25	—	5	—
Mittelfranken	—	—	49	—	—	—	—	—	3	1	6	—	—	—	—	—	—	—	2	—	60	—	1	1
Unterfranken	—	—	10	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	1	—	—	—	1	—	55	—	2	—
Schwaben	—	—	39	—	—	—	—	—	7	—	18	1	—	—	3	—	2	—	5	—	32	1	2	—
Bayern	1	—	286	—	—	—	—	—	23	1	100	1	2	—	17	—	4	—	25	—	540	3	24	1
München	—	—	63	—	—	—	—	—	1	—	17	—	—	—	7	—	1	—	4	—	91	—	—	—
Nürnberg	—	—	23	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	—	—	—
Augsburg	—	—	9	—	—	—	—	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—
Regensburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15				16		17		18		19		20	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Leptospirose				Malaria-Erkrankung		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾			
							Feldfieber		übrige Formen											
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	96	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	3	—	—
Niederbayern	—	—	47	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Oberpfalz	—	—	47	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	9
Oberfranken	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	14
Mittelfranken	—	—	17	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	3
Unterfranken	1	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	5
Schwaben	—	—	48	—	1	—	18	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Bayern	1	—	294	4	4	—	18	—	1	—	2	—	8	—	7	4	4	39	—	—
München	—	—	47	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

²⁾ „ST“ = Sterbefälle.

³⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Äskulap und Pegasus

Generalversammlung und Jahrestagung des Bundesverbandes der Schriftstellerärzte

vom 28. bis 30. August 1970 in Jagsthausen

Strahlender Sonnenschein lag über den Hügeln und Tälern Nordwürttembergs, als wir in Jagsthausen ankamen. Gleich zur linken Hand begrüßte uns die Götzenburg. Aus den Erinnerungen Götz von Berlichingens wissen wir, daß Goethe den Vorfall mit dichterischer Freiheit nach Jagsthausen verlegt hat. In Wirklichkeit ist er auf einem Fehde-Brand-Ritt in Krautheim passiert: „Und wie ich also hernieder brandt, da schrie er, der Amtmann, von oben heraus vornen für Kleppen zu. Da schrie ich wieder zu ihm hinuf: Er solte mich hinden lecken! Nun, es war nit lang Sattelhenckens da. Ich macht mich wieder aus dem Ort.“ Mit diesem von ihm selbst überlieferten, also sozusagen offiziellen Texte, ist die oft aufgeworfene Frage gegenstandslos geworden, ob der Ritter mit der eisernen Hand „im“ oder „am“ gesagt habe. Im Endeffekt geben alle drei Versionen der gleichen Aufforderung Ausdruck, die original-götzische scheint mir die liberalste zu sein, denn bei dieser kann es sich jeder selbst herausuchen. Ob übrigens die schalkhaften württembergischen Kollegen uns mit einem kleinen Hintergedanken bezüglich dieses weltberühmten Ausspruches nach Jagsthausen eingeladen hatten — diese von der einen oder anderen Seite geäußerte Vermutung wurde glänzend widerlegt durch die herzliche und gastfreundliche Aufnahme, die wir auf der Götzenburg und im nahen Kloster Schönthal gefunden haben.

Bei der Begrüßung am Freitag Nachmittag wurde vom stellvertretenden Hausherrn Hans Freiherr Götz von Berlichingen natürlich auch die eiserne Hand gezeigt, die schon Sauerbruch begutachtet hat. Leider funktionierte sie nicht so recht, was der Nachfahre Götzens mit der trockenen Bemerkung quittierte, daß diese vor einiger Zeit von einem Wiener Hofrat zerlegt worden sei und der Hofrat sie nicht mehr richtig zusammengebracht habe.

Bei der Generalversammlung waren von 73 derzeitigen Mitgliedern 32 anwesend; nach dem Bericht des am-

tierenden Vorstandes und nach Prüfung der Kasse wurde dem Gesamtvorstand Entlastung erteilt. Die Wiederwahl des bisherigen Präsidenten Dr. med. Heinz Schauwecker, Berching/Opf., erfolgte einstimmig. Der 1. Vizepräsident Dr. med. Bolte, Hamburg, kandidierte aus Gesundheitsgründen nicht mehr, an seine Stelle wurde Dr. med. Gerhard Vescovi vom Kulturausschuß der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg und als 2. Vizepräsident Dr. med. Karl Schwietert, Hamburg, gewählt. Die Schatzmeisterin Frau Dr. med. Elisabeth Lichdi, Heilbronn, und Generalsekretär Dr. med. Alfred Rottler, Nürnberg, sind einstimmig in ihren Ämtern bestätigt, der Schatzmeisterin ist ein Stellvertreter in Dr. med. Michael Soeder, Reutlingen, beigegeben worden. Den Pflichtbeitrag beließ die Versammlung in der bisherigen Höhe von DM 20,-, für 1971 wurde wegen der im Olympiajahr bevorstehenden Tagung der UMEM in Regensburg eine Sonderumlage von DM 20,- beschlossen, da durch die Vorbereitungen erhöhte Kosten anfallen werden.

Gegen die vorläufige Ablehnung der Anerkennung der Gemeinnützigkeit durch das Nürnberger Finanzamt soll Widerspruch erhoben werden. Da der Bundesverband kulturelle Aufgaben zu erfüllen hat und solche mit der Gründung von Kulturausschüssen in den einzelnen Bundesländern in zunehmendem Maße auf ihn zukommen werden, so ist diese kleinliche Entscheidung nicht recht verständlich. Ohne Spendengelder wird die Organisation von Leseabenden, Ausstellungen nicht möglich sein, doch Spenden werden nur bei Anerkennung der Gemeinnützigkeit zu erwarten sein.

Ein Kuratorium zur Förderung verlegungswürdiger Arbeiten der Schriftstellerärzte wurde gebildet. Es bleibt abzuwarten, ob und auf welche Weise eine Förderung gelingen wird. Es bestand Einigkeit darüber, daß ein derartiges Vorhaben nur unter der entsprechenden kritischen Vorsicht seitens der Schriftstellerärzte Aussicht auf Erfolg hat.

Auf der Jahrestagung war ein Abend und ein Nachmittag für Lesungen der Mitglieder vorgesehen. Die große Zahl von 31 Anmeldungen machte es notwendig, die Zeit auf zehn Minuten zu beschränken, Zeit genug, um, besonders in der Lyrik, das auszudrücken, was man sagen will. Weniger wäre manchenmal mehr gewesen! Der heutzutage viel beschworene Gottfried Benn, dessen Witwe als Ehrengast unter uns weilte, hat einmal gesagt: „... keiner auch der großen Lyriker unserer Zeit hat mehr als sechs bis acht vollendete Gedichte hinterlassen.“ Dies sollten wir uns für künftige Lesungen gut merken! Diese erste Lesung warf

NÜRNBERG
Gleißbühlstraße 7
Tel. 09 11/20 39 03

Röntgen- und elektromedizinische Apparate
Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

FRANKFURT
Gartenstraße 116
Tel. 06 11/62 1031/32

Praxiseinrichtung — Beratung — Projektierung — Kundendienst — Finanzierung
Spezialabteilung: Laborbedarf



Eine Gruppe von Teilnehmern in Kloster Schönthal (unterste Reihe von links nach rechts): Molz, Frau Noël, Frau Lichdi, Rottler, Schauwecker, Frau Benn, Noël, Bolte, Vescovi

Probleme auf, die erst noch eines gründlichen Durchdenkens bedürfen. Sie waren juryfrei, also auch der Moderator wußte nicht, was der Lesende bringen würde. Für diese erste Lesung war dies wohl richtig und auch notwendig, um sich gegenseitig einmal kennenzulernen. Von der Presse wurde die mangelnde Vor-Auswahl bemängelt, von ihrem Standpunkt aus zu Recht, denn sie wollte publikationsfähige neue Talente kennenlernen. Umgekehrt stieß eine Veränderung der Vortragsfolge im Sinne einer nachträglichen Jury, nämlich die bereits durch Druckveröffentlichungen hervorgetretenen Arztschriftsteller erst bei Erscheinen der Presse auftreten zu lassen, nicht überall auf Verständnis.

Die Lesungen der ersten Jahrestagung haben gezeigt, daß es zwei Gruppen bei den Schriftstellerärzten gibt. Die eine sucht den Weg in die große Öffentlichkeit, ihre Vorbilder sind Friedrich Schiller und Justinus Kerner, Hans Carossa, Gottfried Benn sowie der lebende Peter Bamm. Sie wollen sich der Kritik stellen, ja, sie brauchen diese notwendig, weil sie befruchtend wirkt. Sie schreiben nicht allein für sich, sie wollen vielmehr wissen, wie ihre Arbeiten auf andere Menschen wirken und sie sind daher dankbar für jede Kritik, auch wenn sie hart ist. Die Anwesenheit der Presse ist ihnen erwünscht, wenn auch ein Pressekritiker über diese Lesungen gutmütig spöttelnd meinte, daß „ein neuer Gottfried Benn oder auch nur ein zweiter Hans Carossa“ nicht dabel waren. Solche zu finden, sollte auch niemals Sinn und Zweck der Lesung sein, denn selbst Gottfried Benn hat zu Beginn seiner dichterischen Laufbahn eingesandte Gedichte wieder zurückbekommen mit dem Vermerk: „G. B. — freundlich in der Gesinnung, schwach im Ausdruck. Senden Sie gelegentlich wieder ein.“ Nun, auch wir wollen unseren Conseurs und Confrères den Rat geben: „Lesen Sie gelegentlich mal wieder!“

Die andere große Gruppe schreibt aus Hobby und sie will ihre in gebundene Form gebrachte Gedanken im

ärztlichen Kreise vortragen, aus reinem Spaß an der Freude, die sie selbst beim Niederschreiben gehabt hatte. Sie will im Grunde keine Kritik; sie hält daher die Anwesenheit der Presse für überflüssig.

Beide Gruppen müssen Gelegenheit haben, zu Wort zu kommen. Vielleicht ist dies auf folgende Weise möglich, daß nur zum zweiten Teil die Presse eingeladen wird und bei der presselosen Lesung eine Auswahl stattfindet. Dies sind aus der Fülle der Probleme, die uns die Tagung gebracht hat, nur die wichtigsten.

„Der Einfluß der Medizin auf die dramatische Literatur der neueren Zeit“ lautete der Titel des Vortrages, den der Freiburger Ordinarius für Medizingeschichte, Professor Dr. med. Eduard Seidler, hielt. Dieser hochinteressante Vortrag, den man gerne schwarz auf weiß zum eingehenderen Studium besitzen würde, ging davon aus, daß Leben, Krankheit und Tod die zentralen Begriffe sind, die sowohl den Dichter wie den Arzt beschäftigen. Er zeigte dann den Wandel des hohen Ansehens des Arztes, den er im Naturalismus besaß, bis auf unsere Tage, wo es dem Arzt als Schlüsselfigur in der modernen Dramatik nicht mehr gibt. Lediglich in den Trivialromanen sind die Helden auch heute noch oftmals Ärzte. Die ausgezeichneten und wissenschaftlich fundierten Ausführungen Professor Seidlers sollten uns Ärzte nachdenklich stimmen und uns zur Überprüfung der Frage veranlassen, ob dieser Ansehensschwund der Persönlichkeit des Arztes in der dramatischen Literatur nicht seine Ursachen vielleicht bei uns selbst hat.

Als Ehrengast war auch der Generalsekretär der UMEM, Dr. Paul Noël, Chaville/Frankreich, anwesend, der aus seinen deutschen Jugendgedichten vortrug, während seine charmante Gattin seine französischen Gedichte rezitierte.

Das Rahmenprogramm war reichhaltig und durch beste kulinarische Genüsse ausgezeichnet, wofür der Firma Boehringer Mannheim GmbH und der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg verbindlicher Dank gesagt sein soll. Ein Tanzabend mit humoristischen Einlagen beschloß den offiziellen Teil der Tagung. Bei dem Vortrag „über den schwäbischen Gruß“ wurden urheberrechtliche Bedenken seitens der bayerischen Teilnehmer erhoben. Nach familiengeschichtlichen Nachforschungen war der Ritter Götz von Berlichingen mit der eisernen Hand eher ein Hohenloher als ein Schwabe, doch es ist hier wohl irrelevant, ob wir seinen Spruch als schwäbischen, bayerischen oder hohenloischen Gruß gebrauchen.

Die von unserem Präsidenten Schauwecker liebevoll ins Leben gerufene und betreute Buchausstellung in einem Zimmer der Götzenburg zeigte die bisherigen Buch- und Zeitschriftenveröffentlichungen der Schriftstellerärzte. Die auf mehreren großen Tischen ausgebreiteten Druckschriften gaben einen schönen Einblick in das vielfältige Schaffen, das sich auf alle Kunst- und Wissensgebiete erstreckte. Die Ausstellung fand guten Anklang und wurde fleißig besucht, so daß sich

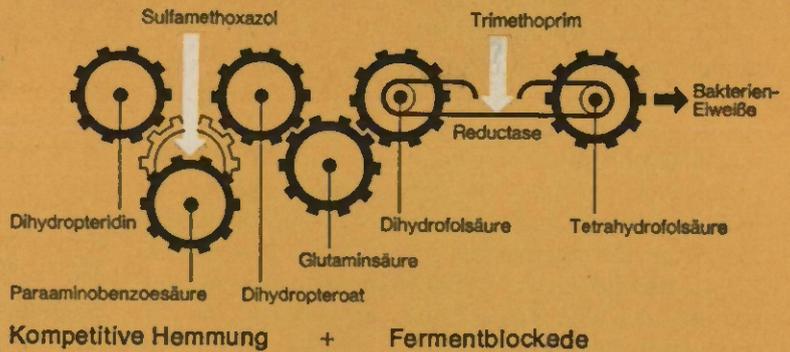


BACTRIM[®] ROCHE

BACTRICID

Doppelblock Im Bakterienstoffwechsel

BACTRIM greift zweifach hemmend in die Synthese der Bakterienfolsäure ein: Sulfamethoxazol verhindert den Einbau der essentiellen Para-aminobenzoensäure, Trimethoprim blockiert die Dihydrofolsäure-Reductase.



Meßbare Wirkungspotenzlerung

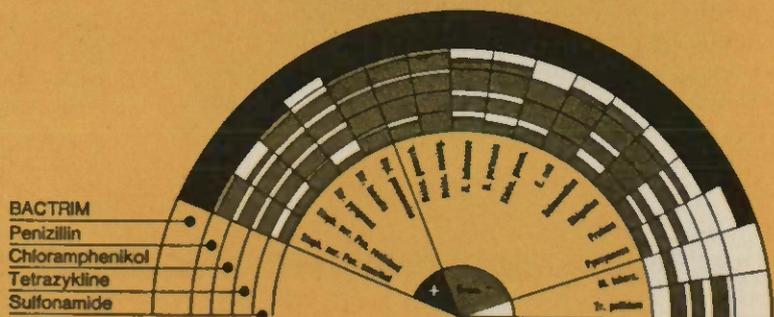
Die metabolische Doppelblockade bedeutet signifikante Verstärkung des antibakteriellen Effektes der beiden Wirkstoffkomponenten von BACTRIM, exakt registrierbar im Tierversuch.

Trimethoprim	149 mg	
Sulfamethoxazol	70,6 mg	
BACTRIM	4,4 mg	

Wirkungsgleiche Dosen von BACTRIM und seinen Wirkstoffkomponenten bei der H. Influencae-Infektion der Maus

Sicherheit durch breites Spektrum

Der Vergleich des antibakteriellen Wirkungsspektrums von BACTRIM mit dem der herkömmlichen Antibiotika und Sulfonamide erklärt die überaus guten klinischen Behandlungserfolge und das weite Anwendungsgebiet von BACTRIM.



BACTRIM entspricht den Forderungen des Arztes nach bactericider Wirkung auf die Mehrzahl der pathogenen Keime.

Antibakterielles Wirkungsspektrum von BACTRIM, Antibiotika und Sulfonamiden

Besonders aktuell: BACTERICIDIE

Bei Verordnung neu eingeführter Pharmaka ist die kritische Konsultation der Besiedokumentation in Zweifelsfällen unerlässlich. Auch ROCHE-Mitarbeiter sind auskunftsbereit.

- Wesentliche therapeutische Konsequenz: Sichere Keimvernichtung statt vorübergehender Unterbrechung des Erregerwachstums.
- Schonung des Patienten durch rasche Heilung ohne schwächende Inanspruchnahme oft reduzierter unspezifischer Abwehrkräfte des kranken Organismus.
- Bactericidie stellt Bacteriostase bei überraschend großem Anwendungsbereich.



die große Mühe, die sich Confrère Schauwecker mit der Aufstellung und später dann mit der Rücksendung machte, gelohnt hat.

Zum Schlusse sei noch unserem Confrère Dr. med. Gerhard Vescovi und dem Kulturausschuß der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg herzlicher Dank gesagt für die Mühe und Arbeit bei der Organisation der Tagung. Gedankt sei auch seiner immer hilfsbereiten Sekretärin, Frau Benz, die mit der Vervielfältigung der Vortragsliste und der Ausführung sonstiger Schreibarbeiten noch während der Tagung wesentlich zum reibungslosen Verlauf der Regularien beitrug.

Einige Kollegen verzichteten am Sonntag Vormittag auf die Abschieds-Weinprobe in Ingelfingen und begaben sich zur Ausstellung „Äskulap malt 1970“, die anläßlich der Karlsruher Therapiewoche im Wirtschaftsgymnasium um 16.00 Uhr eröffnet wurde. Veranstalter war, wie jedes Jahr, Herr Arthur Boskamp, Inhaber der Chemisch-pharmazeutischen Fabrik G. Pohl-Boskamp, der sich auch mit der Herausgabe seiner Zeitschrift „aeskulap dichtet, aeskulap malt“ um die kulturellen Belange der Ärzteschaft sehr verdient macht. Die „galerie boskamp“ zeigte anläßlich der 22. Therapiewoche Ölbilder, Aquarelle, Zeichnungen, Plastiken und Collagen von künstlerisch tätigen Ärzten. Es wurden 128 Arbeiten von 41 Kollegen ausgestellt und es waren Werke dabei, die den Beschauer tief beeindruckten. Von den bayerischen Kollegen stellten nur zwei aus: Dr. Rudolf Lodes, München (drei Farb-Holzschnitte), und Dr. Erich Weiß, Bayreuth (Stachus in München, Landschaft am Niederrhein, Sylter Watt). Es ist anzunehmen, daß es in Bayern noch mehr künstlerisch tätige Kollegen gibt; diese werden auf die alljährlich anläßlich der Therapiewoche stattfindende Ausstellung „Äskulap malt“ besonders hingewiesen und gebeten, sich zwecks Beschickung der Galerie mit Herrn Arthur Boskamp, 2214 Hohenlockstedt/Holstein, Breite Straße 41, in Verbindung zu setzen. Bei der Eröffnung sprach der Präsident der Therapiewoche, Professor Bock, und der Unterfertigte für den Bundesverband der Schriftstellerärzte einige Worte des Dankes.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Kongresse

21. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

(Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg)

vom 4. bis 6. Dezember 1970

Ort: Melstersingerhalle

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. F. Schubert, Nürnberg

Freitag, 4. Dezember 1970

Tagesthema: „Aktuelle Therapieprobleme bei neurologischen Erkrankungen“

9.00 – 9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40 – 10.20 Uhr:

Prof. Dr. F. Seitelberger, Direktor des Neurologischen Instituts der Universität Wien

„Klinische Neuropathologie, ein neues Feld der Organdiagnostik“

10.20 – 11.00 Uhr:

Prof. Dr. H.-H. Wieck, Direktor der Nervenlinik der Universität Erlangen-Nürnberg

„Polyneuritis bei verschiedenen Formen von Stoffwechselstörungen“

11.00 – 11.30 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.30 – 12.00 Uhr:

Prof. Dr. J. Mertens, Direktor der Neurologischen Klinik der Universität Würzburg

„Therapeutische Möglichkeiten bei Multipler Sklerose“

12.00 – 12.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Stickl, Direktor der Bayerischen Lan-

Adumbran®

Thomae

bewährt, zuverlässig,
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

4

desimpfanstalt und der Forschungsstelle für Impfwissenschaften München

„Neurologische Impfschäden und Ihre Verhütung“

Mittagspause – Restaurant im Hause

Filmvorführungen

14.00 – 14.30 Uhr:

„Depressionen“

Sandoz AG, Basel-Nürnberg

14.30 – 14.50:

„Der Autounfall – ein aktuelles Problem in medizinischer Sicht“

Sandoz AG, Basel-Nürnberg

15.00 – 15.30 Uhr:

Prof. Dr. K. Schreier, Direktor der Kinderklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Zerebralschäden durch angeborene Stoffwechselanomalien“

15.30 – 16.00 Uhr:

Prof. Dr. A. Matthes, Direktor des Epilepsie-Zentrums Kork

„Neuzeitliche Epilepsie-Therapie“

16.00 – 16.30 Uhr:

Prof. Dr. E. Müller, Chefarzt der Neurologischen Klinik des Josef-Hospitals Bochum

„Neurologische Besonderheiten in der Geriatrie“

16.30 – 17.00 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

17.00 – 17.20 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H.-J. Holtmeier, Vorsteher der Abteilung für Ernährungsphysiologie der Universität Hohenheim

„Die Bedeutung von Magnesiumstoffwechselstörungen für die Neurologie“

17.20 – 17.40 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. E. Metzel, Oberarzt der Neurochirurgischen Klinik der Universität Freiburg

„L-Dopa-Therapie beim Morbus Parkinson“

17.40 – 18.00 Uhr:

Podiumsgespräch unter Leitung von Prof. Wieck

Teilnehmer: Prof. Seitelberger, Prof. Mertens, Prof. Stöckl, Prof. Schreier, Prof. Matthes, Prof. Müller, Priv.-Doz. Holtmeier, Priv.-Doz. Metzel

Samstag, 5. Dezember 1970

Tagesthema: Frühdiagnostik und Frühtherapie“

9.30 – 10.10 Uhr:

Prof. Dr. B. Wyss, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Bern

„Frühdiagnostik und Frühtherapie bei unspezifischen Erkrankungen der Bronchien und der Lungen einschließlich Asthma bronchiale“

10.10 – 10.50 Uhr:

Prof. Dr. L. Zuckschwerdt, em. Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Hamburg

„Frühdiagnostik und Frühtherapie bei malignen Tumoren aus chirurgischer Sicht“

Hydracillin forte Biprestule

Bakterizidie
Therapie

direkte
Vernichtung
der
Erreger

Zwei-Medien-
Sofortspritze

Zusammensetzung

In der ersten Kammer:

3.500.000 I. E. Penicillin-G-Natrium

500.000 I. E. Procain-Penicillin-G

40 mg Lidocain-hydrochlorid

In der zweiten Kammer:

5ml Aqua pro injectione

als Lösungsmittel



DAEUELSBERG + CO
GÖTTINGEN
Penicillin-Gesellschaft



10.50 – 11.20 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.20 – 12.00 Uhr:

Prof. Dr. K.-G. Obar, Direktor der Frauenklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

„Frühdagnostik und Frühtherapie bei Mamma- und Uteruskarzinom“

12.00 – 12.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Wagner, Direktor der Orthopädischen Klinik am Wichernhaus Altdorf

„Frühdagnostik und Frühtherapie bei Erkrankungen des Bewegungsapparats“

Mittagspause – Restaurant im Hausa

Filmvorführungen

14.00 – 14.20 Uhr:

„Herzstillstand – Reanimation“

Farbenfabriken Bayer AG, Leverkusen

14.20 – 14.50 Uhr:

„Mammakarzinom – Diagnostik und Therapie“

Asta-Werk, Brackwede

15.00 – 15.30 Uhr:

Prof. Dr. D. Michel, Chirurgen der Inneren Klinik der Stiftsklinik Augustinum München

„Frühdagnostik und Frühtherapie bei Erkrankungen des Koronarsystems“

15.30 – 16.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Schiefer, Direktor der Neurochirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg

„Raumfordernde intrakranielle Prozesse einschließlich Blutungen“

16.00 – 16.30 Uhr:

Prof. Dr. G. Weber, Direktor der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Bedeutung der Früherkennung und Frühbehandlung für schwer verlaufende Hautkrankheiten“

16.30 – 17.00 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

17.00 – 17.30 Uhr:

Prof. Dr. H. A. Kühn, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg

„Frühdagnostik und Frühtherapie bei chronischen Lebererkrankungen“

17.30 – 18.00 Uhr:

Prof. Dr. K. Heinkel, Direktor der Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Stuttgart-Bad Cannstatt

„Frühdagnostik und Frühtherapie bei Erkrankungen des Magen-Darmtrakts einschließlich Pankreas“

18.00 – 18.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Seidel, Leitender Arzt des Sanatoriums Schillerhöhe Gerlingen

„Frühdagnostik und Frühtherapie bei Organtuberkulosen verschiedener Lokalisation“

18.20 Uhr:

Diskussion

Sonntag, 6. Dezember 1970

Tagesthema: „Rauschgifte“

9.30 – 10.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Schadawaldt, Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Düsseldorf

„Medizinhistorische Betrachtungen zum Rauschgiftproblem“

10.00 – 10.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. F. Hoffmeister, Pharmakologisches Institut der Universität Düsseldorf

„Zur Pharmakologie und klinischen Pharmakologie der Rauschgifte“

10.30 – 11.00 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert, Direktor der 2. Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg

„Organschäden durch Rauschgifte“

11.00 – 11.30 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.30 – 12.00 Uhr:

Prof. Dr. O. Schrappe, Direktor der Nervenambulanz der Universität Würzburg

„Aktuelle psychiatrische Gesichtspunkte zum Rauschmittelgebrauch“

12.00 – 12.30 Uhr:

Dr. K. Lanig, Leiter des Staatsinstituts für Gymnasialpädagogik München

„Rauschgift, auch ein Schulproblem“

12.30 Uhr:

Diskussion

– Das Programm wurde allen Ärzten in der Bundesrepublik zugesandt –

4. Internationale wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.

vom 11. bis 13. Dezember 1970 in der Sportschule Grünwald bei München

Thema: „Fortschritte der Sportmedizin“

Leitung: Dr. E. A. Struck, Bayreuth

Anerkannte Fortbildungstagung des Deutschen Sportärzteverbandes e. V.

Freitag, 11. Dezember 1970

20.00 Uhr s. t.:

„Abend der Begegnung“

Festvortrag

Drs. med. Hans und Ellabeth Albracht, Berlin

„Labor auf dem Dach Amerikas“

(Erlebnisse und Ergebnisse zweier medizinischer Großexpeditionen in den Anden)

Samstag, 12. Dezember 1970

9.00 Uhr s. t.:

Eröffnungsansprachen

9.20 Uhr:

Prof. Dr. G. Schönholzer, Magglingen/Schweiz

„Praktische Erfahrungen bei Doping-Kontrollen während der Fußballweltmeisterschaft Mexiko 1970“

Jetzt 70er-Prämie sichern!

Bausparen bringt Ihnen noch für 1970 einen Gewinn zwischen 400 und

1087 Mark

Oder bedeutende Steuervorteile.
Wir sagen Ihnen, wie Sie alle staatlichen Vergünstigungen noch für dieses Jahr ausschöpfen können. Beginnen Sie jetzt mit Bausparen bei uns. Da ist alles drin! Hohe Spargewinne. Gute Rendite. Darlehen zu 5% Zins für Hausbau, Instandsetzung, Kauf einer Eigentumswohnung. Baufinanzierung aus einer Hand mit den Sparkassen.
Wir sind überall in Ihrer Nähe. Fragen Sie bei der Sparkasse oder unseren Bezirksleiter. Sie müssen nur rechtzeitig kommen.



Letzter Termin:

31.12.



LANDESPAARKASSE

8 MÜNCHEN 2 · KAROLINENPLATZ 1 · TELEFON: 21721

Es gibt keine preiswerteren ANTIBIOTIKA!

Chloramphenicol

	Apoth. Verk. Pr. mit MWSt.
12 St. Duraphenicol-Kapseln	8,15
24 St. Duraphenicol-Kapseln	11,60
12 St. Durephanicol 500-Kapseln	9,50
24 St. Duraphenicol 500-Kapseln	17,90

Tetracyclin

	Apoth. Verk. Pr. mit MWSt.
12 St. DuraTetracyclin-Kapseln	5,90
24 St. DuraTetracyclin-Kapseln	10,85
12 St. DuraTetracyclin 500-Kapseln	7,95
24 St. DuraTetracyclin 500-Kapseln	14,50

Penicillin-V-Kalium

	Apoth. Verk. Pr. mit MWSt.
10 St. DuraPanecillin 200 000 I. E. Tabletten	3,60
10 St. DuraPanecillin 400 000 I. E. Tabletten	5,60
20 St. DuraPanecillin 400 000 I. E. Tabletten	10,30
10 St. DuraPanecillin Mega Tabletten	10,50



DURACHEMIE - TEGERNSEE

9.40 Uhr:

Dr. D. Clasing, Münster
„Aktuelle Probleme des Dopings“

10.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Hollmann und Dr. H. Liesen, Köln
„Leistungsuntersuchung und Pharmaka“

10.30 Uhr:

Drs. Hans und Elisabeth Albrecht, Berlin
„Therapeutische Unterstützung des Höhentrainings“

11.50 Uhr:

Frau Dr. J. Bausenwein, Nürnberg
„Sportärztliche Erfahrungen bei der Betreuung von Olympiateilnehmerinnen“

12.20 Uhr:

Dr. W. Günthner, Bad Reichenhall
„Lungenfunktionsprüfungen in der sportärztlichen Praxis“

12.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Ditschuneit, Ulm
„Intensivtherapie der Adipositas“

15.00 Uhr:

Prof. Dr. J. Schmidt, Erlangen
„Die kardiologische Anamnese bei Sporttreibenden“

15.20 Uhr:

Prof. Dr. H. W. Kirchhoff, Fürstfeldbruck
„Flugtauglichkeitsausschließende kardiologische Befunde bei jungen Männern“

15.40 Uhr:

Dr. L. Samek, Prag
„Das Belastungs-EKG bei klinisch gesunden 52- bis 57jährigen Männern“

16.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Reindell, Freiburg
„Probleme der Rehabilitation und Behandlung der Koronarerkrankungen durch Sport“

16.40 Uhr:

Prof. Dr. K. Bachmann, Erlangen
„Belastungshypertonie“

Sonntag, 13. Dezember 1970

9.00 Uhr s.t.:

Priv.-Doz. Dr. Biener, Zürich
„Leistungsverbesserungen Jugendlicher durch präventiv-medizinische Maßnahmen (Prospektivstudie)“

9.20 Uhr:

Prof. Dr. L. Prokop, Wien
„Krafttraining aus sportärztlicher Sicht“

9.40 Uhr:

Prof. Dr. E. Ulich, Köln
„Zur Frage eines mentalen Trainings sensomotorischer Fertigkeiten“

10.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Müller-Limmroth, München
„Bedeutung des Schlafes für den Leistungssportler“

11.00 Uhr:

Dr. W. Funke, München
„Kritische Betrachtungen zur zerebralen Situation beim Amateurboxsport“

11.20 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. v. Albert, Günzburg
„Hirnschädigungen durch Sportunfälle“

12.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Baumgartl, Augsburg
„Aktuelle Probleme der Chirurgie des Kniegelenkes“

12.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Schoberth, Frankfurt
„Sportärztliche Erfahrungen während der Fußballweltmeisterschaft 1970 in Mexiko“

Sportpraxis

Freitag, 11. Dezember 1970

12.30 Uhr:

Abfahrt zur Besichtigung des Olympia-Geländes Oberwiesenfeld mit Omnibus ab Sportschule Grünwald
Vor Anmeldung bis 6. Dezember 1970 erforderlich (Geschäftsstelle)

18.00 – 19.00 Uhr: Schwimmen (Hallenbad)

Samstag, 12. Dezember 1970

7.30 – 8.15 Uhr: Gymnastik (Sporthalle)
13.30 – 14.30 Uhr: Schwimmen (Hallenbad)
18.00 – 19.00 Uhr: Sauna
18.30 – 19.30 Uhr: Schwimmen (Hallenbad)

Sonntag, 13. Dezember 1970

7.30 – 8.15 Uhr: Gymnastik (Sporthalle)
13.30 – 14.00 Uhr: Schwimmen (Hallenbad)

Für die praktischen Übungen stehen Lehrkräfte der Sportakademie zur Verfügung.

Hinweise

Die Teilnahme wird zum Erwerb des Deutschen Sportärztediploms und der angestrebten Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ anerkannt.

Liquirit®
Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

bei Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis,
Hyperacidität, nervösen Magenbeschwerden

KP 30/OP. 60 Tabl.

Dr. Graf & Comp. Nchl., Hamburg 52 - seit 1869

Teilnahmegebühren:

Für Mitglieder der deutschen, österreichischen und schweizerischen Sportärzte-Organisationen, Studenten und Jungärzte DM 20.00; für alle anderen Ärzte DM 30.00.

Die Gebühren sind im Kongreßbüro (Leitung: Dr. Funke) zu entrichten.

Unterbringung: Es steht in der Sportschule Grünwald eine begrenzte Anzahl von preisgünstigen Einzel- und Doppelzimmern zur Verfügung. Verbindliche Anmeldung bis 6. Dezember 1970. Abrechnung erfolgt direkt mit der Verwaltung der Sportschule Grünwald.

Anmeldung: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V., 8000 München 2, Briener Straße 50, „Haus des Sports“ (letzter Termin: 6. Dezember 1970).

3. Diagnostik-Woche

Vorankündigung

Die 3. DIAGNOSTIK-WOCHE findet vom 5.–9. Mai 1971 in München (Messegelände) in Verbindung mit einer internationalen pharmazeutischen und medizinisch-technischen Ausstellung statt.

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V. in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer.

Leitung: Professor Dr. med. E. Fromm, Hamburg
Neben den Vorträgen werden zahlreiche Kurse und Seminare durchgeführt.

In den Vorträgen werden folgende Schwerpunktthemen behandelt:

„Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der Nieren und ableitenden Harnwege“

„Medizin und Technik“

„Die Multimorbidität im Alter als diagnostisches Problem mit therapeutischen Konsequenzen“

„Die Frühdiagnose der Mammatumoren“

„Diagnostik der Gelenkerkrankungen mit therapeutischen Konsequenzen“

„Das unklare Fieber“ (Diagnostik und Therapie)

„Diagnostik und Therapie der Anämie“

„Diagnostische Probleme der Systemerkrankungen“

„Fehiresorption und Fehldigestion – Leitsymptom Durchfall – mit therapeutischen Konsequenzen“

„Diagnostik der männlichen und weiblichen Sterilität mit therapeutischen Konsequenzen“

„Klinisch-chemische Labordiagnostik zur Überwachung, Therapie- und Verlaufskontrolle chronisch Kranker“

„Fehlermöglichkeiten bei der Diagnose von Stoffwechselkrankheiten mit therapeutischen Konsequenzen“

„Diagnostische Probleme der Intensivtherapie“

Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., 7000 Stuttgart 70, Hans Neuffer-Weg 2, Telefon (07 11) 761454

3. Fortbildungstagung der Medizinischen Poliklinik der Universität München

am 12. Dezember 1970 in München

Die Medizinische Poliklinik der Universität München veranstaltet am 12. Dezember 1970 die 3. Fortbildungstagung mit dem Thema „Aktuelle Rheumaprobleme – Arthrosen“.

Tagungsort: München, Theresienhöhe, Kongreßhalle (Beginn: 9.00 Uhr)

Anmeldung und Auskunft: Prof. Dr. H. Mathies, Rheumatiker-Ambulanz der Medizinischen Poliklinik der Universität, 8000 München 15, Pettenkoferstraße 8 a

Fortbildungsveranstaltung für Augenärzte

am 9. Dezember 1970 in Erlangen

Die Augenklinik der Universität Erlangen veranstaltet am 9. Dezember 1970, 16.00 Uhr, den nächsten Fortbildungsnachmittag.

Kurse für die Untersuchungen am Anomaloskop, für Kontaktglasuntersuchung, Applanationstonometrie und -sklaskopie sind vorgesehen.

Auskunft: Dr. E. Genée, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 27

mehrgleisige

ferment-
therapie

Physiologische
Therapie und
Substitution

eupeptum

Oberbauchstörungen
Meteorismus
Dyskinesien

O. P. 24 Dragées
O. P. 100 Dragées
außerdem Anstaltspackungen

IFAH GMBH HAMBURG 22



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.

Dezember 1970

4. 12. in Berlin:

Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. G. Hörmann, 1000 Berlin 19, Wundtstraße 59/60.

4. – 5. 12. in Hamburg:

106. Tagung der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen. Auskunft: Prof. Dr. Lichtenauer, 2100 Hamburg 90, Eißendorfer Pferdeweg 52.

4. – 6. 12. in Nürnberg:

21. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königsstraße 85.

5. – 6. 12. in Hennef:

Sportärzte-Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. D. Schneck, 5224 Ruppichleroth, Otto-Willach-Straße 2.

6. 12. in Hamm:

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4–6.

11. – 13. 12. in München-Grünwald:

4. Internationale wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzteverbandes. Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzteverbandes a. V., 8000 München 2, Brienner Straße 50.

12. 12. in München:

3. Fortbildungstagung der Medizinischen Poliklinik der Universität München (Thema: „Aktuelle Rheumaprobleme – Arthrosen“). Auskunft: Prof. Dr. Mathies, 8000 München 15, Pettenkofersstraße 8 a.

12. 12. in Wien:

XII. Wissenschaftliche Sitzung der Österreichischen Arballsgemeinschaft für Angliologie. Auskunft: Prof. Dr. R. Saniller, A-1090 Wien, Alserstraße 4.

Januar 1971

10. – 22. 1. in London/Cambridge/Birmingham:

Internationaler Kurs über das Thema „Diabetes and Carbohydrate Metabolism“. Auskunft: British Council, 5000 Köln 1, Hahnenstraße 6.

17. – 23. 1. in Bernried:

Seminar über präventive Kardiologie. Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V., 8000 München 2, Brienner Straße 50.

20. – 23. 1. in Gießen:

VII. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Rud.-Buchheim-Straße 10.

28. – 30. 1. in Hamburg:

76. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Hornbostel, 2100 Hamburg 90, Eißendorfer Pferdeweg 52.

Februar 1971

15. – 19. 2. in Neuherberg:

Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

15. 2. – 5. 3. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

22. – 26. 2. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

März 1971

1. – 5. 3. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

4. – 6. 3. in Hamburg:

17. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Prof. Dr. J. Kracht, 6300 Gießen, Klinikstraße 32 g.

7. – 20. 3. in Badgastein:

XVI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

8. – 19. 3. in Neutrauburg:

Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. Auskunft: Dr. Sell, 7972 Neutrauburg.

8. – 20. 3. in Davos:

XIX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

12. – 13. 3. in Erlangen:

4. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie e. V. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. R. Ottenjann, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

22. 3. – 2. 4. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Ludwig Heumann & Co., Nürnberg
Nallermann, Köln
Galactina GmbH., Neu-Isenburg
Chemiewerk Homburg, Frankfurt

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königsstraße 85/III, Telefon 332021, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichelstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 5252, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverteilung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früherer Verlag und Anzeigenverteilung Carl Gebler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 558081, Fernschreiber: 0523662, Telegrammadresse: atlas-pess. Für den Anzeigenleil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner jr., 8060 Dechau.

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 Verlegers. Rücksendung nicht-verlängerter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.