



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 11

Bericht über die Vollversammlung des 25. Bayerischen Ärztetages

vom 22. bis 24. September 1972 in Augsburg

Zu Beginn der Vollversammlung am 22. September 1972 gedachte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans J. SEWERING, der seit dem letzten Ärztetag verstorbenen Kollegen Dr. Walther MEIDER, München, Dr. Georg BAUMGARTNER, München, und Dr. Karl SCHWAABE, Vilsbiburg. Der Kammerpräsident hob die Verdienste der Verstorbenen hervor und wies dabei besonders auf Herrn Kollegen MEIDER hin, der wenige Tage nach

seiner Wahl zum Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im Ärztehaus am 4. Februar 1972 einem Herzinfarkt erlag.

Als nachrückende Delegierte begrüßte der Kammerpräsident die Herren Kollegen Dr. BANDTLOW, Passau, Dr. HENGSTMANN, Würzburg, und Dr. SPECHT, München.

Die Versammlung trat sodann in die Tagesordnung ein.

TOP 1:

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

von Professor Dr. Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Der schriftliche Bericht, in dem wir den Ablauf des Geschäftsjahres darstellten, ist Ihnen zugegangen. Wir haben uns bemüht, eine Reihe von wesentlich erscheinenden Punkten in diesem schriftlichen Bericht zusammenzufassen.

Ich möchte als ersten Punkt dieses schriftlichen Berichtes die Altersstatistik der bayerischen Ärzte herausgreifen und unterstreichen. Wir haben die ganzen Daten der bayerischen Ärzte inzwischen elektronisch erfaßt und so konnten wir in dem Tätigkeitsbericht erstmals eine gegliederte Altersstatistik der gesamten bayerischen Ärzteschaft geben. Wenn Sie dieses Bild ansehen, wird Ihnen vor allem das tiefe Tal bei den 39- bis 45jährigen Ärzten auffallen. Ich glaube, daß es unser großes Problem dieses und der kommenden Jahre ist, dieses Tal zu überwinden, da wir hier Jahrgänge haben, die außerordentlich schwach besetzt sind. Das wird uns gerade in der freien Praxis, aber natürlich auch in den leitenden Positionen der Krankenhäuser vor einige schwierige Fragen stellen. Es zeigt sich aber, daß die dann nachkommenden Jahrgänge laufend stärker werden. Es ist also keineswegs

so, daß wir etwa keinen Nachwuchs haben, sondern, die jungen Jahrgänge sind wieder stark besetzt. Es handelt sich also tatsächlich nur um die Überwindung des Engpasses der Jahrgänge der heute etwa 39- bis 45jährigen. Ich brauche dabei nicht zu unterstreichen, daß dieser Engpaß in keiner Weise irgend etwas mit dem Numerus clausus zu tun hat, denn diese Jahrgänge haben zu einer Zeit studiert, als es den noch nicht gegeben hat.

Für die freie Praxis entsteht dabei natürlich vor allem das Verteilungsproblem; denn wir haben nun einmal den Auftrag, die Bevölkerung gleichmäßig zu versorgen.

Sie wissen, daß wir inzwischen mit dem sogenannten Bayern-Programm starten konnten. Wir haben inzwischen über 100 Anträge erhalten. Ein Teil davon ist inzwischen auch bei den Kreditstellen erledigt worden. Aber es zeigte sich inzwischen, daß die im Rahmen des ursprünglichen Bayern-Programms zur Verfügung stehenden Mittel, nämlich zwei Millionen DM aus der Landesbodenkreditanstalt, ergänzt durch zwei Millionen DM aus der Bayerischen Ärzteversorgung,

In keiner Weise ausreichen, um all denjenigen helfen zu können, die bereit sind, ihre Praxis in ländlichen Gebieten aufzubauen. Wir werden deshalb diese Mittel der Landesbodenkreditanstalt in erster Linie dazu benutzen, um die größten Notfälle der ärztlichen Versorgung zu beheben. Die Kassenärztliche Vereinigung ist entschlossen, bei den Stellen, wo es sich um besonders dringlich zu besetzende Arztsitze handelt, auch noch weitere Unterstützungsmaßnahmen einzuleiten. Darüber hinaus glauben wir aber, daß es notwendig ist, eine Ergänzung des Bayern-Programms zu finden, wobei wir durch ein Wiederaufleben des alten Wohnbauwerkes in etwas moderner und den Gegebenheiten engepaßter Form den Dingen entgegenzukommen glauben. Wir möchten versuchen, die Mittel so auszudehnen, daß wir tatsächlich all denen, die in unterbesetzte ländliche Gebiete gehen, in irgend einer Weise — abgestuft je nach Bedarf — Hilfe geben können: denn wir sind uns darüber klar, daß die Erhaltung der freien Praxis — unter anderem! — auch davon abhängt, daß es uns gelingt, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

Ich möchte mich nun dem wesentlichsten Problem zuwenden, das uns seit Jahren belastet und das seit einigen Monaten zum Zentralpunkt unserer Überlegungen und Beratungen geworden ist, nämlich dem Karlsruher Urteil zur Berufsordnung, Abschnitt Facharztordnung, oder — wie wir sie jetzt nennen — Weiterbildungsordnung. Es handelte sich um zwei Klagen, die an das Bundesverfassungsgericht herangetragen wurden. Zwei Kollegen klagten gegen die Urteile von Berufsgerichten.

In dem einen Fall ging es um die Frage der Beachtung der Fachgebietsgrenzen. Ein Gynäkologe wurde vom Berufsgericht verurteilt, weil er Männer behandelt hat. In der Begründung des Urteils heißt es, es habe sich nur um einen Fall gehandelt. Dazu möchte ich klarstellen, daß es sich nach den Akten der Ärztekammer Nordrhein um eine große Zahl von Fällen handelt, die dem Kollegen öktenkundig nachgewiesen wurden. Der Kollege wurde jahrelang immer wieder angemahnt, weil er ständig und fortlaufend Männer behandelt hat. Das Bundesverfassungsgericht hat zu dieser Frage der Beachtung der Fachgebietsgrenzen meine eigenen Ausführungen zitiert, und ich stehe nach wie vor dazu. Einzelfälle sind kein Grund für eine Beanstandung, sind kein Grund für berufsaufsichtliche Maßnahmen. Aber beanstandet wurde und wird von uns mit Recht die kontinuierliche Tätigkeit außerhalb des Fachgebietes.

Im zweiten Fall ging es um die Frage der Führung von zwei Facharztbezeichnungen, im konkreten Fall Innere Medizin und Radiologie. Sie wissen, daß unsere bisherige Weiterbildungsordnung die Führung von zwei Facharztbezeichnungen nicht zuläßt. Das Urteil des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs vor mehreren Jahren hat diese Bestimmung ausgesprochen positiv beurteilt und ist der Meinung gewesen, daß das richtig

sei. Hier wird man natürlich bei der Neuschaffung der Bestimmungen Überlegungen anstellen müssen, ob man für die Zukunft die Kombination von zwei Facharztbezeichnungen zulassen will, soweit es sich um solche handelt, die sich z. B. weitgehend überschneiden oder eng miteinander verwandt sind. Aber das sind Fragen, die im Augenblick nicht im Vordergrund stehen. Zunächst muß einmal die gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

Das Bundesverfassungsgericht, welches sich in solchen Fällen allgemein nicht darauf beschränkt, den konkreten Fall zu untersuchen, sondern auch die Rechtsgrundlage prüft, kam zu dem Ergebnis — und das ist ein positives Ergebnis —, daß die Weiterbildung eines Arztes keine Ausbildung ist und die Anerkennung eines Facharztes damit keine Zulassung zu einem besonderen Beruf. Das ist deswegen eine so wichtige Feststellung, weil wir bei einer anderen Entscheidung zu einer Auflösung des einheitlichen Arztberufes gekommen wären. Dann hätte es eben den Beruf Arzt nicht mehr gegeben, sondern den Beruf Augenarzt und den Beruf Chirurg usw., völlig voneinander getrennt. Es ist nun durch das Gericht geklärt, daß es sich hier um Berufsausübung handelt und nicht um Zulassung zum Beruf. Damit bleibt es beim einheitlichen Beruf des Arztes und auch dabei, daß die ganze Materie landesrechtlich zu regeln ist.

Das Gericht hat aber festgestellt, daß eine so bedeutsame Materie nicht der alleinigen Regelung der Autonomie einer Körperschaft überlassen bleiben dürfe. Das Gericht sagt, „daß die Regelung des Facharztwesens nicht allein den Standesorganisationen überlassen werden könne, weil die Gefahr, daß auch sachfremde berufspolitische Erwägungen sich gegen die Interessen der Allgemeinheit durchsetzen und zu Lösungen führen, die gesundheitspolitisch nicht verantwortet werden können, nicht von der Hand zu weisen sei“. Angesichts der Tatsache, daß es bisher überhaupt noch nie eine gesetzliche Regelung dieser Materie gab, aber seit 1924 immer Bestimmungen bestanden, die allein durch die autonomen Berufskörperschaften der Ärzte beschlossen worden sind, und es dabei noch nie zu einer Regelung gekommen ist, von der man hätte behaupten können, daß sie sich gegen die Interessen der Allgemeinheit gerichtet habe, ist diese Feststellung des Gerichts natürlich mehr als verwunderlich. Man muß sie vielleicht sehen im Rahmen der Rechtsprechung des Gerichtes auch in anderen Bereichen, die immer dahin gegangen ist, daß alles, was irgendwie über den engsten Bereich einer Körperschaft hinausgeht, einer gesetzlichen Regelung bedürfe und damit der Bewegungsspielraum eingeschränkt werden müsse. Ich brauche Sie nur an das kurz danach ergangene Urteil zum Numerus clausus zu erinnern, in dem die gleichen Prinzipien enthalten sind. Aber auch vorher schon hat es solche Urteile gegeben. Das Gericht verlangt, daß die sogenannten statusbildenden Normen für des Facharzt-



von links nach rechts:

Dr. Stordaur – Frau Horn – Dr. Breun (Vizepräsident) – Professor Dr. Sewering (Präsident) – Dr. Sluke – Dr. Reichstein

wesen von den Landesgesetzgebern erlassen werden müssen.

Damit stehen wir natürlich vor einer außerordentlich schweren Aufgabe, wobei wir keineswegs der Meinung sind, daß es sich um eine unlösbare Aufgabe handeln würde. Wir müssen erreichen, daß sich elf Bundesländer und damit elf Parlamente dieser Bundesländer auf einen Text einigen. Denn nur, wenn wir eine einheitliche Rechtsgrundlage für die Weiterbildung in der Bundesrepublik erhalten können, wird es überhaupt möglich sein, das ganze als Landesrecht aufrechtzuerhalten und damit eine Regelung zu erreichen, die vielleicht doch noch den notwendigen Spielraum für eine vernünftige Entwicklung läßt.

Bei dieser Arbeit, mit der wir sofort begonnen haben, kommt es also darauf an, Vorschläge für eine gesetzliche Regelung zu erarbeiten, die einerseits den Forderungen des Karlsruher Urteils entspricht, auf der anderen Seite aber nur so viel im Gesetz regelt, daß noch eine vernünftige Fortentwicklung des Weiterbildungswesens möglich ist. Ich darf das an einem Beispiel erläutern: Wenn es dahin käme, daß jede einzelne Bezeichnung – Kinderarzt, Chirurg und wie immer sie heißen möge – im Gesetz verankert ist, würde das bedeuten, daß wir bei jeder Fortentwicklung der Weiterbildungsordnung mit der Scheffung weiterer neuer Bezeichnungen in elf Länderparlamenten eine Novelle des Gesetzes durchbringen müßten. Daß das in dem Tempo, in dem wir die Weiterbildungsordnung fortentwickeln, unmöglich ist, liegt auf der Hand. Wir müssen also versuchen, daß wir die Grundprinzipien im Gesetz verankern können, die den Spielraum für die Kammern lassen, die Weiterbildungsordnung in den

Einzelheiten, also auch in den konkreten Bezeichnungen, fortzuentwickeln, ohne daß es zu unliebsamen Verzögerungen kommt; denn sonst würde genau das Gegenteil von dem eintreten, was das Gericht erreichen möchte. Das Gericht sagte, man müsse gesetzliche Normen im Interesse der Allgemeinheit schaffen, also, um sie zu schützen. Würden aber nun diese Gesetzesnormen zu weit gehen, dann würde durch die Unmöglichkeit einer raschen Fortentwicklung das ganze Weiterbildungswesen stocken, und das würde sich dann mit Sicherheit als ein Nachteil für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung auswirken.

Eine kleine Kommission, in der ich Vorsitzender und einziger Arzt bin und der sonst lauter Juristen angehören, hat bereits einige Entwürfe erarbeitet. Wir befinden uns augenblicklich in der Phase der Beratungen mit Fachleuten der Gesundheitsabteilungen der Länder. Selbstverständlich haben wir ganz besonders hier in Bayern die Beratungen aufgenommen. Ich bin über die bisherigen Ergebnisse sehr befriedigt, weil sich offenbar abzeichnet – ich darf sagen, bei uns hier in Bayern wäre es verwunderlich, wenn es anders wäre –, daß unsere Auffassung von den Kollegen und Juristen der Gesundheitsabteilungen geteilt wird. Das kann uns aber noch keineswegs beruhigen, denn der dornenvolle Weg beginnt eigentlich erst dann, wenn der Entwurf in die parlamentarische Beratung kommt und wenn plötzlich in den elf Länderparlamenten eine Regierungsvorlage erscheint, die in den Fraktionen beraten wird, und wenn dann die verschiedenen Interessengruppen anfangen, sich mit der Materie zu beschäftigen. Wir werden alles tun, um zu einer vernünftigen, gesunden Regelung zu kommen, die auf der

einen Seite die bewährte Fortentwicklung unseres Weiterbildungswesens ermöglicht und auf der anderen Seite den gesetzlichen Erfordernissen Rechnung trägt.

Aus der gegebenen Situation müssen wir natürlich leider im Augenblick eine Folgerung ziehen: Wir können Beschlüsse, die eigentlich heute hätten zur Weiterbildung gefaßt werden sollen, nicht vorlegen, weil uns die Rechtsgrundlage fehlt. Darunter fallen beispielsweise die Verlängerung der Weiterbildungszeit in der Kinderheilkunde, die Verankerung der Teilzeit-Weiterbildung für Ärztinnen und die Vereinheitlichung der Arztbezeichnungen, die ja schon vom Deutschen Ärztetag in Westerland in einer so demonstrativen und überzeugenden Einstimmigkeit beschlossen worden ist.

Es wird bei dieser Gelegenheit natürlich auch überlegt werden müssen, ob etwa im Bereich des allgemeinen Teils der Berufsordnung irgendwelche statusbildenden Normen stehen, die ebenfalls einer gesetzlichen Grundlage bedürften. Es wird sich wohl kaum vermeiden lassen, daß bei den Beratungen über diese Materie — es handelt sich ja um eine Ergänzung des Kammergesetzes — auch andere Fregen, die im Kammergesetz inzwischen anstehen, zur Diskussion gestellt werden, und daß man damit zu einer Gesamtnovelle des Kammergesetzes kommt. Dazu bedarf es natürlich auch der Beratungen mit den übrigen Heilberufen, die wir bereits eingeleitet haben.

Nun zu einem anderen Komplex, der ja in jedem Jahr Gegenstand unserer Beratungen ist, zur Entwicklung in der Bayerischen Ärzteversorgung. Ich kann Ihnen heute dazu keine konkreten Mitteilungen machen, weil das Gutachten des Versicherungsmathematikers Dr. HEUBECK, das wir in Auftrag gegeben haben, noch nicht vorliegt, und wir daher noch keine Basis für die Diskussion konkreter Möglichkeiten der Neugestaltung oder Umgestaltung unserer Versorgungsanstalt haben. Es wäre, wenn wir heute diskutieren, praktisch so, wie wenn man mit der Stange im Nebel herumfährt; denn es fehlen uns eben die Unterlagen dazu. Wir haben den Auftrag erteilt, eingehend zu untersuchen, welche Möglichkeiten einer Fortentwicklung unserer Versorgungsanstalt und einer entscheidenden Verbesserung der Leistungen dieser Anstalt gegeben sind, wobei wir sowohl an die Fragen der Geldentwertung als auch an die Altersgrenze und an den Schutz der jungen Jahrgänge denken. Vor allem denken wir dabei natürlich auch an das Problem der Altrenten, die durch die Geldentwertung hängengeblieben sind und heute in keiner Weise mehr der Entwicklung entsprechen. Alle diese Fragen sind Gegenstand des Auftrags, den wir dem Gutachter erteilt haben, und ich hoffe, daß wir in aller Kürze über dieses Gutachten verfügen. Der Termin für die entscheidende Sitzung des Landesausschusses ist bereits für 4. November festgelegt. Es darf nicht vergessen werden: Bei jeder Änderung, die wir vornehmen, bei jeder Verbesserung, die wir beschließen, haben wir die Ver-

antwortung vor der Zukunft zu tragen. Jede Verbesserung, die die Beständigkeit der Leistungen gefährdet oder die dazu führen würde, daß die nach uns Kommenden eine Last zu tragen haben, die unvergleichlich höher ist als die heutige, ohne daß die Leistungen für diese Gruppe entsprechend steigen, könnte man nicht verantworten. Sie alle wissen, daß unser Versorgungswerk steht und fällt mit der Bereitschaft unseres Nachwuchses, sich freiwillig von der Angestelltenversicherung zu lösen und in die Ärzteversorgung einzutreten, d. h. für sie mit vollen Beiträgen zu optieren. Bisher haben immer noch rund 95% unserer nachkommenden Kollegen den Weg in die Ärzteversorgung gewählt und sich gegen die Rentenversicherung entschieden. Sie tun es nach sehr nüchterner und vergleichender Betrachtung und sicher auch aus der Überzeugung heraus, daß eine berufsständische Versorgung leistungsfähiger ist als eine allgemeine Rentenversicherung.

Wir dürfen nur froh sein, daß manche Diskussionen der letzten Jahre nicht dazu geführt haben, daß das Interesse des Nachwuchses an der Ärzteversorgung geringer geworden ist; denn wenn der Nachwuchs ausbleibt — und das liegt völlig und allein in der Hand dieses Nachwuchses, der sich auch für die Rentenversicherung entscheiden kann —, dann brauchen wir uns über Verbesserungen nicht mehr zu unterhalten. Gerade in den letzten Tagen haben Sie sicher mit großer Spannung die letzten Beratungen des inzwischen aufgelösten Deutschen Bundestages über die sogenannte Rentenreform verfolgt. Ich kann mir durchaus vorstellen, daß manche unter uns durch Beschlüsse wie die einer 9,5prozentigen Anhebung der Renten fasziniert sind und sagen: „Das ist ja phantastisch! Warum kann man das bei uns nicht machen?“ Ich muß Sie darauf hinweisen, daß in der Rentenversicherungspolitik heute der Grundsatz herrscht, man könne durchaus von der Hand in den Mund leben und also praktisch gar nicht mehr ein Abschnittsverfahren anwendet und somit bereits zum Umlageverfahren gekommen ist, so daß die Beiträge zur Rentenversicherung ab Januar nächsten Jahres 18 Prozent der Lohnsumme betragen werden und mit Sicherheit noch weiter ansteigen. Sie müßten heute bereits mindestens 21 Prozent betragen, wenn man nicht aus politischen Gründen auf der Bremse stünde. Wenn dann ein Defizit eintritt, wird eben der Steuerzahler zum zusätzlichen Beitragszahler der Rentenversicherung werden.

Im übrigen glaube ich, daß das, was in den kommenden Jahren der aktiv Arbeitende an Lasten für das Gesamtsystem der sozialen Sicherung zu tragen hat, bereits einen immensen Umfang angenommen hat. Wenn Sie vergleichen, wie die Entwicklung dann weitergeht — nehmen Sie den Wohlfahrtsstaat Schweden mit seinem komplexen und bis in die Details gehenden System der sozialen Sicherung —, dann müssen Sie dazu auch zur Kenntnis nehmen, daß in Schweden

ein vergleichbarer Kollege mit dem Durchschnittseinkommen eines deutschen Arztes, wenn er es erreicht, bereits 80% seines reinen Einkommens an Steuern an den Staat abführt.

Ein Wort zur Entwicklung in der Hochschulpolitik. Sie wissen, daß das Rahmengesetz des Bundes in den Ausschußberatungen steckengeblieben ist. Es muß nach altem Grundsatz in den neuen Bundestag neu eingebracht werden, und man wird abzuwarten haben, wie die Beratungen weitergehen. Das hängt natürlich auch ab von der Zusammensetzung der entsprechenden Gremien. Es wird also sicher noch eine relativ lange Zeit dauern, bis es zu gesetzgeberischen Maßnahmen kommt.

In Bayern ist inzwischen ein Regierungsentwurf verabschiedet worden. Er wird uns sicher in Kürze zugehen, und dann werden die Beratungen in den parlamentarischen Gremien beginnen und damit auch die offene Diskussion über die anstehenden Fragen. Ich nehme an, daß wir parallel im Bayerischen Senat und im Bayerischen Landtag mit dieser Frage befaßt werden. Im allgemeinen ist es üblich, daß die Staatsregierung zu solchen Vorlagen ein Senatsgutachten einholt.

Ein anderes Kapitel unserer Sorgen ist die Frage nach der Stellung des Arztes im Gesamtsystem unserer freiheitlichen und sozialen Sicherung. Sie wissen, daß die Gesundheitspolitik zu einem zentralen Punkt der Politik überhaupt geworden ist, und daß in allen Gruppierungen gesundheitspolitische Fragen zunehmendes Interesse gewonnen haben.

Die Vorstellungen des Deutschen Gewerkschaftsbundes sind inzwischen allgemein bekannt geworden. Das offizielle Programm unterscheidet sich von den Gutachten des Wirtschaftswissenschaftlichen Institutes der Gewerkschaften lediglich durch die besseren und weniger aggressiven Formulierungen, aber in den Grundsätzen ist ein Unterschied nicht zu verzeichnen. Der DGB versichert immer wieder, daß die freie Praxis nicht verschwinden soll, jedoch soll die ärztliche Versorgung modifiziert werden. Dabei ist eine zentrale Forderung die nach der Zentralisation aller medizinisch-technischen Verrichtungen, die nicht mehr in der Hand des niedergelassenen Arztes bleiben, sondern in Zentren, deren Träger verschieden beschrieben werden, übergehen sollen.

Das würde — daran wird bei nüchterner Betrachtung niemand vorbeikommen — dazu führen, daß wir die englische Situation erhalten, also die Praxis mit Hörrohr und Blutdruckapparat, ohne jede sonstige Ausstattung. Alle anderen Leistungen würden in Ambulatorien zu erbringen sein. Daß das keine Beseitigung der freien Praxis ist, muß man formalrechtlich zugeben. Aber wir müssen andererseits feststellen, daß es eine grundlegende Veränderung in den Existenzmöglichkeiten des freipraktizierenden Arztes, vor allem der freipraktizierenden Fachärzte, ist. Da sich aber

der Allgemeinarzt in der Bundesrepublik inzwischen zu einer weitgehenden Verfeinerung und Ausweitung seiner Diagnostik entschlossen hat, würden die Auswirkungen auch im Bereich der Allgemeinärzte außerordentlich stark werden müssen und es würde vor allem dazu führen, daß gerade im fachärztlichen Sektor ein Gutteil der Kollegen eine Existenz praktisch nur noch im Rahmen solcher Institute im Angestelltenverhältnis finden könnte.

In Bestätigung dieser Entwicklung wird ja auch eine grundlegende Veränderung der Gebührenordnung nach Leistungsgruppen gefordert. Sie können in der Literatur nachlesen, daß man sich über die Konsequenz klar ist: Die Erstellung einer Gebührenordnung nach Leistungsgruppen setzt voraus, daß das, was im Rahmen einer Leistungsgruppe vom einzelnen Arzt getan wird, immer das gleiche ist, d. h., man muß alle apparativen Leistungen, die der eine erbringt und die der andere nicht erbringt, zunächst einmal eliminieren, um überhaupt die Basis für eine solche Leistungsgruppen-Gebührenordnung zu heben. Darin sehen Sie also die Bestätigung, daß man letzten Endes im Ergebnis auf die englische Praxis mit Hörrohr und Blutdruckapparat hinsteuern würde. Wie ich schon einmal sagte, man kann auch das Wasser ablassen und den Teich auf diese Weise austrocknen.

Inzwischen hat auch der Gesundheitspolitische Ausschuß beim SPD-Vorstand Leitsätze veröffentlicht, die ein unterschiedliches Echo fanden. Sie wurden von uns kritisch untersucht, und ich werde einige Worte dazu sagen. Sie haben auch erhebliche Kritik in den eigenen Reihen gefunden, weil man der Meinung war, man habe hier viel zu freundliche Formulierungen gegenüber der Ärzteschaft verwendet. Eine mir außerordentlich sympathische Forderung steht gleich am Anfang, nämlich, daß die Arbeitszeit 8 Stunden täglich nicht überschreiten soll, und zwar bei einer 5-Tage-Woche, und daß ein jährlicher Erholungsurlaub von 6 Wochen anzustreben sei. Es wäre natürlich außerordentlich verlockend, wenn das auch für freie Berufe erreichbar wäre. Aber ich gestehe Ihnen offen, daß ich selbst für ein so verlockendes Angebot nicht bereit wäre, meinen Status als freipraktizierender Arzt zu Grabe zu tragen. Die übrigen Aussagen sind vorsichtig formuliert, aber wenn man sie vor allem im Zusammenhang mit der sonstigen Literatur betrachtet, sind sie genau so eindeutig wie etwa die Rede des Herrn Bundesarbeitsministers auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Westerland.

Zur Gesundheitsvorsorge wird festgestellt, daß sie zu einer zentralen Aufgabe aller Berufe und Institutionen des Gesundheitswesens werden soll. Eine Feststellung, daß sie primär eine Aufgabe der niedergelassenen Ärzte sei, wie wir das bisher kannten und wie das auch gesetzlich geregelt ist, finden wir nicht. Über die freie Arztwahl und die freie Berufsausübung der Heilberufe wird gesagt, sie seien für die Sozialdemokrati-

sche Partei selbstverständlich. Man muß dazu eben natürlich auch die verschiedenen Interpretationen lesen, wie z. B. die Feststellung, daß ein ausgewogenes Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Behandlung anzustreben sei. Die ambulante ärztliche Versorgung sei bedarfsgerecht zu sichern. Die gesetzlichen Bestimmungen müßten an die Entwicklung der medizinischen Bedürfnisse angepaßt werden. Das heißt, das Kassenarztrecht müsse geändert werden. Das hat ja auch Frau STROBEL schon vor Monaten ausgeführt, daß das Kassenarztrecht dahingehend geändert werden müsse, eben auch andere Institutionen in die ambulante ärztliche Versorgung einzubeziehen. Von Frau STROBEL stammt auch die Feststellung, es müsse erreicht werden, daß durch eine Änderung der Gebührenordnung der große Unterschied zwischen den Einkünften der beamteten und denen der freipraktizierenden Ärzte beseitigt wird. Gerade vor 8 oder 14 Tagen konnten Sie auch ein Interview mit dem Bundesentwicklungsminister EPLER lesen, der feststellte, sein Gehalt als Bundesminister von DM 139 000 sei doch keineswegs überhöht, sondern das entspreche dem Gehalt eines Praktischen Arztes. Ich weiß nicht, ob das der Ausdruck einer ungenügenden Information ist oder ob ihm die Begriffe Umsatz und Einkommen nicht genügend gegenwärtig waren.

Bei den neuen Organisationsformen, die durch die Änderung des Kassenarztes erreicht werden sollen, heißt es dann auch: „Die starre Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung ist zu überwinden.“ Was darunter zu verstehen ist, kann man dann im Kapitel „Krankenhaus“ nachlesen, wo es heißt: „Vor Beginn der stationären Behandlung sind alle diagnostischen Möglichkeiten zu nutzen, um sowohl die Verweildauer zu verringern als auch den Patienten nur die notwendige Zeit aus seiner gewohnten Umgebung herauszulösen.“ Das ist der klare Hinweis auf die Forderung der vorstationären Diagnostik im Krankenhaus. Es steht in Übereinstimmung mit allen bekannten Forderungen.

Zur Nachbehandlung stationär behandelte Kranker heißt es dann: „Eine besondere Regelung muß für diejenigen Kranken gefordert werden, deren stationäre Versorgung früher beendet werden kann als bisher, wenn die Kontinuität ihrer Behandlung durch weitere Benutzung der Einrichtungen der Klinik gesichert werden kann.“ Ich möchte darauf hinweisen, daß es auch im jetzigen Kassenarztrecht die Bestimmung gibt, daß leitende Krankenhausärzte dort an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden können, wo es zur Sicherung dieser ambulanten Versorgung notwendig ist. Was hier gefordert wird, auch vom DGB, ist aber ganz klar die Verankerung der vorstationären Diagnostik und der Nachbehandlung im Krankenhaus als ambulanter Patient. Daß das zu grundlegenden Veränderungen führen dürfte, bedarf wohl keiner Unterstreichung, denn welche Kasse würde nicht als erstes erklären: „Wieso

lassen Sie noch beim niedergelassenen Radiologen Röntgenuntersuchungen machen, wenn Sie damit rechnen müssen, daß der Patient dann sowieso ins Krankenhaus kommt? Schicken Sie doch Ihre Patienten zur Diagnostik ins Krankenhaus, dann sparen wir die Doppeluntersuchungen.“

Im übrigen können Sie, was die Krankenhausärzte angeht, in Übereinstimmung auch mit dem DGB lesen: „Die Privatliquidation der leitenden Ärzte ist im Zusammenhang mit einer Reform der Vergütungsstruktur sämtlicher Krankenhausärzte abzubauen.“ Ich möchte auch hier darauf hinweisen, daß alle Vorstellungen mancher Krankenhauskollegen, das würde bedeuten, daß dann sagenhafte Gehälter bezahlt werden, eindeutig in den Bereich der Illusionen gehören. Das Krankenhauswesen ist in der Bundesrepublik weitgehend in der öffentlichen Hand und die Ärzte in den Krankenhäusern sind Bedienstete der öffentlichen Hand genauso wie alle übrigen Bediensteten der verschiedensten Sparten der öffentlichen Hand. Es ist also völlig illusionär zu glauben, daß man sich in den Stadt-, Kreis- und Landesparlamenten dazu entschließen könnte, eine Vergütungsordnung des öffentlichen Dienstes mit einem Kapitel „Krankenhausärzte“ zu machen, in der dann diese das Dreifache von dem bekommen, was sonst in diesem Bereich bezahlt wird. Dieses Vorhaben stirbt doch bereits in der ersten Plenarsitzung jedes Parlaments und jedes Stadtrats. Das Ventil für den Krankenhausarzt, in die freie Praxis gehen zu können, würde dann nicht mehr bestehen. Auf der anderen Seite zeigt sich hier natürlich der enge Zusammenhang der Entwicklung in der freien Praxis und im Krankenhaus; denn wenn man das Niveau der freien Praxis nach unten kurbelt, ist das Interesse daran, den Arzt durch verlockende Angebote an das Krankenhaus zu binden, nicht mehr so groß, weil er sich ja überall in etwa gleich steht und er sich daher nur noch überlegen kann, wo er seine Arbeit verrichten will.

Wir Ärzte müssen in nüchterner Abschätzung der verschiedenen Gesichtspunkte eine Stellung zu diesen Vorstellungen finden und müssen uns überlegen, wie die ärztliche Versorgung am besten gewährleistet werden kann und wie die Stellung des Arztes in unserem gesellschaftlichen und sozialen Gesamtsystem sein soll. Es ist an der Zeit, daß sich jeder einzelne von uns darüber Gedanken macht und er sich als Lektüre vielleicht über die Zeitung hinaus, die er sonst normalerweise liest, auch noch einige andere Quellen erschließt. Ich möchte Ihnen empfehlen, daß Sie wenigstens zeitweise die Zeitung „Vorwärts“ lesen. Dort finden Sie zur Zeit zum Beispiel in einer Fortsetzungsfolge außerordentlich interessante Ausführungen des Herrn SCHOLMER „Kritik und Ausblicke für des Gesundheitswesen in der Bundesrepublik“. Man sollte über derartige Dinge informiert sein.

Zusammenfassend komme ich zu der Feststellung, daß die derzeitige Lage des freipraktizierenden Arztes,



LEUKOSILK[®] das weiße Verbandpflaster

speziell geeignet zur Ausrüstung von Verbandkästen, -taschen, Notfallkoffern, K-Ausstattungen usw.

Lange lagerfähig unter allen klimatischen Bedingungen.

Wärme zerstört die Klebmasse nicht und selbst bei Temperaturen unter dem Gefrierpunkt bleibt die Klebkraft erhalten.

Leicht reißbar, ohne auszufransen.

Sie brauchen keine Schere, ein großer Vorteil, wenn es - wie meistens - schnell gehen muß.

Auch das ist wichtig ...

Leukosilk ist röntgenstrahlendurchlässig, die Verbände können bei Röntgenaufnahmen und Durchleuchtungen liegen bleiben. Leukosilk können Sie auch bei hautempfindlichen Patienten anwenden, da das Pflaster keine Hautirritationen hervorruft.

Packungen: 5 m x 1¼, 2½ und 5 cm

Beiersdorf AG Hamburg

aber darüber hinaus des Arztes allgemein in unserem gesellschaftlichen und sozialen System, so gut sie menchem oberflächlichen oder vor allem dem neldigen Betrechter erscheinen mag, noch nie so gefährdet war wie in der Gegenwart. Dabei — das möchte ich ganz klar herausstellen, ich habe es auch schon bei früheren Gelegenheiten getan — schätze ich die Bemühungen privater Geschäftemacher, in das Medizin-geschäft einzusteigen, nicht anders ein als die soeben dargestellten gesundheitspolitischen Zielsetzungen. Es erscheint mir notwendig, das zu unterstreichen, um keine Mißverständnisse aufkommen zu lassen.

Wir Ärzte müssen bereit sein, für die Erhaltung des freipraktizierenden Arztes und seinen umfassenden Auftrag zur ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu kämpfen, denn wir kämpfen damit in erster Linie — und ich hoffe, daß das zunehmend erkannt wird — für ein Recht unserer Mitbürger, dessen Verlust, wie alle Beispiele in der Umgebung zeigen, zu einer einheitlichen Verschlechterung der ärztlichen Versorgung führen würde.

Nach wie vor können wir mit voller Überzeugung darauf hinweisen, daß das System, wie es sich in der Bundesrepublik entwickelt hat, mit allen darin steckenden Möglichkeiten der Fortentwicklung, im Vergleich mit allen enderen Systemen, die in der westlichen oder östlichen Welt praktiziert werden, nach wie vor an der Spitze steht. Wir müssen allerdings unsere Kollegen immer wieder daran erinnern, daß eine solche Feststellung für uns kein Ausruhen auf Lor-beeren sein darf, sondern, daß wir mehr denn je zu einer ständigen Anpassung an die Entwicklung verpflichtet sind. Eine solche Feststellung kann uns nur ein Ansporn zur weiteren Leistungsverbesserung sein. Ich möchte in diesem Zusammenhang noch einmal ein Wort zur Aktion „Freiheit für Arzt und Patient“ sagen. Der anfängliche Streit um Formulierungen in einem Aufruf ist inzwischen in den Verhandlungen überwunden worden und man konzentriert sich jetzt darauf, aus eigener Kraft eine sehr ausgewogene, sehr sachliche, aber auch sehr informative Publikation an unsere Patienten heranzutragen. Die Vorbereitungen sind vorangeschritten und ich hoffe, daß Ihnen in Kürze

die ersten Ergebnisse präsentiert werden können. Wir hoffen dann auf Ihre Hilfe und Mitwirkung; denn nur dann, wenn Sie bereit sind, solche Publikationen an unsere Patienten heranzutragen, sie ihnen zur Verfügung zu stellen, wird unser Bemühen um eine Information derer, für die wir zu sorgen haben, erfolgreich sein. Dabei bleibt es jedem Patienten überlassen, ob er das, was wir ihm schriftlich in die Hand geben oder zur Verfügung stellen, liest oder auch nicht. Jedenfalls werden wir es ihm bieten, und zwar in einer ausgesprochen sachlichen und informativen Form. Die Zeit der Aufrufe, so wie wir beginnen mußten, ist vorüber. Aufrufe sind keine wissenschaftlichen Arbeiten, sondern sie müssen die Wirkung eines Peitschenknalls haben. Und es war tatsächlich in diesem Frühjahr notwendig, unsere Kollegen aufzurütteln, weil die meisten glaubten, es ginge uns ja doch recht gut, und warum eigentlich diese Aktivität!

Das waren einige mir wesentlich erscheinende Punkte, die ich ins Gespräch bringen wollte. Es bleibt Ihnen überlassen, alle weiteren Fragen anzuschneiden. Ich möchte nur noch einmal abschließend darauf hinweisen, daß wir heute als Ärzte im Blickpunkt der öffentlichen Meinung und im Mittelpunkt des Interesses unserer Mitmenschen stehen. Die Gesundheitspolitik ist ein zentraler Teil der Gesamtpolitik geworden. Man kann sagen, in der Gesundheitspolitik reflektiert sich die Gesamtpolitik besonders deutlich, vor allem in ihren ideologischen Zielen. Deshalb müssen wir von jedem Kollegen erwarten — oder jeden Kollegen darauf ansprechen und ihn bitten —, sich über den engeren Bereich seiner beruflichen Probleme hinaus zu informieren und sich einen Eindruck von den Entwicklungen zu verschaffen, die in Gang gesetzt worden sind oder in Gang gesetzt werden sollen, und sich zu überlegen, wie die Auswirkungen sein werden und wie der einzelne sich dazu einstellt. Dabei liegt es dann in der Entscheidung des einzelnen Arztes in seiner Eigenschaft als Staatsbürger, sich für das eine oder andere zu interessieren oder zu entscheiden. Aber jeder sollte wissen, was er tut, und welche Folgen es hat. Dazu aufzurufen, daß jeder unserer Kollegen das tut, sollte unser Bemühen sein.

Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer

Thema: „Humangenetik und ärztliche Praxis“

Davos vom 11. bis 24. März 1973 · Badgastein vom 12. bis 24. März 1973

Auskunft und Anmeldung: Bundesärztekammer - Kongreßbüro -, 5000 Köln 41, Postfach 410220

Neu!

Tussoretard®

Zur differenzierten Hustentherapie für TAG und NACHT.

Differenzierte Hustentherapie leistet mehr.

Abschwellende und entzündungshemmende Wirkungen sind die Basis der Hustentherapie. Noch schneller kommen die überreizten Schleimhäute zur Ruhe, wenn der Patient nachts fest durchschläft.

Deshalb ist es sinnvoll, für die Nacht zusätzlich und ausreichend zu sedieren.

Tagsüber stören Sedierung und Müdigkeit. Andererseits ist besonders beim Berufstätigen, der fast immer Staub, Tabakrauch und trockener Luft ausgesetzt ist, eine wirkungsvolle Dämpfung der übersteigerten Hustenbereitschaft erforderlich. Sie darf jedoch das notwendige Abhusten nicht verhindern.

Eine sinnvolle Ergänzung der Therapie liegt darin, am Tag zusätzlich die Expektoration zu erleichtern.

Diese unterschiedlichen Ziele können mit einem Präparat allein schwer erreicht werden.

Tussoretard® löst deshalb das Problem anders:

durch TAG-Form und NACHT-Form in einer Packung.

- TUSSORETARD® kann stärker Husten stillen – durch hohen Wirkstoffgehalt
- TUSSORETARD® kann länger Husten stillen – durch neuartiges MIKROTARD-System
- TUSSORETARD® kann mehr als Husten stillen –
 1. durch expektorierende und stimulierende Komponente in der TAG-Form
 2. durch sedierende Komponente in der NACHT-Form



Zusammensetzung:

1 TAG-Kapsel (weiß) enthält

Codeinphosphat	20 mg
Noscapin	50 mg
d, l-N-Methylephedrin-HCl	30 mg

1 NACHT-Kapsel (blau) enthält

Codeinphosphat	20 mg
Noscapin	50 mg
Diphenhydramin-HCl	50 mg

Indikationen:

Akuter und chronischer Reizhusten, Husten bei grippalen Infekten, Husten bei akuter und chronischer Bronchitis, Husten bei allergischen Affektionen.

Kontraindikationen:

Thyreotoxikose, Nierenfunktionsstörungen, Prostata-Hypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellaage, schwere organische Herzerkrankungen, Atemdepression, Lungenemphysem, Asthma bronchiale.

Zur Beachtung:

Die Reaktionsfähigkeit (z. B. im Straßenverkehr und Beruf) kann durch die NACHT-Form für mehrere Stunden nach der Einnahme beeinträchtigt sein.

TUSSORETARD® enthält Codein in einer Dosierung, die das notwendige Abhusten nicht einschränkt. Bei Gefahr der Sekretstauung ist jedoch Vorsicht geboten.

Codein setzt die Darmmotilität herab, deshalb ist bei Patienten mit chronischer Obstipation entsprechende Vorsorge zu treffen.

Anwendung und Dosierung:

Falls vom Arzt nicht anders verordnet nehmen ein:

Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahren, morgens vor dem Frühstück
1 TAG-Kapsel (weiß) und
abends vor dem Schlafengehen
1 NACHT-Kapsel (blau).

Packungsgröße/Prels:

20 Retardkapseln
20 Retardkapseln
10 TAG-Kapseln (weiß) und
10 NACHT-Kapseln (blau)
in einer Packung

DM 10.80



8 München 40

Der nachstehend abgedruckte Bericht über die Arbeit der Bayerischen Landesärztekammer seit dem letzten Bayerischen Ärztetag war den Delegierten als Beratungsunterlage zugesandt worden.

Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer

Der Vorstand der Kammer trat zu Sitzungen am 5. Februar, 6. Mai, 1. Juli und 5. August 1972 zusammen. Neben regelmäßig wiederkehrenden Themen, wie die Durchführung der Weiterbildungsordnung oder Fragen der Ausbildung des ärztlichen Hilfspersonals, hier vor allem der Arzthelferinnen, mußte sich der Vorstand wiederholt mit den rechtlichen Auswirkungen der Gebietsreform auf die ärztliche Berufsvertretung befassen.

Der wichtigste Beratungsgegenstand dieses Jahres war aber die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 9. Mai 1972 zur Regelung des Facharztwesens in der Bundesrepublik. Der Vorstand hat eingehend über Inhalt und Auswirkungen der Entscheidung beraten. Er wurde auch über die Arbeit jener kleinen Kommission unterrichtet, die sofort bei der Bundesärztekammer zusammentrat, um sich mit den Auswirkungen des Urteils und der zukünftigen Gestaltung der Weiterbildung zu beschäftigen.

Schließlich hatte sich der Vorstand auch mit dem Rechnungsabschluß 1971 und dem Voranschlag 1973 zu befassen, die ihm vom Finanzausschuß zugeleitet worden waren. Beide wurden gebilligt und beschlossen, sie dem Bayerischen Ärztetag vorzulegen.

Finanzausschuß

Der Finanzausschuß trat im Berichtszeitraum zweimal zusammen, um über die Vorlage eines Finanzberichtes mit vorläufiger Bilanz und Erfolgsrechnung 1971 und über den Haushaltsplan 1973 zu beraten.

Nach eingehender Erörterung der einzelnen Punkte des Finanzberichtes und des Voranschlages 1973 hat der Ausschuß eine Vorlage für den Vorstand beschlossen und empfohlen, sie nach Billigung durch den Vorstand dem Bayerischen Ärztetag vorzulegen.

Ausschuß für Hochschulfragen der Bayerischen Landesärztekammer

Der Ausschuß ist seit dem letzten Bayerischen Ärztetag zweimal zusammengetreten. Er befaßte sich insbesondere mit dem Entwurf eines Bayerischen Hochschulgesetzes.

Krankenhausausschuß

Der Krankenhausausschuß tagte im Berichtszeitraum am 22. März 1972 und 21. Juni 1972. Gegenstände seiner Beratungen waren der Entwurf eines Krankenhausfinanzierungsgesetzes und die Erörterung der Auswirkungen der geplanten Regelung auf die Krankenanstalten Bayerns, die Förderung des Kranken-

hausbaues und somit die Deckung des Bedarfes an weiteren Krankenbetten in den verschiedenen Arten von Krankenanstalten. Der Ausschuß empfahl dem Kammervorstand, sich darum zu bemühen, daß die Bayerische Landesärztekammer bei der Durchführung des Krankenhausplanes der Bayerischen Staatsregierung und der Anwendung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine beratende Mitwirkung erhält. In seinen beiden Sitzungen hat sich der Krankenhausausschuß ferner mit den Reformen zur Struktur des Krankenhauses und seines ärztlichen Dienstes befaßt und unterzog die vom 75. Deutschen Ärztetag 1972 als gemeinsames Papier der daran beteiligten Arztgruppen hierzu beschlossenen Leitsätze einer Analyse hinsichtlich ihrer Auswirkungen und ihrer praktischen Durchführung. Er empfahl dem Kammervorstand, sich in geeigneter Weise für die Verwirklichung dieser Leitsätze tatkräftig einzusetzen.

Weiterhin griff der Ausschuß die Anregung zu einem Gespräch mit Vertretern der Landesverbände der Krankenpflegeberufe in Bayern über aktuelle Probleme und Wünsche in bezug auf die Zusammenarbeit mit den Ärzten an den Krankenanstalten auf. In Vorgesprächen an verschiedenen Krankenhäusern konnte bereits eine Reihe beide Seiten interessierender Themen ermittelt werden, die in einem gemeinsamen Gespräch, welches für den Herbst vorgesehen ist, diskutiert werden sollen.

Ausschuß Angestellte Ärzte

Der Ausschuß hielt am 10. November 1971 eine Sitzung ab. Wichtigster Beratungsgegenstand war die Tarifsituation der Ärzte im öffentlichen Dienst, wie sie sich aus den bis dahin geführten Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern, betreffend die Arbeitsbedingungen für angestellte Ärzte, ergeben hatte.

Fortbildungsausschuß

Der Ausschuß für ärztliche Fortbildung bei der Bayerischen Landesärztekammer befaßte sich in seiner Sitzung am 28. Juni 1972 u. a. mit der Frage: zwangsweise Fortbildung oder bisherige Form der Fortbildung, wobei er zu dem Schluß kam, daß eine zwangsweise Fortbildung mit vorgeschriebener Thematik die Individualwünsche des Kassenarztes niemals erfüllen kann. Deshalb erscheint es zweckmäßiger, den Kollegen, wie bisher gehandhabt, eine breite Palette ärztlicher Fortbildung in einer Vielfalt von Themen, Formen, Größenordnungen und zeitlichen Festlegungen anzubieten. Der Fortbildungsausschuß empfahl weiterhin die Förderung des Zusammenschlusses mehrerer Kreisverbände zu Fortbildungszentren als gemeinsame Organisationsform mehrerer kleinerer Kreisverbände bzw. eines größeren Kreisverbandes.

Eryfer®

neu
von
Hoechst



Eisentherapie nach Maß

**Was ist das
Besondere an
Eryfer?**

1. Kalkulierbare Gesamtdosis und Behandlungsdauer
2. Genau bekannte Resorptionsquote*
3. Bemerkenswert gute Verträglichkeit
4. Sichere Eisenaufnahme selbst bei Salzsäuremangel oder Magenteilresektion
5. Optimale Nutzung durch Nüchterneinnahme
6. Vollwertig wie parenterale Eisengaben

Die Summe dieser Eigenschaften ist das Besondere an Eryfer.

* durch nuklearmedizinische Untersuchungsverfahren gesichert

L63126



Zusammensetzung:

1 Kapsel Eryfer enthält als Wirkstoff
152 mg Eisen-ii-sulfat · H₂O
(entsprechend 50 mg Fe⁺⁺),
222 mg Ascorbinsäure (Antioxidans) und
84 mg Natrium bicarbonicum (z. Feinverteilung).

Indikationen:

Eisenmangelzustände mit oder ohne Anämie.

Kontraindikationen:

Eisenverwertungsstörungen, Eisenüberladung bei chronischer Hämolyse, Hämochromatose.

Nebenwirkungen:

Gastrointestinale Störungen selten.

Besondere Hinweise:

Eine unter der Behandlung auftretende Dunkelfärbung des Stuhls ist unbedenklich. Die Benzidin-Probe kann hierbei positiv ausfallen. Während einer Therapie mit Tetracyclinen sollte die Eisenmedikation ausgesetzt werden, da sich beide Medikamente in ihrer Resorption behindern können. Aus dem gleichen Grunde sollten auch andere Arzneimittel nicht zum selben Zeitpunkt wie Eryfer eingenommen werden. Eine kombinierte Anwendung oraler und parenteraler Eisenpräparate ist zu vermeiden.

Handelsform und Preis:

Glas mit 60 Kapseln DM 14,65.

Hilfssausschuß

Der am 6. Februar 1971 gewählte Hilfssausschuß tagte am 8. Dezember 1971 und wählte den langjährigen Vorsitzenden Dr. DÖRFLER auch für die neue Amtszeit zu seinem Vorsitzenden.

In den Kleinen Hilfssausschuß zur Beratung und Entscheidung von dringenden Unterstützungsfällen wurde Frau Dr. ALLETAG-HELD, Frau Dr. THEN-BERGH sowie Dr. KLING gewählt.

Der Große Hilfssausschuß setzte in seiner Sitzung am Jahresende 1971 die monatlichen Beihilfen der Empfänger für das Jahr 1972 fest und entschied über eine Anzahl von Anträgen auf einmalige Beihilfen. Ferner bestätigte er die ellen Empfängern laufender Beihilfen gewährte Weihnachtsbeihilfe von DM 150,— und den Betrag von DM 100,— als Weihnachtsbeihilfe für Bezieher zeitlich begrenzter Beihilfen.

Der Hilfssausschuß legte die Richtlinien für die monatlichen Gesamteinkünfte, bis zu denen Zuschüsse aus dem Hilfsfonds gewährt werden können, bei alleinstehenden Arztwitwen auf DM 400,— bis DM 450,—, bei Ärzten und Ärztinnen mit DM 800,— bis DM 900,— unter Berücksichtigung der Höhe der erforderlichen Aufwendungen für den Lebensunterhalt, Medikamente usw. fest.

In allen Fällen, in denen Unterstützte mit einer hohen Miete belastet sind, wurde die Beantragung einer staatlichen Mietbeihilfe veranlaßt.

Der Kleine Hilfssausschuß entschied im Berichtszeitraum — teils in Sitzungen teils auf fernmündlichem Wege — über eine größere Anzahl dringender Beihilfesuche.

Seit dem 1. Januar 1972 wurden für laufende Beihilfen auf der Grundlage der genannten Richtsätze monatlich durchschnittlich DM 40 800,— und für einmalige Beihilfen DM 1150,— aus Mitteln des Hilfsfonds gezahlt.

Daraus wurden durchschnittlich monatlich 25 Ärzte und 165 Arztwitwen und -waisen, das sind insgesamt 210 Personen, unterstützt. Damit ist in der Gesamtzahl der Beihilfeempfänger aus dem Hilfsfonds gegenüber jener des Jahres 1971 keine wesentliche Änderung eingetreten.

Im Jahre 1972 sind bisher von den Empfängern ein Arzt und drei Arztwitwen bzw. -waisen verstorben. Im gleichen Zeitraum sind neue Unterstützungsempfänger hinzugekommen, und zwar drei Ärzte und fünf

Arztwitwen bzw. -waisen. Somit stehen vier Abgängen acht Zugänge gegenüber.

Dazu ist zu bemerken, daß aus dem Hilfsfonds der Kemmer nur jene Ärzte unterstützt werden, welche entweder keine Kassenpraxis ausgeübt oder diese vor dem Jahre 1953 aufgegeben haben. Dies gilt auch für die Angehörigen bzw. Hinterbliebenen dieser Ärzte. Unter diesen Unterstützungsfällen befinden sich auch engestellte und teilweise beamtete Ärzte und deren Hinterbliebene. Für die übrigen Kassenärzte und deren Familienmitglieder sind die Sozialwerke der KVB im vollen Umfange für die Gewährung von Beihilfen zuständig.

Nach dem Altersaufbau der aus dem Hilfsfonds der Kammer unterstützten Personen befindet sich die größte Gruppe der Empfänger von 98 Personen in der Altersgruppe von 70 bis 79 Jahren.

Im Berichtszeitraum konnten einer Anzahl von Beihilfeempfängern wiederum Freiplätze zur Erholung mit gleichzeitiger ärztlicher Betreuung in einem Heim des Bayerischen Roten Kreuzes in Seehausen, über eine Stiftung in Bad Berneck und in der Privatklinik Dr. Schlemmer durch das großzügige Angebot des Besitzers, Dr. VOGELSSANG, zur Verfügung gestellt werden. Diese Möglichkeit der Erholung wurde von den damit Bedachten mit großer Dankbarkeit entgegengenommen.

Mitarbeit in Ausschüssen und Konferenzen der Bundesärztekammer

In verschiedenen Ausschüssen und Konferenzen der Bundesärztekammer arbeitete die Bayerische Landesärztekammer durch ihre Vertreter und Mitglieder der Geschäftsführung seit dem letzten Bayerischen Ärztetag in vielen Sitzungen mit und nahm an den Beratungen von Fragen und Problemen der Gesamtärzteschaft teil.

Arbeitstagung der 1. und 2. Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände

Mitte April fand im Ärztehaus Bayern eine ganztägige Arbeitstagung der 1. und 2. Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände und Ärztlichen Bezirksverbände mit einem umfangreichen Programm statt.

Gegenstände dieser Informationstagung waren u. a. die Auswirkungen der Gebietsreform auf die gesetz-

Liquirit®
Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

bei Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis,
Hyperacidität, nervösen Magenbeschwerden

NP 30/OP. 60 Tabl.

Dr. Graf & Comp. Nchf., Hamburg 52 - seit 1889



Blick auf die Delegierten
-- Bezirk Mittelfranken --

liche Berufsvertretung in Bayern, Fragen der Berufsordnung, hier insbesondere die Schilderordnung und das Werbeverbot, Angelegenheiten der Weiterbildung und Fortbildung, der Ausbildung des ärztlichen Hilfspersonals und die Vorbereitung zur Durchführung der im Eichgesetz vorgeschriebenen Qualitätskontrollen, sowie weitere gemeinsame Aufgaben der gesetzlichen Berufsvertretung.

Gebietsreform

Gesetz zur Neuabgrenzung der Regierungsbezirke und Verordnung zur Neugliederung Bayerns in Landkreise und kreisfreie Städte.

Die im Freistaat Bayern durchgeführte Gebietsreform, durch welche die Zahl der Landkreise von bisher 143 auf nunmehr 74 verringert wurde, hatte auch Auswirkungen auf die gesetzliche Berufsvertretung der Ärzte in Bayern.

Nach Art. 3 des Kammergesetzes sind die Ärztlichen Kreisverbände für den Bereich einer oder mehrerer Kreisverwaltungsbehörden des gleichen Regierungsbezirkes zu bilden. Nachdem die Landkreise in Bayern mit dem 30. Juni 1972 formell „untergingen“ und mit dem 1. Juli 1972 in neuer Form wieder zu errichten waren, hörten auch die Ärztlichen Kreisverbände mit dem gleichen Zeitpunkt zu bestehen auf und mußten neu konstituiert werden, wobei die neue Landkreiseinteilung zu beachten war. Bei Abschluß dieses Berichtes waren noch nicht alle Ärztlichen Kreisverbände neu konstituiert, so daß ein endgültiger Überblick über die neuen Ärztlichen Kreisverbände in Bayern noch nicht gegeben werden kann. Die bisher vorliegenden Berichte zeigen, daß in fast allen Fällen die

bisherigen Satzungen und Wahlordnungen ohne Änderung wieder beschlossen worden sind.

Auch für den Bereich des Stadt- und Landkreises München wurde die Neukonstituierung des Ärztlichen Kreisverbandes in einer gemeinsamen Versammlung der Ärzte der Stadt und des Landkreises München beschlossen. Dieser Kreisverband hat damit laut Gesetz weiterhin zugleich die Stellung eines Bezirksverbandes.

Satzungen und Wahlordnungen sowie Beitragsordnungen der Ärztlichen Kreisverbände bedürfen der Zustimmung der Bayerischen Landesärztekammer und der Genehmigung durch die zuständige Regierung. Sie werden von den Kreisverbänden bei der Kammer eingereicht und nach Prüfung an die jeweilige Regierung weitergeleitet.

Mitarbeit an der Gesetzgebung

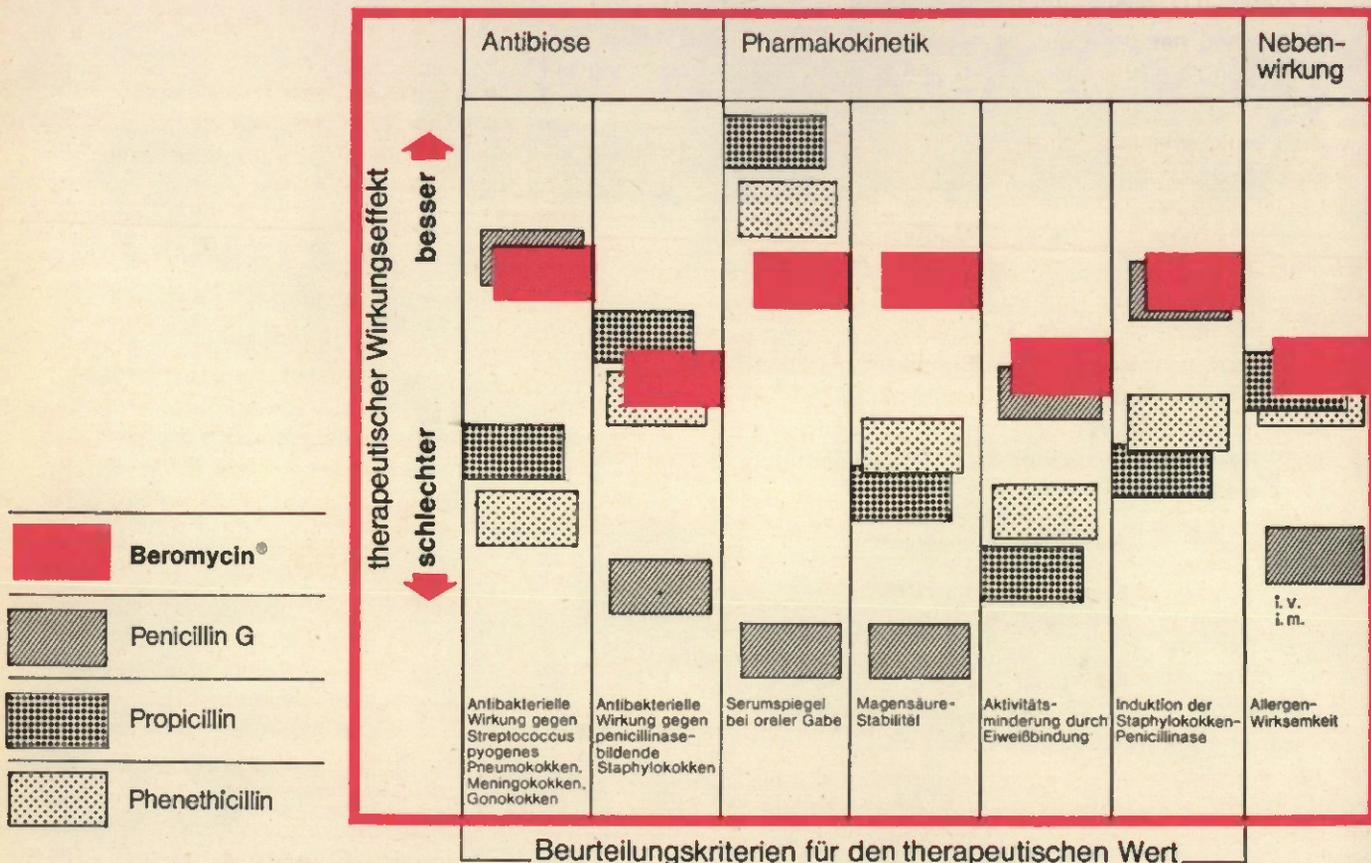
Im Rahmen der Beratungen von Bundes- und Landesgesetzen, z. B. dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Betriebsärztegesetz, dem Gesetz zur Reform der §§ 218 bis 220 StGB innerhalb der entsprechenden Gremien ist die Kammer über die Bundesärztekammer bzw. von den zuständigen bayerischen Ministerien entsprechend dem Kammergesetz gehört worden.

Insbesondere zum Gesetzentwurf zur Neuregelung der §§ 218 bis 220 StGB fanden Beratungen mit dem Bayerischen Staatsministerium des Innern und dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz statt und es wurden eingehende und ausführliche mit formulierten Anträgen versehene Stellungnahmen abgegeben.

Auch in die Beratungen des Entwurfes eines Gesetzes über Betriebsärzte und Fachkräfte für Betriebssicher-

Beromycin[®]- Mega

Nach wie vor unübertroffen durch seine optimalen Eigenschaften bei allen für die Chemotherapie wichtigen Kriterien:



Beromycin[®]-Mega

höchste antibakterielle Potenz

geringste Eiweißbindung

schnellste Resorption

wirkt besonders gegen hämolytische Streptokokken und verhindert somit Folgekrankheiten wie rheumatisches Fieber und Glomerulonephritis.

Indikationen: Infektionen durch penicillinempfindliche Erreger wie z. B. Angina tonsillaris, Bronchitiden, Bronchopneumonien, Otitiden, Furunkel, Erysipel, Rheumaprophylaxe.

Kontraindikation: Penicillin-Allergie

Packungen:

lt. A.T.

Beromycin[®]-Mega (1 Tabl. = 1.000.000 I. E. Penicillin-V-Kalium)

10 Tabletten

DM 15,90

20 Tabletten

NEU

DM 28,75

Klinikpackungen

Jetzt als Oblongtabletten –
leichter zu teilen, leichter einzunehmen.

Boehringer
Ingelheim



heit hat sich die Kammer durch Stellungnahmen und Gespräche mit den zuständigen bayerischen Ministerien eingeschaltet.

Hier ging es vor allem darum, durch eine klare Gliederung und Abgrenzung aller betriebsärztlichen Aufgaben die sachgerechte und bestmögliche arbeitsmedizinische Betreuung der Betriebsangehörigen zu gewährleisten. Dieser Notwendigkeit muß auch durch eine entsprechende Stellung des Betriebsarztes im Betrieb und seine Unabhängigkeit in seinem ärztlichen Wirken im Gesetz Rechnung getragen werden. Die Kammer sprach sich gegen die im Gesetzentwurf vorgesehene Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften für die Ausbildung auch der Ärzte im Arbeitsschutz und in der Unfallverhütung aus.

Inzwischen hat der Bundesrat eine Reihe von Empfehlungen zur Änderung dieses Beschlusses beschlossen.

Zum Entwurf eines Partnerschaftsgesetzes stellte die Kammer ausführlich ihre Bedenken und ihre ablehnende Haltung gegen die Einbeziehung der Ärzte in dieses Gesetz dar, welches geeignet ist, das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als der Grundlage ärztlicher Tätigkeit erheblich zu stören. Auch gegen die darin vorgesehene Haftungsbeschränkung bestehen erhebliche Bedenken. Die bereits vor Jahren konzipierten und inzwischen verwirklichten verschiedenen Formen der gemeinsamen Ausübung ärztlicher Tätigkeit machen nach Auffassung der Kam-

mer die Einbeziehung der Ärzteschaft in das geplante Partnerschaftsgesetz völlig überflüssig.

Berufsaufsicht

Im Berichtszeitraum wurden in der Tagespresse und in Illustrierten erschienene Artikel bzw. Anzeigen mit werbendem Charakter für einen Arzt, seine Behandlungsmethoden und Erfolge den zuständigen Ärztlichen Kreisverbänden zur weiteren Ermittlung und gegebenenfalls berufsgerichtlichen Ahndung zugeleitet.

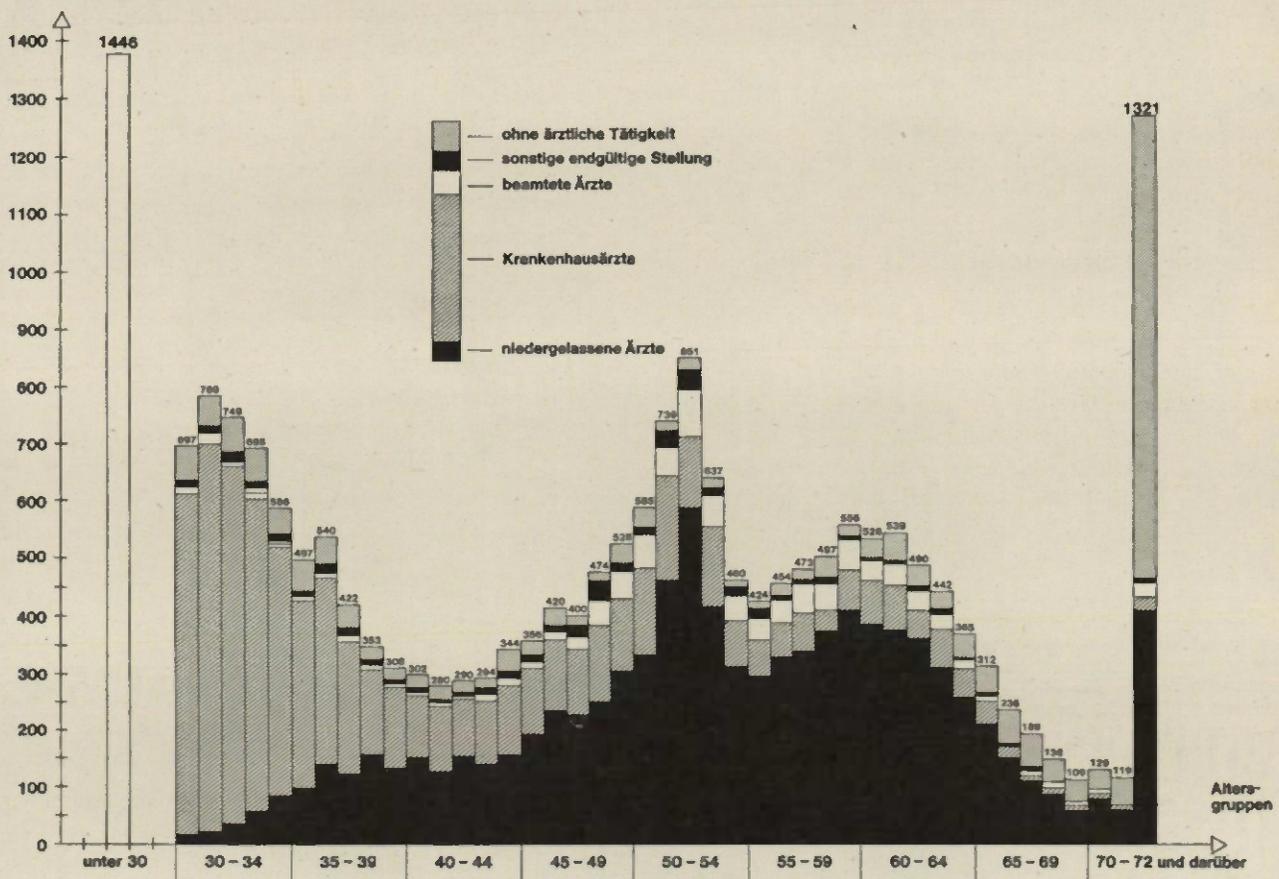
Die Kammer selbst war in keinem Fall veranlaßt, von sich aus die Einleitung berufsgerichtlicher Verfahren zu beantragen.

Belehrungen und Anträge der Ärztlichen Kreisverbände bzw. Ärztlichen Bezirksverbände auf Einleitung berufsgerichtlicher Verfahren betrafen daneben Verstöße gegen die Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung, gegen die Vorschriften über die Gebührenbemessung, grobe und wiederholte Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz und andere Verfehlungen.

Die Anzahl der berufsgerichtlichen Verfahren war im Berichtszeitraum geringer als im vorangegangenen.

Meldewesen und Kartei

In Erweiterung der Aufgabenstellung der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) im Be-



reich des Meldewesens wurde im Frühjahr 1972 erstmalig die Beitragsveranlagung durchgeführt, und es erfolgt zur Zeit die Koordination unseres Adressenmaterials mit dem des Vertriebs des „Bayerischen Ärzteblattes“. Als kurzer Überblick über den Umfang der hier u. a. anfallenden Arbeiten wird der mittlere monatliche Arbeitsanfall angeführt: 130 Zugänge, 50 Abmeldungen und 120 Statusänderungen, die alle zunächst auf Lochkarten übernommen und auf Band gespeichert werden.

Die Gesamtzahl an Ärzten in Bayern nahm vom Stichtag 1. Januar 1971 (20 207) bis zum Stichtag 1. Januar 1972 (21 388) um 1181 zu (+ 5,5%).

Aufschlüsselung (Stand 1. Januar 1972):

Freie Praxis	9 257
davon Allgemeinärzte	5 055
Fachärzte	4 202
Krankenhausärzte (Chef, OA, Ass., MA)	7 705
Ohne ärztliche Tätigkeit	2 823
Sonstige	1 603
	<hr/>
	21 388

Bis zum Redaktionsschluß dieses Tätigkeitsberichtes kann das Ergebnis der Krankenhaus-Umfrage (Stichtag 1. Juli 1972) noch nicht vorgelegt werden.

Ebenfalls mit der EDV wurde zum Stichtag 1. August 1972 die nachfolgend aufgeführte Altersstatistik der bayerischen Ärzte erstellt, aufgeschlüsselt nach den Haupttätigkeitsgruppen (Abb. Seite 975).

Ausländische Ärzte

Die Zahl der mit § 10-Erlaubnis (BÄO) tätigen ausländischen Kollegen liegt im Bereich von ca. 600, wobei absolut und relativ die größte Zahl in chirurgischer Weiterbildung ist.

Sanitätswesen der Bundeswehr

41 Anträge auf Uk-Stellung wurden uns von den zuständigen Behörden in den verflossenen zehn Monaten zur Stellungnahme zugeleitet, die bis auf drei nach eingehender Überprüfung und Rückfrage zu befürworten waren, ausschließlich aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung. 76 Anfragen des Personal-Stammtamtes der Bun-

deswehr zur Einstellung von Ärzten als Berufs-Zeitoffiziere (22) bzw. zur Verwendung als Reserve-Sanitätsoffiziere (61) wurden bearbeitet, ebenso 16 Anfragen zur Einstellung von Kollegen als Vertragsärzte.

Vertretervermittlung

1062 Anträge auf Vermittlung eines Praxisvertreters gingen in den letzten zehn Monaten ein, wovon 80% positiv erledigt werden konnten.

Berufsordnung mit Weiterbildungsordnung

Die vom 24. Bayerischen Ärztetag beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Berufsordnung, und zwar die Voraussetzungen für die Zusatzbezeichnungen, die Zuordnung der programmierten Vorsorgeuntersuchungen zu einzelnen Fachgebieten und die Weiterbildungszeiten für den Laborarzt, wurden dem Bayerischen Staatsministerium des Innern zur Genehmigung vorgelegt und nach Erteilung derselben im Dezember-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ 1971 mit Wirkung vom 1. Januar 1972 veröffentlicht.

Die vom 75. Deutschen Ärztetag beschlossenen Ergänzungen und Änderungen der Berufsordnung im Teil II Weiterbildungsordnung können dem diesjährigen Bayerischen Ärztetag wegen der durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes notwendig gewordenen Neuregelung noch nicht zur Beratung und Beschlußfassung vorgelegt werden.

Zusatzbezeichnungen

Die Gesamtzahl an Anträgen in zehn Monaten betrug 189, die Aufschlüsselung ergibt:

Arbeitsmedizin	23
Bade- oder Kurarzt	22
Homöopathie	5
Naturheilverfahren	7
Psychotherapie	31
Sportmedizin	75
Stimm- und Sprachstörungen	3
Tropenkrankheiten	2

Der Rest ist noch in Bearbeitung.



RECORSAN-HERZSALBE

Das älteste, percutane Kardiakum, seit 5 Jahrzehnten bewährt, dabei in Wirkung und Anwendung stets weiterentwickelt und verbessert.

Cor: nervos, coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100g Salbe: Extr: Crataeg. 2,2g, Valerian. 1,7g, Tinct. Conval. 0,8g, -Castor. 0,6g, Camph. 1,0g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,155g, OP. 30g DM 410

Recorsan-Gesellschaft, Gräfelfing und Lüneburg

Gemäß Ergänzungen der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1972 wurden 14 Arbeitsmediziner ermächtigt, bei denen die neun Monate praktische Tätigkeit für den Erwerb dieser Zusatzbezeichnung abgeleistet werden können, sowie vier leitende Ärzte an Krankenhäusern und Kurkliniken, deren Drei-Wochen-Kurs als eine der Voraussetzungen zur Genehmigung der Zusatzbezeichnung „Bade- oder Kurarzt“ anrechenbar ist.

Weiterbildung in Allgemeinmedizin

Der Bayerische Ärztetag hat 1969 die neue Weiterbildungsordnung beschlossen, in der erstmals die Weiterbildung zum Allgemeinarzt enthalten ist. Die Weiterbildungszeit beträgt vier Jahre. Darin sind enthalten eineinhalb Jahre Innere Medizin, ein Jahr Chirurgie oder Gynäkologie und Geburtshilfe, drei Monate Assistentenzeit in der Allgemeinpraxis und 15 Monate Zeit zur freien Verfügung. Nach den Übergangsbestimmungen konnten alle Praktischen Ärzte, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der neuen Weiterbildungsordnung niedergelassen waren, auf Antrag die Anerkennung als Allgemeinarzt erhalten, wenn sie mindestens zehn Jahre in eigener Praxis tätig waren, wobei drei Jahre in eigener Praxis gegen ein Jahr klinische Tätigkeit austauschbar waren. Ferner verkürzt sich nach diesen Übergangsbestimmungen für alle, die eine Medizinalassistentenzeit von mindestens 18 Monaten abgeleistet oder nach Ableistung einer kürzeren Medizinalassistentenzeit vor dem 1. Januar 1971 mit der Weiterbildung begonnen haben, die Weiterbildungszeit in Allgemeinmedizin um ein Jahr.

Etwa 85 % aller in Bayern niedergelassenen Praktischen Ärzte haben nach den ersten Übergangsbestimmungen Anerkennung als Allgemeinarzt beantragt und erhalten. Außerdem wurden bereits 182 junge Kollegen als Allgemeinärzte anerkannt, die die Weiterbildung nach der neuen Weiterbildungsordnung absolviert hatten.

Die in der gültigen Berufsordnung gegebene Definition des Faches „Allgemeinmedizin“ wie auch die Formulierung des Inhaltes der Weiterbildung für dieses Fach sind noch außerordentlich dürftig. Daher hat sich die Akademie für Praktische Ärzte im letzten Jahr sehr intensiv mit diesem Problem beschäftigt. Der Vorstand der Deutschen Akademie für Praktische Ärzte hatte beschlossen, das Fach neu zu definieren und den Inhalt der Weiterbildung detailliert darzustellen. Diese Arbeiten sind abgeschlossen und werden bei der nächsten Sitzung der Akademie zur Beratung und Beschlußfassung vorgelegt. Sie werden dann dem Vorstand der Bundesärztekammer zugeleitet. Die intensive Beschäftigung mit dieser Materie brachte für uns die Erkenntnis, daß die Allgemeinmedizin heute ein eigenes klar definierbares Fach darstellt. Das Wissen darum veranlaßte den Verband der Praktischen Ärzte und Allgemeinärzte, beim Deutschen Ärztetag

in Westerland einen Antrag einzubringen, nach dem dem Allgemeinarzt in Zukunft die Facharzteigenschaft zuerkannt werden sollte. Eingehende Beratungen dieses Antrages führten dann dazu, daß der Deutsche Ärztetag gegen zwei Stimmen beschloß, die Bezeichnung „Fach“ für alle Arztgebiete zu streichen. Damit wurde dokumentiert, daß es sich bei den Allgemeinärzten und bei den Fachärzten um gleichwertig weitergebildete Ärzte handelt.

Nach der Definition des Gebietes Allgemeinmedizin sind die Hauptaufgaben des Allgemeinarztes folgende:

1. Die Vorsorge und die Gesundheitsbetreuung und -aufklärung;
2. die Beherrschung lebensbedrohlicher Zustände;
3. die Behandlung allgemeinmedizinischer Erkrankungen;
4. die Betreuung alter und chronisch kranker Menschen;
5. die Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden;
6. die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, sowie die Integration aller medizinischen und sozialen Hilfen für den Kranken;
7. die Zusammenarbeit mit den anderen Fachärzten und Krankenhäusern.

Um all diesen Aufgaben gerecht werden zu können, muß der angehende Allgemeinmediziner so viele spezifisch allgemeinmedizinische Dinge erlernen, die er weder an der Universität noch in der Klinik erlernen kann. Daher ist die Weiterbildungszeit von drei Monaten in der Allgemeinpraxis auch viel zu kurz. Sie muß deshalb auf mindestens sechs Monate verlängert werden.

Die Bayerische Landesärztekammer hat im Herbst des letzten Jahres bei allen 120 damals zur Weiterbildung ermächtigten Allgemeinärzten mit einem Fragebogen eine Umfrage veranstaltet. Diese Umfrage hatte folgendes Ergebnis:

„97 Kollegen und Kolleginnen haben den Fragebogen ausgefüllt und zurückgeschickt. Von ihnen beabsichtigten nur 78, einen Assistenzarzt zur Weiterbildung einzustellen, während 18 Kollegen dies nicht wollten. Diese 18 Kollegen haben wir gebeten, ihre Ermächtigung zurückzugeben. Auf die Frage, wie lange ein Assistenzarzt beschäftigt werden soll, antworteten 35 mit drei Monaten und 51 mit länger.“

Auf die Frage, wer schon einen Assistenzarzt in Allgemeinmedizin weitergebildet hat, antworteten mit ja 42, mit nein 54. Im ganzen wurden bis zum letzten Herbst 89 Assistenten in der Allgemeinmedizin beschäftigt. Davon waren acht Familienangehörige. Die durchschnittliche Beschäftigungszeit betrug 5,2 Monate. Das durchschnittliche Alter der Assistenzärzte war 29 Jahre. Von diesen Assistenzärzten wurden in der Allgemeinpraxis beschäftigt 45 im ersten Jahr nach

Das ist das erste Mal, daß er seine Medizin regelmäßig einnimmt!

Er ist sehr wählerisch: Tabletten nimmt er nur ungem, Säfte nur, wenn sie wirklich gut schmecken. Aber diesmal war seine Bronchitis besonders hartnäckig, so daß er gern den Rat seines Hausarztes befolgte. Seine Frau war skeptisch, doch er nahm seinen Bisolvonamid-Saft regelmäßig – dreimal täglich eine Meßschale – Fieber und Husten gingen rasch zurück.

Falls er wieder einmal eine Bronchitis haben sollte – sie weiß, daß alles schnell besser wird, durch Bisolvonamid.

Bisolvonamid®



der Approbation, 21 im zweiten Jahr, 14 im dritten Jahr und 9 im vierten Jahr der Weiterbildung. Es wurde auch nach den Vorkenntnissen der jungen Assistenzärzte gefragt. Bei 51 wurden sie als gut, bei 21 als ausreichend und bei 17 als mäßig bezeichnet.

Ferner hat die Umfrage ergeben, daß 72 Assistenzärzte für die Praxis eine echte Entlastung waren und daß 39 Allgemeinärzte von ihren Assistenten echte Anregungen erhalten haben. 29 von den 89 Assistenzärzten in der Allgemeinpraxis haben erklärt, daß sie sich selbst einmal als Allgemeinärzte niederlassen wollten.“

Begleitende Briefe zu den Fragebogen haben uns viele Anregungen gegeben, aber auch viele Mißverständnisse und manche Unkenntnisse aufgedeckt. Deshalb beabsichtigen wir, in absehbarer Zeit für Allgemeinärzte, die zur Weiterbildung ermächtigt sind, ein Wochenend-Seminar zu veranstalten. Dabei sollen vor allem Dinge besprochen werden, die der Weiterbildungsassistent in der Allgemeinpraxis sehen und lernen muß. Außerdem müssen Fragen behandelt werden, die mit der Bezahlung, der Vertragsgestaltung, mit den Aufgaben des Weiterbilders und des Assistenten, mit der Integration eines Assistenten in der Praxis und im Arzthaus und der rationellen Praxisgestaltung zusammenhängen. Als Ergebnis dieses Seminars sollen dann Unterlagen erarbeitet werden, die jedem Allgemeinarzt, der die Berechtigung zur Weiterbildung erhält, mitgegeben werden.

Die Niederlassung von jüngeren Kollegen als Praktische Ärzte oder als Allgemeinärzte hat in den letzten beiden Jahren in Bayern erheblich zugenommen. Trotzdem besteht immer noch ein großer Bedarf an Allgemeinärzten. Da wir keinen Überblick darüber haben, wieviele von den jungen Assistenten, die sich in Weiterbildung befinden, später Allgemeinärzte werden wollen, beabsichtigen wir, eine Umfrage durchzuführen. Wir hoffen, dadurch einen Überblick über den Nachwuchs an Allgemeinärzten zu erhalten. Außerdem werden wir dann diesen jungen Kollegen auch ein Wochenend-Seminar anbieten, bei dem technische Fragen der Weiterbildung, aber auch allgemeinmedizinische Probleme besprochen werden sollen, die der junge Kollege an der Universität und in der Klinik nicht vermittelt bekommt.

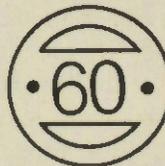
Durch die Gleichstellung des Allgemeinarztes mit den Fachärzten, die in dem erwähnten Beschluß von Westerland dokumentiert wird, und durch die angesprochenen Aktivitäten der Bayerischen Landesärztekammer hoffen wir, mehr junge Kollegen anzuregen, die Allgemeinmedizin als eine schöne und erfüllende ärztliche Aufgabe zu erwählen.

Anerkennungen Allgemeinarzt/Facharzt

In den zehn Monaten seit dem 24. Bayerischen Ärztetag in Nürnberg gingen an **Anträge** ein:

Bisolvonamid[®] und in Kürze bleibt nur noch die angenehme Erinnerung an eine rasche Besserung!

- Zusammensetzung:** 5 ml Saft (1 Meßschale) bzw. 1 Tablette enthalten:
N-Cyclohexyl-N-methyl-(2-amino-3,5-dibrombenzyl)-amin-hydrochlorid 4 mg
Sulfadiazin 334 mg
- Indikationen:** Infizierte Bronchitiden, insbesondere alle akuten Formen; fieberhafte Schübe der chronischen Bronchitis bei sulfonamidempfindlichen Erregern; zur Fortsetzung einer antibiotisch begonnenen Behandlung der chronischen Bronchitis, Schubprophylaxe.
- Kontraindikationen:** Sulfonamid-Allergie, schwere Leber-, Nieren- und Bluterkrankungen. Darüber hinaus besteht absolute Kontraindikation - wie für andere Sulfonamide auch - in der letzten Schwangerschaftswoche und während der ersten drei Lebensmonate bei Säuglingen. Auch während der ersten Schwangerschaftsmonate sollte Bisolvonamid wegen der Sulfonamid-Komponente nur bei strenger Indikationsstellung verordnet werden.
- Dosierung:** Bei akutem Krankheitsbild, zur kurzfristigen Anwendung:
Erwachsene im allgemeinen 3 x 1 Meßschale Saft oder 3 x 1 Tablette täglich.
Kinder ab dem 4. Lebensmonat erhalten Bisolvonamid-Saft dem Alter entsprechend:
4 Monate bis 2 Jahre 2 x 1/2
2-6 Jahre 3 x 1/2
6-14 Jahre 4 x 1/2 Meßschale täglich.
Die Verwendung von Sorbit im Bisolvonamid-Saft sichert eine gute Verträglichkeit auch bei Kleinkindern.
Zur langfristigen Anwendung:
Im allgemeinen 2 x 1 Tablette oder 2 x 1 Meßschale Saft täglich.
Es wird empfohlen, Bisolvonamid nach den Mahlzeiten zu nehmen.
- Handelsformen:** Originalpackung mit 90 ml Saft DM 8,15 lt. AT
Klinikpackung
Originalpackung mit 20 Tabletten DM 8,15 lt. AT
Originalpackung mit 60 Tabletten DM 16,65 lt. AT
Klinikpackung



GROSSPACKUNG MIT
60 TABLETTEN
ZUR SCHUBPROPHYLAXE
BEI CHRONISCHER BRONCHITIS.



Bisolvonamid-Tabletten werden von berufstätigen Patienten bevorzugt. Sie lassen sich leicht einnehmen.

Thomae

61 Anträge auf Anerkennung als Allgemeinarzt

293 Anträge auf Anerkennung als Arzt für ein Fachgebiet, davon 10 % von ausländischen Kollegen

28 Anträge auf Genehmigung zum Führen einer Teilgebietsbezeichnung (Unfall-Chirurgie 17, Kinder-Chirurgie 1, Gastroenterologie 3, Kardiologie 6, Lungen- und Bronchialheilkunde 1)

Die Aufschlüsselung der Anerkennungen nach Fachgebieten ergibt:

86 Internisten, darunter 10 ausländische Kollegen

35 Chirurgen, darunter 11 ausländische Kollegen

39 Kinderärzte, darunter 2 ausländische Kollegen

21 Frauenärzte, darunter 2 ausländische Kollegen

19 Anästhesisten, darunter 3 ausländische Kollegen

19 Nervenärzte

14 Augenärzte, darunter 1 ausländischer Kollege

12 Orthopäden, darunter 1 ausländischer Kollege

10 Radiologen

9 Hautärzte

8 Laborärzte, darunter 1 ausländischer Kollege

7 HNO-Ärzte

6 Lungenärzte

4 Urologen, darunter 2 ausländische Kollegen

2 Pathologen

2 Neurochirurgen

Neuanträge bzw. Verlängerungsanträge zur Weiterbildungsermächtigung

Ermächtigungsanträge wurden im Berichtszeitraum insgesamt 299 gestellt, davon 106 für Allgemeinmedizin, 126 für Fachgebiete und 67 für Teilgebiete.

Der Kammervorstand befaßte sich weiterhin in seiner Sitzung am 1. Juli 1972 mit der Umstellung der gesamten bisherigen Ermächtigungen in den Fachgebieten Innere Medizin (269), Chirurgie (234) und Frauenheilkunde (132) auf die inhaltlichen und zeitlichen Bestimmungen der neuen Weiterbildungsordnung. In dieser Sitzung konnten 95 % aller bisherigen Ermächtigungen umgestellt werden, soweit die leitenden Ärzte neue und komplette Unterlagen zur Beurteilung eingesandt hatten. In der gleichen Sitzung konnte auch erstmalig über 67 Anträge auf Ermächtigung zur Weiterbildung in Teilgebieten beraten werden, nachdem die Ermächtigungsrichtlinien von der Bundesärztekammer als Empfehlung vorlagen und die Vorprüfung durch die zentrale Kommission der Bundesärztekammer abgeschlossen war. Somit sind in Bayern derzeit folgende Ermächtigungen beschlossen:

Kinder-Chirurgie	5
Unfall-Chirurgie	9
Gastroenterologie	8
Kardiologie	6

Der Stand an ermächtigten Weiterbildern in Allgemeinmedizin beträgt 181.

Fortbildung

Der Bericht über die Aktivität auf dem Gebiet der ärztlichen Fortbildung in Bayern – eines der Hauptanliegen unserer Berufsvertretung – kann erfreuliche Tatsachen aufzeigen.

Bayerische Fortbildungskongresse

Beim 22. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer überschritt die Teilnahme der Kolleginnen und Kollegen erstmalig die Zahl von 4000, am Augsburger Frühjahrskongreß nahmen über 1000 und am Regensburger Fortbildungskongreß im Frühjahr 1972 ca. 1500 Ärzte teil.

Die klinische Fortbildung, soweit sie in organisatorischer Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer erfolgt, bot 16 Einzelveranstaltungen, an denen 621 Ärzte teilnahmen. Darüber hinaus wurden 154 Veranstaltungen klinischer Fortbildung auf Einzelinitiative von Chefärzten, Berufsverbänden usw. durchgeführt.

Die 63 Ärztlichen Kreisverbände, stellenweise in vorbildlicher Zusammenarbeit mehrerer Kreisverbände, führten 97 Veranstaltungen durch:

Abendveranstaltungen	91
Wochenendveranstaltungen	6

Von der Herausgabe eines Fortbildungskataloges 1972/73 mußte Abstand genommen werden, da im Zusammenhang mit der Landkreisreform (Stichtag 1. Juli 1972) durch die Neukonstituierung zahlreicher Ärztlicher Kreisverbände eine langfristige Planung nicht mehr verwirklicht werden bzw. noch nicht begonnen werden konnte.

Vertragsberatung und -überprüfung

Im Berichtszeitraum wurden der Kammer zahlreiche Verträge neuberufener leitender Krankenhausärzte aufgrund des Kammergesetzes zur Überprüfung vorgelegt bzw. wurde ihre beratende Mitwirkung hierbei in Anspruch genommen. Unter maßgebender Beteiligung ihres Justitiars erstreckte sich diese Beratungstätigkeit auch auf die Änderung bestehender Dienstverträge und die Einführung organisatorischer Änderungen, vor allem auch im Sinne einer Reform der Krankenhausstruktur. Es war erkennbar, daß immer mehr Krankenhausträger eine solche Reform anstreben einschließlich einer Regelung für die finanzielle Beteiligung der sogenannten nachgeordneten Ärzte an den Nebeneinnahmen der leitenden Ärzte. Hierzu sahen die Vertragsentwürfe bisher unterschiedliche Regelungen vor. Die Kammer hat sich dabei bemüht, in ihren Stellungnahmen und ihren Vorschlägen die vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Leitsätze zum Tragen zu bringen. Es kann festgestellt werden, daß auf seiten der leitenden Ärzte die Bereitschaft zu einer solchen Regelung durchaus vorhanden war.



Blick auf die Delegierten
– Bezirk München –

Im Bereich der belegärztlichen Tätigkeit haben sich keine neuen Probleme ergeben. Forderungen der Krankenhausträger nach dem Einbau einer Abgabenregelung in bestehende Belegarztverträge sind der Kammer im Berichtszeitraum nicht bekanntgeworden.

Erstellung von Gutachten

Seit dem letzten Ärztetag 1971 wurde die Kammer weiterhin häufig von verschiedenen Gerichten zur Abgabe von Gutachten sowie zur Beantwortung von Fragen des Berufsrechtes und der Berufspflichten, vor allem aber in Streitigkeiten über die Angemessenheit ärztlicher Honorarforderungen in Anspruch genommen. Teilweise hatte sie ihre gutachtlichen Stellungnahmen durch die Geschäftsführung persönlich vor Gericht zu vertreten.

Medizinische Assistentenberufe

a) ArzthelferIn-Lehrlinge

Die Ausbildung der Arzthelferinnen auf der Grundlage des Berufsbildes in Praxen, mit berufsbegleitendem Unterricht an den Fachklassen von Berufsschulen hat auch im Berichtszeitraum hinsichtlich der Anzahl der Lehrlinge bzw. Interessentinnen für diesen Beruf zugenommen.

Ende des Schuljahres 1969/70 wurden 803 Lehrlinge geprüft, im Schuljahr 1970/71 waren es rund 1000 und in diesem Sommer unterzog sich die gleiche Anzahl von Lehrlingen der Abschlußprüfung. Am Ende des nächsten Schuljahres werden voraussichtlich 1490 Lehrlinge zu dieser Prüfung herantreten.

Mit dem Stand 31. Dezember 1971 befanden sich 2990 Mädchen in der Ausbildung zur ArzthelferIn über Lehrverträge bzw. Vorverträge.

Die Anzahl der im Schuljahr 1972/73 neu eingetretenen Lehrlinge und Interessentinnen für den Beruf der ArzthelferIn war zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes noch nicht zu übersehen. Es kann jedoch nach der Zahl der bisher eingegangenen Lehrverträge mit einer weiteren Zunahme der Lehrlinge gerechnet werden.

Nach den Beschäftigungsrichtlinien darf ein Ausbilder (Lehrherr) in aller Regel jeweils einen Lehrling beschäftigen. Für die gleichzeitige Beschäftigung eines zweiten Lehrlings muß in der Praxis eine ausgebildete HelferIn tätig sein. In den Lehrpraxen werden überwiegend jeweils ein Lehrling ausgebildet; eine geringere Zahl von Praxen beschäftigt gleichzeitig zwei Lehrlinge. Lediglich in besonderen Ausnahmefällen wird vereinzelt die Ausbildung eines dritten Lehrlings genehmigt.

Die Kammer legt besonderen Wert darauf, daß diese Regelung im Interesse einer ordnungsgemäßen Ausbildung der ArzthelferIn eingehalten wird.

Das Berufsbildungsgesetz sieht in § 21 vor, daß der Bundesminister für Wirtschaft über die in diesem Gesetz vorgeschriebene Eignung hinaus, welche bei Ärzten aufgrund ihrer Approbation gegeben ist, bestimmen kann, daß der Erwerb berufs- und arbeitspädagogischer oder zusätzlicher fachlicher Kenntnisse nachzuweisen ist.

Die damit vorgesehene Ausbildung der Ausbilder, für welche ein umfangreiches Programm mit einer Prüfung von fünf Stunden Dauer vorgesehen war, konnte im Berufsbildungsgesetz des Bundes noch einmal von

den Ärzten abgewendet werden. Es wurde den Kammern jedoch empfohlen, eine solche pädagogische Ausbildung durch Vorträge geeigneter Referenten im Rahmen von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen, um auf diese Weise dem Gesetz zu genügen. Die Kammer ist dabei, solche Vorträge vorzubereiten.

Zur Überwachung der Durchführung der Berufsausbildung und ihrer Förderung im Wege der Beratung der Auszubildenden und der Auszubildenden hat die Kammer Ausbildungsberater zu bestellen. Erstere sind verpflichtet, für die Überwachung notwendige Auskünfte zu erteilen, Unterlagen vorzulegen und die Besichtigung der Ausbildungsstätten zu gestatten.

Nachdem die Beratung der Ausbilder wie auch der Auszubildenden in diesen Fragen bisher bereits in den Händen der nebenamtlichen ärztlichen Fachlehrer lag, wurden die Ausbildungsberater aus diesem Kreis der Kolleginnen und Kollegen berufen. Ihre Aufgabe wird es sein, mitzuhelfen, daß eine dem Berufsbild entsprechende Ausbildung in geeigneten Lehrpraxen gewährleistet ist.

Im Vollzug dieser Vorschrift wurden für den Einzugsbereich einer jeden der 24 Berufsschulen Ausbildungsberater von der Kammer an der dafür zuständigen Stelle bestellt.

Für die Unterrichtung der ArzthelferIn-Lehrlinge wurden den Schulen im abgelaufenen Schuljahr weitere Unterrichtsmittel zur Verfügung gestellt und Zuschüsse zur Ausstattung von Laborunterrichtsräumen an die Schulträger gewährt. Die Bemühungen der Kammer, die Schulen mit Photometern und Mikroskopen auszustatten, werden fortgesetzt.

Im laufenden Schuljahr werden an 24 Berufsschulen in Bayern Fechklassen für ArzthelferIn-Lehrlinge geführt, teilweise mit einigen Parallelklassen. An weiteren Schulen ist die Einrichtung von Fechklassen zunächst nicht geplant. Hier wird sich das beschlossene Berufsschulgesetz für Bayern auswirken, das eine Zentralisierung der Lehrberufe an bestimmten Schulen vorsieht.

Zur Abnahme der diesjährigen Abschlußprüfung für ArzthelferIn-Lehrlinge am Ende des Schuljahres 1971/1972 wurden gemäß den Vorschriften des Berufsbildungsgesetzes Prüfungsausschüsse gebildet, welche aus der gleichen Zahl von Beauftragten der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie aus einem Vertreter der Berufsschule bestehen. Die Berufung der Mitglieder und ihrer Stellvertreter erfolgte gemäß dem Gesetz durch die Kammer aus dem Kreis der nebenamtlichen ärztlichen Fachlehrer und aus berufstätigen ArzthelferInnen mit entsprechend langer Berufserfahrung. Da eine ausreichende Anzahl von Arbeitnehmerorganisationen angehörenden ArzthelferInnen seitens dieser Verbände nicht benannt werden konnten, welche nach dem Berufsbildungsgesetz vorrangig zu berufen sind, mußte die Kammer auf nichtorganisierte

Mitarbeiter ärztlicher Praxen zurückgreifen. Die Abschlußprüfungen konnten an allen Berufsschulen in der neuen Zusammensetzung der Prüfungsausschüsse ohne Schwierigkeiten durchgeführt werden. Ebenfalls nach dem Berufsbildungsgesetz hatte die Kammer eine Entschädigungsregelung für die Mitglieder der Prüfungsausschüsse festzulegen, die der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedurfte. Der Kammervorstand beschloß in seiner Sitzung am 1. Juli 1972 die ihm vom Arbeitsausschuß „Medizinische Assistenzberufe“ vorgeschlagene Regelung, die jener für die Abschlußprüfung der ZahnarzthelferInnen bereits genehmigten angeglichen werden mußte. Die dabei erfolgte Anhebung der bisherigen Entschädigungen machte es zusammen mit der Vermehrung der Mitglieder der Prüfungsausschüsse gegenüber der bisherigen Regelung notwendig, die seit Jahren gleichgebliebene Prüfungsgebühr von DM 50,- auf DM 100,- seitens des Vorstandes anzuheben.

Auch im Berichtszeitraum war die Zusammenarbeit mit den Leitern der Berufsschulen und den dort tätigen Lehrkräften mit der Kammer bzw. den örtlichen ärztlichen Berufsvertretungen sehr gut. Schule und Lehrerschaft waren um eine bestmögliche berufs begleitende Unterrichtung der ArzthelferIn-Lehrlinge bemüht.

Gegenüber dem vergangenen Jahr wurden entsprechend der einschlägigen Verordnung des Kultusministeriums vom August 1969 an weiteren Berufsschulen ein zusätzlicher Halbtagsunterricht neben dem vollen Berufsschultag für das erste Lehrjahr eingeführt. Schwierigkeiten in der Ausbildung der Lehrlinge in den Lehrpraxen sind der Kammer dadurch nicht bekannt geworden.

Das vom Bayerischen Landtag beschlossene Gesetz über das Berufsschulwesen vom 12. Juni 1972 sieht die Ausbildung von Zentren vor, in denen nicht nur berufliche Schulen, sondern auch Schulen gleicher Fachrichtungen zusammengefaßt werden sollen. Das bedeutet für die Beschulung der ArzthelferIn-Lehrlinge, daß auch hierfür Zentren zu schaffen und gegebenenfalls bisherige Schulen zusammenzufassen sein werden. Dabei soll die traditionelle Beschulung an den bisherigen Orten berücksichtigt werden.

Das neue Berufsschulgesetz sieht ferner die Einrichtung des Berufsbildungsgrundjahres vor, um eine erweiterte Kenntnisbasis zu schaffen, und zwar in Jahrgangsklassen, d. h. als Vollzeit- oder Teilzeitschule. Die bundeseinheitliche Zusammenfassung der Ausbildungsberufe ist zu diesem Zweck in Vorbereitung. Hierfür bietet sich eine Zusammenfassung der Lehrlinge der Heilberufe an, worüber bereits eine Einigung zwischen den Kammern (der Heilberufe) in Bayern herbeigeführt werden konnte.

Ein solches Berufsfeld könnte unter der Bezeichnung „Berufsfeld für die Lehrlinge des Gesundheitsdienstes“ geführt werden. Zur Verbesserung des Unter-

richtes soll nach der Auffassung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus gegenüber dem bisherigen Teilzeitunterricht ein Blockunterricht eingeführt werden. Das würde bedeuten, daß die Lehrlinge z. B. drei Monate eine Vollzeitschule absolvieren und für die folgenden drei Monate in die Lehrpraxis zurückkehren. Dieser Wechsel soll ein Jahr fortgesetzt werden. Der Arbeitsausschuß Medizinischer Assistenzberufe und der Kammervorstand haben sich übereinstimmend mit der Auffassung der Kammern der übrigen Heilberufe gegen eine solche Regelung ausgesprochen, da sie zu einer erheblichen Störung in der praktischen Ausbildung des Lehrlings wie auch im Ablauf der Praxis führen würde.

Der Rangstellung, welche der Lehrberuf der Arzthelferin innerhalb der Ausbildungsberufe aufgrund der Zahl seiner Lehrlinge einnimmt, zufolge, wird sich das zuständige Gremium des Bundes in Bälde mit der Neugestaltung dieses Ausbildungsberufes, d. h. des Berufsbildes, befassen. In diesem Berufsbildungsgrundjahr sollen die Lehrlinge mehrerer Berufe gemeinsam im Rahmen einer Vollzeitschule unterrichtet werden, wobei in zeitlich festzulegenden Kursen eine spezielle Unterrichtung der an den einzelnen Lehrberufen interessierten Schülerinnen getrennt erfolgen soll.

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus beabsichtigt, dieses Berufsbildungsgrundjahr in Kürze einzuführen. Dabei ist noch unklar, ob dies über ein zehntes Schuljahr mit nachfolgenden zwei Lehrjahren oder über ein Berufsbildungsgrundjahr und nur einem daran anschließenden Lehrjahr erfolgen soll. Eine solche Neuregelung müßte auch zu einer Änderung des Berufsbildes und zu einer Umstellung in der praktischen Ausbildung innerhalb der Praxis während des verbleibenden Lehrjahres mit wöchentlich eintägigem Berufsschulbesuch führen.

Der 74. Deutsche Ärztetag 1971 hatte sich für die Einführung eines Berufsbildungsgrundjahres nach einer insgesamt zehnjährigen Schulausbildung ausgesprochen. Das Berufsbild für dieses Berufsbildungsgrundjahr soll die gemeinsame Grundausbildung zu allen Heil-Hilfsberufen sein.

Dieses Berufsbildungsgrundjahr könnte dann zu einer Verkürzung der spezifischen Ausbildung zur Arzthelferin führen. Bei einem solchen Ausbildungsgang könnte an dem bisherigen Eintrittsalter von 16 Jahren für die Arzthelferin-Lehrlinge festgehalten und die erforderliche allgemeine Ausbildung erreicht werden.

Vor allem könnte damit das Problem der Vorvertragsverhältnisse mit Interessentinnen für den Lehrberuf und der Förderungsbeihilfen gelöst und die gegenwärtigen Schwierigkeiten ihrer Einschulung in die entsprechenden Fechklassen beseitigt werden.

Die aufgezeigte Entwicklung des Ausbildungsberufes der Arzthelferin in Bayern, ihre Beschulung, die Vermehrung der Lehrkräfte für den Fachkundeunterricht,



für Galle und Leber

81

Aristochol Tropfen

Nach einem Spezialverfahren hergestelltes Perkolat mit standardisiertem Wirkstoffgehalt:
 Curcumin 10 mg $\frac{1}{2}$
 Cheildonin 5 mg $\frac{1}{2}$
 100 ml Perkolat aus:
 Herb. Cheildon. 20 g,
 -Miliefol. 17 g, -Absinth. 5 g,
 Flor. Stoeched. 15 g,
 Fruct. Card. Mar. 10 g,
 Rad. Tarax. c. Herb. 17 g,
 Cort. Frangul. 3 g,
 Rhiz. Curcum. xanth. 8 g

O.P. Flasche mit 20 ml DM 4,90
 O.P. Flasche mit 50 ml DM 9,60

Literatur und Arztemuster auf Wunsch

Aristochol Konzentrat Granulat

100 g Granulat enthalten:
 Gesamttrockenextrakt aus Herb. Cheildon. Rhiz. Curcum. xanth. } 3,265 g
 Fruct. Card. Mar. }
 Aloe 5,55 g
 Penkreatin 1,5 g
 Eingestellt auf:
 Cheildoniumalkaloide
 mindestens 20 mg $\frac{1}{2}$
 Curcumin mindestens 12,5 mg $\frac{1}{2}$
 Aloin mindestens 1,5 g $\frac{1}{2}$

O.P. mit 24 Btl. zu 1,5 g DM 5,85
 O.P. mit 75 Btl. zu 1,5 g DM 16,-

Stalner & Co.
 Deutsche
 Arzneimittel
 Gesellschaft
 Berlin West





Blick auf die Delegierten
– Bezirk Niederbayern –

die Erweiterung der Prüfungsausschüsse, die Einführung von Zwischenprüfungen nach dem ersten Berufsschuljahr und die Einrichtung des Berufsbildungsausschusses, der im Herbst zu seiner konstituierenden Sitzung und Beschlußfassung über die Geschäftsordnung sowie die nach dem Berufsbildungsgesetz neu einzuführende Prüfungsordnung einzuberufen sein wird, führen zu einer laufenden Mehrbelastung des Haushaltes der Kammer, die in der jährlich steigenden Haushaltsposition „Arzthelferin“ zum Ausdruck kommt.

Für die Fortbildung der Arzthelferinnen und der in der Praxis mithelfenden Ehefrauen sind Wochenendkurse im Anschluß an den Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer in Nürnberg sowie weitere in Bayreuth und Würzburg im Spätherbst dieses Jahres vorgesehen. Fortbildungsveranstaltungen für die übrigen Bezirksverbände sind in Vorbereitung. Unter Leitung von Herrn Professor Dr. SCHRETZENMAYR finden seit Ende 1969 jährlich im Rahmen des Instituts für ärztliche Fortbildung Internatslehrgänge für die Fortbildung von Arzthelferinnen, vor allem im Bereich der Laboruntersuchungen, statt.

Seit dem letzten Bayerischen Ärztetag konnten eine Reihe von Mitarbeiterinnen niedergelassener Ärzte für ihre langjährigen treuen und bewährten Dienste mit Ehrenurkunden bzw. Helferlinbroschen in Gold ausgezeichnet werden.

b) Röntgenhelferinnen

Die Fortbildung von Helferinnen im Röntgenbereich in den seit 1963 von der Bayerischen Landesärztekammer im Zusammenwirken mit der Firma Siemens, Erlangen, eingerichteten vierzehntägigen Kursen

wurde auch im Berichtszeitraum mit zwei Lehrgängen durchgeführt. Die Zahl der Teilnehmerinnen aus Bayern und anderen Bundesländern betrug im Herbstkurs 1971 33 Personen und im Frühjahrskurs 1972 29 Personen, die selbst oder deren Arbeitgeber an dem Erwerb qualifizierender theoretischer und praktischer Kenntnisse in der Röntgendiagnostik interessiert waren.

Für den im Oktober stattfindenden Kurs liegen bereits 30 Anmeldungen vor. Der Kurs wird in bewährter Zusammenarbeit mit der Kammer von Fachärzten der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen und Fachkräften der Firma Siemens durchgeführt.

c) LaborhelferInnen

Für den im Anfang November geplanten Kurs für LaborhelferInnen, der von der Kammer im Jahre 1965 an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg für mindestens drei Jahre im Labor tätigen Helferinnen in der Praxis und im Krankenhaus eingeführt worden ist, liegt bereits eine ausreichende Anzahl von Anmeldungen vor.

Der Kurs erstreckt sich auf vierzehn Tage und wird an den Krankenanstalten in Nürnberg abgehalten. Er endet mit einer Abschlußprüfung, nach deren Bestehen den Teilnehmerinnen ein Zeugnis der Bayerischen Landesärztekammer als geprüfte Laborhelferin ausgehändigt wird.

d) Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen e. V. Walner-Schulen

Der bei der Kammer gegründete Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen

neu

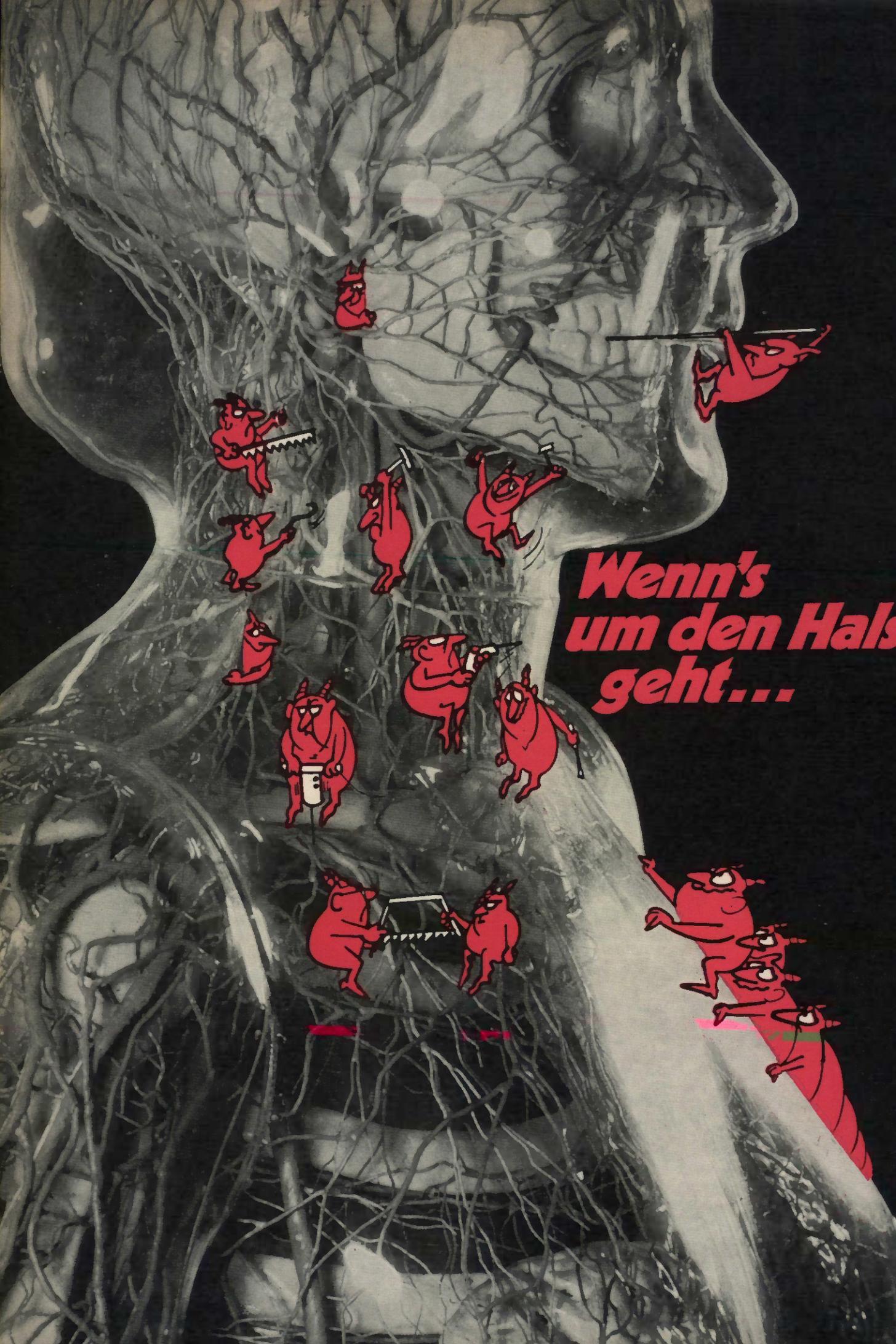


Die neue Art die ‚Darmuhr‘ einzustellen: **Laxoberal®**



Geschmacksneutrale Tropfen
im Einzeltropfer zur genauesten
individuellen Dosierung
für weichen, geformten Stuhl.
Subjektiv: Neue Annehmlichkeiten
für den Patienten. Objektiv:
Die ‚Darmuhr‘ stimmt mit Laxoberal

Anwendung und Dosierung Laxoberal-Tropfen können mit oder ohne Flüssigkeit eingenommen werden. Aus der umgedrehten Tropfflasche wird die gewünschte Tropfenzahl durch leichten Druck auf die Seiten der Flasche entnommen. Die Normaldosierung beträgt für Erwachsene 8 bis 12 Tropfen, für Kinder entsprechend weniger. Durch Erhöhen oder Verringern der Normaldosierung kann die persönliche Optimaldosis gefunden und die gewünschte Festigkeit des Stuhles erreicht werden. Über den Einfluß auf die Schwangerschaft ist zunächst noch wenig bekannt; dem sollte der behandelnde Arzt Rechnung tragen. **Indikationen** Alle Formen von Verstopfung und Darmträgheit in jedem Lebensalter, insbesondere bei längerer Bettlägerigkeit, Kostwechsel, Reisen und Ortswechsel, nach Operationen und Geburten und immer dann, wenn ein problemloser und schonend entschlackender Stuhlgang erwünscht ist oder eine körperliche Anstrengung bei der Entleerung vermieden werden soll. **Kontraindikation** Ileus. **Zusammensetzung** 10 Tropfen enthalten: 4,4'-(2-Pyridyl)-methylendiphenol-dithioharnstoffsaurehalbesterdinatriumsalz [Natriumpicosulfat] 5 mg. **Handelsformen** OP mit 10 ml Tropfen DM 3,40 lt. AT, Klinikpackung.



*Wenn's
um den Hals
geht...*

**Mehr als 90%
aller Infektionen im Hals
sind durch Viren verursacht¹⁾**

Frubienzylm[®] enthält das antibakterielle und antivirale Lysozym²⁾ und das Peptidantibioticum Bacitracin⁴⁾.

Frubienzylm[®] schaltet alle Erreger aus.

Frubienzylm[®] enthält das entzündungshemmende und antiödematöse Lysozym²⁾ und Papain. Entzündliche Schwellungen gehen zurück.

Frubienzylm[®] enthält das mucolytische Lysozym und das proteolytische Papain und löst Eiter und Beläge auf³⁾. Die Wirkstoffe dringen aktiv in die Krypten und Falten der Schleimhaut ein.

Dabei ist Frubienzylm[®] gut verträglich; Überempfindlichkeitsreaktionen, Resistenz und Kreuzresistenz sind in der Praxis kaum zu befürchten⁴⁾.

Frubienzylm[®] schont die Mundflora und ist ohne Einfluß auf die Darmflora.

Zusätzliche Verordnungen von Desinfizientien, Analgetica und Antihistaminica sind überflüssig.

Zusammensetzung	Lysozym	5	mg
	Papain	2	mg
	Bacitracin	200	I.E.
Anwendung/ Dosierung	Täglich 2-8 Tabletten, je nach Schwere der Krankheit. Tabletten im Munde zergehen lassen: nicht schlucken, nicht kauen, nicht lutschen.		
Indikationen	Alle infektiösen und entzündlichen Prozesse im Mund-, Rachen- und Kehlkopfbereich. Vor- und Nachbehandlung bei chirurgischen Eingriffen.		
Kontraindikationen	keine		
Nebenwirkungen	traten weder im Tierexperiment noch in mehrjähriger praktischer Anwendung auf.		
Warnhinweise	keine		
Fackungsgrößen/Preise	OP zu	24 Tabletten =	DM 4,90
	AP zu	240 Tabletten =	DM 32,65

Literatur:

1. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica Fibel, 1965, S. 625
2. PELLEGRINI und VERTOVA: Arzneim. Forsch. (Drug Res.), 19, (1969), 149
3. KELLER und MAURER: Ther. Geg., Mai 1967
4. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica Fibel, S. 322

frubienzylm[®]

DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH
BIELEFELD

Hilfsberufen e. V. ist Träger und Besitzer der Walner-Schulen in München, staatlich anerkannte Privatschule zur Ausbildung von Technischen Assistenten in der Medizin und einer Schule zur Ausbildung von Arzthelferinnen mit insgesamt 250 Schülerinnen, neun hauptamtlichen und 20 nebenamtlichen Lehrkräften. Seit Bestehen dieser Schule sind bisher insgesamt 400 Technische Assistenten in der Medizin und 300 Arzthelferinnen ausgebildet und geprüft worden.

Die Neuregelung der Ausbildung zu Technischen Assistenten in der Medizin durch das Bundesgesetz vom 8. September 1971 hat für alle Schulen, aber auch in berufspolitischer Beziehung erhebliche Probleme aufgeworfen. Während es bisher nur eine Ausbildung zur Medizinisch Technischen Assistentin gab, trennt das neue Gesetz die Ausbildungslehrgänge. Nach einer halbjährigen gleichen Grundausbildung müssen sich die Schülerinnen entscheiden, ob sie die Ausbildung zu Medizinisch Technischen Laboratoriumsassistenten oder zu Medizinisch Technischen Radiologieassistenten anstreben wollen.

In unserer eigenen Schule haben sich von 50 neuen Schülerinnen lediglich drei für die Ausbildung zur Radiologieassistentin entschlossen. Sollte diese Relation zwischen Labor- und Radiologieassistenten tatsächlich so bleiben, würde das schwerwiegende Folgen für die Radiologie überhaupt haben, die hier nicht näher dargelegt zu werden brauchen. Man kann im Augenblick nur hoffen, daß sich am Ende des ersten halben Jahres doch noch eine größere Zahl von Schülerinnen für das Fachgebiet Radiologie entscheiden werden, da die vorläufige Entscheidung wohl doch ohne ausreichende Kenntnisse des Berufes der beiden Fachgebiete erfolgte. Dennoch ist die Sorge berechtigt, daß als Folge der gespaltenen Ausbildung die Zahl der Radiologieassistenten erheblich abnehmen könnte.

Hinzu kommt noch, daß durch die neue gesetzliche Regelung auch den Schulen durch neue Lehrpläne und zusätzlich benötigte Lehrkräfte erhebliche Schwierigkeiten entstehen. So werden von 64 Schulen in der Bundesrepublik Deutschland zur Ausbildung von Technischen Assistenten in der Medizin 14 die Ausbildung zu Medizinisch Technischen Radiologieassistenten nicht vermitteln, bei weiteren 22 Schulen ist noch nicht endgültig entschieden, ob sie in der Lage sein werden, zu Radiologieassistenten auszubilden.

Schule für Zytologie-Assistentinnen

In unserer seit Oktober 1967 bestehenden Schule für Zytologie-Assistentinnen sind unter der Leitung von Professor Dr. SOOST inzwischen 63 Zytologie-Assistentinnen ausgebildet worden. In dieser Schule sind neben einer hauptamtlichen Zytologie-Lehrassistentin und einer Verwaltungsangestellten neun Lehrkräfte nebenamtlich tätig.

Die Kosten dieser Schule werden aus Mitteln der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern bestritten.

Schule für Orthoptistinnen in München und Erlangen

In der Schule des Vereins zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Hilfsberufen e.V. für Orthoptistinnen an der Augenklinik der Technischen Universität München wird zur Zeit der zweite Lehrgang abgeschlossen; in der Schule für Orthoptistinnen an der Augenklinik Erlangen geht der erste Lehrgang zu Ende.

Die Errichtung einer Schule für Logopädinnen in München wird erwogen.

Ein beachtlicher Teil der mit der Führung dieser Schulen verbundenen Verwaltungsarbeiten wird von Mitarbeitern der Kammer erledigt (Buchhaltung, Arbeitsgemeinschaft, Schriftleitung).

Gruppenversicherungsvertrag der Bayerischen Landesärztekammer mit der Vereinigten Krankenversicherungs-AG

Der zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und der Vereinigten Krankenversicherungs-AG im Jahre 1965 abgeschlossene Gruppenversicherungsvertrag weist seit dem letzten Tätigkeitsbericht der Kammer eine beachtliche Zunahme der Mitgliederzahl und des Versicherungsvolumens im Bereich der Krankentagegeld- und Krankenhaustagegeldversicherung, letztere auch für Familienangehörige des Arztes, auf.

Im Bestreben, den Versicherungsschutz für den Arzt in diesem Bereich nach dem Bedarf zu erweitern und zu verbessern, hat sich die Vereinigte, vor allem infolge der Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung, veranlaßt

gesehen, in die allgemeinen Versicherungsbedingungen die Erstattung von Leistungen bei ambulanter Behandlung und von Unkosten, aber auch die Erstattung des ärztlichen Honorars, vor allem bei länger dauernder Behandlung durch Kollegen aufzunehmen und dafür Tarife anzubieten.

Die Frage einer Einbeziehung dieser Tarife in den Gruppenversicherungsvertrag im Rahmen seiner Umgestaltung wird unter dem Gesichtspunkt der vom Kammervorstand vertretenen Auffassung zu prüfen sein, daß die tradierte Gepflogenheit der kostenlosen Behandlung von Kollegen und deren in der Hausgemeinschaft lebenden und von dem Arzt unterhaltenen Familienmitglieder aufrecht erhalten werden soll. Auch für diesen Berichtszeitraum kann die Feststellung getroffen werden, daß in Fortsetzung der guten Zusammenarbeit der beiden Vertragspartner Härtefälle zugunsten der Mitglieder geregelt und die wenigen Fälle von Meinungsverschiedenheiten teilweise im Kulanzwege von der Vereinigten gelöst werden konnten.

Das im Vertrag vereinbarte Schiedsverfahren kam auch in dieser Zeit nicht zur Anwendung.

Jugendarbeitsschutzgesetz

Nach § 47 dieses Gesetzes darf mit der Beschäftigung eines Jugendlichen nur begonnen werden, wenn er innerhalb der letzten zwölf Monate von einem Arzt untersucht worden ist. Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, daß der Jugendliche nachuntersucht worden ist.

Das Gesetz bestimmt ausdrücklich für diese Untersuchungen die freie Arztwahl. Von diesem Grundsatz wurde, soweit der Berufsvertretung bekanntgeworden ist, im Berichtszeitraum in einigen Fällen abgewichen. Die Abrechnung der Honorare für diese Untersuchungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Passiorin Dregees

1 Oragea enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. sicc.	60.0 mg
Extr. Salicis aquos sicc.	133.0 mg
Extr. Crataeg. spir. aicc.	12.0 mg
Aneurin	0.3 mg

Passiorin liq.

Extr. Passiflor. incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis equos spiss.	5 Vol. %
Tinct. Crataeg. oxycenth.	11 Vol. %

Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagesedativum:

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

Bei Einschlafstörungen: 2-4 Teelöffel bzw. 3-6 Dregees vor dem Schlafengehen

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dregees:

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

Passiorin liq.:

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

Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagesedativum.

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passiorin®

Dieses Ministerium nimmt seit Jahren die statistische Auswertung der Erst- und Nachuntersuchungen vor und analysiert die Ergebnisse dieser Untersuchungen. Danach haben sich der Erstuntersuchung im Jahre 1970 ca. 78 000 Jugendliche unterzogen. Das entspricht 87 % der untersuchungspflichtigen Jugendlichen. Damit hat sich dieser Anteil gegenüber dem vorangegangenen Jahr nicht verändert.

Zur Nachuntersuchung haben sich im Jahre 1970 22 216, das sind 55,5 % der im Jahre 1969 Erstuntersuchten eingefunden.

Im Jahre 1971 betrug die Zahl der zur Erstuntersuchung erschienenen Jugendlichen 82 429, das sind 93 % der untersuchungspflichtigen Jugendlichen.

Der Nachuntersuchung stellten sich im gleichen Jahr 20 060, das sind 25 % der Zahl der Erstuntersuchten im Jahre 1970.

Daraus ergibt sich eine Zunahme der Beteiligung Jugendlicher an dieser gesetzlichen Untersuchung vor Eintritt in eine Lehre. Die Zahl der Erstuntersuchten dürfte sich damit der Zahl der in das Erwerbsleben eingetretenen Jugendlichen stark genähert haben. Diese Tatsache beweist offensichtlich, daß Eltern und Erziehungsberechtigte die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit dieser Untersuchungen eingesehen haben. Bei den Zahlen der Nachuntersuchten ist zu berücksichtigen, daß erfahrungsgemäß nur etwa 25 % der Erstuntersuchten wegen Überschreitens der Altersgrenze sich einer Nachuntersuchung unterziehen müssen.

Die Auswertung der Untersuchungsbogen für die Erst- und Nachuntersuchten des Jahres 1969 ergab, daß bei etwa 13,7 % der Erstuntersuchten die festgestellten Befunde so erheblich waren, daß sie Anlaß zur Eintragung von Gefährdungsvermerken oder Arbeitsverboten in die Bescheinigungen des untersuchenden Arztes für die Eltern und Auszubildenden gaben.

Unter den Befunden, welche diese Eintragungen notwendig machten, waren schwache Muskulatur, Deformierungen der Wirbelsäule, Schilddrüsenveränderungen, eingeschränkter Fern- und Nahvisus, gestörter Ernährungszustand, Brustkorbveränderungen, Farbuntüchtigkeit der Augen und grobe Auffälligkeiten des vegetativen Nervensystems. Von den nachuntersuchten Jugendlichen hatten seit ihrer Erstuntersuchung 35,9 % diese Veränderungen bzw. Erkrankungen überstanden. Bei 11,4 % der Nachuntersuchten mußte die verrichtete Arbeit als gefährdend bezeichnet werden, bei 0,9 % waren nachteilige Auswirkungen der bisherigen Arbeit festzustellen.

Hinsichtlich der Nachuntersuchungen ist zu bemerken, daß das Interesse der Erziehungsberechtigten daran noch verstärkt werden muß. Dazu können die untersuchenden Ärzte erheblich beitragen, indem sie darauf hinweisen, daß die Nachuntersuchungen nicht minder notwendig sind als die Erstuntersuchungen.

Inzwischen konnten die Erstuntersuchungen und Nachuntersuchungen des Jahres 1970 soweit ausgewertet werden, daß der Bericht hierzu in Kürze veröffentlicht werden kann.

Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft

— die gemeinsame Pressestelle der Bayerischen Landesärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns —

19 Informationsdienste beschäftigten sich u. a. mit berufspolitischer Thematik wie: „Gesundheitsgesetz in der Schweiz“, „Arzt und Patient in Großbritannien“, „Das belgische Sozialversicherungssystem“, mit statistischen Überblicken wie: „Ärztet Statistik Bayern“, „Geburtenzahlen in der BRD“, und berichteten aus der „Arbeit ärztlicher Selbstverwaltungsorgane“.

8 Nachrichtendienste berichteten u. a. über „Vorstandswahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“, „Die Eröffnung des Instituts für klinische Zytologie der TU München“. Weiterhin wurden dem „Deutschen Ärzteblatt“ 18 Berichte und größere Artikel zum Thema „Aktuelles aus Bayern“ übersandt.

2 Pressekonferenzen anläßlich ärztlicher Fortbildungskongresse zeigten den Vertretern von Presse, Funk und Fernsehen die Bemühungen der Ärzteschaft um ihre berufliche Fortbildung auf. Hervorzuheben bleibt die gemeinsame Pressekonferenz der Bayerischen Landesärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 2. Februar 1972, auf der Professor Dr. H. J. SEWERING und Dr. W. MEIDER (†) aus aktuellem Anlaß (Schlagzeilen: „Kessentpatienten sind nichts wert“) zur Gesamtsituation der kassenärztlichen Versorgung der Bevölkerung Stellung nahmen, und die journalistisch ein erfreuliches Echo fand.

Verlag Bayerische Landesärztekammer

„Bayerisches Ärzteblatt“

Das „Bayerische Ärzteblatt“ erscheint zur Zeit in einer Auflage von 21 000 Exemplaren. Es geht allen bayerischen Ärzten, allen Landesärztekammern, einer großen Zahl von Behörden Bayerns und anderer Bundesländer zu. In Einzelexemplaren wird es auch an Kollegen ins Ausland gesandt, darunter nach Brasilien, Bulgarien, DDR, Finnland, Großbritannien, Jugoslawien, Österreich, Polen, Rumänien, Schweiz, Sowjetunion, Tschechoslowakei, Ungarn, Uruguay und USA. Seit 1966 erscheint als Beilage zum „Bayerischen Ärzteblatt“ das Mitteilungsblatt des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. („Arzt und Athlet“).

Zu den Aufgaben der Schriftleitung gehört die langfristige Planung des Inhalts des „Bayerischen Ärzteblattes“, die Anforderung von geeigneten Beiträgen



Blick auf die Delegierten
– Bezirk Oberbayern –

und die Auswahl unter den zugesandten Manuskripten. Diese müssen dann in einer ersten Korrektur für den Druck vorbereitet werden. Sodann erfolgt die Zusammenstellung des Blattes für den Umbruch, der nach den Anweisungen der Schriftleitung vorgenommen wird. Nach nochmaliger Korrektur erfolgt dann die Freigabe zum Druck. Mit dieser Arbeit verbunden ist ein erheblicher Telefon- und Schriftverkehr mit Autoren, Behörden, anderen Verlagen und Redaktionen, der Druckerei und Lesern, ferner die Überprüfung der Abrechnung der Druckkosten und des Anzeigenaufkommens.

Alle von der Anzeigenverwaltung beschafften Anzeigen werden auf ihren rechtlichen, berufsrechtlichen und sachlichen Inhalt geprüft, bevor sie zum Druck freigegeben werden. Gelegentlich gibt es auch rechtliche Auseinandersetzungen wegen der Ablehnung von Anzeigen.

Mit unserer Druckerei, die sich auf unsere Arbeitsmethoden und auch besonderen Belange eingestellt hat, besteht eine völlig reibungslose, gute Zusammenarbeit.

Schriftenreihe

In der Berichtszeit sind drei Bände erschienen:

STEMPLINGER: „Alkoholikerfibel für den Arzt“

„Epidemiologie und epidemiologische Methodik“

SCHRETZENMAYR: „Medizin – ein lebenslanges Studium“

Drei weitere Bände sind in Vorbereitung und sollen noch vor Ablauf dieses Jahres ausgeliefert werden (Vorträge des Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer – Vorträge der Bayerischen Internistentagung – „Arztrecht“).

Auf Einzelanforderungen wurden im Berichtszeitraum mehr als 3500 Bände versandt, darunter auch Bibliotheken und einzelne Ärzte aus der DDR, die schon seit Jahren regelmäßig um Zusendung der Broschüren bitten.

Die für die Schriftleitung durch die Herausgabe dieser der ärztlichen Fortbildung gewidmeten Bände der Schriftenreihe verbundene Arbeit ist sehr erheblich (Redigieren der Manuskripte, Umbruch, Korrekturlesen, Schriftverkehr).

Allgemeine Arbeiten der Kammer

Der Umfang der persönlichen bzw. fernmündlichen Gespräche und Besprechungen mit Ärzten, Behörden, Dienststellen und anderen Personen sowie die Erteilung von Auskünften und das erhebliche Volumen an Schriftverkehr, der im Berichtszeitraum bewältigt werden mußte, ist im einzelnen nicht darstellbar.

Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern

Laienklärung

Im Berichtsjahr fanden Aufklärungsvorträge mit Lichtbildern und Filmvorführungen in Zusammenarbeit mit Volkshochschulen, Mütter-Vereinigungen, Pfarrgemeinden und Krankenkassen statt in:

Erding – München – Pfarrkirchen – Tirschenreuth
– Wasserburg (vor mehr als 500 Bäuerinnen)

Täglich suchen eine große Zahl krebskranker Menschen oder deren Angehörige in Briefen, telefoni-

Ein Beispiel aus dem neuen Versicherungs-Programm für Ärzte

Ganz auf den Arzt und seine Familie abgestimmt: Eine Krankheitskosten-Versicherung mit attraktiven Leistungen. 100%ige Kostenübernahme für ambulante und stationäre Heilbehandlung ohne oder mit Selbstbeteiligung. Zahlreiche Varianten ermöglichen eine individuelle Anpassung.



Bei ambulanter Heilbehandlung wählt er eine beitragsparende Selbstbeteiligung für Arzthonorar und Arzneimittel. Für Sachleistungen erhält er für sich und seine Familie 100%ige Erstattung.

Für dieses komplette Programm (einschließlich Zusatzleistung – 75 % für Zahnbehandlung und 50 % für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen) zahlt Herr Dr. S. monatlich nur 96,27 DM.

Sprechen Sie mit unserer zuständigen Bezirksdirektion. Oder verlangen Sie ausführliche Information. Mit diesem Coupon.

Vereinigte
Krankenversicherung AG,

Zum Beispiel Dr. med. Karl S. (niedergel. Arzt)
Herr Dr. S. (48) möchte für sich, seine Frau (42) und seine drei Kinder (10, 13 und 15) im Krankenhaus in der Sonderklasse einen 100%igen Versicherungsschutz – die Erstattung von Arzthonoraren ausgenommen.

**Vereinigte-
Ihrer Gesundheit zuliebe.**

Übrigens: Die Vereinigte und Ihre „Tochter“ Salus sind Gruppenvertrags-Partner Ihrer Ärztekammer.

Coupon Informieren Sie mich über Ihr neues Versicherungs-Programm für Ärzte. Kostenlos und unverbindlich.

Name: _____

Anschrift: _____

Ich bin versichert bei:
Vereinigte Salus anderweitig
Vereinigte Krankenversicherung AG
8 München 40
Leopoldstraße 24

schen Anfragen oder persönlichen Besuchen bei der Arbeitsgemeinschaft Rat und Hilfe.

Der „Kalender für die Frau“ wurde im Berichtsjahr in weit über 90000 Exemplaren über Ärzte, Apotheken, Krankenkassen und in Versammlungen an die Bevölkerung verteilt.

Im November 1971 brachte das Zweite Deutsche Fernsehen in seinem „Gesundheitsmagazin“ eine Sendung über die von uns gegründete und betreute Tumorklinik in Oberaudorf/Bad Trißl. Als eine sehr positive, aber auch außerordentlich belastende Folge dieser Sendung mußten rund 2000 schriftliche und telefonische Anfragen beantwortet werden.

Tumorkliniken

1. Oberaudorf/Bad Trißl

In dieser Klinik, die mit 145 Patienten belegt ist, waren im Berichtsjahr zwei Gynäkologen, zwei Internisten und vier Stationsärzte tätig.

Die Klinik ist ständig voll belegt und hat seit ihrer Eröffnung etwa 3000 Kranke aufgenommen.

Bis zu 30% der Patienten befinden sich zum zweiten bis sechsten Mal in stationärer Behandlung in dieser Klinik. Dadurch entstehen nun auch neue Probleme, da die Aufnahme neuer Patienten immer wieder zurückgestellt werden muß. Eine Erweiterung der Klinik ist aus diesen Gründen erforderlich. Mit der Errichtung eines vierten Bettenhauses ist bereits begonnen worden.

Die Zusammenarbeit mit den Münchener Universitätskliniken hat sich noch enger gestaltet. In der Berichtszeit haben wieder eine große Zahl von Ärzten die Klinik besucht und über die dort geübten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen diskutiert.

Der Direktor des Instituts für experimentelle Toxikologie und Chemotherapie am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg, Herr Professor Dr. SCHMÄHL, hat die Klinik im Berichtsjahr zu wissenschaftlichen Gesprächen mehrmals besucht und damit eine enge Zusammenarbeit eingeleitet. Durch seine Vermittlung erhielt die Arbeitsgemeinschaft von einem

Industriebetrieb DM 60 000,— zur Durchführung wissenschaftlicher Aufgaben in der Klinik Bad Trißl. Die erste wissenschaftliche Arbeit aus dieser Klinik ist in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ 114 (1972), Nr. 16, erschienen. Der Chefarzt der Klinik, Herr Dr. LEONHARDT, hat über „Zytologische Untersuchungen bei der Nachbehandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Karzinomen“ berichtet.

2. Oberstaufen

Nach den großen Schwierigkeiten im medizinischen und wirtschaftlichen Bereich dieses Hauses im vergangenen Jahr wird die Klinik nunmehr ohne Anlaß zu Klagen geführt. Sie ist mit etwa 190 Patienten belegt. Unter der Leitung des Chefarztes bemühen sich Ärzte und Verwaltung um eine gute Versorgung und Betreuung der zum Teil sehr schwerkranken Patienten.

Die von Anfang an zu hohen wirtschaftlichen Belastungen dieser Klinik, in der bisher etwa 3000 Patienten behandelt worden sind, gefährden allerdings ihren weiteren Bestand als Privatklinik.

Die Vorbereitungen zur Errichtung einer weiteren Tumorklinik für den nordbayerischen Raum in Miltenberg sind auf Schwierigkeiten gestoßen, da das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz und die allgemeine finanzielle Lage von Bund und Ländern den Bau von Kliniken und deren Förderung aus öffentlichen Mitteln erheblich erschweren.

Die von Anfang an ungetrübte Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen und den Ersatzkassen in Bayern war im gesamten Berichtszeitraum reibungslos und harmonisch.

Die Einweisung aller Patienten in die Kliniken erfolgt über die Arbeitsgemeinschaft. Die damit verbundene Arbeit ist erheblich.

In der Tumorklinik Oberaudorf/Bad Trißl sind 99% der Patienten Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen; in der Schloßbergklinik Oberstaufen sind es rund 80%.

Aus der Diskussion

Zur Bayerischen Ärzteversorgung

Die Diskussion zum Tätigkeitsbericht dauerte mehrere Stunden. Dabei wurden insbesondere Probleme der Bayerischen Ärzteversorgung eingehend erörtert. An der Debatte beteiligten sich unter anderem die Kollegen KAMMERER, GAHBAUER, SCHULER, HANISCH und DEHLER. Dabei vertrat Herr Kollege GAHBAUER die Auffassung, daß man an das erwähnte Gutachten HEUBECK keine großen Hoffnungen knüpfen sollte. HEUBECK habe bereits vor Jahren den Standpunkt vertreten, daß bei Inflation

und Geldentwertung unser System sinnlos sei. Im übrigen hätten 87% unserer Kollegen, die bereits Rente beziehen, monatlich einen Betrag von unter DM 1000,— und zwei Drittel der Arztwitwen bekämen — nach dem Stand vom Januar 1969 — monatlich unter DM 300,—. Die Renten seien also viel zu niedrig und die Vermögensansammlung sei überaus problematisch. Ohne Dynamisierung könne es keine gerechten Renten geben, diese seien überhaupt nur möglich, wenn der Zeitwert der eingezahlten Beträge als Grundlage für die Rentenhöhe gewertet werde.



Blick auf die Delegierten
– Bezirk Oberfranken –

Auch die anderen Redner vertraten die Auffassung, daß zwischen der Höhe des Vermögens und der Höhe der Renten keine angemessene Relation bestände.

Diese Diskussionsredner richteten einen Appell an den Landesausschuß bei der Bayerischen Ärzteversorgung, den sie aufforderten, alle Möglichkeiten einer Rentenverbesserung zu prüfen.

Herr Kollege DEHLER trat diesen Auffassungen entgegen und wies darauf hin, daß er bereits 18 Jahre Mitglied des Landesausschusses bei der Bayerischen Ärzteversorgung sei, in dem bisher alle Modellvorschläge bereits eingehend diskutiert und beraten worden seien. Entgegen anderen Auffassungen betonte er nachdrücklich, daß ein Vermögen erforderlich sei, da allein darin die Voraussetzung für Leistungsverbesserungen lägen. Wenn man eine Vermögensbildung ablehne, müsse man zum Umlageverfahren kommen, das wiederum entweder höhere Beiträge oder niedrigere Renten zur Folge habe. Im übrigen müßten alle Überlegungen nach Leistungsverbesserungen ihre Grenze finden an der versicherungsmathematischen Realität und auch stets die Zustimmungsbedürftigkeit aller Verbesserungen durch die Aufsichtsbehörde im Auge behalten. Er warnte davor, aktuelle finanzpolitische und sozialpolitische Tatbestände als Anlaß und Grundlage zur Strukturänderung der Ärzteversorgung zu betrachten. Notstände sollten vielmehr durch berufsständische Solidarität gemildert werden. Nur eine solide Ärzteversorgung, die auch die besonderen Verhältnisse des ärztlichen Berufes elastisch berücksichtige, könnte auf die Dauer gegenüber staatlichen Versorgungseinrichtungen erfolgreich sein.

Der Kammerpräsident wies in seiner abschließenden Stellungnahme nachdrücklich darauf hin, daß die

Ärzteversorgung eine Basis des ganzen Standes sei und immer weiter ausgebaut werden müßte. Wenn er sich früher und auch jetzt gegen hier geäußerte Auffassungen wende, so sei das nicht gegen die Personen gerichtet, sondern es handle sich ausschließlich um die Sache. Seit fast 20 Jahren gelte ein wesentlicher Teil seiner Arbeit der Bayerischen Ärzteversorgung und ihrer Fortentwicklung. Nachdrücklich wies er auf die großen Gefahren hin, die für dieses Versorgungswerk im Jahre 1957 bei der Neufassung des Angestelltenversicherungsrechtes gedroht hätten. Nur unter großen Mühen sei es damals gelungen, für die jüngeren Kollegen die Wahlfreiheit ihrer Entscheidung, Mitglied der berufsständischen Versorgung oder der gesetzlichen Angestelltenversicherung zu werden, zu erringen.

In seiner jahrelangen Arbeit für die Ärzteversorgung sei ihm wohl kein Problem auf diesem Gebiete unbekannt; im übrigen seien auch er und auch Kollege DEHLER selbst potentielle Rentenempfänger der Bayerischen Ärzteversorgung. Der Landesausschuß, in welchem nur Mitglieder der Ärzteversorgung säßen, könne doch nur das Interesse haben, das verantwortliche Optimum an Leistungen aus dieser Versorgungseinrichtung herauszuholen, aber auch doch nicht mehr, als aus der Verpflichtung gegenüber der Anstalt und nachfolgenden Generationen verantwortet werden kann. Das Vermögen, über das man hier so viel gesprochen habe, sei die Konsequenz der steigenden Mitgliederzahl, deren spätere Rentenansprüche gesichert bleiben müssen.

Das Gutachten HEUBECK werde eine wichtige Voraussetzung zu verantwortlichen Entscheidungen bilden, bei denen man sicher das Optimum der Möglichkeiten suchen wird.

Der Landesausschuß, der bereits für den 4. November 1972 einberufen sei, werde sich mit diesem Gutachten eingehend befassen und Anfang Dezember bereits Beschlüsse über die möglichen Leistungsverbesserungen fassen. Man müsse aber auch berücksichtigen, daß wir nicht allein, sondern auch die Zahnärzte und Tierärzte Mitglied der Ärzteversorgung seien und Entscheidungen gemeinsam getroffen würden.

Im übrigen habe jeder Ärztliche Bezirksverband mindestens ein Mitglied im Landesausschuß.

Professor SEWERING wies weiter darauf hin, daß es keine Versorgungseinrichtung gebe, die 20 % der gezahlten Beiträge als Renten zahle und außerdem eine umfassende Frühinvaliditätsregelung habe, seit Jahren laufende Rentenanhebungen durchführe und bei der die berechnete Erwartung bestände, daß eine Erhöhung der Altrenten und eine Senkung der Altersgrenze in naher Zukunft möglich sein werden.

Zur Hochschulpolitik

An der eingehenden Debatte zu dieser Frage beteiligten sich insbesondere die Kollegen SOKOLL, FUCHS, BAUSCH, SCHÖN, MAYER, RUNTE, VALENTIN.

Es wurde darauf hingewiesen, daß Fragen der Hochschulpolitik nicht allein für Hochschulangehörige von Bedeutung seien, sondern, daß sich Regelungen auf diesem Gebiete auf alle Angehörigen der wissenschaftlichen Berufe und im Bereich der Medizin auch auf die Patienten auswirken. Man vertrat die Auffassung, daß der Entwurf des Kultusministeriums anstelle der bisherigen Autonomie der Universität mit einer relativen Freiheit für Lehre und Forschung die Ordnung einer hohen Schule gesetzt würde, in der alles reglementiert werde. Eine Universität sei aber keine Produktionsstätte, in der eine Reglementierung zur Leistungssteigerung führen könnte. Einzelne Bestimmungen des Entwurfes würden längst fällige Reformen einer Struktur verhindern, die heute nicht einmal die Erfüllung der geltenden Approbationsordnung ermöglichen. Es bestehe Anlaß zur Befürchtung, daß die Zeit für eigene Vorschläge nicht gebührend genutzt worden sei. In diesem Zusammenhang wurde auch darauf hingewiesen, daß die Mehrarbeit an den Hochschul-

kliniken durch die 24 Stundenbereitschaft bis 1969 ohne jede Vergütung geleistet worden sei. Es sei dringend notwendig, durch eine Organisations- und Strukturreform der Kliniken die Möglichkeiten zur Verringerung der Mehrarbeit und deren angemessene Vergütung zu schaffen. Man dürfe überdies nicht verkennen, daß die Fortbildung eine wissenschaftliche Tätigkeit eines wissenschaftlichen Assistenten sei. Auch eine Neuorganisation der Medizinischen Fakultäten wurde von einigen Rednern für erforderlich gehalten.

Professor SEWERING wies in seiner Stellungnahme darauf hin, daß es eine einheitliche Meinung der Hochschulärzte zur Hochschulreform nicht gebe. Es habe sich auch die Auffassung über die Fachbereiche und über die Paritäten inzwischen gewandelt. Mit Nachdruck müsse man betonen, daß eine primäre Aufgabe der Medizinischen Fakultäten die gründliche Ausbildung von Ärzten sei. Konträre Auffassungen über Probleme der Hochschulpolitik sollten besser durch die einzelnen Gruppen vertreten werden als durch Mehrheitsentscheidungen in einer Kammerversammlung. In dieser Auffassung läge auch der Grund dafür, daß bisher weder vom Hochschulausschuß noch von der Kammer Vorschläge zu diesem Problem unterbreitet worden sind. Professor SEWERING wies weiter darauf hin, daß nach der bekannten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes die Grundsätze des Numerus clausus in einem Gesetz geregelt werden müssen; ein Hochschulgesetz könnte dafür geeignet sein.

Im Zusammenhang mit Ausführung zur vorstationären Diagnostik und den wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Chefärzten und Assistenzärzten vertrat der Kammerpräsident die Auffassung, daß das Prinzip der Gemeinschaftspraxis bei den niedergelassenen Ärzten in seinen wesentlichen Zügen auch auf den klinischen Bereich übertragen werden sollte. Eine angemessene Beteiligung aller Ärzte bei der Honorierung von Leistungen, die sie gemeinsam erbracht haben, sei ein Gebot der Gerechtigkeit und liege auch im Interesse unseres Standes, der heute mehr denn je das Zusammenstehen aller Gruppen brauche.

TOP 2:

Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Herr Dr. SANN, erläuterte eingehend die den Delegierten vorgelegten Unterlagen.

Nach einer lebhaften Debatte billigte die Versammlung bei drei Gegenstimmen und drei Enthaltungen den Rechnungsabschluß 1971.

Die Delegierten nahmen danach einen Bericht über die finanzielle Entwicklung des laufenden Geschäftsjahres entgegen.

Der Haushaltsvoranschlag 1973 wurde nach eingehenden Erläuterungen durch den Vorsitzenden des Finanzausschusses und einer Debatte bei einzelnen Gegenstimmen und einzelnen Enthaltungen gebilligt.

TOP 3:

**Nachwahl eines Mitgliedes
in den Ausschuß für Ärztliche Fortbildung**

Anstelle des verstorbenen Kollegen Dr. Schwaabe, Vilshofen, wurde Herr Dr. med. Max Gradel, Internist, Passau, Am Schanzl 3, gewählt.

**Nachwahl eines Mitgliedes
in den Ausschuß für Hochschulfragen**

Für den ausgeschiedenen Kollegen Dr. Zickgraf, München, wurde Dr. med. Georg Fuchs, Kinderarzt, Würzburg, Dreikronenstraße 17, gewählt.

TOP 4:

**Besetzung der Berufsgerichte und des Landesberufsgerichtes für die
Heilberufe mit nichtrichterlichen Beisitzern und deren Stellvertreter**

Die vorgelegten Vorschläge wurden einstimmig beschlossen:

Vorschläge der Ärztlichen Bezirksverbände für die im November 1972 beginnende neue fünfjährige Amtsperiode:

Berufsgericht für die Heilberufe beim OLG München

Nichtrichterliche Mitglieder:

1. Dr. Friedrich Stoiber, München,
bis 1974 noch im Amt
2. Dr. Felix Kircher, Lauingen

Stellvertreter:

- Dr. Elmar Hellenthal, Landshut
Dr. Lothar Kramm, Kaufbeuren
Dr. Heinz Foucar, Bogen
Dr. Sebastian Mohr, Kehlheim
Dr. Wolf Stromeyer, München
Dr. Josef Spanneberg, Schwindegg
Dr. Gerhard Schulenburg, Rottach-Egern
Dr. William Kittler, München

Berufsgericht für die Heilberufe beim OLG Nürnberg

Nichtrichterliche Mitglieder:

1. Dr. Otto Moegen, Würzburg,
bis 1975 noch im Amt
2. Dr. Rudolf Steininger, Amberg

Stellvertreter:

- Dr. Walter Plumert, Regensburg
Dr. H. G. Koslowsky, Ansbach
Dr. Friedrich Kühnlein, Coburg
Dr. Ewald Lenz, Würzburg
Dr. Gustav Rhombert, Weißenburg
Dr. Karl Luz, Kronach
Dr. Martin Kreßmann, Nürnberg
Dr. Günther Brandt, Bayreuth

**Wenn Clofibrat, dann
Es ist das
preiswerteste:**

Indikationen:

Zur Senkung erhöhter Blutfettwerte,
Atherosklerose, Koronarsklerose,
essentielle Hyperlipidämien mit und
ohne Xanthomatose, diabetische Angio-
und Retinopathien

Kontraindikationen:

Niereninsuffizienz, schwere Leber-
schäden, Schwangerschaft und
Laktation

DuraClofibrat 250
500

Zusammensetzung:

1 Kapsel DuraClofibrat 250 enthält 250 mg Clofibrat
1 Kapsel DuraClofibrat 500 enthält 500 mg Clofibrat

Packungen und Preise:

30 Kapseln DuraClofibrat 250 DM 4,45 m. MwSt.
150 Kapseln DuraClofibrat 250 DM 19,55 m. MwSt.
30 Kapseln DuraClofibrat 500 DM 7,85 m. MwSt.
150 Kapseln DuraClofibrat 500 DM 34,65 m. MwSt.



DURACHEMIE · TEGERNSEE

Nichttrichterliche Mitglieder:

1. Dr. Willi Müller, Würzburg
2. Dr. Adolf Roth, Wolnzach
3. Dr. Heribert Einhauser, Regensburg

Stellvertreter:

- Dr. Ludwig Leissing, Tröstau
Dr. Heinrich Dreher, Neuburg/Do.
Dr. Rudolf Hartlöchner, Fürth
Dr. Kurt Göpfert, Schweinfurt
Dr. Eduard Hiller, Dachau
Dr. Armin Schmitt, Würzburg
Dr. Theodor Joob, München
Dr. Karl Hiendlmayer, Straubing
Dr. Alfons Ammerschläger, Aschaffenburg
Dr. Georg Söllä, Erlangen
Dr. Wilhelm Winkelhann, München

TOP 5:

Ärztliche Fortbildung, freiwillig oder obligatorisch?

von Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Jubiläen zu feiern ist nur dann sinnvoll, wenn sie mit einem kritischen Blick nach rückwärts und einem anpassungswilligen Blick nach vorne verbunden sind. Viele regionale und überregionale Fortbildungsveranstaltungen in Deutschland haben in den letzten oder den kommenden Jahren die Freude, auf ein 20- ja, sogar 25jähriges Bemühen zurückblicken zu können. Für die Bundesärztekammer war das Jahr 1972 ein Jahr der Fortbildungsjubiläen: 20. Davos-, 20. Grado-, 20. Merankongreß. 10. Montecatinkongreß, 5. Meran-Seminarkongreß. Augsburg feiert heute seinen 50. Kongreß seit Ende des zweiten Weltkrieges. Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung, 1950 als Fortbildungsausschuß der Bundesärztekammer gegründet, wird 1974 25 Jahre bestehen.

Wenn ich als unmittelbar Beteiligter an einem Großteil dieser Jubiläen ein Fazit ziehen darf, so möchte ich es wie folgt formulieren: Die ärztliche Fortbildung hat nach dem zweiten Weltkrieg, in diesen 25 Jahren einen Aufschwung genommen, wie wir es zu Beginn unserer Bemühungen nicht zu hoffen wagten. Das Wort „ärztliche Fortbildung“ wurde zu einem Wertbegriff, nicht nur innerhalb der deutschen Ärzteschaft, an ihrer gleichrangigen Stellung neben der ärztlichen Ausbildung und der fachärztlichen Weiterbildung kann heute gar kein Zweifel mehr sein. Der Aufruf zur ärztlichen Fortbildung wurde von dem überwiegenden Teil der Ärzte verstanden und befolgt.

Dieser erfreuliche und von kaum jemandem bezweifelte Fortschritt im Laufe der letzten 25 Jahre darf uns jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß es bei der ärztlichen Fortbildung auch Sorgen gibt, die im Glanz der Jubiläen zwar allzugern übersehen werden, die aber gerade deshalb an einer solchen Wendemarke näher untersucht und ausgeleuchtet werden müssen.

Ich darf heute einen solchen Sorgenkomplex herausgreifen, nämlich die Tatsache, daß zwar der überwiegende Teil der Ärzteschaft, speziell der überwiegende

Teil der in freier Praxis niedergelassenen Ärzte begeistert und von Jahr zu Jahr in zunehmendem Maße bei der ärztlichen Fortbildung mitmacht, daß es aber auch heute noch eine Gruppe von Ärzten gibt, die sich nicht ausreichend genug der ärztlichen Fortbildung widmet. Wie groß diese Gruppe ist, läßt sich kaum genau festlegen, besonders deshalb nicht, weil es ja außer den spektakulären Kongressen auch Formen der Fortbildung gibt, die nicht in Teilnehmerzahlen gemessen werden können. Wir wissen aus unseren Umfragen, daß die Zahl derjenigen Ärzte nicht klein ist, die sich ausschließlich und wohl auch ausreichend anhand der Literatur und der audiovisuellen Methoden fortbildet. Wir sprechen – im Unterbewußtsein manchmal etwas abwertend – von Fortbildung im stillen Kämmerlein, aber es ist – wie diese Kollegen überzeugend nachweisen – die Fortbildung in der Stille die für sie geeignete Methode; diese Kollegen können sich in der Unruhe des Kongreß- oder Seminarsaales nicht konzentrieren und wir müssen ihre Argumente akzeptieren. Unter Berücksichtigung dieser und ähnlicher Korrekturen möchte ich heute die Zahl der „Fortbildungsanalphabeten“ auf etwa 20% schätzen.

Jeder fünfte Arzt also ignoriert den Ruf der ärztlichen Fortbildung und dies ist eine so schmerzhaft Tatsache, daß sie die Jubiläumsfeiern und Fanfarenstöße übertönt, und daß sie uns zum ernstesten Nachdenken Anlaß geben muß.

Warum widmen sich diese 20% der Kollegen nicht oder zu wenig der ärztlichen Fortbildung? Als Ärzte sind wir gewohnt, das Grundleiden herauszufinden, zu diagnostizieren und danach die Therapie aufzubauen. Wir haben im Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung all diese Jahre Ursachenforschung und Ursachenbekämpfung betrieben: Neben den rein wissenschaftlichen Problemen haben wir uns mit finanziellen Fragen, insbesondere Fragen der Abschreibung, Fregen

der Praxisvertretung, Problemen der familiengerechten Kongreßorte und praxisgerechten Kongreßtermine, mit Rahmenprogrammen und Touristikproblemen bis herunter zum Kindergarten und Jugendclub beschäftigt und haben auf diese Weise eine große Zahl hemmender Ursachen abbauen können, die den Kollegen bisher von der Fortbildung ferngehalten haben. Dieser Bereich der Ursachenbekämpfung ist allerdings jetzt so gut wie ausgeschöpft.

Die erwähnten 20% der der Fortbildung fernstehenden Kollegen können wir – das ist meine Überzeugung – mit unseren bisherigen Methoden der ärztlichen Fortbildung nicht gewinnen. Ihr Fernbleiben ist in den meisten Fällen weder durch externe Ursachen, noch durch mangelnden Fleiß bedingt, ihr Fernbleiben hat überwiegend psychologische Hintergründe: Es ist in erster Linie das Überzeugtsein vom eigenen Wissen und der eigenen Erfahrungswissenschaft; ihre Perfektion, ihr up-to-date-sein wird diesen Kollegen jeden Morgen durch ein volles Wartezimmer vor Augen geführt, ihre Tüchtigkeit jedes Vierteljahr durch eine der Frequenz entsprechende Kassenabrechnung bestätigt. Zu diesem Trugschluß über das Ausmaß des eigenen medizinischen Wissens gesellen sich manchmal weitere Argumente, z. B. die Vorstellung der Unabkömmlichkeit. Jeder von uns kennt Riesenpraxen, deren Inhaber aus solchen psychologischen Gründen weder zur Fortbildung noch in Urlaub gehen.

Sehen wir also von der verschwindend kleinen Gruppe von Ärzten ab, die aus finanziellen oder Bequemlichkeitsgründen fernstehen und die besser Kaufleute geworden wären, so sind aus meiner Sicht für die Vernachlässigung der ärztlichen Fortbildung heute folgende Gründe die wichtigsten und entscheidendsten: Überschätzung des eigenen Wissens und Könnens, Überschätzung des Erfahrungswissens, Unterschätzung der Bedeutung des kontinuierlichen Fortschrittes für die eigene Praxis und Vorstellungen über die Unabkömmlichkeit in der Praxis.

Und hier liegt nun, meine Damen und Herren Delegierten, die Problemstellung und der Entscheidungs-

konflikt: Ist für die genannte Gruppe mit psychologisch bedingter Fehhaltung gegenüber dem Fortschritt die Zwangsfortbildung oder eine ihr nahekommende Pression überhaupt das adäquate Mittel?

Lassen Sie uns, bevor wir diese Frage zu beantworten versuchen, einen Blick auf die bisherigen Erfahrungen mit Zwangsfortbildung werfen. Die Älteren von uns kennen die Zwangsfortbildung im dritten Reich: Klinikassistenten wurden für drei Wochen in Land- oder Stadtpraxen oder Kleinstadtpraxen abkommandiert, die Praxisinhaber wurden in die freigewordenen Assistentenstellen einberufen; in einem fünfjährigen Turnus sollten so alle Ärzte drei Wochen zur Fortbildung zwangsweise herangezogen werden. Die Prozedur war bei den Ärzten nicht unbeliebt – verständlicherweise: Drei Wochen kostenlose Praxisvertretung, drei Wochen kostenloser Großstadtaufenthalt ohne Pflichten. Ich brauche nicht zu erläutern, daß dieses System heute nicht durchführbar wäre, abgesehen davon, daß diese Fortbildung ungezielt und unzureichend sein würde. Weitere Erfahrungen mit Zwangsfortbildung bietet uns das Beispiel der Ostblockstaaten an. 1959 hatte ich Gelegenheit, mit sieben Kollegen das System der Zwangsfortbildung in der UdSSR auf einer Studienreise nach Moskau, Kiew und Tiflis kennenzulernen. Die Fortbildung, die wir meinen, fanden wir dort nicht. Zur Fortbildung einberufen wird nur, wenn ein Bedarf besteht. Fehlt z. B. in einer Poliklinik ein EKG-Spezialist, oder in einer Klinik ein Anästhesist, so wird ein „verdienter“ Arzt zur Ausbildung in diesem Fach an eine der 24 Fortbildungsuniversitäten geschickt, in ein- bis viermonatigen Kursen ausgebildet und dann an seine neue Stelle versetzt. Dieses System einer planwirtschaftlich dirigierte Fortbildungshierarchie gibt uns keine Anregungen.

Wir müssen also selbst nach neuen Möglichkeiten suchen, die praktikabel und unseren Verhältnissen adäquat sind. Sie, meine Damen und Herren Delegierten, sollen mir bei dieser Suche helfen, das ist der Sinn des heutigen Referates. Ich kann Ihnen keine Patentlösung anbieten, aber ich darf Ihnen als Diskussionsgrundlage sechs Leitsätze vorlegen, wobei

**Wenn Clofibrat, dann
Es ist das
preiswerteste:**

**DuraClofibrat 250
500**

Indikationen:

Zur Senkung erhöhter Blutfettwerte, Atherosklerose, Koronarsklerose, essentielle Hyperlipidämien mit und ohne Xanthomatose, diabetische Angio- und Retinopathien

Kontraindikationen:

Niereninsuffizienz, schwere Leberschäden, Schwangerschaft und Laktation

Zusammensetzung:

1 Kapsel DuraClofibrat 250 enthält 250 mg Clofibrat
1 Kapsel DuraClofibrat 500 enthält 500 mg Clofibrat

Packungen und Preise:

30 Kapseln DuraClofibrat 250 DM 4,45 m. MwSt.
150 Kapseln DuraClofibrat 250 DM 19,55 m. MwSt.
30 Kapseln DuraClofibrat 500 DM 7,85 m. MwSt.
150 Kapseln DuraClofibrat 500 DM 34,65 m. MwSt.



DURACHEMIE · TEGERNSEE



Blick auf die Delegierten
– Bezirk Oberpfalz –

der Begriff der Zwangsbildung sehr weit gefaßt werden soll. Zunächst zwei grundsätzliche Elemente:

Leitsatz I

Ganz gleichgültig, ob eine Zwangsbildung in Frage kommt, welche Form dies sein wird, ob direkter Zwang, ob indirekter Zwang, ob psychologischer Druck: Unsere bisherigen Systeme der freiwilligen Fortbildung müssen weiterhin voll erhalten, gefördert und ausgebaut werden; denn der bisher erreichte Umfang an Fortbildung liegt weit über dem Durchschnitt, der durch Zwangsbildung je erreicht und finanziert werden könnte, wie Schätzungen und Berechnungen ergeben haben.

Leitsatz II

Die Schwierigkeiten bei der Einführung einer Zwangsbildung, gleich welcher Art, liegen gar nicht so sehr auf der Ebene der Inkompatibilität mit dem demokratischen System, mit gesetzlichen Regelungen, mit der Berufsordnung oder mit der ärztlichen Freiheit, sondern auf ganz anderer Ebene: Fast jede Form von Zwangsbildung legt einen gewissen Standard für das Ausmaß der Fortbildung fest – dies liegt im Wesen des Zwangs –, z. B. alle fünf Jahre drei Wochen Einberufung zur Fortbildung oder pro Jahr 42 nachgewiesene Fortbildungsstunden wie in den USA. Dieser Standard liegt immer – aus finanziellen und psychologischen Gründen – weit unter dem derzeitigen Standard der freiwilligen Fortbildung. Die Einführung einer Zwangsbildung mit einem solchen Minimalprogramm führt also automatisch zu einer Niveausenkung, die sich dann auch in der freiwilligen Fortbildung bemerkbar machen würde. Warum soll ich mich, so wird mancher Kollege dann fragen, mehr anstrengen, wenn offiziell nur 42 Stunden pro Jahr ver-

langt werden. Man sollte diese Gefahr einer Niveaulagerung nach unten bei allen Formen der Zwangsbildung ernsthaft in Rechnung stellen und nur dann etwas Neues anfangen, wenn man diese Gefahr einer allgemeinen Niveausenkung glaubt ausschließen zu können.

Und nun zu speziellen Formen der Zwangsbildung:

Leitsatz III: Der Präsenzzwang

Gleichgültig, ob der Arzt zur Fortbildung einberufen wird wie im dritten Reich, oder ob Kontrollen durchgeführt oder Atteste ausgestellt werden, das System ist immer das gleiche: nicht das Wissen, sondern die Präsenz wird zum Gradmesser der Fortbildung. Typischerweise wird der Präsenzzwang immer von den in der Fortbildung Unerfahrenen gefordert, von den Politikern, den Gewerkschaftlern, den Zeitungsschreibern, manchmal sogar von Universitätsprofessoren, die nichts von Fortbildung verstehen.

Ich möchte Ihnen, meine Damen und Herren Delegierten, raten, alle Vorschläge, die offen oder verborgen auf den Präsenzzwang hinauslaufen, mit großen Vorbehalten zu prüfen, nicht nur, weil der Präsenzzwang dem Wesen des akademischen Studiums widerspricht, sondern weil er gerade in der Fortbildung ohne Erfolg ist. Besonders für unsere Sorgengruppe, die 20% noch immer Fernstehenden, wäre der Präsenzzwang völlig ungeeignet. Wie ich ausführte, glaubt diese Gruppe, ja alles Nötige zu wissen und zu können und wird sich auch durch einen Anwesenheitszwang nicht vom Gegenteil überzeugen zu lassen.

Leitsatz IV: Das Prädikatsystem

Meines Wissens wurde dieses System erstmals von der American Academy of general practitioners in den

Magen-Probleme?

Gelusil-Lac eine Schutzschicht
für die Magenschleimhaut!

Indikationen:

Gastritis	akute + chronische
Säurebeschwerden	wie z. B. Hyperazidität, Sodbrennen, medikamentös bedingte Übersäuerung, saurer Aufstoßen, Völlegefühl
Reizmagen	nervöser Magen
Ulcus	Ulcus pepticum bzw. Ulcus ventriculi et duodeni, Stressulcus

Refluxoesophagitis

in der Gravidität,
bei Hiatushernie,
bei Schwangerschafts-
erbrechen,
bei gehäuften Erbrechen
anderer Art

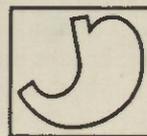
„verdorbener Magen“

nach Ernährungsfehlern,
Alkohol- und Nikotinabusus

Kortikoid-Therapie

zur besseren Magenver-
träglichkeit systemisch
gegebener Kortikoide bei
Erkrankungen z. B. des
rheumatischen, broncho-
spastischen oder nephro-
tischen Formenkreises.

Gelusil-Lac



GÖDECKE

Gelusil-Lac-Tabletten

1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikat-
hydrat 0,5 g und 0,3 g fettfreies Milch-
pulver. 40 Tabletten DM 5,25 m. MWSt.,
100 Tabletten DM 11,40 m. MWSt.

Gelusil-Lac-Pulver

1 g enthält Magnesiumaluminium-Silikat-
hydrat 0,156 g in fettfreiem Milchpulver.
10 Beutel zu 6,5 g DM 5,40 m. MWSt.,
Dose mit 150 g DM 9,00 m. MWSt.

Gelusil-Lac-Quick

1 g Granulat: Magnesiumaluminium-Silikat-
hydrat 0,1 g und 0,9 g fettfreies Milch-
pulver. 10 Beutel zu 4,5 g DM 5,40 m. MWSt.,
Dose mit 100 g DM 9,00 m. MWSt.

Gelusil-Tabletten

1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikat-
hydrat 0,55 g, ohne Milchkomponente.
40 Tabletten DM 4,45 m. MWSt.,
100 Tabletten DM 9,00 m. MWSt.

Keine Kontraindikationen – Vorsicht bei urämischen Zuständen – Weitere Informationen siehe wissenschaftlicher Prospekt.



Blick auf die Delegierten
– Bezirk Schwaben –

USA angewendet. Wenn ein Praktischer Arzt jährlich 42 Stunden Fortbildung nachweisen konnte, durfte er am Praxisschild, auf dem Brief- und Rezeptbogen hinter dem Namen vermerken: Member of the Academy of general practitioners. Sie wissen, daß in den angelsächsischen Ländern diese geheimnisvollen Buchstaben hinter dem Namen fast so viel bedeuten wie bei uns der Professortitel. Wir haben den Präsidenten der Academy vor etwa zwölf Jahren im Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung wiederholt berichten lassen, konnten uns aber damals nicht zu einer Nachahmung entschließen. Inzwischen scheint es damit in den USA ruhiger geworden zu sein. Diese geheimnisvollen Buchstaben hinter dem Namen sind nämlich nur in Ärztekreisen von Interesse und auch hier nur bestimmte Buchstaben und nur in bestimmten Gesellschaftskreisen, aber von keinem Interesse für den Mann auf der Straße und den Patienten.

In den letzten Jahren hat nun die hessische Landesärztekammer ein ähnliches System mit großem Schwung und finanziellem Aufwand anlaufen lassen; Sie kennen die Einzelheiten aus der Landespresse. Wenn der hessische Kollege pro Jahr 60 Fortbildungsstunden nachweist, davon 15 Stunden an der hessischen Akademie für ärztliche Fortbildung in Nauheim, darf er ein Prädikat führen. Die grundlegende Idee ist folgende: Wenn die Mehrzahl der Kollegen auf dem Praxisschild, Rezept, Briefkopf usw. einen qualifizierenden Fortbildungszusatz führen darf, dann würde es dem Rest der Kollegen auf die Dauer unmöglich sein, auf einen solchen qualifizierenden Hinweis zu verzichten und damit würde diese unsere Sorenggruppe aus Konkurrenzgründen gewissermaßen gezwungen sein, die Fortbildungsbedingungen zum Erwerb der qualifizierenden Zusatzbezeichnung zu er-

füllen. Ich möchte den hessischen Kollegen, die dieses Unternehmen mit großer Begeisterung gestartet haben, den allerbesten Erfolg wünschen. Ich darf jedoch Ihnen, meine Damen und Herren Delegierten, vorschlagen, erst die Erfahrungen, und zwar Fünfjahreerfahrungen der hessischen Kollegen abzuwarten, bevor wir in Bayern ähnliche Bemühungen diskutieren.

Leitsatz V: Die freiwillige Selbstkontrolle des Wissensstandes

Bei den Seminarkongressen der Bundesärztekammer habe ich seit mehreren Jahren den Versuch unternommen, am Schluß eines jeden Seminars durch eine freiwillige multiple choice- oder feed back-Testung das Erlernte objektiv zu erfassen und damit für Hörer und Lehrer einen Gradmesser für die Effektivität der Fortbildung zu bekommen. Bei diesen Versuchen hat sich herausgestellt, daß der Kollege an solchen Testen nur dann teilnimmt, wenn der Testfragebogen weder durch Name des Teilnehmers noch durch Codeworte gekennzeichnet wird und wenn der Teilnehmer den Testbogen für sich behält und nicht abgibt. Unter Berücksichtigung dieser zunächst enttäuschenden Erfahrungen hat sich nunmehr folgendes System als praktikabel, zugleich didaktisch hochwirksam herausgebildet: In der letzten Seminarstunde werden die multiple choice-Fragebogen über den behandelten Seminarstoff verteilt, in einer Klausur von den Teilnehmern beantwortet und sofort anschließend werden vom Seminarleiter die richtigen und die falschen Antworten, das „wieso“ und „warum“, beantwortet. Das Verfahren ist für jeden ein didaktisches Erlebnis. Der Teilnehmer korrigiert seinen Bogen, steckt ihn ein und geht nach Hause. Er hat sich selbst ein D über seinen Wissensstand ausgestellt, das immer

linken Brusttasche brennend über seinem Herzen liegt und ihn ständig mahnt: „Hier sind die Lücken in Deinem Wissen, die Du in allernächster Zeit dringend beheben mußt.“

Die Begeisterung der Lehrer und Hörer für dieses Verfahren der freiwilligen Selbstkontrolle des Wissensstandes ist außerordentlich groß: Was ursprünglich als Prüfung gedacht war, hat sich zu einer Selbstkontrolle des Wissensstandes entwickelt und erzielt einen weit höheren psychologischen Effekt – wenn Sie wollen – „psychologischen Zwang“, als eine Zwangsprüfung. Das Verfahren ist meiner Ansicht nach auch ein Spezifikum für jene 20 % der Kollegen, die ihr Wissen und ihre Praxiserfahrung überschätzen und deshalb die Fortbildung unterschätzen – ich habe eingangs von ihnen gesprochen. Wir müssen uns deshalb bemühen, die Selbstkontrolle des Wissensstandes gerade an diese Sorgengruppe heranzubringen, um sie von der Notwendigkeit der Fortbildung durch das selbstausgestellte Dokument zu überzeugen. Hier ganz kurz einige Vorschläge über den Ausbau dieses Systems der Selbstkontrolle: Die Testfragebogen sollen nicht nur innerhalb der Fortbildungskongresse und Seminare, sondern auch außerhalb, etwa bei Kreisverbandsversammlungen, bei der Fortbildung im kleinen Kreis, zur Verfügung stehen. Die Testbogen sollen vor allem auf den Schreibtisch des Arztes kommen, in Zeitschriften oder – noch besser – als Fortbildungsbrief in moderner Werbeform etwa als Quiz. So mancher wird nicht widerstehen können, zunächst spielerisch den Quiz lösen zu wollen, und bald wird aus dem Spiel das Dokument, von dem wir gesprochen haben. Vor allem soll in unserem Berufsleben für diese neue Form der Fortbildung geworben werden, etwa im Sinne des „Trimm Dich fit“ unserer spörtärztlichen Kollegen. Aus der etwas vagen Verpflichtung zur Fortbildung soll ein spezifischer Aufruf werden: „Hast Du Deinen Wissensstand dieses Jahr schon kontrolliert? Der für Dein Fachgebiet zuständige multiple choice-Testbogen liegt bei Deiner

Standesvertretung für Dich bereit!“ Ich bin überzeugt, daß das System der freiwilligen Selbstkontrolle des Wissensstandes einen spezifischen Druck auf die letzten 20 % ausüben wird, so daß sich ihre Zahl weiter vermindert.

Leitsatz VI: Die obligatorische Selbstkontrolle des Wissensstandes

Wir müssen unseren Wagen alle 1 bis 2 Jahre zur Kontrolle zum TÜV bringen und erhalten dann eine Plakette. Es liegt nahe, die Selbstkontrolle des Wissensstandes unter den gleichen Aspekten zu betrachten. Selbst wenn juristisch die Möglichkeiten zu dieser primitiven Form gegeben wären, würde ich ein solches Verfahren ablehnen; es würde tatsächlich einer Abwertung der Approbation bzw. einer „Approbation auf Zeit“ gleichkommen. Ich möchte eine andere Möglichkeit zur Diskussion stellen, eine Möglichkeit, die die Approbation in keiner Weise berührt und deshalb auch nicht approbationsabwertend sein kann. Ich bin mir bewußt, daß dieser Vorschlag, wie alle futurologischen Aspekte, schockieren wird. Folgendes soll zur Diskussion gestellt werden: Die Standesvertretung vergibt an fast jeden Arzt der Praxis Zusatzbezeichnungen und Facharztbezeichnungen. Wenn die Standesvertretung die Verleihung dieser Zusatz- und Facharztbezeichnungen mit der Vorlage von Selbstkontrollen während der Ausbildungszeit und mit der Auflage von weiteren regelmäßigen obligatorischen Selbstkontrollen des Wissensstandes für das verliehene Fachgebiet verbinden würde, hätten wir ein Fortbildungssystem, das unter Erhaltung unserer bisherigen Bemühungen eine alle erfassende und gezielte Fortbildung erwirken würde. Schon der Hinweis auf die Notwendigkeit einer solchen Selbstkontrolle in der Verleihungsurkunde wäre ein Anfang und ein Fortschritt; welche rechtlichen, organisatorischen und berufspolitischen Voraussetzungen mit der Einführung einer obligatorischen Selbstkontrolle verbunden sind, müßte noch in eingehenden Beratungen, auch mit den Juristen besprochen werden. Aber das Arztrecht ist

**Wenn Clofibrat, dann
Es ist das
preiswerteste:**

Indikationen:

Zur Senkung erhöhter Blutfettwerte, Atherosklerose, Koronarsklerose, essentielle Hyperlipidämien mit und ohne Xanthomatose, diabetische Angio- und Retinopathien

Kontraindikationen:

Niereninsuffizienz, schwere Leberschäden, Schwangerschaft und Stillzeit

DuraClofibrat 250
500

Zusammensetzung:

1 Kapsel DuraClofibrat 250 enthält 250 mg Clofibrat
1 Kapsel DuraClofibrat 500 enthält 500 mg Clofibrat

Packungen und Preise:

30 Kapseln DuraClofibrat 250 DM 4,45 m. MwSt.
150 Kapseln DuraClofibrat 250 DM 19,55 m. MwSt.
30 Kapseln DuraClofibrat 500 DM 7,85 m. MwSt.
150 Kapseln DuraClofibrat 500 DM 34,65 m. MwSt.



DURACHEMIE · TEGERNSEE



Blick auf die Delegierten
– Bezirk Unterfranken –

immer im Fluß: nicht nur der Druck der Öffentlichkeit und die Kritik an vermeintlichen oder tatsächlichen Unterlassungen in der Fortbildung, sondern vor allem die rasche Progredienz der praktischen Medizin zwingt uns, heute schon Maßnahmen in der Fortbildung zu beraten, die uns noch vor wenigen Jahren überflüssig und utopisch erschienen.

Zusammenfassend ergibt sich, daß die Zwangsfortbildung, die für den Außenstehenden die Fortbildungsprobleme unserer Zeit so einfach lösbar zu machen scheint, ein komplexes Problem darstellt, das mehr Schattenseiten als Lichtseiten aufweist. Abgesehen von dem zuletzt genannten futurologischen Aspekt sehe ich drei aktuelle Aufgaben vor uns:

1. Unsere bisherigen Systeme der freiwilligen Fortbildung müssen, auch für den Fall irgendeiner Form der Zwangsfortbildung, unvermindert weiter aufgebaut, gefördert und verbreitert werden.
2. Das System der hessischen Kollegen sollten wir mit

Aufmerksamkeit verfolgen und seine Effizienz durch eigene Teilnahme prüfen.

3. Das System der freiwilligen Selbstkontrolle des Wissensstandes, das ich Ihnen heute vorstellen durfte, verdient Ihr Interesse und Ihre Förderung. Die freiwillige Selbstkontrolle des Wissensstandes ist eine ausgereifte Methode von hohem didaktischen Wert für die fortbildungseifrigen Kollegen, sie ist aber auch das Mittel der Wahl, den heute noch der Fortbildung fernstehenden Kollegen zu „zwingen“, seine Fehlhaltung gegenüber dem Fortschritt zu korrigieren. Die freiwillige Selbstkontrolle des Wissensstandes ist somit eine heute schon praktikable Methode, die in bezug auf die Erfassung möglichst vieler Kollegen sogar der Zwangsfortbildung im engeren Sinne recht nahe kommt, jedoch ohne die Nachteile des Präsenzzwanges, ohne die Gefahr der Nivellierung der bisherigen Fortbildungsbemühungen und ohne Eingriffe in die Freiheit unseres Berufes.

Aus der Diskussion

Zur Fortbildung

Kollege ZIERHUT ergänzt die Ausführungen durch eine kurze Übersicht des Fortbildungsreferats der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns. Im Jahre 1960 begannen diese Fortbildungsveranstaltungen; damals nahmen 1072 Ärzte daran teil, die 159 Kursstunden absolvierten und dafür DM 4216,- zahlten. Im Jahre 1970 seien es 1912 Teilnehmer mit 265 Kursstunden gewesen, die DM 71083,- ausgegeben hätten. Der Erfolg dieser Fortbildungen sei gut, denn nur die Kollegen wür-

den ja das Geld dafür ausgeben, die wirklich an den Themen der Fortbildung interessiert seien. In den für die Fortbildung bezahlten Beträgen seien keine Gelder der pharmazeutischen Industrie enthalten. Die einzelnen Kurse hätten zwischen 20 und 40 Teilnehmer, selten einmal 100. Die Aussprache zwischen Dozenten und den Teilnehmern sei stets sehr rege. Bei der Auswahl der Themen richte man sich nach Wünschen und Anregungen aus der Praxis. Die zentrale Fortbildungsstätte sei telefonisch jederzeit erreichbar

Bei nervösem Reizmagen



Zusammensetzung: 1 Tabl. = Bism. subnit. 50 mg, Bism. subgall. 50 mg; Magn. carb. 100 mg, Calc. carb. 100 mg, Natr. bicarb. 100 mg, Herb. Chelidon. 150 mg, Cort. Condurang. 25 mg, Rad. Scopol. stand. (0,3% Alkaloide) 12,5 mg. **Indikationen:** Gastroneurose, Gastritis, Hyperazidität, Hypersekretion. **Kontraindikationen:** Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zu Restharnbildung, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachycardie, Megakolon, schwere Zerebralsklerose. **Dosierung:** Zwei- bis dreimal täglich 2-3 Tabletten. **Handelsformen:** Packung mit 60 Tabletten - DM 4,40, Packung mit 120 Tabletten - DM 7,70, Anstaltspackung.

und die Kollegen geben dort ihre Wünsche an. Diese Methode der Fortbildungsveranstaltungen habe sich seit zehn Jahren bewährt.

Kollege BRAUN, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, wies darauf hin, daß die Fortbildung heute mehr als früher sich ausgesprochen nach den Bedürfnissen der Praxis richte. Dabei käme den Fortbildungsveranstaltungen auf der Ebene des Kreisverbandes besondere Bedeutung zu. Die Kreisverbände oder mehrere zusammen sollten eigene Fortbildungsausschüsse bilden, um eine besonders praxisnahe Fortbildung zu gewährleisten. Die Chefs der Kliniken und Krankenhäuser seien im allgemeinen sehr aufgeschlossen, wenn sie um ihre Teilnahme an diesen Fortbildungsveranstaltungen gebeten würden. Das Interesse an den Fortbildungsveranstaltungen sei seit Jahren sehr gestiegen. Nur ausgesprochene Außenseiter würden sich an Fortbildungsveranstaltungen nicht beteiligen.

An der weiteren Debatte beteiligten sich insbesondere die Herren STEURER, SCHLOSSER, CONRAD, STETTER, JÄGER, BAUSCH, SCHULER, GROSS, BAKENS, TROTT, APPEL, PUMMERER, KEHRER, HOLZGARTNER, LYDTIN, RUNTE, PASCHKE, SEUSS.

Über die Situation der Fortbildung in Hessen sprach der als Gast anwesende geschäftsführende Arzt der Landesärztekammer Hessen, Herr Kollege RHEINDORF. Er führte unter anderem aus, daß in Hessen in Bad Nauheim für die Fortbildung ein größerer und ein kleinerer Seminarsaal errichtet worden seien. Der Rohbau eines Mehrzweckhauses und eines großen Gästehauses mit 160 Betten sei nahezu fertig. Neben diesem Gästehaus, das ein modernes Hotel werden wird, sei mit dem Bau eines Institutsgebäudes begonnen worden, das im Erdgeschoß Praxisräume für Praxisgemeinschaften mit moderner Einrichtung erhalten soll und in dem weitere Hörsäle, Seminarsäle usw. entstehen werden. Die Akademie für ärztliche Fortbildung sei eine eigene Institution. Der Vorstand habe mehrere ärztliche Programme für drei Jahre ausgearbeitet. Der Beitritt der Kollegen sei freiwillig, es gebe keinen Zwang. Von den Mitgliedsplaketten, die am Praxisschild angebracht werden dürften, erhoffe man sich einen weiteren Anreiz, Mitglied dieser Akademie zu werden. Mit der Mitgliedschaft verpflichte sich ein Arzt, 15 Stunden Fortbildungsseminar jährlich zu absolvieren. Die Seminare umfaßten nicht mehr als 60, nach Möglichkeit nur 45, Kollegen. Darüber hinaus müsse das einzelne Mitglied 45 Stunden ärztliche Fortbildung nachweisen. Es müsse der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, die die hessische Landesärztekammer durchführe oder auch von Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer nachgewiesen werden. Auch andere Fortbildungsveranstaltungen von ärztlichen Organisationen und den Berufsverbänden werden angerechnet. Von den rund 5000 niedergelassenen hessischen Ärzten hätten 870 ihren Beitritt erklärt und jede Woche würden weitere Beitritte erfolgen.

Band 29 unserer Schriftenreihe

Epidemiologie und epidemiologische Methodik

kann über die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, unter Befügung von DM 1,— in Briefmarken als Schutzgebühr, angefordert werden.

Bisher seien 18 Seminare durchgeführt worden. Am 15. Juli des nächsten Jahres soll die Akademie in Bad Nauheim stehen und alle bayerischen Ärzte seien herzlich eingeladen, sie zu besuchen.

In der weiteren Debatte wurde die Auffassung vertreten, daß es wohl doch weniger als 200 Kollegen seien, die sich nachweislich nicht fortbildeten. Man müsse auch bedenken, daß für alle Kollegen, die allein an einem Ort tätig wären, die Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung besonders schwierig sei. In solchen Fällen müßte man — noch mehr als bisher — versuchen, die Fortbildung zum Kollegen zu bringen. Im übrigen vertrat man die Auffassung, daß ein Präsenzzwang unangemessen und wenig wirksam sei. Vielmehr sollte den Kollegen die Art der Fortbildung überlassen bleiben. Ebenso sollten Qualitätskontrollen auf freiwilliger Basis erfolgen.

Hingewiesen wurde auch auf die Notwendigkeit, die Kollegen vor Falschinformationen und oberflächlichen Informationen zu warnen. Das gilt auch im Hinblick auf Arzneimittel, die aus dem Handel gezogen und in ähnlicher Zusammensetzung wieder erneut in den Handel gebracht würden. Von großer Bedeutung seien im übrigen auch bei den Kongressen die Möglichkeiten zu Gesprächen am Rande der Vorträge, die häufig viele Anregungen mitgeben. Ebenso seien Gespräche zwischen Ärzten in der Klinik und Ärzten in der Praxis eine sehr wirksame Art der Fortbildung, die man noch intensivieren sollte. Im Rahmen der Fortbildungsveranstaltungen sollten auch immer wieder die Maßnahmen bei Notfallsituationen an einem Unfallort behandelt werden, damit der in solchen Lagen ganz auf sich allein gestellte Arzt auch stets das richtige tue.

In seinem Schlußwort betonte Professor SCHRETZENMAYR, daß er auch nach dieser Debatte in seiner Überzeugung bestärkt sei, daß die freiwillige Fortbildung weiter ausgebaut, gefördert und verbreitert werden müsse. Die Debatte sei eine Art Abstimmung für die freiwillige Fortbildung gewesen. Man müsse sich bemühen, den Kontakt zwischen Praxis und Klinik immer weiter auszubauen. Die Krankenhäuser sollten eine früher häufiger geübte Kontaktbildung wieder stärker nutzen und Kollegen aus der Praxis zu Gesprächen in ihre Häuser einladen. Im übrigen sollte der Ausschuß für ärztliche Fortbildung alle Diskussionsbeiträge eingehend beraten.

Wahl des Tagungsortes des 26. Bayerischen Ärztetages 1973

Vor der Wahl des Tagungsortes für den nächsten Bayerischen Ärztetag wies der Kammerpräsident darauf hin, daß der Deutsche Ärztetag vom 10. bis 14. Oktober 1973 und in der darauf folgenden Woche die Generalversammlung des Weltärztebundes in München stattfinden werden. Er empfahl dann, als Tagungsort Coburg und als Datum den 21./23. September 1973 festzulegen.

Die Vollversammlung beschloß, den 26. Bayerischen Ärztetag vom 21. bis 23. September 1973 in Coburg abzuhalten.

Entschließungen des 25. Bayerischen Ärztetages

Empfehlung für die Diskussion des Geschäftsberichtes der Bayerischen Landesärztekammer

Die Diskussion des Geschäftsberichtes der Bayerischen Landesärztekammer wird zur besseren Ordnung der Beratungsgegenstände mit künftigen Ärztetagen unterteilt in Unterpunkte, wobei die Diskussion der Arbeitsergebnisse der Landesärztekammerausschüsse – beginnend mit dem Fortbildungsausschuß – den Vorrang haben soll.

Unterstützung der Forderung des Deutschen Ärztetages, die Prinzipien, die mit den „Leitsätzen zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes“ entwickelt wurden, zu verwirklichen

Der Bayerische Ärztetag unterstützt die Forderung des Deutschen Ärztetages, daß die Prinzipien, die mit den „Leitsätzen zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes“ entwickelt worden sind, auch im Bereich der Hochschulkliniken verwirklicht werden sollen.

Der Bayerische Ärztetag appelliert eindringlich an die im Bayerischen Landtag vertretenen Fraktionen sowie an die Mitglieder des Bayerischen Senats, daß bei der bevorstehenden Hochschulgesetzgebung diese Leitsätze für den Bereich der Bayerischen Hochschulkliniken in angemessener Weise verwirklicht werden.

Hochschullehrergesetz

Der Bayerische Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, im künftigen Bayerischen Hochschulgesetz dem Art. 51 des bereits bestehenden Bayerischen Hochschul-Lehrergesetzes von 1962, demgemäß jedem wissenschaftlichen Assistenten in angemessenem Umfang

Der Kammerpräsident dankte abschließend im Namen aller Delegierten dem Gastgeber, den schwäbischen und Augsburger Kollegen für ihre Einladung und hervorragende Gestaltung dieses Ärztetages. Er dankte auch allen Delegierten für die Diskussion über die Tätigkeit der Bayerischen Landesärztekammer und insbesondere auch zum Thema der ärztlichen Fortbildung. Auch dieser Ärztetag habe wieder gezeigt, daß die Ärzte mit ihrer Selbstverwaltung sehr wohl in der Lage sind, die berechtigten Interessen ihres Standes im Rahmen des Allgemeinwohls zu vertreten, zu beraten und Entscheidungen zu treffen, die am öffentlichen Wohl gemessen sind.

Zeit und Gelegenheit zu eigener wissenschaftlicher Arbeit zu geben ist, endlich Geltung von Verpflichtungscharakter zu verschaffen.

Kassenärztliche Versorgung

Der Bayerische Ärztetag stellt fest, daß das derzeitige System der kassenärztlichen Versorgung dem berechtigten Anliegen unserer Bevölkerung auf eine gute ambulante ärztliche Versorgung am besten gerecht wird.

Der Bayerische Ärztetag appelliert zugleich an alle niedergelassenen Ärzte, durch ständige Fortbildung und laufende Verbesserung ihrer Praxiseinrichtung mit den Entwicklungen der Medizin Schritt zu halten, um auf diese Weise ärztliche Hilfe immer nach dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft leisten zu können.

Zugleich ruft der Bayerische Ärztetag alle niedergelassenen Ärzte auf, entsprechend den jeweiligen Besonderheiten ihres Fachgebietes eng und vertrauensvoll zusammenzuarbeiten, weil die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung immer nur eine Gemeinschaftsleistung aller niedergelassenen Ärzte sein kann.

Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen

Der Bayerische Ärztetag appelliert an alle Beteiligten, die Bürger unseres Landes in geeigneter Weise über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgemaßnahmen – Mutterchaftsvorsorge, Krebsvorsorge Frauen, Krebsvorsorge Männer, Kindervorsorge – aufzuklären, damit diese für die Gesundheit unseres Volkes so wichtigen präventiven Leistungen in größerem Umfang als bisher in Anspruch genommen werden.

Sorgfalt bei der Auswahl der Wartezimmer-Lektüre

Der Bayerische Ärztetag bittet alle Ärzte in Bayern, die Wartezimmer-Lektüre kritisch auszuwählen. Publikationen, die gegen allgemeingültige Moralgrundsätze gröblich verstoßen oder eine freie auf Selbstverantwortung gegründete Gesellschaftsordnung bekämpfen, sollten in ärztlichen Wartezimmern nicht ausgelegt werden.

Mehrarbeitsentschädigung für Beamte

Der 25. Bayerische Ärztetag ersucht die Bayerische Staatsregierung, im Bundesrat den Anträgen der Landesregierung Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz bezüglich der Regelung der Mehrarbeitsentschädigung für Beamte zu folgen, die eine sachgerechte Entschädigung für Mehrarbeitsleistungen der Ärzte an Universitätskliniken zum Gegenstand haben.

Insbesondere ist darauf hinzuwirken, daß in den Genuss solcher Mehrarbeitsentschädigungen auch der Kreis der beamteten Hochschullehrer kommen kann, der bisher wegen seiner besonderen hochschulrechtlichen Stellung von jeglicher Mehrerbeitsvergütung ausgeschlossen ist, obwohl er vergleichbare Mehrarbeit zu erbringen hat.

Gründung und Betrieb medizinischer Einrichtungen durch Kapitalgesellschaften

In letzter Zeit häufen sich die Versuche, in der Rechtsform von Kapitalgesellschaften medizinische Einrichtungen für Diagnostik und Therapie zu errichten und zu betreiben. Dabei wird offen zugegeben, vordringlich am Gewinn interessiert zu sein.

Der Bayerische Ärztetag erblickt darin die Absicht, mit Gesundheit und Krankheit Geschäfte zu machen wie mit einem beliebigen Verbrauchsgut des täglichen Lebens.

Der Bayerische Ärztetag befürchtet, daß dadurch die wesentliche Voraussetzung für den Erfolg jeder ärztlichen Tätigkeit, der persönliche und verantwortliche Kontakt mit dem Patienten zu dessen Schaden beseitigt wird.

Bayerische Ärzteversorgung

Der 25. Bayerische Ärztetag empfiehlt dem Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung, alle Mitglieder nach Eingang des Gutachtens von Dr. HEUBECK im November 1972 noch vor der endgültigen Beschlußfassung über eventuelle grundlegende Änderungen der Bayerischen Ärzteversorgung in einem Rundschreiben über die Auffassung von Dr. HEUBECK und die einiger Kollegen, welche sich seit Jahren besonders mit diesen speziellen Problemen beschäftigen, zu unterrichten.

Ärztliche Fortbildung

Der 25. Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand, in einer gemeinsamen Ausschußsitzung der Ausschüsse für ärztliche Fortbildung und des Krankenhausausschusses Voraussetzungen zu erarbeiten, die zunächst in regionalen Modellversuchen den Austausch von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten zum Zwecke der Fortbildung ermöglichen.

Der Vorstand soll auf dem 26. Bayerischen Ärztetag über die bis dahin gewonnenen Erfahrungen berichten.

Abgelehnte Anträge

Antrag Dr. E. Th. MAYER, München:

Der Bayerische Ärztetag appelliert unter Hinweis auf den beispiellosen Terroranschlag auf die Olympischen Spiele in München an die Kollegen in allen Ländern, mit ihm gemeinsam ihren Einfluß dehingehend geltend zu machen, daß durch geeignete Vereinbarungen internationalen Terrorgruppen erfolgreich begegnet werden kann.

Antrag Dr. C. SCHULER, München:

Es wird hiermit der Antrag gestellt, daß vor einer Beschlußfassung über das künftige Versorgungssystem auf dem nächsten, im kommenden April/Mei stattfindenden Ärztetag in Coburg ausführlich über alle Möglichkeiten einer angemessenen Altersversorgung durch den Gutachter, sowie eventuell weitere Versicherungssachverständige, Bericht erstattet wird zu dem Zweck, eine Stellungnahme des Ärztetages richtungsweisend für den Landesausschuß als Exekutivorgan zu erarbeiten.

Werden Sie Mitglied des neu gegründeten gemeinnützigen Vereins

„Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e.V.“

Die Mitglieder bestimmen die Höhe des Beitrages selbst.

Sitz des Vereins und Anmeldung:

8000 München 80, Mühlbauerstraße 16/IV (Ärztehaus Bayern), Telefon (0811) 477401

Leber Galle Pankreas

als Einheit behandeln.

Nach neuesten medizinischen Erkenntnissen muß der Begriff Cholagogum erweitert werden. Denn bei chronischer Erkrankung eines der Verdauungsorgane sind meist alle betroffen. Das erfordert logischerweise eine gezielte kombinierte Therapie der gesamten Funktionseinheit. Deshalb sollte ein Cholagogum nicht nur die Störungen im Leber-Galle-System beseitigen, sondern auch die meist gleichzeitige Fermentinsuffizienz der Bauchspeicheldrüse behandeln. Das wird

heute vielfach noch zu wenig berücksichtigt. Darum wirken Cholagogum-Kapseln gezielt auch auf die Bauchspeicheldrüse; sie stimulieren durch Extractum Spinaciae die exkretorische Funktion des Pankreas. Erst durch die gleichzeitige Beeinflussung des Leber-Galle-Systems und der Bauchspeicheldrüse wird das physiologische Gleichgewicht im Duodenum wiederhergestellt, so die Verdauung normalisiert und der Patient von den Beschwerden befreit.

Cholagogum Kapseln

behandeln nicht nur die Galle,
sondern die gesamte Funktionseinheit.

Indikationen: Chronische Cholecystopathie, chronische Cholangitis, Cholelithiasis mit chron. Cholecystopathien, Postcholecystektomiesyndrom, chronische Pankreopathien mit Verdauungsinsuffizienz und chronische Hepatitis als Folge chron. Gallenwegserkrankungen.

Kontraindikationen: Schwere Leberschäden mit hohen Bilirubinwerten, Verschuß der Gallenwege, Gallenblasenempyem, Coma hepaticum.

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Extr. Chelidonii spir.sicc. 40 mg, Extr. Curcumae spir.sicc. 20 mg, Extr. Spinaciae aquos. sicc. (Wirkprinzip:

Secretinum vegetabile) 50 mg, „essentielle“ Phospholipide = EPL-Substanz (Wirkprinzip: Cholinphosphorsäurediglyceridester natürlicher Herkunft mit überwiegend ungesättigten Fettsäuren, speziell Linolsäure [ca. 70%], Linolen- und Ölsäure) 100 mg, Ol. Menthae pip. 5 mg, Ol. Curcumae 5 mg, Corrigent. ad 505 mg.

Packungsgrößen: OP. 30 Kapseln DM 6,50; 1/1 P. 70 Kapseln DM 13,80 (Apoth.-Verk.-Preise m. MwSt.)

Die Allgemeinmedizin in der Zukunft

von Dr. Hermann Braun

In den letzten Jahren wurde oft die Frage gestellt: „Ist der Hausarzt tot?“. Nach einer längeren Zeit der Unsicherheit muß diese Frage heute kler mit „nein“ beantwortet werden. Nicht nur bei uns, sondern auch in anderen Ländern kann man heute feststellen, daß die Bevölkerung mehr denn je einen Arzt sucht, dem sie sich in allen Belangen ihrer Gesundheit anvertrauen kann. Dies ist in den USA, wo die Spezialisierung schon lange vor uns einen Höhepunkt erreicht hat, seit Jahren zu beobachten, ebenso wie in Ländern, in denen staatliche oder sozialisierte Systeme der Gesundheitsbetreuung eingeführt wurden, wie in Großbritannien, in Schweden oder auch in den Ostblockstaaten. Der Mensch als einzigartiges Individuum aus Leib, Geist und Seele sucht eben in Fragen seines Intimbereiches keine Institution, sondern einen anderen Menschen, dem er sich anvertrauen kann und bei dem er kraft seiner spezifischen Ausbildung Hilfe erhofft. Den Hausarzt, als Arzt des Vertrauens, sucht er in Fragen der engsten Intimsphäre, in Situationen, die ihn in echte Bedrängnis bringen oder gar Todesangst einflößen.

Aus diesen Gründen und wegen der notwendigen, immer weiter schreitenden Spezialisierung in der Medizin ist der Allgemeinarzt heute nötiger denn je.

Wir brauchen einen gut aus- und weitergebildeten Allgemeinarzt, der wenigstens einen Überblick über die ganze Medizin besitzt und daneben ganz spezifische allgemeinärztliche Aufgaben erfüllen kann, auf die nur er vorbereitet ist. Um einen neben den Ärzten der übrigen Fachgebiete gleich qualifizierten Arzt zu schaffen, wurde die Allgemeinmedizin in die Weiterbildungsordnung aufgenommen.

Vieles von dem, was der zukünftige Allgemeinarzt in seiner Weiterbildungszeit lernen soll, hat der bisherige Praktische Arzt schon immer gewußt und getan. Das Wissen und Können des früheren Praktischen Arztes hat sich dieser aber in einem jahrelangen und mühsamen autodidakten Lernprozeß angeeignet. Wir sind der Meinung, daß das spezifische Wissen und Können des Allgemeinarztes lehr- und lernbar ist.

Jeder kann sich dies in einem Studium, das allerdings mehr auf die Allgemeinmedizin ausgerichtet sein muß, und in einer vierjährigen Weiterbildung aneignen. Die Definition des Faches Allgemeinmedizin und den Inhalt der Weiterbildung hat jetzt die Deutsche Akademie für Praktische Ärzte erarbeitet und dem Vorstand der Bundesärztekammer vorgelegt.

Die Allgemeinpraxis der Zukunft muß sich allerdings mehr denn je ständig den Fortschritten in Wissenschaft und Technik anpassen.

Es wird sicher immer allgemeinmedizinische Einzelpraxen geben, aber die Zusammenschlüsse zu Gruppenpraxen werden immer mehr zunehmen. Wesentlich wird die Rationalisierung in beiden Formen sein, die

in erster Linie dem Patienten und dann dem wissenschaftlichen Fortschritt, der Wirtschaftlichkeit und der ökonomischen Zeiteinteilung dienen muß.

Wer willens ist, kann auch in der Einzelpraxis durch Rationalisierung vieles erreichen. Ich selbst habe eine große Landpraxis und hatte nie geglaubt, daß man auf dem Lande das ständig volle Wartezimmer durch ein Nummern-System oder eine Bestellpraxis vermeiden kann.

Es sei zugegeben, daß das Nummern-System auf dem Lande schlecht realisierbar ist, weil die Patienten mit der Zeit bis zu ihrer Behandlung nichts anfangen können. Ich selbst habe aber nun das Bestell-System eingeführt und festgestellt, daß es bei derselben Patientenzahl wie früher hervorragend funktioniert. Die erste Stunde der Sprechzeit bleibt frei für Patienten, die unangemeldet kommen. Von der zweiten Stunde an aber sind die Patienten in Abständen von zehn Minuten bestellt. Während in meinem Wartezimmer früher gleichzeitig 30 und mehr Patienten saßen und zum Teil drei und mehr Stunden warten mußten, sind es jetzt nur mehr zwei bis fünf Patienten, die kaum oder höchstens $\frac{1}{2}$ Stunde auf ihre Behandlung warten.

Damit der Ablauf reibungslos funktioniert, müssen natürlich auch räumliche Voraussetzungen geschaffen werden, die es ermöglichen, daß Notfälle, Injektionen, Verbände u. ä. nebenher besorgt werden können. Auch die ausgedehnte Besuchspraxis in vielen Lendgebieten könnte man wesentlich verringern, wenn es in Zusammenarbeit mit den Gemeinden und Regierungen gelingt, Omnibusverbindungen zu schaffen, die es auch alten und schlechtgefähigen Patienten ermöglichen, in die Sprechstunde des Arztes zu kommen. Die mühsame Landpraxis mit schlechten Wegen und ständiger Präsenz werk- und sonntags gehört der Vergangenheit an. Es gibt heute überall gut ausgebaute Straßen und einen funktionierenden Sonntagsdienst.

Die Wissenschaft in allen Zweigen ist heute ohne die Teamarbeit nicht mehr denkbar. Darum sollte auch in der Allgemeinmedizin die Gruppenpraxis die Form der ärztlichen Berufsausübung sein, überall dort, wo es möglich ist. Der junge Arzt, der in der Klinik die Teamarbeit gewohnt war, soll sie auch in der Praxis nicht missen.

Der enge Kontakt, die gegenseitige Aushilfe und die Gruppenberatung bei schwierigen Fällen wird die wissenschaftliche Qualität der ärztlichen Arbeit heben. Dazu kommt, daß von mehreren auch teure Einrichtungsgegenstände beschafft und wirtschaftlich genutzt werden können, daß die Hilfskräfte ökonomischer eingesetzt werden können, und daß trotz ständiger abgesprochener Präsenz genügend Zeit für Erholung, Urlaub und Fortbildung bleibt. Natürlich muß vor Gründung einer Gruppenpraxis die Rechtsform, die Raum-

einteilung, die Einrichtung, der Personalbedarf u. a. genau durchdacht und besprochen werden.

Der Allgemeinarzt als Hausarzt muß – ob allein oder in der Gruppe – für seine Patienten gerade immer dann erreichbar sein, wenn sie ihn am dringendsten brauchen. Für das Verbinden eines Fingers oder für die mechanische Verabfolgung einer Injektion braucht der Mensch nicht immer den Arzt des Vertrauens. Wenn aber jemand in der Nacht glaubt, einen Herzinfarkt erlitten zu haben und von Todesangst bedrängt wird, dann braucht er den Hausarzt. Durch diese Feststellung sollte sich aber niemand von der Allgemeinmedizin abschrecken lassen.

Wie oft ein Arzt in der Nacht gerufen wird, hängt davon ab, wie er seine Patienten erziehen kann und wieviel Vertrauen sie in ihn haben. Es soll eben nur der echte Notfall Anlaß für einen Nachtbesuch sein. In meiner großen Landpraxis, die ich seit 26 Jahren ausübe, werde ich in der Nacht nur einmal alle vier bis sechs Wochen gerufen. Dann allerdings ist gerade diese Tätigkeit eine sehr befriedigende, weil man hier echte Hilfe in echter Not bringen kann.

Dies alles vorausgesetzt ist die Tätigkeit des Allgemeinarztes heute und in der Zukunft. Eine lohnende, schöne und erfüllende ärztliche Aufgabe. Daß die Voraussetzungen stimmen, hängt einzig und allein von der Person des Arztes selber ab. Sein wissenschaftliches Niveau muß nach einer guten Aus- und Weiterbildung durch eine ständige Fortbildung immer auf einem optimalen Stand bleiben.

Auch muß er ein gewisses Talent für Organisation und rationelle Arbeitsweisen mitbringen. Schließlich und endlich hängt aber das Maß der Befriedigung über seine Arbeit entscheidend davon ab, wie sehr er es versteht, sich in die Mentalität und die Umwelt seiner Patienten einzufühlen, um so ein echter Arzt des Vertrauens zu sein.

Da das Problem der Allgemeinmedizin sehr vordringlich ist, hat jede Landesärztekammer zwei Weiterbildungsbeauftragte für Allgemeinmedizin. Für Bayern sind dies Herr Dr. HEGE, München, und ich selbst.

Da wir keine andere Möglichkeit haben, die jungen Kollegen zu erfassen, die sich für Allgemeinmedizin interessieren, bitten wir sie, sich auf diesem Wege bei mir, BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER, 8000 MÜNCHEN 80, MÜHLBAURSTRASSE 16, schriftlich zu melden.

Wir beabsichtigen dann im Laufe des kommenden Winters an einem Samstag ein Seminar für angehende Allgemeinärzte zu veranstalten, in dem allgemeinmedizinische Probleme besprochen werden sollen, die man während des Studiums und in der Klinik nicht erfährt. Außerdem sollen Fragen der Niederlassung, der Praxisrationalisierung und der Gruppenpraxis behandelt werden. Unter Umständen kann dieses Seminar auch mit einem Vorbereitungskurs für die Kassenpraxis gekoppelt werden.

Dr. Hermann Braun, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16

Neuer Vorstand des Hartmannbundes

Am 20. Oktober 1972 wählten die Delegierten des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V. im Verlauf ihrer Hauptversammlung in Baden-Baden den Vorstand des Hartmannbundes.

Ehrevorsitzender:

Dr. Gerhard Jungmann, MdB

Vorsitzender:

Dr. Horst Bourmer

1. stellv. Vorsitzender:

Dr. Hermann Braun

2. stellv. Vorsitzender:

Dr. Ernst Eberhard Weinholt

Beisitzer:

Frau Dr. Hedda Heuser

Klaus Mulckau

Dr. Arnold Cremer

Dr. Hermann Köker

Prämien vom Staat + Zinsen von uns.

Sparen lohnt sich. Jetzt besonders. So bringt z. B. Ihr Geld auf einem Vermögensbuch (dem Sparkassenbuch für langfristige Vermögensbildung) nicht nur hohe Zinsen, sondern, wenn es im Rahmen der staatlichen Sparförderung angelegt wird, im Jahr der Einzahlung auch noch 20–42% Sparprämie. Für das Sparen nach dem 624-DM-Gesetz gibt es außerdem Arbeitnehmersparzulagen von 30 oder 40%. Sorgen Sie dafür, daß Sie die Prämie für 1972 noch kassieren. Kommen Sie bald zu uns: Am Neujahrstag ist es zu spät.

Es ist so einfach mit dem Geld – man muß es nur richtig machen.

Wenn's um Geld geht... Sparkasse 

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V.

Die bisherige Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern hat sich in einer Sitzung am 25. Oktober 1972 im Ärztehaus Bayern als eingetragener Verein konstituiert.

In den Vorstand wurden folgende Herren gewählt:

1. Vorsitzender:

Professor Dr. med. H.-J. S e w e r i n g, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

2. Vorsitzender:

Dr. rer. pol. R. K o l b, Direktor der Landesversicherungsanstalt Oberbayern

Geschäftsführer:

Dr. med. W. R e i c h s t e i n, Geschäftsführender Arzt der Bayerischen Landesärztekammer

Schatzmeister:

H. S i t z m a n n, Direktor des Landesverbandes der Ortskrankenkassen

Beisitzer:

Dr. med. W. B a c h m a n n, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium des Innern

Dr. med. R. E c k n i g k, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung

Professor Dr. med. J. R i e s, Leiter der Strahlenabteilung der I. Universitäts-Frauenklinik

Der Verein, der ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke verfolgt, wird die Aufgaben seines Vorgängers fortsetzen und Maßnahmen zur Krebserkennung, Krebsbekämpfung und Krebsbehandlung fördern. Dazu gehören insbesondere die Förderung der von der Bayerischen Landesärztekammer gegründeten Schule für Zytologie-Assistentinnen in München und die Betreuung der Tumorkliniken in Bad Trißl/Oberaudorf und Oberstaufen, in denen bisher bereits über 7000 Krebskranke, die alle von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern eingewiesen wurden, behandelt worden sind.

Der Verein hat ordentliche und fördernde Mitglieder.

Ordentliche Mitglieder können nur juristische Personen des öffentlichen Rechts werden. Fördernde Mitglieder können auch andere Rechtspersonen werden.

Die Mitglieder bestimmen die Höhe des Beitrages selbst.

Sitz des Vereins und Anmeldung:

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., 8000 München 80, Mühlbaaurstraße 16/IV (Ärztehaus Bayern), Telefon (0811) 477401

Ausschreibung freier Kassenarztsitze in Bayern

Über das Förderungsprogramm (Bayern-Programm) werden Ärzten, die sich zur Niederlassung in den nachstehend aufgeführten freien Kassenarztsitzen entschließen, zinsverbilligte Darlehen (5 %) gewährt, die eine 100%ige Finanzierung von Arzthäusern ermöglichen. Darüber hinaus werden vielfach die Gemeinden bei der Beschaffung eines Grundstückes unterstützend tätig.

Interessierten Ärzten wird empfohlen, sich gegebenenfalls wegen weiterer Auskunft über örtliche Verhältnisse und sonstige weitere unterstützende Maßnahmen mit der zuständigen Bezirksstelle der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERNS (siehe jeweilige Angabe der Anschrift mit Telefonnummer) in Verbindung zu setzen.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Niederbayern
8440 Straubing, Lillenstraße 5-7
Telefon (09421) 7053

Deggendorf: 1 Augenarzt

Eggenfelden: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Ergolding, Lkr. Landshut: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Freyung v. W. (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
1 Augenarzt

Frontenhausen, Lkr. Untere Isar: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Grafenau, Lkr. Freyung v. W.: 1 Augenarzt

Haldmühle, Lkr. Freyung v. W.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Heberfelden, Lkr. Rottal: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neuschönau, Lkr. Freyung v. W.: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Rottenburg, Lkr. Landshut: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wildenberg, Lkr. Kelheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Zwiesel oder Regen (Bayer. Wald): 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Niederbayern, 8440 Straubing, Lillenstraße 5-7.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberpfalz
8400 Regensburg, Landshuter Straße 49
Telefon (09 41) 57033

- Erbendorf:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Floss: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Frelhung: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Hahnbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Kastl bei Amberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Mitterteich: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Neumarkt/Opf.: 1 Augenarzt
1 Allgemein-/Prakt. Arzt
1 Internist mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde
Pfreimd: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Tiefenbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Vilseck: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Vohenstrauß: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Weiden/Opf.: 1 Nervenarzt oder Neurologe oder Psychiater
Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberpfalz, 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberfranken
8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a-9
Telefon (09 21) 23032

- Bad Steben, Lkr. Hof:** 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Bamberg: 1 Augenarzt
Coburg: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt
Kronach: 1 Kinderarzt
1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Marktredwitz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Münchberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Rehau, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Rodach bei Coburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Selb: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Seybothenreuth, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Scherneck oder Untersiemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Schirnding, Lkr. Wunsiedel: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Stappach, Lkr. Bamberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberfranken, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a-9.

Mit
zeitgemäßer
Komposition

Azur[®]

Azur[®]
gegen
Schmerzen

1 Tablette enthält: Paracetamol 250 mg
Propyphenazon 200 mg, Coffein 50 mg
2-Dimethylethano-aethanol-
bitartret 25 mg
3mal tägl. 1-2 Tabletten.
O.P. mit 10 Tabl. DM 1,40
O.P. mit 20 Tabl. DM 2,30

Azur[®]
compositum
gegen
starke
Schmerzen

1 Tablette enthält: Paracetamol 200 mg
Propyphenazon 150 mg, Coffein 50 mg
Codein. phosphoric. 15 mg, Acidum
phenylethylbarbituricum 25 mg
2-Dimethylethano-aethanol-
bitartret 25 mg
3mal tägl. 1-2 Tabletten
Bei Überdosierung kann die Verkehrs-
tüchtigkeit beeinträchtigt werden.
O.P. mit 10 Tabl. DM 3,25
O.P. mit 20 Tabl. DM 4,95
Kontraindikation:
Schwere Nierenschäden
Pyrazolon-Allergie, Blutdyskrasien

Steiner & Co. Literatur und
Deutsche Ärztemuster
Arzneimittel auf Wunsch
Gesellschaft
Berlin West



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Unterfranken
8700 Würzburg, Hofstraße 5
Telefon (09 31) 503 03

Bad Neustadt/Saale: 1 Frauenarzt

Großheubach, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Heigenbrücken, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Mömbris, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schlmborn, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schöllkrippen, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Schwaben
8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2
Telefon (08 21) 31 30 31

Augsburg-Oberhausen (Orstell 16, 17): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Doneuwrth, Lkr. Nördlingen-Donauwörth: 1 Kinderarzt

Inchenhofen, Lkr. Augsburg-Ost: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Marxheim, Lkr. Nördlingen-Donauwörth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Meltingen, Lkr. Augsburg-West: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Memmingen: 1 Augenarzt

Monheim, Lkr. Nördlingen-Donauwörth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Pfuhl, Illerkreis: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Roggenburg, Illerkreis: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Thannhausen, Günzkreis: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wellerstein, Lkr. Nördlingen-Donauwörth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wertach, Lkr. Oberallgäu: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Mittelfranken
8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5
Telefon (09 11) 53 37 71

Absberg, Lkr. Weißenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bechhofen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Arzthaus von verstorbenem Vorgänger sofort zu erwerben.

Bad Windsheim, Lkr. Neustadt/Alsch: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Dinkelsbühl, Lkr. Ansbeck: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Feuchtwangen, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hersbruck, Lkr. Leuf: 1 Augenarzt

Lehrberg, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nürnberg-Langwasser, Neuselsbrunn-Rangierbahnhof: 2 Allgemein-/Prakt. Ärzte

Nürnberg-Gebersdorf, Birkenwald-Neumühle: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wilhermsdorf, Lkr. Neustadt/Alsch: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberbayern
8000 München 80, Mühlbaurstraße 16
Telefon (08 11) 47 60 87

Ebenhausen: 1 Allgemein-Prakt. Arzt

Gemeinde Eching: 1 Kinderarzt

Gemeinde Galmersheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gemeinde Großmehring: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gemeinde Neumarkt-St. Velt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gemeinde Odelzhausen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gemeinde Oberpfammern: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Garching a. d. Alz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Manching, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Zuchering, Lkr. Ingolstadt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberbayern, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16/II.

Mitarbeit der freien Berufe in der Landesplanung

Senator WIRSCHINGER, Vorsitzender des Verbandes Freier Berufe in Bayern e. V., hatte die Mitglieder des Verbandes beim Landesplanungsbeirat und die Bezirksplanungsräte am Samstag, 14. Oktober 1972, nach Nürnberg zu einem ersten Informationsgespräch eingeladen. Diskussionsthema waren die aktuellen Probleme der Raumordnung und der Landesplanung. Das Gespräch sollte insbesondere dem gegenseitigen Kennenlernen und dem Meinungs- und Erfahrungsaustausch dienen, wozu drei Referenten mit Kurzvorträgen, ferner auch Ministerialrat Winfried TERHALLE vom Bayerischen Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen geladen waren. Das hohe Interesse, das diese Thematik fand, dokumentierte sich in der Anwesenheit von zwei Landtagsabgeordneten, Freifrau von PÖLNITZ und Frau ROTHGANG-

RIEGER, sowie mehreren Journalisten, an ihrer Spitze Herr MÜLLER-MEININGEN jr.

„Mitsprache bei der Planung auf Landes- und Bezirksebene sowie der Ebene der Regionen bedeutet für die freien Berufe keine lobbyistische Vertretung einzelner Interessen. Wir verstehen dies als Auftrag, unser fachliches Wissen durch Anregungen, Stellungnahmen und Gutachten im Rahmen der hierfür gesetzlich geschaffenen Beiräte zur Verfügung zu stellen. Leider sind jedoch die Einwirkungsmöglichkeiten der Beiratsmitglieder insgesamt sehr beschränkt“, mit dieser Einführung eröffnete Senator WIRSCHINGER das Informationsgespräch.

Zunächst gab der Landschaftsarchitekt Professor Ludwig RÖMER, einziger Vertreter der freiberuflich Tätigen im Planungsbeirat, einen kurzen Überblick zur Begriffsbestimmung „Landesplanung“, als deren oberstes Ziel er die gleichmäßige Verteilung der wirtschaftlichen Wachstumsrate bzw. des Sozialproduktes hinstellte.

Über den zunächst angesprochenen Infrastrukturbegriff hinaus zeigte Professor K. SPECHT, Direktor des Institutes für Freie Berufe, Nürnberg, anschließend auf, welche Auswirkungen z. B. die Gebietsreform und die dadurch neu geschaffene Zentralisierung auch auf die Angehörigen der Dienstleistungsberufe wie Ärzte, Künstler, Architekten, Anwälte usw. hat. Mit dem Wechsel der Zentralisation ist auch ein Wechsel in Nachfrage und Angebot von Dienstleistungen verbunden.

Oberregierungsdirktor Dr. FISCHLER, der zuständige Referent bei der Regierung von Mittelfranken, gab einen Überblick über geschichtliche Entwicklung und Zukunftstendenzen des Großraums Nürnberg in der mittelfränkischen Region und stellte Problematik und Möglichkeiten dieses Wirtschaftsraumes dar. Anhand einer Fülle von Details gab er Denkanstöße für die Arbeit aller in der Planung Tätigen.

Die anschließende rege Diskussion, in den bewährten Händen von Herrn Dipl.-Ing. Robert ELTERLEIN, stellvertretender Landesvorsitzender, zog sich über zwei Stunden hin.

Senator WIRSCHINGER faßte das Ergebnis dieses Informationsgesprächs zusammen. Mit Bedauern stellte er fest, daß die für diese Arbeit so notwendige Festlegung der neuen Regionen noch nicht endgültig erfolgt sei, so daß die beratende Arbeit auf dieser dritten Ebene noch nicht beginnen könne, gerade hier aber ist einer der wesentlichen Schwerpunkte. Alle anwesenden Gesprächspartner sind sich der hohen Verantwortung bewußt, die dieses Mitspracherecht mit sich bringt und es ist für alle Beteiligten eine Selbstverständlichkeit, ihre ehrenamtliche Tätigkeit durchzuführen. Alle Teilnehmer waren sich einig, daß solche Informationsgespräche jährlich mindestens zweimal durchgeführt werden müssen, um über die Einzelarbeit auf der jeweiligen Planungsebene hinaus



Bei lymphatischen Kindern

mit ihrer bekannten Infektanfälligkeit sind bis zu einem Alter von 10 Jahren die tiefen Halslymphknoten fast stets geschwollen, was sich durch Abtasten leicht feststellen läßt.

Tonsilgon®

steigert die Infektabwehr deutlich,
akute Schübe bleiben allmählich aus.

**Die Anamnese ist genauso wichtig
wie die Diagnose.**

Lymphatisch belastete Erwachsene litten oder leiden an Erkrankungen im HNO-Bereich und neigen oft zu Tracheobronchitis und Sinusitis; auch in diesen Fällen bewährt sich Tonsilgon zur naturgemäßen Regulationstherapie.

Basistherapie bei lymphatischer Diathese und ihren akuten Katarhen. Leitsymptom: Infektanfälligkeit schon in der Kindheit.

Zusammensetzung: Mec. ex: Red. Althee, 0,4 g, Flor. Chamomill, 0,3 g, Fruct. Cynosbat, 0,4 g, Herb. Equiset, 0,5 g, Fol. Jugland, 0,4 g, Herb. Milletol, 0,4 g, Cort. Ouerc, 0,2 g, Herb. Tarax, 0,4 g in 100 g. 1 Dregée enthält: Rad. Althee, 0,008 g, Flor. Chamomill, 0,008 g, Fruct. Cynosbat, 0,004 g, Herb. Equiset, 0,010 g, Fol. Jugland, 0,012 g, Herb. Milletol, 0,004 g, Cort. Ouerc, 0,004 g, Herb. Tarax, 0,004 g, Vitamin C, 0,019 g.

Indikationen: Lymphatische Diathese und ihre akuten Manifestationen (wie Tonsillitis catarrhalis, Pharyngitis lateralis); Schwellungen der Lymphknoten, besonders bei Erkrankungen im Nasen-Rachenraum; Nachbehandlung nach Tonsillektomie. Chronische Racheninfekte.

Kontraindikationen, Nebenwirkungen: keine

Dosierung: Zur Basistherapie der lymphatischen Diathese gibt man Kindern bzw. Erwachsenen 3mal täglich 15 bis 25 Tropfen oder 1 bis 2 Dregées über Wochen, bei akuten Manifestationen (Katarhen) vorübergehend 5 – 6mal täglich.

Handelsformen:

Tonsilgon O. P. zu 30 ml	DM 4.85
Tonsilgon O. P. zu 50 ml	DM 6.35
Tonsilgon O. P. zu 100 ml	DM 8.65
Tonsilgon O. P. zu 60 Dreg.	DM 8.35



BIONORICA KG · NÜRNBERG

eine breite Information zu erhalten, denn diese ist Voraussetzung für jede planerische Arbeit. Senator WIRSCHINGER forderte in diesem Zusammenhang eine größere finanzielle Unterstützung des Institutes der Freien Berufe durch den Staat und regte an, in die künftigen Regionalplanungsbeiräte neben den Archi-

tekte noch einen weiteren Angehörigen der freien Berufe zu berufen.

Beim nächsten Informationsgespräch in sechs Monaten werden die Mitglieder des Landesplanungsbekanntes und die Bezirksplanungsräte ein eigenes Aktivierungsprogramm aufstellen.

Vier Jahre Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München

„Die bisherige Tätigkeit der Akademie und ihre Ziele für die weitere Arbeit“ waren Thema einer Pressekonferenz, zu der die Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft am Montag, 16. Oktober 1972, in das Ärztehaus Bayern eingeladen hatte.

Der Vorsitzende des Präsidiums der Akademie, Senator Professor Dr. H.-J. SEWERING, hieß die zahlreich erschienenen Vertreter von Presse und Rundfunk herzlich willkommen, dankte für das gezeigte Interesse an dieser Thematik und stellte die Gesprächsteilnehmer vor: Ministerialdirektor Dr. H. SCHMATZ vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung in Vertretung von Staatsminister Dr. Pirkel, Professor Dr. Dr. H. EYER, Vorsitzender des Kuratoriums der Akademie und Direktor des Max-von-Pettenkofer-Instituts der Universität München, Landtagsabgeordneter E. ESSL, Mitglied des Präsidiums der Akademie als Vertreter der Gewerkschaften, Dr. E. DRÄGER, Mitglied des Präsidiums und Vertreter der Arbeitgeber, Professor Dr. H. VALENTIN, Mitglied des Präsidiums und Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Ministerialrat Dr. M. THÜR, Mitglied des Präsidiums und Leiter der Unterabteilung für Arbeits-, Sozial- und Versorgungsmedizin im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, sowie der Leiter der Gesundheitsabteilung dieses Ministeriums, Ministerialrat Senator Dr. B. KLÄSS und den Geschäftsführer der Akademie Dr. W. BRENNER.

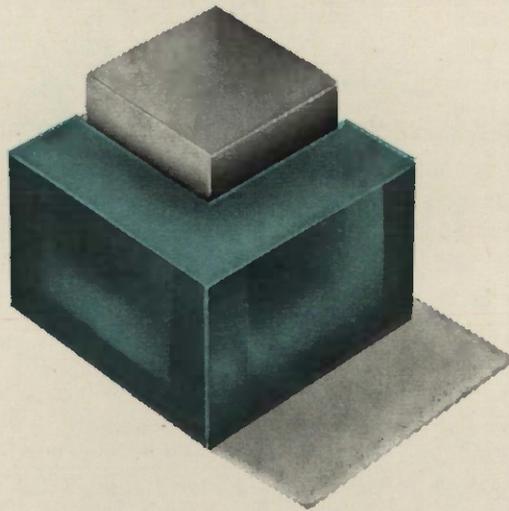
Professor Dr. SEWERING gab zunächst einen kurzen Überblick über die abgelaufenen vier Jahre Tätigkeit der Akademie, wobei er feststellte, daß sich seit der Gründung am 27. Mai 1968 durch den Bayerischen Ministerpräsidenten die damals gestellten Aufgaben grundsätzlich nicht geändert haben. Er dankte dem Träger der Akademie, dem Freistaat Bayern, und dem von ihm beauftragten Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung für die gute und fruchtbare Zusammenarbeit und stellte einleitend die Aufgaben der Akademie vor: Weiter- und Fortbildung von Ärzten in Arbeits- und Sozialmedizin (Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“), Begegnungsstätte von Wissenschaft und Praxis mit Austausch von Erkenntnissen und Erfahrungen auf diesen Gebieten, Anregung und Unterstützung von Forschungsaufgaben. Sein Dank galt auch den Mitgliedern des Präsidiums sowie den

25 im Kuratorium vertretenen Persönlichkeiten staatlicher Organe, Verbänden und Institutionen, nicht zuletzt auch dem Geschäftsführer. Neben der laufenden Tätigkeit wurden Arbeitsgruppen gebildet, die aktuelle Probleme der Präventivmedizin aufgriffen, z. B. „Umfang und Bedeutung von Erkrankungen oder Veränderungen der Wirbelsäule“, „Nervliche und psychische Belastung am Arbeitsplatz“, „Soziale Pädiatrie“. Arbeitsmedizinisch interessante Probleme wurden mit der Förderung von Forschungsaufgaben durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung in Angriff genommen. Die Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin konnte in gewissem Umfang allein und mit Unterstützung der Bayerischen Landesärztekammer Unterrichtsmaterial und Broschüren zu einschlägigen Themen veröffentlichen und herausgeben.

Nachfolgend ein Überblick über die Veranstaltungen der Akademie:

15 Arbeitsmedizinische Kurse von je vierwöchiger Dauer mit insgesamt 1200 Teilnehmern, acht Sozialmedizinische Kurse von vierwöchiger Dauer mit rund 800 Teilnehmern, drei Sozialmedizinische Informationskurse (einwöchig) mit 300 Teilnehmern, drei Lehrgänge für Epidemiologie und epidemiologische Methodik von einwöchiger Dauer und mit insgesamt 300 Teilnehmern, zahlreiche Tagesveranstaltungen zu aktuellen Themen, wie z. B. „Arbeitsmedizinische, psychologische und soziologische Probleme bei der Bürotätigkeit“, „Nervliche und psychische Belastung am Arbeitsplatz“. Bei diesen Veranstaltungen waren neben Ärzten, Psychologen und Soziologen auch zahlreiche Vertreter der Sozialpartner anwesend.

Anschließend griff Professor Dr. SEWERING einige besonders wesentliche Aufgaben heraus, so z. B. die Lehrgänge für Epidemiologie, ein aktuelles wissenschaftliches Gebiet, die sich mit der Erforschung von Volkskrankheiten hinsichtlich ihrer regionalen Verteilung, ihrer Häufigkeit, ihres Verlaufes sowie der Krankheitsanfälligkeit verschiedener Berufe und Geschlechter befassen. Da es in der BRD keine andere Einrichtung gibt, die die Epidemiologie betreibt, ist eine Unternehmung und Fortbildung gerade hier dringend erforderlich. Eine weitere Aufgabe der Akademie ist die



Deutliche Hemmung der überschießenden Magensäureproduktion ohne direkten anticholinergischen Effekt bewirkt Valium Roche

Die Motilität wurde auch ohne Anticholinergika-Zusatz eindrucksvoll beeinflusst und nach 2-3 Tagen Schmerzfreiheit erreicht (2,5-5 mg oral 4stdl.).

60 Patienten mit Ulkusschmerzen, die bereits für einen operativen Eingriff wegen ihrer therapieresistenten Läsionen vorgesehen waren, wurden innerhalb von 48-72 Stunden schmerzfrei.

Die Besserung dieser Ulkusfälle war so weitgehend, daß von der geplanten Operation abgesehen werden konnte (sekretionseinschränkende Wirkung: 5 Stunden bei 10mg).

Ihrer Aufmerksamkeit empfohlen:

Wie für alle psychotrop wirksamen Substanzen gilt auch für Valium Roche, daß man unter dem Einfluß seiner Wirkung keinen Alkohol genießen sollte, da die individuelle Reaktion im einzelnen nicht voraussehbar ist. Wie alle Arzneimittel vom gleichen Wirkungsart kann auch Valium Roche, je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit, das Reaktionsvermögen (z. B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinflussen. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Valium Roche — besonders bei parenteraler Applikation — den mediativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar. Sind bei ambulanter Therapie (z. B. Berufstätigen) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwerpunkt der Behandlung auf den Abend zu verlagern; z. B. abends 5 mg, tagsüber 2mal 2 mg Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behandlungstagen von Valium Roche genügt in den meisten Fällen die i.m.-Applikation. Sollte sich die i.v.-Darreichung als notwendig erweisen, so ist eine Vene mit großem Lumen zu wählen und die Injektion sehr langsam (ca. 0,5-1 ml pro Minute) vorzunehmen. Valium Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischspritze mit zahlreichen Medikamenten inkompatibel ist. Valium Roche bleibt in 5- bis 10-prozentiger Glukose-Infusionslösung oder 0,9-prozentiger Natriumchlorid-Infusionslösung genügend lange ohne Ausfällung von Wirksubstanz gelöst, wenn folgendes beachtet wird: Die Ampullenlösung (nicht mehr als 4 ml) muß dem gesamten Volumen der Infusionslösung, welches 250 ml nicht unterschreiten soll, unter gleichzei-

Bei kritischer Prüfung notwendiger Wirkstoffergänzung für

Antacida und Spasmolytika

kann das Ergebnis lauten:

Partner

Valium® Roche

ligen guten Vermischtes zugesetzt und mit der Infusion unverzüglich begonnen werden. Bei Kreislaufabfall und Stenose Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Valium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Dosierung ist bei Patienten mit hirnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit kardialer und/oder respiratorischer Insuffizienz der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten soll auf die parenterale Applikation in der Regel verzichtet werden. Während der Frühschwangerschaft sollte Valium Roche — entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter — nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; schädliche Erfahrungen liegen nicht vor.

Kontraindikation: Myasthenia gravis.

Valium Roche: 7-Chlor-1,3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on
20 Tabl. Valium 5 Roche DM 5,50 m.U.St. • 20 Tabl. Valium 10 Roche DM 8,85 m.U.St.

HOFFMANN - LA ROCHE AG • 7889 GRENZACH

breit angelegte Aufklärung über gesundheitliches Fehlverhalten. Hier bietet sich eine Fülle an Thematik, die in Zukunft an die Öffentlichkeit und unsere Ärzteschaft herangetragen werden muß.

Ministerialdirektor Dr. SCHMATZ bedankte sich namens des Staatsministers Dr. Pirkl für die bisher geleistete Arbeit. Er hob hervor, daß in diesen vier Jahren insgesamt 3000 Ärzte an den Lehrgängen teilnahmen, wobei sich der Kreis der Teilnehmer vorwiegend zusammensetzte aus niedergelassenen Ärzten, Krankenhausärzten, Werksärzten, Sanitätsoffizieren, Ärzten aus dem Bereich der Landesversicherungsanstalten, aber auch Juristen, Psychologen und Angehörige der Sozialberufe umfaßte.

Der Landtagsabgeordnete E. ESSL betonte, daß er und auch die Gewerkschaft keine Verfechter eines Werksarzt-Gesetzes seien. Selbstverständlich muß die notwendige Zahl freier Werksarzt-Stellen geschaffen werden, wozu die Bereitschaft bei größeren Betrieben durchaus vorhanden ist. Bei kleineren Firmen treten jedoch — seiner Beobachtung nach — Schwierigkeiten auf. Man sollte daher in erster Linie die freien Stellen dort besetzen, wo viele Mittel- und Kleinbetriebe niedergelassen sind. Ein Denkmodell sei wert, in der Praxis probeweise durchgeführt zu werden, nämlich der Zusammenschluß mehrerer Klein- oder Mittelbetriebe auf dem Sektor der werksärztlichen Betreuung. Hierzu wurde von der Akademie das Modell einer mobilen Werksarzteinheit angeregt, worüber zur Zeit entsprechende Verhandlungen geführt werden. Ein besonderes Augenmerk sei weiterhin darauf zu richten, durch eine Verbesserung von Arbeitsplatz und Arbeitsbedingungen Krankheiten zu vermeiden und

somit die in unserer heutigen Gesellschaft auffallend hohe Frühinvaliditäts-Quote und Kurhäufigkeit schon bei jungen Menschen zu verringern. Man müsse darüber hinaus die gesamte Lebensführung mehr als bisher ins Auge fassen, denn eine wesentliche Feststellung läßt sich nicht wegdiskutieren: Das Gesundheitsbewußtsein unserer Bevölkerung ist nicht genügend ausgeprägt. Der arbeitende Mensch müsse lernen, die Freizeit und den Urlaub sinnvoll zu gestalten. In diesem Zusammenhang erwähnte er seinen Antrag im Bayerischen Landtag, einen Forschungsauftrag über Freizeitverhalten zu erteilen.

Ministerialrat Dr. THÜR berichtete über die Auswertungsergebnisse der Erhebungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz aus den Jahren 1969/70. Danach wurden 1970 von insgesamt 75386 Erstuntersuchungen u. a. bei 4171 (5,5%) eine schwache Muskulatur, bei 4436 (5,9%) Brustkorbveränderungen und bei 8391 (11,1%) Deformierungen der Wirbelsäule festgestellt. Weitere Zahlen über das gesamte Untersuchungsergebnis werden demnächst im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, daß die aufgezeigten Ausführungen allen Teilnehmern klar vor Augen geführt haben, daß das Gebiet der Arbeits- und Sozialmedizin von uns allen — Staat, Ärzten und Mitbürgern — zunehmend Beachtung verdient. Freizeit und Urlaub, Arbeitswelt und Umwelt des Menschen zwingen uns, in Zukunft mehr denn je in Prävention und Rehabilitation nach neuen Erkenntnissen zu forschen und neue Wege zu beschreiten. Hierin liegt die Aufgabe der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin.

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

vom 11. bis 14. Mai 1972

1. Hauptthema: „Fortschritte bei chronischen Lebererkrankungen“

Professor Dr. BIANCHI, Basel:

„Histologische Bewertung von chronischen Lebererkrankungen“

Als „chronisch“ werden Irreversible Leberentzündungen bezeichnet, bei denen mindestens für 6 bis 12 Monate konstante blutchemische und histologische Veränderungen nachweisbar sind. Die Chronizität anzeigenden histologischen Grundphänomene sind

1. konfluierende und submassive Nekrosen, Piecemeal- oder Mottenfraßnekrosen („Periportalentzündungen“),
2. Duktulusproliferationen und
3. Bindegewebsbrücken zwischen Portalfeld und Zentralvene mit Aufsplitterung des Läppchengefüges bis hin zum zirrhotischen Parenchyumbau.

Von den Formen der chronisch verlaufenden Lebererkrankungen sind protrahierte Verläufe zu unterscheiden, die lediglich eine Chronizität vortäuschen. So weisen die Spät- und Auslaufstadien der akuten Virushepatitis wechselnd stark ausgeprägte morphologische Befunde auf (es dominiert die Mesenchymreaktion über die Parenchymalteration). Diese monatelang nach Ablauf des akuten Geschehens mit und ohne klinische Symptome weiter bestehenden Befunde bewiesen eine Chronizität keineswegs. Dieses wechselvolle Verhalten ist einem Chamäleon vergleichbar. Entspricht der histologische Befund einer akuten lobulären Hepatitis, so ist ein begrenzter Verlauf anzunehmen.

Eine gute Prognose weisen folgende atypische Verlaufsformen der Hepatitis auf:

1. Cholostatische Virushepatitis,
2. akute ikterische Virushepatitis mit protrahiertem Verlauf,

Für ein gesundes Wachstumsalter



»Kalzan Vit« Vitamine + Calcium



I. Zusammensetzung:

1 Tablette enthält:

300	mg	Calciumcitrat
160	mg	Calciumhydrogenphosphat
500	I.E.	Vitamin A
0,4	mg	Vitamin B ₁
0,4	mg	Vitamin B ₂
1	mg	Calcium-D-pantothenat
20	mg	Vitamin C
350	I.E.	Vitamin D ₃
0,4	mg	Vitamin E
5	mg	Rutin
0,041	mg	Calciumfluorid

II. Indikationen:

Zur Deckung eines erhöhten Vitamin- und Calcium-Bedarfs sowie zur Behandlung von Mangelzuständen während Wachstum und Dentition, zur Kariesprophylaxe, bei allergischen Reaktionen.

III. Kontraindikationen:

Hyperkalzämie, Hyperkalzurie

IV. Dosierung und Anwendung:

2 bis 3 mal täglich 1 Tablette gut zerkaut einnehmen. Kalzan Vit-Tabletten werden wegen ihres Schokoladengeschmacks von Kindern gerne genommen.

V. Handelsformen und Preise:

Packung mit 50 Tabletten DM 4,10
Packung mit 100 Tabletten DM 7,05

Wülfing Arzneimittel Neuss

3. akute anikterische Virushepatitis mit protrahiertem Verlauf (lediglich Übergang in chronisch persistierende Hepatitis möglich),
4. rezidivierende Virushepatitis,
5. posthepatitische Hyperbilirubinämie,
6. klinisches Posthepatitisyndrom.

Atypische Hepatitisverläufe mit zweifelhafter Prognose:

1. „Hipple“-Hepatitis (histologisch Zeichen einer schweren lobulären Hepatitis kombiniert mit „Periportalentzündung“ wie bei chronisch-aggressiver Hepatitis),
2. akute anikterische Virushepatitis mit protrahiertem Verlauf,
3. akute Virushepatitis mit konfluierenden Nekrosen („subakute Hepatitis“; besonders in Spätstadien histologisch schwer von einer chronisch-aggressiven Hepatitis abzugrenzen).

Bei der als „chronisch“ genannten Hepatitis werden zwei Grundformen unterschieden:

Die chronisch persistierende Hepatitis, die im Gegensatz zu der „lobulären“ akuten Virushepatitis histologisch eine weitgehend unspezifische lympho-histiozytäre Portalentzündung und eventuell leichte Portalfibrose aufweist. Der Befund der Aggression mit ausgedehnter Periportalentzündung fehlt; die Leppchenstruktur ist vollständig erhalten. Die Diagnose einer chronisch persistierenden Hepatitis kann erst nach einem blutchemisch und bioptisch belegten Verlauf von mindestens sechs Monaten und bei gleichzeitigem Ausschluß einer primären extrahepatischen Grunderkrankung gestellt werden. Es handelt sich also mehr um eine klinische Verlaufsdignose als um eine morphologische. Die Biopsie kann jedoch immerhin aussagen, daß mit Progression nicht zu rechnen ist. Allerdings konnte die vereinzelt beschriebene Möglichkeit eines Umschlages in eine chronisch-aggressive Hepatitis bisher nicht eindeutig widerlegt werden.

Die chronisch-aggressive Hepatitis wird histologisch durch eine „Periportalentzündung“ charakterisiert, wie sie eingangs des Referates als Substrat der Chronizität beschrieben wurde. Wegen ihrer Tendenz zur Zirrhosebildung ist die Prognose als ungünstig einzusehen. Bereits ein Drittel der Fälle weist bei der Erstfassung einen zirrhotischen Parenchyumbau auf. Zudem kann sich diese Hepatitisform mit oder ohne akute lobuläre Entzündungsschübe präsentieren. Zur Diagnosestellung sind zwei morphologisch identische Biopsien innerhalb von sechs Monaten angezeigt. Differentialdiagnostische Bedeutung hat die Beobachtung eines der chronisch-aggressiven Hepatitis ähnlichen histologischen Bildes in unmittelbarer Umgebung von fokalen Lebererkrankungen (Metastasen, Echinokokkus oder entzündlich veränderte Zysten). Der morphologische Grundstein für die chronisch-aggressive Hepatitis

wird wahrscheinlich (ähnlich wie bei der akuten Hepatitis mit konfluierenden Nekrosen) bereits am Anfang der Erkrankung gelegt. Die Parameter für die Chronizität des Leidens sind demnach schon bei der Erstfassung vorhanden.

Zur Zirrhose führen zwei Hepatitisvarianten:

1. Die akute Hepatitis mit konfluierenden Nekrosen („subakute Hepatitis“), die binnen weniger Monate in eine Zirrhose übergeht und
2. die chronisch-aggressive Hepatitis, die meist erst nach jahrelangem Verlauf in eine Leberschrumpfung einmündet.

Professor Dr. W. PRELLWITZ, Mainz:

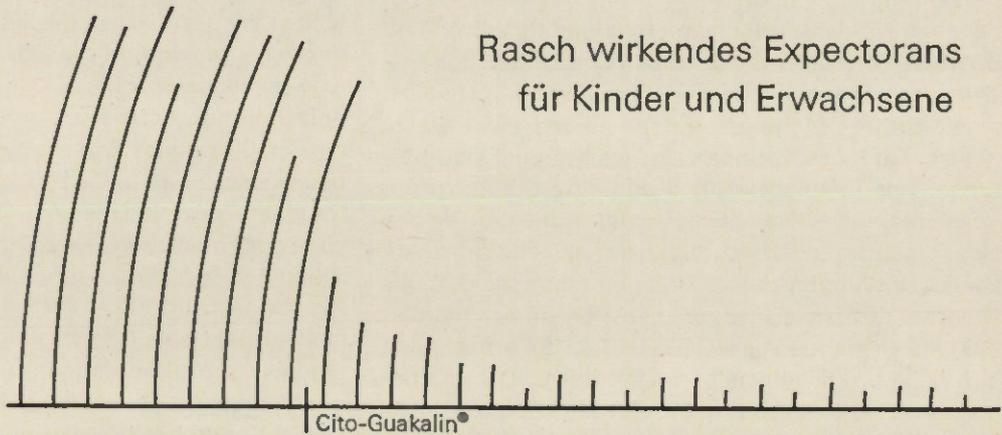
„Zur Methodik und Bewertung der Lebordiagnostik bei chronischen Lebererkrankungen“

Für die Interpretation der heute gebräuchlichen leberdiagnostischen Laboratoriumsbefunde ist die Kenntnis der pathophysiologischen Grundlagen unentbehrlich: zahlreiche der in der Leber vorkommenden Enzymsysteme können bereits eindeutig in spezifischen zytoplasmatischen Strukturen, den Zellorganellen, lokalisiert werden. Da der normale Hepatozyt im Gegensatz zum Extrazellulärraum sehr viel höhere Enzymaktivitäten aufweist, besteht ein beträchtliches Konzentrationsgefälle zwischen diesem intra- und extrazellulären Bereich. Zur Aufrechterhaltung dieser Konzentrationsdifferenz ist Energie nötig. Bei einer Zellschädigung mit Veränderung des Energiestoffwechsels kommt es zu einer Membranschädigung und damit zu einem Abstrom vorwiegend zytoplasmatischer Bestandteile (u. a. der Enzyme GPT, GOT, gamma-GT, SDH, LDH und Eisen) in das Blut. Führt die Zellschädigung auch zu Veränderungen intrazellulärer Membranen, z. B. an Mitochondrien, treten auch mitochondriale Enzyme (GLDH und GOT) in das Blut über. Je ausgedehnter der geschädigte Bezirk, d. h., je mehr Zellen befallen sind, um so höher sind zytoplasmatische Bestandteile im Serum nachweisbar. Je tiefgreifender und schwerer die Zellschädigung ist, um so höher werden mitochondriale Enzymaktivitäten im Blutserum gemessen. Dabei kommt es gleichzeitig zu einer Einschränkung der wichtigsten Funktionen der Leberzellen, so der Proteinsynthese (im granulierten endoplasmatischen Retikulum) und zu einem Absinken der Gerinnungsfaktoren und der Cholinesterase im Serum. Die Syntheseleistung der Leber ist somit für die Beurteilung des Schweregrades einer Lebererkrankung von erheblicher Bedeutung. Bei den meisten Lebererkrankungen kommt es außerdem zu einer Schädigung oder Störung der gallesezernierenden Organellen und Canaliculi sowie zu einer Aktivierung der immunkompetenten Zellen mit Anstieg der Immunglobuline im Serum.

Bei der chronisch persistierenden Hepatitis mit ihren nur vereinzelt nachweisbaren Zell-

Cito-Guakalin®

Hustensaft



Rasch wirkendes Expectorans
für Kinder und Erwachsene

Rascher und intensiver Wirkungseintritt, sehr gut verträglich, Codein-frei.

Zusammensetzung:

100 g Cito-Guakalin enthalten:
0,2 g 2,6-Di-tert. butyl-naphthalin-4-sulfonsaures Natrium, 0,01 g Anisöl, 0,25 g Polyäthylenglykol-Sorbitanmonolaurat, 1,0 g Guajakolglycerinäther (Sirotol®), 5,0 g Mazerat von 0,4 g Herb. Thymi, 0,4 g Herb. Serpylli, 0,15 g Fol. Castan. und 0,05 g Flor. Chamomill.; Sirup. simpl.

Indikationen:

Katarrhalische Erkrankungen der Atemwege, Bronchitis, Reizhusten.

Dosierung:

Erwachsene 3 bis 4 mal tägl. 1 Teelöffel voll, Kinder über 6 Jahre

2 mal tägl. 1 Teelöffel, Kleinkinder 2 mal tägl. 1/2 Teelöffel voll.

Eigenschaften und Wirkungsweise:

Cito-Guakalin enthält als wichtigste Wirkstoffe 2,6-Di-tert. butyl-naphthalin-4-sulfonsaures Natrium, Sirotol (Guajakolglycerinäther) sowie Polyäthylenglykol-Sorbitanmonolaurat. Die beiden ersten Komponenten haben hustenstillende, spasmolytische und sekretolytische Eigenschaften. Sie werden unterstützt durch den Spezialpflanzenextrakt aus Thymian, Quendel, Kastanienblättern und Kamillen.

Das Polyäthylenglykol-Sorbitanmonolaurat vermindert infolge

seiner Oberflächenaktivität die Haftfestigkeit des oft zähen Schleimes auf der Schleimhaut der oberen Luftwege und erleichtert so die Expektoration.

Handelsform:

O. P. Flasche mit 100 ml (=125 g)
DM 4,20

Coupon für Cito-Guakalin®
Ärztmuster und Informationsmaterial

STADA ARZNEIMITEL 6369 Dortelweil

nekrosen bei vollständig erhaltener Läppchenstruktur sind die klinisch-chemischen Befunde entsprechend diskret. Es finden sich leichte Zeichen einer Zellschädigung mit mäßigen SGPT- und SGOT-Erhöhen (SGPT : SGOT < 1).

Die mitochondrale GLDH liegt im Normbereich, die Aktivität der gamma-GT ist leicht erhöht. Bei intakter endogener Clearanceleistung der Leber zeigen sich auch bei den Exkretionsenzymen (alkalische Phosphatase, LAP, Bilirubin- und Kupferspiegel im Blut) keine Abweichungen von der Norm. Die Syntheseleistung der Leber ist nur geringfügig eingeschränkt. In der Mikroazetatfolienelektrophorese findet sich lediglich eine statistisch auffällige Erhöhung der gamma-Globulin-Fraktion. Auch die Biotransformation der Leber ist völlig intakt. Erhöhungen der Phenole und des Ammoniaks werden nicht beobachtet.

Bei der chronisch-aggressiven Hepatitis zeigt ein Teil der Patienten eine Defektheilung, daneben werden Verläufe mit häufigen Rezidiven und Übergang in die Leberzirrhose beobachtet. Entsprechend dem unterschiedlichen Verlauf werden etwa bei einem Drittel der Patienten normale Enzymaktivitäten gemessen. Diese Gruppe zeigt jedoch auffällige Störungen der Syntheseleistung und eine Erhöhung der Immunglobuline. Bei etwa $\frac{2}{3}$ der Patienten zeigen sich folgende Zellschädigungszeichen: stärkere Aktivitätssteigerungen der GOT gegenüber der GPT als Ursache des zusätzlichen Austrittes mitochondrialer GOT in den Plasmaraum (GOT : GPT > 1). Ferner finden sich häufig Aktivitätssteigerungen der GLDH und der gamma-GT. Letzteres Enzym zeigt die höchsten Werte bei gleichzeitigen Exkretionsstörungen mit Erhöhung des Serumbilirubins, der alkalischen Phosphatase und LAP. Signifikant gegenüber der Norm vermindert sind eine Reihe von Syntheseleistungen, wie die Gerinnungsfaktoren, das Haptoglobin und die Aktivitäten der Cholinesterasen. Auch die Galaktosebelastung zeigt infolge des verzögerten Abbaues dieses Zuckers durch verschiedene hepatische Enzyme einen pathologischen Ausfall (Störung des Testes durch Nieren- und Pankreaserkrankungen möglich). Die elektrophoretischen Veränderungen gehören zu den auffälligsten Befunden: die Albuminfraktion sowie die alpha-2-Globulin-Fraktion sind deutlich vermindert, während die beta- und gamma-Globulin-Fraktionen sicher erhöht sind. Alle drei Immunglobuline lassen sich vermehrt im Serum nachweisen. Es besteht eine signifikante Verbindung zwischen der Höhe des Gesamteiweißes und dem Albuminspiegel, ebenso zwischen Gesamteiweiß und gamma-Globulin. Es muß angenommen werden, daß die Syntheseleistung der Leber bei der chronisch-aggressiven Hepatitis deutlich vermindert ist, während die Immunglobuline ohne statistisch sicheren Zusammenhang zwischen dieser Eiweißgruppe ansteigen. Bei einem hohen Prozentsatz der Patienten lassen sich nach Untersuchungen von MÜTING und Mitarbeitern ferner eine Störung der

Biotransformation mit Vermehrung der Phenolkörper und des Ammoniaks im Serum nachweisen.

Sowohl bei den akuten Hepatitisformen als auch bei der chronisch-aggressiven Hepatitis und der Leberzirrhose ist eine Differenzierung der Schweregrade und damit eine Aussage bezüglich der Prognose allein anhand der Beeinflussung der hepatogenen Syntheseleistung möglich. Als wichtigster Parameter hierfür gilt derzeit die Bestimmung der Thromboplastinzeit nach QUICK, eine Untersuchung, die auch in kleineren Praxislabors angestrebt werden sollte.

Professor Dr. W. DÖLLE, Marburg:

„Diagnose und Therapie chronisch-entzündlicher Leberkrankheiten — einschließlich Zirrhose“

Neben der bereits besprochenen histologischen Befundung von Lebergewebe und den Laboratoriumsbefunden sind zunächst die subjektiven Beschwerden der Patienten und der objektive Untersuchungsbefund am Krankenbett für die Diagnose einer chronisch-entzündlichen Lebererkrankung von Bedeutung: Müdigkeit, Leistungsschwäche, uncharakteristische Oberbauchbeschwerden, Gelbsucht, Gewichtsverlust, Aszites zum Teil mit Ödemen (Gewichtszunahme), Zeichen der hämorrhagischen Diathese, gastrointestinale Blutungen, Hautveränderungen, Juckreiz und neurologisch-psychiatrische Störungen. In der Anamnese sind suspekt eine Gelbsucht in der Vorgeschichte, gelegentliche Farbänderungen von Stuhl und Urin, Ernährungsstörungen, Alkohol- oder Arzneimittelabusus sowie Kontakt mit toxischen Substanzen. In fortgeschrittenen Stadien läßt die klinische Untersuchung kaum mehr einen Zweifel am Vorliegen einer chronisch-entzündlichen Lebererkrankung. Die histologische Untersuchung des Lebergewebes und die Leberbefunde brauchen die Diagnose dann nur noch zu bestätigen und Hinweise auf die Prognose geben. Bereits bei der ersten Untersuchung sollte der makroskopische Leberbefund laparoskopisch gesichert werden; die Wirksamkeit der Therapie läßt sich im weiteren Verlauf häufig allein durch Blindpunktionen kontrollieren. Ergänzt wird die Diagnostik durch Röntgenuntersuchungen des Ösophagus (Varizen), des Magen-Duodenums (Ulkus), der Gallenwege (biliäre Zirrhose), des Dünn- und Dickdarmes (Leberbetätigung bei Morbus CROHN und Colitis ulcerosa) und des Skelettsystems (biliäre Zirrhose). In besonderen Fällen wird zusätzlich eine Splenoportographie, eine perkutane transhepatische Cholangiographie, eine gezielte Angiographie der Arteria mesenterica superior, eine Omphalographie, Zöliakographie oder Cavographie (BUDD-CHIARI) erforderlich sein.

Bei der Therapie der chronisch-entzündlichen Lebererkrankungen haben sich folgende diätetische Regeln bewährt: Die Kost soll kalorisch dem jeweiligen Körpergewicht angepaßt, eiweißreich und fettbe-

schränkt sein. Bei bestehendem Aszites bzw. Ödemen wird eine Kochsalzbeschränkung und Zulage einer natriumarmen Trockenmilch empfohlen. Treten Zeichen einer Enzephalopathie hinzu, muß die Eiweißzufuhr beschränkt werden.

Die chronisch-persistierende Hepatitis bedarf keiner Behandlung; ist sie Folge einer Alkoholschädigung, so muß auf völlige Abstinenz geachtet werden.

Bei der medikamentösen Behandlung der chronisch-aggressiven Hepatitis wurde in letzter Zeit immer wieder über Erfolge mit Glukokortikoiden, sowie immunsuppressiven Substanzen berichtet, obwohl auch die toxischen Nebenwirkungen dieser Medikamente nicht zu übersehen waren. Als Indikationen für eine derartige Therapie kommen Patienten mit hohem gamma-Globulin, starker mesenchymaler Aktivität im histologischen Bild und positiven Immunphänomenen in Frage. Die Dosierung von 6-Mercaptopurin (Purinethol[®]) beträgt anfangs 150 bis 200 mg täglich und geht bei Dauerbehandlung auf 50 bis 60 mg zurück. Azahtioprin (Imurec[®]) wird anfangs 150 bis 200 mg, später um 100 mg täglich dosiert. Bei der Kombination werden meist 15 bis 20 mg Prednisolon mit 50 mg Azahtioprin verordnet. Bei Einsatz dieser Medikamente muß man sich zu einer Dauertherapie entschließen, da Rezidive nach Absetzen fast die Regel sind. Bewährt hat es sich, chronisch-aggressive Hepatitiden mit Beschwerden und deutlichen biochemischen Hinweisen auf hepatozelluläre Schädigungen zunächst nur mit Steroiden zu behandeln. Bei positivem Australia-Antigennachweis sollte man mit kleinen Dosen von 10 bis 20 mg täglich auszukommen versuchen. Bringt diese Medikation keine Besserung, so ist vor allem bei positivem Autoantikörper- und fehlendem Antigennachweis die zusätzliche Gabe von Azathioprin angezeigt. Bei positivem Australia-Antigennachweis und fehlenden Autoantikörpern sollte auf Immunsuppressiva verzichtet werden. Eine endgültige Beurteilung der Therapieergebnisse mit Steroiden und Immunsuppressiva ist noch nicht möglich. Rückfälle nach Absetzen der Mittel deuten jedoch auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Behandlung und Besserung hin. Auch der Nachweis einer längeren mittleren Überlebensdauer der behandelten Patienten konnte in einigen Studien erbracht werden.

Die mittlere Überlebensdauer von Zirrhose-Patienten konnte unter Glukokortikoidbehandlung nicht verlängert werden; während des ersten Behandlungsjahres scheinen sich jedoch die subjektiven Beschwerden und einige Befunde unter täglicher Gabe von 10 bis 20 mg Prednisolon deutlich zu bessern. Als Kriterien für die Auswahl von Zirrhosekranken zur Langzeitbehandlung mit Steroiden gelten:

1. Zur symptomatischen Hebung des Allgemeinbefindens und Besserung des Appetits, auch bei Aszites,

2. Frauen ohne Aszites und/oder hohem gamma-Globulin und/oder Plasmazellinfiltration,
3. Männer ohne Aszites und histologisch starker Mesenchymreaktion und/oder hohem gamma-Globulin bzw. positivem Immunphänomenen,
4. bei akutem „hepatitischem Schub“, wenn dieser innerhalb von vier Wochen keine spontane Besserung zeigt (cave: erneuter Schub bei Absetzen der Therapie!).

Professor Dr. W. GEROK, Freiburg:

„Pathogenese, Diagnose und Therapie der Fettleber“

Bei der Fettleber handelt es sich um eine der häufigsten Lebererkrankungen, die ebenso gehäuft in der sogenannten Wohlstandsgesellschaft mit Überernährung wie auch in Gebieten mit starker Unter- und Fehlernährung auftritt. In Mitteleuropa zeigen etwa 40% aller Leberbiopsien derzeit eine abnorme Fetteinlagerung in den Leberzellen.

Die Fettleber wird definiert als Anhäufung von Triglyzeriden in den Leberzellen. Sie unterscheidet sich quantitativ und qualitativ hinsichtlich ihres Fettgehaltes von der normalen Leber. Ätiologisch handelt es sich nicht um ein einheitliches Krankheitsbild; in Mitteleuropa haben drei Faktoren mit Abstand die größte Bedeutung: Alkoholismus, Diabetes mellitus und Überernährung. Bereits nach einmaligem starken Alkoholgenuß ist eine kurzfristige, reversible Leberverfettung zu beobachten. Für die stark ausgebildete Fettleber mit reaktiven bleibenden oder fortschreitenden Veränderungen ist ein Alkoholkonsum von täglich ca. 120 g Alkohol bei erheblicher Schwankungsbreite der Zeitspanne (über durchschnittlich zehn Jahre) erforderlich. Bei Diabetes mellitus sind Störungen des Fettstoffwechsels mit Bildung der Fettleber bereits vor der Manifestation, d. h. im Stadium des latenten bzw. Prädiabetes, nachweisbar. Beim manifesten Diabetes mellitus ist bei etwa 40% der Fälle eine ausgeprägte Fettleber nachweisbar. Bei den Ernährungsfaktoren spielt nicht nur die fettreiche Kost, sondern vielmehr die überkalorische Ernährung eine entscheidende Rolle. Es kann allerdings auch eine Unterernährung, besonders bei proteinarmer Kost und fast ausschließlicher Kohlenhydratzufuhr eine vermehrte Fetteinlagerung in der Leber zur Folge haben (Fettleber bei Dystrophikern der Gefangenenlager und der Kranken mit Kwashiorkor). Schwere Leberverfettungen, zum Teil mit Ikterus und tödlichem Verlauf, werden bei Vergiftungen und gelegentlich nach Tetracyclin-Überdosierungen (besonders bei Schwangeren) beobachtet.

Verschiedene pathogenetische Mechanismen können zur Fettleber führen: Vermehrte Lipolyse des Fettgewebes mit vermehrtem Fettsäureangebot an die Leber, vermehrte intrahepatische Fettsäuresynthese und verminderte Triglyzeridabgabe der Leber in Form

von Lipoproteinen stehen im Vordergrund. So führt eine akute Alkoholintoxikation (wahrscheinlich durch Adrenalin und Sympathikus induziert) ebenso wie Insulinmangel oder ein akuter Hungerzustand zu verstärkter Lipolyse des Fettgewebes und vergrößertem Fettsäureangebot an die Leber. Chronische Unterernährung mit gleichzeitig proteinarmer Kost führt zusätzlich zu verminderter Lipoproteinsynthese und reduziert damit die Triglyzeridabgabe aus der Leber. Die klinischen Symptome der unkomplizierten Fettleber sind monoton. Es findet sich in der Regel eine vergrößerte Leber, die in etwa $\frac{1}{3}$ der Fälle schmerzhaft ist. Sehr häufig ist ferner eine verstärkte Farbstoffretention beim Bromsulphaleintest, und in der Hälfte der Fälle findet sich als Zeichen der gestörten Exkretion eine gesteigerte alkalische Phosphataseaktivität im Serum. Hingegen gehören Transaminaserhöhungen, Bilirubinzunahme und Cholesterinerhöhung nicht zu den obligaten Symptomen, sondern weisen auf Komplikationen hin.

Die Diagnose wird gesichert durch die histologische Untersuchung des Leberpunktates; bei Verdacht auf einen fortschreitenden Leberumbau sollte auf eine Laparoskopie nicht verzichtet werden.

Auch ausgedehnte Fetteinlagerungen in den Leberzellen sind vollständig reversibel, wenn keine Komplikationen bestehen und die schädigende Noxe ausgeschaltet wird. Die Komplikationshäufigkeit hängt ganz von der Ätiologie der Fettleber ab. Bei toxisch bedingten Schädigungen (außer Alkohol) treten häufig Zellnekrosen und akute Leberinsuffizienz mit letalem Ausgang auf. Ein Übergang der alkoholisch bedingten Fettleber über eine sogenannte alkoholische Hepatitis in die Zirrhose ist nicht obligat, jedoch möglich. Die diabetische und ernährungsbedingte Fettleber führt praktisch niemals zur Zirrhose.

Therapeutisch steht die Ausschaltung der schädigenden Noxe, d. h. strenge Alkoholkarenz, optimale Einstellung eines manifesten Diabetes mellitus und Verabreichung einer kalorisch ausgewogenen, eiweißreichen Kost im Vordergrund. Der Erfolg zusätzlicher medikamentöser Maßnahmen ließ sich bei sorgfältigen Nachprüfungen bisher nicht sichern.

Professor Dr. H. F. von OLDERSHAUSEN, Tübingen:
„Arzneimittelschäden der Leber“

Unter einer sogenannten Drogenleber wurde bisher meist die klinische Manifestation einer direkten oder indirekten toxischen oder allergischen Leberschädigung verstanden. Die direkt wirkenden Hepatotoxine sind Protoplasmagifte, die typische zentrale Leberzellnekrosen und häufig auch eine Steatose hervorrufen. Die Wirkung eines direkt hepatotoxischen Agens, wie z. B. des Tetrachlorkohlenstoffs, setzt innerhalb von wenigen Stunden ein, ist dosisabhängig und experimentell reproduzierbar. Indirekt wirkende Hepatotoxine führen zu einer Blockierung auf metabolischem

Wege und können so selektiv zur Nekrose oder Verfettung führen: Urethan, 6-Mercaptopurin (Purine-thol[®]), Methotrexat, Tetracycline in hoher Dosierung oder auch niedrigere Tetracyclindosen bei Vorliegen einer Niereninsuffizienz. Es kann sich aber auch um eine selektiv mit dem Bilirubinausscheidungsmechanismus interferierende Wirkung handeln im Sinne der besonders in höherer Dosierung indirekt hepatotoxisch wirkenden Enabolen und kontrazeptiven Steroide, die eine hepatokanalikuläre Schädigung mit intrahepatischer Cholostase auszulösen vermögen. Im Gegensatz zu den direkt wirksamen Hepatotoxinen findet sich bei der dritten Arzneimittelschädigungsmöglichkeit der Leber, der Idiosynkrasie, zwischen dem Einnahmezzeitpunkt des Medikaments und dem Auftreten klinischer Erscheinungen häufig eine Latenzzeit von mehreren Wochen. Bei den indirekt wirkenden toxischen Medikamenten beträgt die Latenzzeit in der Regel einige Tage. Die drogenbedingten Leberschädigungen durch eine Idiosynkrasie des Wirtes kann Ausdruck einer Überempfindlichkeit oder einer speziellen Stoffwechselstörung der Arzneimittel mit Akkumulation von aktiven hepatotoxisch wirkenden Metaboliten sein. So entstehen bei der metabolischen Konversion verschiedener Antirheumatika und Antipyretika (Atophan[®], Phenylbutazon = Butazolidin[®] und Indometacin), Monoaminoxidasehemmer wie Iproniazid (Marsilid[®]) oder Tuberkulostatika, wie Isoniazid (Neoteben[®]), vor allem durch Oxydation, Reduktion bzw. Hydrolyse Metabolite, die infolge einer Kumulation binnen Tagen, Wochen oder gar Monaten in hohen Konzentrationen zu Leberzellschädigungen mit und ohne Cholostase führen. Die Kumulation von Arzneimitteln oder deren Metaboliten wird außerdem bei eingeschränkten Entgiftungsvorgängen und daraus resultierender Ausscheidungsverzögerung bei bereits bestehenden Leberzellschäden beobachtet. Bei längerer Verabreichung induzierender Pharmaka kommt es zunächst zu einer Aktivierung des endoplasmatischen Retikulums und einer Leberzellhypertrophie, dann zu einem stationären Stadium einer oft stark erhöhten Toleranz gegenüber dem Arzneimittel. Gewöhnung und Abstinenzsymptome sind nicht nur psychische Phänomene, sondern auch hepatozellulär bedingt. Die Ursachen für Kumulation oder Gewöhnung gegenüber bestimmten Pharmaka sind zu suchen in einer gehemmten oder aktivierten Biotransformation durch mikrosomale Enzyme der Leber.

Für die Diagnostik des Drogenikterus und des viel häufigeren enikerischen medikamentösen Leberschadens ist die Erhebung einer sorgfältigen Medikamentenanamnese vorrangig. Dabei ist zu berücksichtigen, daß das Latenzstadium nicht nur Tage, sondern auch Wochen und Monate betragen kann. Zur Diagnose beitragen werden darüber hinaus funktionelle und bioptische Untersuchungen der Leber. Die morphologischen Veränderungen umfassen zonenförmige Leberzellschädigungen, cholostatische Veränderun-

gen mit und ohne Entzündungen, Zeichen einer unspezifischen granulomatösen Hepatitis oder Virushepatitis sowie einer Leberzellverfettung.

Klinisch äußert sich der drogenbedingte Leberschaden dementsprechend unter dem Bilde eines hepatozellulären Ikterus oder unter dem Bilde einer Cholestase mit zahlreichen Symptomen, wie man sie auch beim mechanischen Ikterus findet. Die Prognose des zytotoxischen Leberschadens mit einer Mortalität von 10 bis 50 % ist deutlich schlechter als bei der Cholestase, deren Letalität unter 1 % liegt.

Zu den Arzneimitteln, die eine Störung der Leberfunktion ohne begleitende Gelbsucht hervorrufen können, sind neben den Phenothiazinen die Gallenkontrastmittel, die anabolen Steroide, Antikonzeptiva, Bengalrosa, Probenecid (Benemid®) und die Dehydrocholsäure (Decholin®) zu rechnen. Unter der Einnahme von Ovulationshemmern sind besonders im Ausland (Skandinavien und Südamerika) auch ikterische Komplikationen beschrieben worden, für die vorwiegend genetische Dispositionen diskutiert werden. Es dürfte sich bei diesen cholestatischen Verläufen um ein ganz ähnliches Phänomen wie bei dem bekannten rezidivierenden Schwangerschaftsikerus handeln. Rein cholestatische Veränderungen oder Kombinationen mit leichteren Begleitentzündungen werden beobachtet unter bestimmten oralen Antidiabetika (besonders Chlorpropamid = Diabinese®), Antiphlogistika (Phenylbutazon), Salvarsan®, Psychopharmaka (Chlorpromazin = Megaphen® und anderen Phenothiazinen), Testosteron, Thyreostatika (Thiourazol) und dem Inzwischen aus dem Handel gezogenen Atophan®. Mit einer Gelbsucht bei vorherrschender Leberzellschädigung und in den Hintergrund tretender Cholestase ist in seltenen Fällen nach rezidivierenden Halothannarkosen zu rechnen. Ein ähnliches Bild tritt gelegentlich nach Einnahme von Antirheumatika oder Antipyretika, nach Applikation von Arsenpräparaten, Sulfonamiden und Tuberkulostatika (Conteben® und PAS) auf. Halothanschäden sind vorwiegend allergischer Natur, d. h., sie kommen besonders häufig bei einer Reexposition vor. Tritt nach einer solchen Narkose flüchtig Fieber oder eine Bilirubinurie auf, so sollte eine nochmalige Halothanapplikation unter allen Umständen vermieden werden (Häufigkeit der Komplikation etwa 1:6000 bis 22 000). Leberschäden unter Tetracyclingenaben wurden bisher in erster Linie nach erheblichen Überdosierungen oder bei Ausscheidungsstörungen infolge Niereninsuffizienz beobachtet. Über die Leber eliminierte Derivate, wie das Doxycyclin (Vibramycin®), lassen diese Komplikationen vermessen. Eine intrahepatische Cholestase ist zu beobachten unter bestimmten Makrolid-Antibiotika (Triacetyl-Oleandomycin = Oleandrocyn® und Erythromycin-Estolat), Antiepileptika (Diphenylhydantoin = Epanutin®, Phenhydantol® oder Zentropil®, besonders in Interferenz mit anderen Medikamenten), Antikoagulantien und Laxantien (Oxyphenisatin).

vegetative Dysregulationen

Unruhe und Erregungszustände • vegetativ bedingte Herz- und Organbeschwerden • nervöse Schlafstörungen.

ESDESAN®

**Keine Nebenwirkungen.
Kontraindikationen nicht bekannt.**

Zus. In 100 g Tropfen: Extr. tid. Valeriana et Visci albi 40 g, Sol. Papaverin, hydrochlor. (0,1:100) 15 g, Tinct. Strophanthi 4 g, Chloralhydrat. 1 g, 1 Drag.: Extr. Valeriana 30 mg, Extr. Visci albi 10 mg, Papaverin, hydrochlor. 1 mg, Methaqualon 30 mg.

Flescha mit 25 g DM 3,45 • Flasche mit 50 g DM 4,75
30 Dragée DM 3,45 • 60 Dragée DM 4,75

Bestellschein an: AGM, 1 Berlin 21, Erasmustr. 20-24
Schrifttum und Muster von Esdesan erbeten

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

BÄ

AGM

AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN

Professor Dr. H. BÜNTE, Erlangen:

„Chirurgische Eingriffe bei chronischen Lebererkrankungen“

Die chirurgische Therapie bei Erkrankungen der Leber richtet sich neben der Beseitigung von Gallenabflußstörungen in erster Linie gegen die portale Hypertension und ihre Folgen. Die klassische Einteilung des portalen Hochdrucks in prä-, intra- und posthepatischen Block wurde aufgrund von pathophysiologischen Überlegungen durch den prä- und postsinusoidalen Block ergänzt. So kann die Leberzirrhose einmal zu einem präsinusoidalem Block führen, wenn die Narbenfelder sich mehr um die portalen Venen lagern, oder zu einem postsinusoidalem Block, wenn die Narben vorwiegend die Zentralvenen der Leber einengen. Bei ersterem herrscht in den Sinusoiden ein normaler hydrostatischer Druck, die Lymphproduktion der Leber ist eher vermindert, es entsteht kein Aszites. Im zweiten Fall sind die Sinusoide der Leber in die Stauung mit einbezogen, die Lymphproduktion ist erhöht und eine Aszitesbildung ist frühzeitig die Folge. Bei Patienten mit präsinusoidalem Block entwickelt sich nach einer Shuntoperation viel seltener ein Aszites oder Leberkoma.

Bei allen Blockformen ist der Druck in der Pfortader von normal 10 mg auf 20 bis 30 mg oder darüber erhöht. Das portale Blut versucht über Kollateralen vor der Leber in die Cava inferior oder superior zu gelangen, was die Entwicklung von Ösophagusvarizen zur Folge hat. Neben diesen extrahepatischen Kollateralen öffnen sich aber auch in der Leber selbst Umgehungskreisläufe zwischen portalen und Lebervenen. Dadurch fließt ein großer Teil des Blutes um die Sinusoide herum und führt zu einem Absinken der Leberfunktion. Zu einem prähepatischen Block führt z. B. eine Pfortaderthrombose, ein posthepatischer Block ist beim BUDD-CHIARI-Syndrom, Vena cava-Anomalien und Panzerherzen zu beobachten, die wichtigste intrahepatische Ursache der portalen Hypertension stellt die Leberzirrhose dar. Hierbei sind grundsätzlich drei Gruppen von Kranken zu unterscheiden:

1. Der adipöse Patient mit Alkoholzirrhose, gewöhnlich normalen Bluteiweißverhältnissen und ausreichender Leberfunktion sowie Diabetes mellitus („Reicher Schlucker“).
2. Der kachektische, eiweißverarmte Alkoholiker mit viel Aszites und häufig bereits beginnender Enzephalopathie als Ausdruck der fortgeschrittenen Leberfunktionsstörung („Armer Schlucker“).
3. Der Patient mit einer posthepatischen Leberzirrhose, präsinusoidalem Block ohne Aszites und normalen Albumin- und Prothrombinwerten.

Während die ersten beiden Patientengruppen bei Shuntoperationen eine ungünstige Prognose aufweisen (Diabetes mellitus und Adipositas bzw. Albuminmangel, Aszites und Enzephalomalazie führen

meist zu Komplikationen), weisen Patienten der dritten Gruppe nach Shuntoperationen wesentlich höhere Lebenserwartungen auf. Unabhängig von dem eingeschlagenen operativen Vorgehen ist durch eine chirurgische Beseitigung einer portalen Hypertension eine gestörte Leberfunktion nicht zu bessern. Ziel der Operation ist vielmehr die Beseitigung des Aszites und die Dekompression des portalen Systems mit Beseitigung des Kollateralkreislaufes, besonders der Ösophagusvarizen. Bei Pfortaderthrombose wird ein splenorener Shunt End-zu-Seit, bei postsinusoidalem Block eine portokavale Seit-zu-Seit-Verbindung, bei präsinusoidalem Block eine portokavale Seit-zu-Seit- oder End-zu-Seit-Anastomose empfohlen.

Seit Jahren wird bei Zirrhotikern eine prophylaktische Shuntoperation zur Vorbeugung von Ösophagusvarizenblutungen (60% der Patienten sterben an der ersten großen Blutung!) diskutiert. Bei diesbezüglich durchgeführten Studien zeigte sich, daß durch einen prophylaktischen Shunt die Blutung der Ösophagusvarizen zwar zu verhüten, das Leben des Patienten jedoch nicht zu verlängern ist. Sehr schwierig ist auch die Auswahl jenes Drittels von Zirrhosekranken, bei denen überhaupt nur mit einer Ösophagusvarizenblutung zu rechnen ist. Nur bei Patienten mit nachweisbaren Ösophagusvarizen und gleichzeitig bestehendem therapieresistenten Aszites (einziges bisher statistisch gesichertes Symptom für gehäufte Blutungsneigung) ist der prophylaktische Shunt zu empfehlen. Der Notshunt während einer massiven Blutung hat ebenfalls noch eine primäre Letalität von 40 bis 60%. Trotzdem ist die Überlebensrate nach dem Notshunt deutlich besser als bei Unterbindung der Ösophagusvarizen und 15mal größer als bei alleiniger konservativer Therapie. Wegen der Bedrohlichkeit der ersten großen Blutung ist eine präliminare Blutstillung mit kleinen Mitteln anzustreben, um den Patienten später in Ruhe auf eine Shuntoperation im Intervall vorzubereiten. Gute Erfolge werden von der sofortigen transthorakalen Unterbindung der Ösophagus- und Magenvarizen gemeldet. Da der Eingriff den portalen Druck in keiner Weise ändert, blutet mehr als die Hälfte der Patienten nach einer gewissen Zeit erneut. Man muß deshalb empfehlen, etwa 4 bis 6 Wochen nach der transthorakalen Umstechung eine gut vorbereitete Shuntoperation anzuschließen. Die eigentliche Problematik liegt jedoch darin, daß viele Zirrhotiker erst dann bluten, wenn ihre schlechte Leberfunktion den Erfolg der Operation gefährdet. Bei Patienten mit einem Albuminspiegel unter 3 g% mit Aszites, Ikterus und Muskelatrophie sowie beginnendem Leberkoma ist auch von einer operativen Therapie kein Erfolg mehr zu erwarten.

Privatdozent Dr. F. C. SITZMANN, Erlangen:

„Lebererkrankungen im Kindesalter“

Bei Kindern kann die Leber bei anderen Erkrankungen wesentlich häufiger in Mitleidenschaft gezogen

23. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 8. bis 10. Dezember 1972

werden als allgemein angenommen wird. So kommen bei Mumps, Windpocken, Masern und Röteln, aber auch Scharlach (Hepatitis als toxische Komplikation), Toxoplasmose oder Listeriose Leberbeteiligungen vor.

Die Hepatitis epidemica gehört zu den häufigsten Lebererkrankungen im Kindesalter. Als einziges Symptom besteht bei Kleinkindern häufig nur eine Diarrhoe. Eine eben tastbare Leber ist nicht als pathologischer Befund zu bewerten, da der untere Leberrand während des Kleinkindesalters deutlich unterhalb des rechten Rippenbogens palpabel ist. Etwa 40% der Hepatitiserkrankungen bei Kindern verlaufen ohne Ikterus. Für die Diagnosestellung unentbehrlich ist die Transaminasenbestimmung im Serum. Es finden sich in der Regel ein Quotient von GOT:GPT < 1. Auch durch die GLDH-Bestimmung werden schwere Leberzellschäden mit Zellnekrosen gut erfaßt. Diagnostische Schwierigkeiten bereitet die Hepatitis in der Neugeborenenperiode und beim Säugling, da sie hier häufig als cholestatischer Verlauf imponiert und mit deutlicher Erhöhung der gamma-GT einhergeht. Da bisher für die „neonatale Hepatitis“ eine primäre Entzündungsursache nicht gesichert ist, wird heute zunehmend der Begriff einer „intrahepatischen Cholestase des jungen Säuglings“ gebraucht.

Weder durch klinische Befunde noch durch Labormethoden ist das Bild der sogenannten neonatalen Hepatitis sicher von der kongenitalen Gallengangsatresie zu differenzieren. Im Verlauf fällt zwar die zunächst sehr hohe Serumbilirubinkonzentration bei ersterer langsam ab, während sie bei der angeborenen Gallengangsatresie stetig ansteigt, doch ist dieses Kriterium für eine rechtzeitige Diagnosestellung nicht verwertbar. Histologisch können beide Krankheitsbilder Riesenzellbildungen aufweisen. Eine sichere Differenzierung bringt nur die bei Vorliegen einer neonatalen Hepatitis mit hohem Risiko belastete Probelaparotomie mit Cholangiogramm und Biopsie. Dieser problematische Eingriff sollte nicht vor dem 3. bis 4. Lebensmonat vorgenommen werden.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten zur Gallengangsatresie und neonatalen Hepatitis bereitet auch das „Syndrom der eingedickten Galle“. Der dadurch bedingte Ikterus wurde früher am häufigsten nach dem Morbus haemolyticus neonatorum beobachtet und ist heute durch die Austauschtransfusion seltener geworden. Langsam zunehmender Ikterus, Lebervergrößerung, Splenomegalie und geblähtes Abdomen, Trinkschwäche und Gewichtsstillstand, meist um die dritte Lebenswoche, sind auch hier die klinischen Leitsymptome. Die Prüfung der Durchgängigkeit der Gallenwege mit Hilfe des Isotopen-Bengalrottests

fällt nicht nur bei einer Gallengangsatresie, sondern auch häufig beim Syndrom der eingedickten Galle negativ aus.

Die sogenannte benigne rekurrende intrahepatische Cholestase wird gelegentlich schon im Kindesalter beobachtet. Den in ihrer Anzahl erheblich schwankenden ikterischen Attacken geht meist eine Periode starken Juckreizes voraus. Die einzelnen Ikterusperioden können zwischen ein und 24 Monaten dauern. Dabei ist kaum Krankheitsgefühl vorhanden. Über die Ätiologie und Pathogenese dieser Anomalie ist bis heute wenig bekannt; die Prognose ist allgemein gut und nur selten werden Übergänge zur biliären Zirrhose beschrieben.

Bei einer rasch zunehmenden Lebervergrößerung in der Neugeborenen- oder Säuglingsperiode muß auch an einen malignen Tumor der Leber gedacht werden (Neuroblastome, embryonale Hepatoblastome und Leberzellkarzinome).

Auch angeborene Stoffwechselleiden, so die Galaktosämie, können im Kindesalter Ursachen von Lebererkrankungen sein. Unmittelbar nach der Milchverfütterung auftretende Durchfälle, Hautblutungen und Krampfanfälle sowie eine rasch zunehmende Lebervergrößerung mit Ikterus (Erhöhung des direkten und indirekten Bilirubins), die bei Neugeborenen innerhalb weniger Tage letal enden können, weisen auf eine angeborene Galaktosämie hin. Nach Absetzen der Milch erholt sich das Kind meist innerhalb weniger Tage, jedoch treten bei neuerlichem langsamen Nahrungsaufbau mit Milch die gleichen Symptome wieder auf. Die Diagnose ist mit Hilfe des GUTHRIE-Tests oder durch quantitative Galaktose-1-P-Uridyl-transferase-Bestimmung zu stellen. Die Ernährung dieser Kinder kann anstelle von Milch mit Lactopriv, Gerber-Lambase oder Nutramigen erfolgen.

Die Mukoviszidose äußert sich zwar am häufigsten durch Pankreasinsuffizienz und chronisch-progressive Affektionen der Atemwege, autoptisch werden jedoch auch in 80% der Fälle Leberveränderungen in Form einer meist symptomarmen biliären Zirrhose angetroffen. Verschlüsse der kleinen intrahepatischen Gallengänge sind für die Entstehung der multilobulären, biliären Zirrhose verantwortlich; portale Hypertension, Splenomegalie und Aszites sowie gastrointestinale Blutungen können die Folge sein. Auch führt eine anhaltende Fehlernährung dieser Kinder mit Malabsorptionssyndrom über das Eiweißdefizit zu Leberschäden.

Akute Harnwegsinfektionen der ersten Lebenswochen und -monate werden gelegentlich von einer Cholestase mit grünlich-gelbem Verdinikterus begleitet. Es handelt sich hierbei um einen toxischen Leberzellschaden, bei dem die Bilirubinkoppelung gestört wird und besonders das indirekte Bilirubin im Serum stark ansteigt.

Referent des 1. Tages: Dr. med. A. Paetzke, Nürnberg

(Fortsetzung folgt)

☞☞ An manchen Tagen,  da
 platzt mir fast der Kopf ☞☞
 ☞☞  In den ersten Tagen mei-
 ner ☞☞ Regel habe ich sehr oft
 Schmerzen ☞☞  ☞☞ Bei
 jedem Wetterum- ☞☞ schwingung
 habe ich solche Kopfschmerzen☞☞
 ☞☞ In den letzten Tagen haben 
 mir meine Rheumaschmerzen
 wieder ziemlich stark zugesetzt.☞☞
 ☞☞ Meine  Glieder tun mir
 weh. Ich ☞☞ glaube, ich be-
 komme zur Erkältung die Grippe.☞☞

Bei alltäglichen
 Schmerzen die
 nicht alltägliche
 Schmerztablette


vivimed[®]

Zusammensetzung

1 Tablette: Propyphenazon 90 mg, Natriumnoramidopyri-
 niummethansulfonat 35 mg, 4-Äthoxy-acetanilid 150 mg,
 Bucetin (3-Hydroxy-p-butyrophenetidid) 30 mg, Coffein
 50 mg, Aneurinnitrat 5 mg

Indikationen

Kopf-, Zahn- und rheumatische Schmerzen, Neuralgien, Mi-
 gräne, Menstruationsbeschwerden, Grippe u. e. Erkältungs-
 krankheiten, Föhnkrenkheit, Wetterfühligkeit. Folgen von
 übermäßigem Alkohol- und Nikotingenuß.

vivimed[®] das Analgetikum für Alltagsschmerzen

Kontraindikationen

Schwere Nierenschäden, genetisch bedingter Mangel an
 Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenese. Akute intermittieren-
 de Porphyrie.

Dosierung

Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Packungsprospekt.

Handelsformen und Preise

Packung mit 10 Tabletten	DM 1,55
Packung mit 20 Tabletten	DM 2,70
Klinikpackung mit 100 Tabletten	DM 8,85

dr. mann · 1 berlin 20



Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs *

VI.

Maßnahmen im Jahr 1972

1. Maßnahmen zur Erfassung des Problems des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs in Bayern

Fortführung der amtlichen Erhebungen

Die im Schreiben vom 17. März 1972 dargestellten und in den Anlagen 1 und 2 zu diesem Schreiben ausgewerteten Erhebungen des Staatsministeriums des Innern über die Gesundheitsämter sollen fortgeführt werden.

Die Aufzeichnungen werden künftig so gegliedert sein, daß die Ergebnisse in Amtsbereichen von Gesundheitsämtern, die mehrere Stadt- und Landkreise betreuen, besser aufgegliedert werden können. Die für das erste Halbjahr 1972 festzustellenden Zahlen werden zugleich für das Gebiet der Landkreise und kreisfreien Städte nach dem Stand zum 1. Juli 1972 ermittelt, damit die Kontinuität der Erhebungen auch für die Zeit nach dem Inkrafttreten der Kreisreform gesichert ist.

Die Einzelauswertung der Zahlen zum 31. Dezember 1971 aus den Gesundheitsamtsbereichen, die sich über mehrere Kreise erstrecken, macht eine Berichtigung der Zahl der Kreise mit bekannten Fällen des Rauschmittelmisbrauchs von 172 auf 167 notwendig.

Ergänzende Erhebungen werden durch das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung unter Auswertung der von den dort geförderten Einrichtungen vorzulegenden Erfahrungsberichte durchgeführt.

Repräsentativerhebung

Darüber hinaus soll mit Hilfe eines Meinungsforschungsinstituts eine repräsentative Erhebung über Ausmaß und Erscheinungsformen des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs in Bayern durchgeführt werden. Damit soll ein genauerer für eine Hochrechnung geeigneter Aufschluß über die Größenordnung des Problems hinsichtlich der Zahl, Geschlechtsverteilung, Alter der Konsumenten, über die Art und Menge der verbrauchten Drogen und deren Herkunft erreicht werden. Insbesondere soll diese Erhebung auch die Situation in Familie, Schule oder Beruf usw. vor Beginn des Drogenkonsums, die Motive für den Griff zur Droge und die sozialen Auswirkungen des Misbrauchs aufzeigen.

Die vorhandenen Unterlagen der Gesundheitsämter geben zwar Anhaltspunkte, lassen jedoch eine solche

Aussage nicht zu, weil sie nur solche Personen erfassen, die einer amtlichen Stelle oder einer Drogenberatungsstelle als Drogenkonsumenten bekanntgeworden sind, nicht aber die Gesamtheit der betroffenen Altersgruppen. Genauere Unterlagen sind aber erforderlich, um Abhilfemaßnahmen nach Art, Umfang, Schwerpunkten, Prioritäten und Zielgruppen besser planen zu können und Fehlinvestitionen zu vermeiden. Eine umfassende Erhebung in Bayern kann darüber hinaus die bereits durchgeführten Erhebungen in anderen Bundesländern, z. B. in Baden-Württemberg und in Hamburg, ergänzen. Der Zeitaufwand für die Repräsentativuntersuchung wird etwa 10 bis 12 Monate betragen. Die Ergebnisse können daher bis zur Mitte des Jahres 1973 vorliegen.

Nach einiger Zeit muß die Erhebung – allerdings in vereinfachter Weise – wiederholt werden, um einen Überblick über die Entwicklung des Problems und den Wirkungsgrad einzelner Maßnahmen zu erhalten.

Nach den bisher vorliegenden Unterlagen betragen die Kosten für die Repräsentativerhebung gegebenenfalls bis zu DM 300 000,—.

2. Polizeilicher Bereich

Rauschmittelsachbearbeiter

Die Zahl der Rauschmittelsachbearbeiter bei den bayerischen Polizeidienststellen soll erhöht werden. Nähere Vorschläge hierzu wird das Staatsministerium des Innern im Zuge der Neuorganisation der kriminalpolizeilichen Dienststellen ausarbeiten.

Observationsgruppe des Bayerischen Landeskriminalamts

Es wird zunehmend schwieriger, Kontaktpersonen für die Entdeckung von Rauschgifthändlern zu gewinnen. Verstärkt müssen deshalb Observationsbeamte des Bayerischen Landeskriminalamts eingesetzt werden. Das Staatsministerium des Innern hat deshalb die bisher aus 19 Beamten bestehende Observationsgruppe auch aus diesem Grunde um 13 Beamte verstärkt. Hierzu wird das Staatsministerium des Innern als Übergangslösung vorhandene Planstellen für Polizeibeamte in Anspruch nehmen. Die neuen Planstellen sollen im Stellenplan 1973 ausgebracht werden.

Auch die Sachausstattung der Observationsgruppe des Bayerischen Landeskriminalamts soll noch in diesem Jahr verbessert werden. Der Gruppe sollen insbesondere weitere Kraftfahrzeuge, zusätzliche Funkgeräte und andere moderne technische Ausrüstung zugeteilt werden. Hierfür entsteht ein Aufwand von DM 108 000,—.

*) Fortsetzung aus Heft 10/1972.
Der Wortlaut des Berichts wird wegen seines Umfangs in mehreren Abschnitten veröffentlicht.

Zusätzliche Aufwendungen für Maßnahmen der Polizei

Die Anpassung der polizeilichen Fahndungstätigkeit an die veränderte Struktur und die verfeinerten Methoden der Rauschmittelhändlerkreise erfordern im Jahre 1972 zusätzliche Mittel in Höhe von DM 182 000,—. Daraus können das Bayerische Landeskriminalamt, die Bayerische Landpolizei und die Bayerische Grenzpolizei besondere Aufwendungen im Zusammenhang mit der Erkennung und der Ergreifung von Rauschmittelhändlern bestreiten. Der Betrag ermöglicht auch zusätzliche Sachausstattung im Bereich der Land- und der Grenzpolizei. Das Bayerische Landeskriminalamt untersucht gegenwärtig, welche Voraussetzungen — auch in finanzieller Hinsicht — geschaffen werden müssen, um neue, unkonventionelle Fahndungsmethoden anzuwenden, die nach internationalen Erfahrungen zusätzliche Erfolgsmöglichkeiten bieten.

Ausweitung des Schnelltestverfahrens

Die Ausbreitung des Rauschmittelhandels und -erwerbs macht es notwendig, daß alle Rauschmittelsachbearbeiter der bayerischen Polizeidienststellen in der Lage sein müssen, bei Durchsuchungen vorgefundene rauschmittelverdächtige Substanzen möglichst sofort auf einfache Weise zu prüfen. Hierfür hat das Bayerische Landeskriminalamt ein Schnelltestverfahren entwickelt, das sich bewährt hat. Für die Ausstattung der bayerischen Polizeidienststellen mit Einweg-Testkombinationen und Drogen-Testköffern ist im Jahre 1972 zusätzlich ein Betrag von DM 42 000,— erforderlich.

Verstärkung der Grenzüberwachung

Rauschmittel, die über die bayerischen Grenzen in das Bundesgebiet gebracht werden sollen, werden zunehmend nicht mehr mit Personenkraftwagen oder im Reisegepäck von Gastarbeitern, sondern zusammen mit Waren auf Lastzügen transportiert. Es ist unerläßlich, die Grenzkontrollen zu intensivieren. Notwendig ist es vor allem, an den bayerischen Grenzübergängen Einrichtungen zu schaffen, die es zulassen, bestimmte Lastzüge kurzfristig zu entladen und auf versteckte Rauschmittel zu durchsuchen. Bisher waren solche Maßnahmen in der Regel wegen der örtlichen Verhältnisse an den Grenzübergangsstellen nicht möglich. Eine Durchsuchung ausländischer Lastwagen nach deren Entladung am Bestimmungsort der sonstigen Ladung war bisher erfolglos, weil die mitgeführten Rauschmittel häufig bereits vorher an unbekanntem Orten nach Überschreiten der Grenzen abgeladen worden waren.

Die erforderlichen Einrichtungen, z. B. provisorische Ladehallen oder Zelte, sollen durch die Bundeszollverwaltung erstellt werden. Das Staatsministerium des Innern wird dem Bundesfinanzministerium entsprechende Maßnahmen vorschlagen.

Bei der Verhinderung der Einfuhr von Rauschmitteln über die bayerischen Grenzen arbeiten die Bayerische Grenzpolizei, die Bundeszollverwaltung und das Baye-

rische Landeskriminalamt zusammen. Um diese Zusammenarbeit zu intensivieren, hat eine Arbeitsgruppe, der Vertreter dieser Dienststellen angehören, weitere Einzelvorschläge ausgearbeitet, die das Staatsministerium des Innern gegenwärtig prüft.

Abschiebung ausländischer Rauschmittelhändler

Nach der bundeseinheitlichen allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Ausführung des Ausländergesetzes ist ein Ausländer, der gegen eine strafbewehrte Vorschrift des Betäubungsmittelgesetzes verstoßen hat, in der Regel auszuweisen, jedoch erst nach Strafverbüßung abzuschließen. Eine Ausweisung vor Abschluß eines Strafverfahrens kommt dann in Betracht, wenn das öffentliche Interesse die sofortige Vollziehung der Ausweisung erfordert und die Durchführung des Strafverfahrens nicht geboten erscheint. Damit ist bundeseinheitlich sichergestellt, daß ausländische Rauschmitteltäter die von den deutschen Gerichten ausgesprochenen Strafen regelmäßig auch verbüßen müssen. Die nach Vollzug der Strafe durchzuführende Ausweisung des ausländischen Rauschmitteltäters erfolgt gegenwärtig in der Regel so, daß der Ausländer nach dem Überschreiten der Grenze seines Heimatlandes wieder volle Bewegungsfreiheit hat. Nur in seltenen Fällen werden die zuständigen Behörden des Heimatstaates benachrichtigt, um das sofortige Wiedereinreisen des Ausländers in die Bundesrepublik zu verhindern. Die Staatsregierung ist der Auffassung, daß auszuweisende ausländische Rauschmitteltäter den Behörden ihres Heimatlandes stets förmlich zu überstellen sind. Damit würde erreicht, daß der ausländische Rauschmitteltäter an der Grenze oder am Empfangsflughafen durch die Polizei seines Heimatstaates in Empfang genommen wird. Auf diese Weise kann nicht nur mehr als bisher die Rückreise verhindert werden, sondern es kann angenommen werden, daß dieses Verfahren auf ausländische Rauschmitteltäter eine abschreckende Wirkung ausübt. Denn die meisten ausländischen Staaten, insbesondere die Staaten des Nahen Ostens, sehen für Rauschmitteltäter strenge Straf- und Sicherheitsmaßnahmen vor, die dann nach Maßgabe des Heimatrechts des Ausländers angewandt werden können. Das Staatsministerium des Innern hat deshalb beim Bundesminister des Innern und bei den zuständigen obersten Landesbehörden eine entsprechende Ergänzung der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Ausführung des Ausländergesetzes angeregt.

3. Gesetzgebung und Justiz

Vollzug des geänderten Betäubungsmittelgesetzes

Die Strafverfolgung nach den verschärften Vorschriften des Betäubungsmittelrechts soll intensiviert werden. Dazu sollen ab 1973 drei zusätzliche Planstellen für Staatsanwälte und zwei zusätzliche Planstellen für Richter (Besoldungsgruppen A 13/14/15) geschaffen werden. Das Staatsministerium der Justiz wird die

Auswirkungen der geänderten Strafvorschriften auf die Rechtsprechung genau verfolgen, damit nach Ablauf einer bestimmten Zeit geprüft werden kann, ob erneut Maßnahmen des Gesetzgebers in diesem Bereich erforderlich sind.

Fortbildung der Richter und Staatsanwälte

Im Hinblick auf die geänderten und auf dem Gebiet der Bekämpfung des Handels mit Rauschmitteln verschärften Strafbestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes kommt der Information und Fortbildung der Richter und Staatsanwälte erhöhte Bedeutung zu. Diese Maßnahmen sollen daher weiter verstärkt werden. Hierzu sind zusätzliche Mittel in Höhe von DM 10 000,— erforderlich.

Sozial-therapeutische Entziehungsanstalten für Jugendliche und Heranwachsende

Nach § 7 des Jugendgerichtsgesetzes in der Fassung des Änderungsgesetzes zum Betäubungsmittelgesetz können nunmehr rauchmittelabhängige Jugendliche, die sich strafbar gemacht haben, durch den Richter in eine Entziehungsanstalt eingewiesen werden. Nach § 93 a des Jugendgerichtsgesetzes müssen in solchen Einrichtungen die für die Behandlung suchtkranker Jugendlicher erforderlichen besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen zur Verfügung stehen. Um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen, kann der Vollzug aufgelockert und weitgehend in freien Formen durchgeführt werden.

Im Rahmen der Maßnahmen zur Errichtung sogenannter Drogenkliniken soll umgehend auch eine Mo-

delleinrichtung geschaffen werden, die den besonderen Voraussetzungen des Jugendgerichtsgesetzes entspricht. Daneben sollen die Bemühungen fortgesetzt werden, in bestimmten Bezirkskrankenhäusern die Einrichtungen zur Behandlung suchtkranker Jugendlicher weiter zu verbessern. Es kann erwartet werden, daß die Gerichte von der durch das Änderungsgesetz geschaffenen Möglichkeit, auch Jugendliche in Entwöhnungseinrichtungen einzuweisen, starken Gebrauch machen werden, wenn Einrichtungen zur Verfügung stehen, die nach ihrer personellen und sachlichen Ausstattung, nach ihrer örtlichen Lage und nach ihren Therapiemethoden gute Erfolgsaussichten zeigen. Damit kann dem Jugendlichen selbst und seiner Familie eine wesentliche Hilfe geboten werden. Diese Einrichtungen werden auch für die Behandlung Heranwachsender Bedeutung haben.

Internationales Einheitsübereinkommen über Suchtstoffe

Das am 30. März 1961 in New York unterzeichnete Einheitsübereinkommen über Suchtstoffe soll nunmehr auch durch die Bundesrepublik ratifiziert werden. Der Entwurf eines Zustimmungsgesetzes liegt gegenwärtig dem Bundesrat vor. Das Abkommen unterwirft Herstellung, Handel und Verteilung von Suchtstoffen besonderen Kontrollen, gibt einen Rahmen für die Bestrafung von Suchtstoffdelikten und verpflichtet die Vertragsstaaten, Maßnahmen zur Therapie und zur Rehabilitation suchtkranker Personen zu ergreifen. Die Staatsregierung unterstützt und fordert die möglichst baldige Ratifizierung des Abkommens.

(Fortsetzung folgt)

Äskulap und Pegasus

Der 17. Weltkongreß der Schriftstellerärzte in Regensburg

Strahlender Sonnenschein lag über der altherwürdigen Stadt der immerwährenden Reichstage, als wir am Mittwoch, 13. September 1972 dort eintrafen. Schon an diesem Vortage konnte man im Kongreßbüro, das von den Kollegenfrauen sowie von einer vom Verkehrsamt Regensburg zur Verfügung gestellten Dolmetscherin in hervorragender Weise betreut wurde, zahlreiche Confrères aus fernen Landen begrüßen. Jeder Tagungsteilnehmer bekam eine Mappe, die neben Prospekten über Regensburg eine interessante Chronik in Form einer fortlaufenden Zeittafel über „Die Medizin in Geschichte und Kultur ihrer Zeit“ mit vielen Bildern sowie das Heft 7/1972 der Zeitschrift „Kurz und Gut“ enthielt, das diesem Weltkongreß gewidmet ist und Beiträge von zahlreichen Schriftstellerärzten enthält. Die Mappe enthielt auch die von der Zeitschrift „Die Oberpfalz“, 8/1972, herausge-

brachte Tegungsnummer mit Beiträgen der der Regensburger Schriftstellergruppe angehörenden Confrères Molz, Paschke, Schauwecker, Steinmetz, Stetter, Weigold und Zilch.

Am Vorabend des Kongresses fand im vollbesetzten Lesesaal des Buch- und Pressemarktes Alers auf Einladung der Buchhandlung und der Regensburger Schriftstellergruppe eine Lesung von sieben Schriftstellerärzten (Noël, Jüngling, Paschke, Molz, Weigold, Rottler, Schauwecker) statt, die unser Präsident Schauwecker vermittelt hatte. Die Confrères trugen aus ihren Büchern und Manuskripten vor und gaben so auch dem Regensburger Interessierten nichtärztlichen Publikum einen Einblick in ihr Schaffen. Die „Mittelbayerische Zeitung“ (E. R. Hauschke) schreibt: „Der Abend war für die Veranstalter das, was man einen Erfolg nennt. Es war mehr: ein hoffnungsvoller Trost

für den Patienten, daß es Ärzte gibt, welche den ganzen Menschen in seiner Bedrängnis verstehen und ihm mit allen verfügbaren Mitteln, auch durch die Macht des Wortes, zu helfen versuchen." Die Neuauflage von Schauweckers schöner historischen Novelle „Die Sternstunde der Barbara Blomberg" und Jünglings Anthologie „Lyrik deutschsprachiger Ärzte" fanden bei den Besuchern großes Interesse.

Bei der Pressekonferenz am nächsten Tage waren trotz Einladungen an alle großen Tageszeitungen im süddeutschen Raume nur die Vertreter der Lokalpresse erschienen, auch das Fernsehen fehlte. Dies war um so bedauerlicher, als wir diesem Kongreß von wirklich weltweiter Bedeutung eine entsprechende Würdigung durch unsere Massenmedien gewünscht hätten. Aus folgenden 16 Ländern waren Conseurs und Confrères anwesend: Belgien, Brasilien, Canada, Costarica, Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Griechenland, Japan, Italien, Niederlande, Polen, Rumänien, Schweiz, Ungarn, Venezuela. Die aus der DDR angemeldeten Kollegen bekamen leider keine Ausreisegenehmigung.

Am Donnerstagabend erfolgte die Begrüßung der Teilnehmer und die Eröffnung des Kongresses durch den Präsidenten des BDSÄ, Dr. Heinz Schauwecker, der jenes schändliche Verbrechen während der Olympischen Spiele und den damit erfolgten Bruch des Gastrechtes brandmarkte, durch den Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hermann Braun, der selbst alter Regensburger ist, den Gästen ein aus dem Herzen gesprochenes Bild seiner Heimatstadt zeichnete und zuletzt der Präsident der UMEM, Professor Dr. Berri, der den Wunsch aussprach, daß die Union mondiale zu einer wirklichen großen völkerverbindenden Weltvereinigung werden möge. Der Anschluß an die UNESCO ist bereits im Gange. Abends bei dem gemeinsamen Abendessen, zu dem die Bayerische Landesärztekammer eingeladen hatte, waren die Confrères und Conseurs bei den traditionellen Toasten der einzelnen Länderpräsidenten und später bei der Lyriktafel noch lange vereint.

Am Freitag begann dann die Generalversammlung und die Arbeitstagung der UMEM, über die ebenso wie über die Jahresversammlung des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte noch gesondert berichtet werden soll. Die Gäste besichtigten unterdessen die Sehenswürdigkeiten unserer alten Reichsstadt. Der Höhepunkt des Tages, wenn nicht der ganzen Tagung überhaupt, war das abendliche Konzert im Neuhaussaal, das von der Presse ganz ausgezeichnet beurteilt wurde. Die „Mittelbayerische Zeitung" bezeichnete es als „einen guten Gedanken, dem literarischen Moment auch das musikalische beizugesellen. So verband sich mit Äskulap und Pegasus auch Polyhymnia". Unter der Führung des technisch hervorragenden Konzertmeisters vom Kammermusik-

kreis des Hamburger Ärzteorchesters Chefarzt Dr. H. Böttger erwies sich das Streichquartett als ein homogenes, feinsinnig musizierendes Ensemble. Der „Regensburger Tagesanzeiger", der dem Konzert das seltene Lob spendete, daß es „bei entsprechender öffentlicher Bekanntmachung sicher auch vielen Regensburger Musikfreunden viel Freude bereitet hätte", gab nachfolgende Besprechung: „Für die Lieder von Ernst Kutzer nach Texten von Otto Molz, Robert Paschke und Heinz Schauwecker brachte Rosemarie von Pollak, die Gattin eines Aachener Arztes, eine schöne lyrische Sopranstimme mit, die sie mit großer musikalischer Sicherheit führt. Aus dem Gedächtnis vortragend identifiziert sie sich mit den gar nicht immer leicht zu intonierenden Melodien Kutzers, der einen textadäquaten Erfindungsreichtum im Melos von harmonisch ansehnlichem Ausmaß erkennen ließ und in seiner harmonischen Diktion in einer der Gegenwart geöffneten Herbheit die Verpflichtung dem nachromantischen Impressionismus gegenüber nicht verleugnet. Die sehr gekonnten Klaviersätze gestaltete Thea Kutzer mit pianistischem Feingefühl und Temperament, in einigen Liedern souverän mit der Flöte assistiert von Ruth Heinrich. Einem solch gelungenen Konzert zufolge wäre der musizierende Mensch ein obligates Thema für einen Kongreß schriftstellernder Ärzte."

Zweifellos ist der letzte Vorschlag des „Regensburger Tagesanzeigers", das Konzert zu wiederholen, und zwar vielleicht im Rahmen eines Bayerischen Ärztetages und mit Zugang der Öffentlichkeit sehr begrüßenswert. Man könnte dieses Konzert auch mit einer Ausstellung malender Ärzte verbinden und würde damit zweifellos dazu beitragen, das Bild des Arztes den Menschen, die ja alle irgend einmal seine Patienten werden, nahe zu bringen. Dies alles würde aber einer umfangreichen organisatorischen Arbeit bedürfen, die wohl nur ein Kulturausschuß leisten könnte. Für einen Therapiekongreß in Düsseldorf ist für nächstes Jahr ähnliches geplant. Die Herausgabe des Liederheftes zu diesem Konzert wurde durch eine pharmazeutische Firma ermöglicht.

Am Samstagmittag wurde das Kloster Weltenburg mit seiner berühmten von den Brüdern Asam erbauten Abteikirche St. Georg besucht, deren märchenhafte Wirkung verbunden mit einem Orgelspiel von Hans Sedlmaier die Teilnehmer faszinierte. Nach einer Schiffahrt durch den Donaudurchbruch kehrte man zurück in den historischen Saal des immerwährenden Reichstags, wo Bürgermeister Dr. Albert Schmid zum Empfang der Stadt einen vorzüglichen Überblick über die Geschichte Regensburgs gab. Anschließend ging es zu einem festlichen Abendessen in die Mensa der neuen Universität. Dort brachte der Alpine Verein Regensburg oberpfälzische, der Trachtenverein Altrausch bayerische Volkstänze zur Aufführung, wäh-

rend die Trachtenkapelle Hemau dazu auf Bayerisch aufspielte.

Regierungspräsident Dr. Ernst Emmerig und der Präsident des BDSÄ, Dr. Heinz Schauwecker hielten zum Abschluß liebenswürdige und mit großem Beifall aufgenommene Ansprachen, denen sich die Präsidenten der einzelnen Länder anschlossen, Verbandssekretär Dr. Alfred Rottler gedachte der Damen und übergab symbolisch eine Olympiafackel der Vorsitzenden der Griechischen Schriftstellerärzte Frau Dr. Io Lambiri, die dann die Fackel an den polnischen Präsidenten Dr. Lutowski weitergab, der sie ebenso symbolisch an den nächsten Tegungsort Warschau weitertrug.

Der abschließende Besuch der Walhalla am Sonntagnachmittag litt darunter, daß mancher Teilnehmer aus gesundheitlichen Gründen in Donaustauf bleiben mußte, weil er den steilen Aufstieg zur Walhalla nicht schaffte und der Parkwächter sich beharrlich weigerte, die Schranke zur direkten Auffahrt ohne Sondergenehmigung zu öffnen, die natürlich niemand besaß, und die am Sonntag auch nicht zu beschaffen war. Wer die Walhalla sah, war davon begeistert.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Tagung ein voller Erfolg in jeder Beziehung war, den wir in erster Linie unserem Präsidenten Dr. Heinz Schauwecker sowie unserem Confrère Hans Weigold aus Regensburg zu verdanken haben, wenn auch noch viele andere Confrères, wie Verbandssekretär Rottler und Vizepräsident Vescovi, tätige Mithilfe leisteten. Wie sehr viele Teilnehmer vom 17. Weltkongreß der UMEM in Regensburg beeindruckt waren, hat der Schweizer Dr. Rene Kaech aus Basel in die Worte gefaßt, daß er in Regensburg das gute alte Deutschland wieder gefunden habe. Ein größeres Lob hätte man allen Organisatoren und Helfern der Tagung, Damen wie Herren, sowie den Bundes- und Landesbehörden und den pharmazeutischen Firmen, die alle den Kongreß großzügig gefördert haben, nicht spenden können.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Kongresse

EKG-Seminar

Während des Wintersemesters 1972/73 findet an jedem zweiten Montag (Beginn der Vorlesung: 13. November 1972) von 18.00 Uhr bis 19.30 Uhr im Hörsaal B des Klinikums rechts der Isar in München ein EKG-Seminar unter der Leitung von Professor Dr. M. H e i l h u b e r statt.

Das EKG-Seminar ist auch für niedergelassene Ärzte gedacht.

6. Internationale Wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V.

vom 8. bis 10. Dezember 1972 in München

Vom 8. bis 10. Dezember 1972 findet die 6. Internationale Wissenschaftliche Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. in München statt.

Thema: Fortschritte der Sportmedizin

Tagungsort: Hotel-München-Hilton, München 22, Am Tucherpark 7

Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/4, Telefon (08 11) 18 35 03

Seminar über Präventiv-Kardiologie

vom 29. Januar bis 3. Februar 1973 in Höhenried (Stemberger See)

An der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern findet vom 29. Januar bis 3. Februar 1973 ein Seminar über Präventiv-Kardiologie statt.

Teilnehmerzahl: 25.

Unterbringung: „Im Schloß Höhenried“ Innerhalb des Klinikbereiches in Zweibettzimmern.

Wohnungs- und Verpflegungskosten pro Tag: DM 35,-. Zusätzliche Gebühren werden nicht erhoben.

Anmeldung und Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV, Telefon (08 11) 18 35 03



Dismenol®

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

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

Kontra-Indikationen der Pyrazolonderivate

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

Dosierung: Packung mit 15 Tabletten DM 3,10
2-3 mal täglich Packung mit 150 Tabletten DM 24,-
eine Tablette Klinikpackung mit 500 Tabletten DM 58,-

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

1. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs

Während des 23. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer 1972

Samstag, 9. Dezember 1972

9.00 bis 9.45 Uhr:	Eröffnung und Einführungsreferat Dr. Braun Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer	Kleiner Saal
9.45 bis 10.15 Uhr:	Grundfragen der Enzymdiagnostik Dr. Wielinger, Boehringer Mannheim	Kleiner Saal
10.30 bis 12.00 Uhr:	Praktikum: Bestimmung von GOT, GPT, Bestimmung von CPK aktiv. und γ -GT Mittagspause	Konferenzräume II/III/IV
13.00 bis 13.30 Uhr:	Diabetes und Fettstoffwechsel Dr. Wielinger, Boehringer Mannheim	Kleiner Saal
13.30 bis 14.00 Uhr:	Film: Diabetes	Kleiner Saal
14.00 bis 15.30 Uhr:	Praktikum: Cholesterin und Neutralfett	Konferenzräume II/III/IV
15.30 bis 16.00 Uhr:	Das Kassenabrechnungswesen E. Uibrich anschließend Diskussion	Kleiner Saal

Sonntag, 10. Dezember 1972

9.00 bis 9.30 Uhr:	Rationalisierung	Kleiner Saal
9.30 bis 10.00 Uhr:	Verminderung von Fehlern bei Laborarbeiten Dr. Wielinger, Boehringer Mannheim	Kleiner Saal
10.00 bis 10.30 Uhr:	Blutgerinnung (Einführung) Dr. Wielinger, Boehringer Mannheim	Kleiner Saal
10.30 bis 12.00 Uhr:	Praktikum: Quick mit Eichkurve, PTT und Fibrinogen	Konferenzräume II/III/IV
12.00 bis 12.30 Uhr:	Schlußreferat Dr. Braun	Kleiner Saal

Teilnahmegebühr: DM 10,-

Karten erhältlich am Kongreßschalter in der Meistersingerhalle



Am 1. ArzthelferInnen-Fortbildungskurs während des 23. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer 1972

nehme ich teil * am Samstag, den 9. Dezember 1972
* am Sonntag, den 10. Dezember 1972

(Name in Druckbuchstaben)

(Anschrift)

Bitte einsenden an:

Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16

* Nichtzutreffendes bitte streichen!

**Die Bedeutung der Hyperurikämie
als Risikofaktor für eine
Reihe schwerer Erkrankungen,
z.B. des kardiovaskulären Systems,
der Nieren, der Leber und des
Bewegungsapparates, ist heute
unbestritten. Es kommt auf die
Früherkennung und recht-
zeitige Behandlung an.**

Die Dauertherapie der Hyperurikämie
und der Gicht ist denkbar
einfach:

Uricovac[®]-Tablette täglich

Uricovac ist
ausgezeichnet verträglich
und bei sachgemäßer Anwendung*
„absolut unschädlich für das Nierenparenchym“

(GROSS, A., V. GIRARD, Med. Welt 23 (N.F.), 133 (1972))

*Zur Vermeidung von Konkrementbildungen in der Niere soll beim Hyperurikämiker, besonders bei Steindiathese – wie unter jeder serumharnsäuresenkenden Therapie, unabhängig von deren Wirkungsprinzip – für reichliche Flüssigkeitszufuhr (1,5-2 Ltr. pro die) gesorgt werden. Speziell bis zur Normalisierung der Serumharnsäurewerte empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den neutralen Bereich von pH 6,4 bis 6,7.

Zusammensetzung: 1 Uricovac-Tablette enthält 100 mg Benzbromaronum.

Handelsform: OP mit 30 Tabletten = 1 Monatspackung DM 29,- mit Mwst.

Kontraindikationen: Mittelschwere bis schwere Niereninsuffizienz (glomeruläre Filtratratén unter 20 ml/min.)-Schwangerschaft.

Wir informieren Sie gern ausführlich über URICOVAC. 

LABAZ GMBH, Pharmazeutische Präparate, 4 Düsseldorf, Postfach 5126.

23. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer
verbunden mit dem 1. Arzthelferinnen-Fortbildungskurs und einer pharmazeutischen Ausstellung
vom 8. bis 10. Dezember 1972

Ort: Melstersingerhalle — Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. R. Schubert, Nürnberg

Freitag, 8. Dezember 1972

Tagesthema: Schnelldiagnostik und Soforttherapie

9.00 — 9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40 — 10.10 Uhr:

Prof. Dr. A. Dönhardt, Leitender Krankenhausarzt der II. Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Barmbek

Wiederbelebungsverfahren in Praxis und Klinik

10.10 — 10.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Reisner, Direktor der Neurologischen Universitätsklinik Wien

Schnelldiagnostik und Soforttherapie beim zerebralen Insult

10.40 — 11.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Schiefer, Direktor der Neurochirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Schnelldiagnostik und Soforttherapie beim Schädel-Hirntrauma

11.00 — 11.40 Uhr:

Pause zum Besuch der Ausstellung

11.40 — 12.05 Uhr:

Prof. Dr. R. Hauf, Leiter der Forschungsstelle für Elektropathologie Freiburg

Erste Hilfe und Behandlung bei Unfällen durch elektrischen Strom

12.05 — 12.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. Kochner, Bayerische Sportakademie München, Landesarzt der Wasserwacht

Lebensrettende Sofortmaßnahmen bei Wasserunfällen

14.20 — 14.50 Uhr:

Filmvorführung - Boehringer-Mannheim GmbH Digitalis

15.00 — 15.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Oberwittler, Oberarzt der Medizinischen Universitätsklinik Münster

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei Herzinfarkt

15.30 — 16.00 Uhr:

Prof. Dr. U. Gessler, Direktor der 4. Medizinischen Klinik Nürnberg

Schnelldiagnostik und Soforttherapie bei Störungen des Wasser-Elektrolythaushalts

16.00 — 16.40 Uhr:

Pause zum Besuch der Ausstellung

16.40 — 18.30 Uhr:

Farbfernseh-Demonstration mit EIDOPHOR Ciba-Geigy

Reanimation in der Praxis

Dönhardt, Hauf, Opderbecke, Pileß, Reisner einschließlich Diskussion

Samstag, 9. Dezember 1972

Tagesthemen: Therapie bei Bluterkrankungen — Psychopharmaka

9.30 — 10.00 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Kabelitz, Direktor der Medizinischen Klinik Bayreuth

Therapie der verschiedenen Anämieformen

10.00 — 10.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Künzer, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Freiburg

Besonderheiten der Therapie bei Anämien im Kindesalter

10.30 — 11.00 Uhr:

Prof. Dr. G. Brittinger, Leiter der Hämatologischen Abteilung der Medizinischen Klinik des Klinikums Essen der Ruhruniversität

Therapie der verschiedenen Leukämieformen

11.00 — 11.40 Uhr:

Pause zum Besuch der Ausstellung

11.40 — 12.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Schäfer, Direktor des Hygiene-Instituts Nürnberg

Bluttransfusionen, Indikationen und Gefahren aus der Sicht des Serologen

12.00 — 12.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Kleinfelder, Direktor der 3. Medizinischen Klinik Nürnberg

Bluttransfusionen, Indikationen und Gefahren aus der Sicht des Kliniklers

14.10 — 14.50 Uhr:

Filmvorführung — Farbenfabriken Bayer AG
Einfache Methoden zur Laboratoriumsdiagnostik hämorrhagischer Diathesen

Filmvorführung — Hormon-Chemie

Venöse Belnerkrankungen und ihre Behandlung

15.00 — 15.30 Uhr:

Prof. Dr. P. Kielholz, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel

Neuzeitliche Aspekte der Psychopharmakotherapie der Depressionen

15.30 — 15.50 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. Neuhäusser, Leiter der Abteilung für Neurologie und Psychopathologie der Kinderklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Psychopharmakotherapie bei Kindern

15.50 — 16.20 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert, Direktor der 2. Medizinischen Klinik Nürnberg

Allgemeine Verordnungen von Psychopharmaka und Verkehrssicherheit

16.20 – 16.40 Uhr:

Dr. H. L. Staudacher, Oberarzt der 2. Medizinischen Klinik Nürnberg

Vergiftungen mit Psychopharmaka

16.40 – 17.20 Uhr:

Pause zum Besuch der Ausstellung

17.20 – 18.30 Uhr:

Farbfernseh-Demonstration mit EIDOPHOR Ciba-Geigy

Psychopharmaka: Pro und contra

Kielholz, Neuhausser, Schubert, Hoie einschließlich Diskussion

Sonntag, 10. Dezember 1972

Tagesthema: Gesundheitsschäden durch Überlastung

9.30 – 10.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg

Gesundheitsschäden durch Überlastung aus arbeitsmedizinischer Sicht

10.00 – 10.30 Uhr:

Prof. Dr. A. N. Witt, Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik München

Gesundheitsschäden durch Überlastung aus orthopädischer Sicht

10.30 – 11.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Mende, Leiter der Abteilung für forensische Psychiatrie der Nervenklinik der Universität München

Psychiatrische Dekompensation durch Entlastung

11.00 – 11.40 Uhr:

Pause zum Besuch der Ausstellung

11.40 – 12.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Gutheil, Leiter der Abteilung für Kardiologie der Kinderklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg

Gesundheitsstörungen und körperliche Belastung im Kindesalter

12.00 – 12.30 Uhr:

Dr. K. Lanig, Direktor des Staatsinstituts für Schulpädagogik München

Überlastung der Jugendlichen durch die Schule

12.30 – 13.00 Uhr:

Prof. Dr. J. Nöcker, Direktor der Medizinischen Klinik Leverkusen

Belastungsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems durch Training

13.00 Uhr:

Diskussion

Das Programm wurde allen Ärzten in der Bundesrepublik zugesandt.

31.12. Zapfenstreich für die 72er Prämie



Jetzt geht's um viel Geld. Denn jetzt können Sie noch die volle Bausparprämie oder beachtliche Steuervorteile bekommen. Verpassen Sie diese Chance nicht! Bausparen ist eine der günstigsten Geldanlagen, die es heute gibt. Und die Möglichkeiten, von Ihrem Bausparkonto zu profitieren, sind praktisch unbegrenzt. Kommen Sie zu uns, der Bausparkassa der Sparkassen. Vor dem Zapfenstreich für die 72er Prämie. Vor dem 31.12.

Landes 
Bausparkasse

Bausparkasse der Sparkassen · 8 München 2 · Karolinenplatz 1 · Telefon 21721

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1972*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Ähnlich niedrig wie im August blieb im September die Meldehäufigkeit von Scharlachkrankungen mit 27 Fällen je 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr). Deutlich rückläufig war im September die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung. Die Erkrankungsziffer an Meningokokken-Meningitis sank gegenüber dem Vormonat von 5 auf 3, die an übrigen Formen der Meningitis infectiosa von 35 auf 10 Fälle je 100 000 Einwohner.

An Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) erkrankten im September dagegen merklich mehr Menschen als im August, nämlich 62 gegenüber 48 im Vormonat, jeweils auf 100 000 Einwohner. Von 32 auf 35 Fälle je 100 000 der Bevölkerung erhöhte sich die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung).

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. September 1972 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12			
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Pertyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen					
	E ¹⁾	ST ²⁾	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	-	-	95	-	-	-	9	-	25	1	-	-	2	-	-	-	13	-	240	-	2	-	-	-	-	-
Niederbayern	-	-	5	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	17	-	7	-	-	-	-	
Oberpfalz	-	-	11	-	-	-	4	-	10	-	-	-	2	-	-	-	-	-	41	-	2	-	-	-	-	
Oberfranken	-	-	35	-	-	-	2	1	15	-	3	2	-	-	-	-	-	-	65	1	3	-	-	-	-	
Mittelfranken	-	-	39	-	-	-	2	-	14	-	-	-	2	-	1	-	1	-	52	2	4	-	-	-	-	
Unterfranken	-	-	17	-	-	-	-	-	10	1	-	-	-	-	-	-	2	-	31	-	-	-	-	1	-	
Schwaben	-	-	23	-	-	-	3	-	5	-	-	-	1	-	4	-	3	-	68	-	-	-	-	-	-	
Bayern	-	-	225	-	-	-	22	1	80	2	3	2	7	-	5	-	20	-	514	3	18	-	-	1	-	
München	-	-	39	-	-	-	1	-	9	-	-	-	2	-	-	-	8	-	173	-	-	-	-	-	-	
Nürnberg	-	-	15	-	-	-	-	-	8	-	-	-	1	-	1	-	-	-	16	-	-	-	-	-	-	
Augsburg	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-	-	
Regensburg	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Strucellose				Leptospirose				Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾			
			Psittacose		übrige Formen		Bangsche Krankheit		übrige Formen		Weilsche Krankheit		Feldfieber											
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	BT	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	80	1	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-	-
Niederbayern	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	9
Oberpfalz	35	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oberfranken	20	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Mittelfranken	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	2	-	-	-	-	14
Unterfranken	18	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	1	-	-	-	-	6
Schwaben	52	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	42
Bayern	284	2	1	-	-	-	2	-	2	-	4	-	2	-	2	-	5	-	6	3	-	-	-	72
München	41	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.
²⁾ „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.
³⁾ „ST“ = Sterbefälle. ⁴⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Buchbesprechungen

Prof. Dr. H. COTTA: „**Orthopädie für die Praxis**“. 168 S., 55 Abb., kart., DM 30,-. J. F. Lehmanns Verlag, München.

Das von Mitarbeitern aus der Heidelberger Klinik zusammengestellte Büchlein aus der „Schriftenreihe für die ärztliche Fortbildung“ führt seine Entstehung auf die Semmierung von Vorträgen in den orthopädischen Seminaren bei den Internationalen Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer (z. B. Devos) zurück.

Entsprechend der jeweiligen Zusammensetzung des ärztlichen Hörerkreises wurden in dem vorgelegten Buch in abgeschlossenen Einzelkapiteln gängige Probleme des orthopädischen Alltags in skelettierter und teils bebildeter Form abgehandelt. Es soll hierdurch dem beschäftigten Arzt Gelegenheit gegeben werden, sich schnell über die Grenzen seines Fachgebietes hinaus zu orientieren. Sporadisch eingefügte Literaturhinweise ersparen bei einer beabsichtigten Vertiefung in die angeschnittenen Probleme nicht die Herbeiziehung der einschlägigen Hand- und Lehrbücher.

Dr. H.-W. Besirsky, München

Prof. Dr. H. GOLDECK: „**Das Symptom**“ – Differentialdiagnostisches Skizzenbuch der Inneren Medizin. 247 S., 31 Skizzen, kart., DM 14,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Der Autor nennt sein Buch, das vor zehn Jahren die erste Auflage erlebte, eine „Symptom-Skizze“, die dem jungen lernenden Kollegen die ersten diagnostischen Bildentwürfe innerer Krankheiten erleichtern will. Den „klinischen Blick“, der des Krankheitszeichen, das Symptom, erfäßt und in die „Blickdiagnose“ umsetzt, ist der erste Schritt; die Vermutungsdiagnose wird durch Ergänzungen zur Untersuchungsdiagnose.

Der Abschnitt I des Buches hat die Erstbegegnung zwischen dem Kranken und seinem Arzt zum Gegenstand, der Abschnitt II die Fülle der allgemeinen Krankheits Symptome aus der Sicht des Kranken wie aus der des Arztes. Die Abschnitte III bis IX behandeln die speziellen Symptome bei kranken Zuständen der Or-

gane des Kreislaufs, der Atmung, des Blutes, des Intestinum im weitesten Sinne, der Nieren und Harnwege, des Bewegungsapparates und des endokrinen Systems. Einige technische Normwerte und ein ausführlicher Index bilden den Schluß.

Wenn das Buch auch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, so sucht der kritische Leser doch vergeblich nach echten Lücken. Stattdessen findet er eine ungewöhnliche Fülle von Informationen, die recht übersichtlich angeboten und ebenso knapp wie präzise gefaßt sind. Nicht nur dem jungen, auch dem älteren, erfahreneren Arzt wird dieses Buch sehr nützlich sein. In einer Zeit, in der eine lawinenartig anwachsende Zahl immer aufwendiger werdender technischer Zusatzuntersuchungen die Intuition (Intueri = hinsehen!) zu verdrängen drohen, erinnert einen der Autor dieses kleinen, aber gewichtigen Werkes an die hohe Bedeutung, die dem Symptom bei der Diagnosestellung zukommt.

Dr. Dr. R. Fischer, Bad Kissingen

„**Herders Neues Gesundheitsbuch**“. Ein moderner Ratgeber aus der ärztlichen Praxis, Großoktav, 368 S., 175 zum Teil farbige Abb., 12 Farb- und 4 Schwarzweißtafeln, Efallin, DM 30,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Mit seiner umfassenden und anschaulichen Darstellungsweise – wozu wesentlich auch die zahlreichen farbigen Zeichnungen und Tafeln beitragen – ist „Herders Neues Gesundheitsbuch“ das moderne Gesundheitsbuch für die ganze Familie, in dem der Leser alles das findet, was er über den gesunden und den kranken Menschen wissen muß.

Prof. Dr. H. HOEPKE/ Prof. Dr. M. KANTNER: „**Das Muskelspiel des Menschen**“. 144 S., 110 zum Teil zweifarbige Abb., Ganzleinen, DM 24,-. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Mit ihrem Buch verfolgen die Verfasser das Ziel, zur genauen Beobachtung anzuregen. Aus funktionell anatomischer Sicht werden die besonders hervortretenden Muskelsysteme am Skelett beschrieben. Die Abbildungen zeigen oberflächlich gelegene Muskeln und schematische Darstellungen von Muskelketten. Am Schluß folgt eine kurze Deutung des mimischen Spielens. Im Interesse

einer dynamischen Betrachtungsweise wären Skizzen der Freiheitsgrade besprochener Gelenke wünschenswert. Ursprung und Ansatz von Muskeln und Bändern werden nur so weit erwähnt wie erforderlich.

Das Buch kann allen in der Sport-erziehung, Krenkengymnastik und Massage Tätigen einen Einblick in das Besondere der menschlichen Bewegungen vermitteln.

Dr. Harms, Erlangen

Prof. Dr. W. SCHEIDT: „**Neturkunde des Denkens nach Beobachtungen an Kindern**“. 146 S., 39 Abb., Taschenbuch, DM 8,60. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Der Verfasser unternimmt den glücklichen Versuch, die geistigen Funktionen des Menschen naturkundlich zu erklären. In einem interessanten Gedankengang entwickelt er eine Deutung des Nervengewebes als elektrisches „Zwischengewebe“. Es liefert ein „Inbild“ des eugenblicklichen Körpergesamtzustandes. Demgegenüber steht das „Altschichtbild“, des Gedächtnis. Dem Leinbild entspricht jeweils das Endhirninbild. Durch subtile Beobachtung der Entwicklungsstufen von Säuglingen und Kleinkindern und Vergleich mit den Ergebnissen der Hirnanatomischen Forschung gelangt der Verfasser zur Lagebestimmung der Endhirninbilder. Auf diesen Beobachtungen fußend deutet er eine „Inbildtheoretische“ Denklehre auf, die er auch durch Forschungsergebnisse an Schizophrenen und Stirnhirnkranke erhärtet sieht, die auf der Vorstellung von einer Wechselschaltung zwischen dem Hinterhirn mit den auf das Objekt bezogenen Sinnesbildern und dem Stirnhirn mit den Denkinbildern beruht. Der Text wird begleitet von einprägsamen schematischen Abbildungen.

Im einzelnen werden dann der Erwerb von Mutter- und Schriftsprache behandelt sowie sehr eingehend die Entwicklung des rechnerischen Denkens.

Den Schluß bilden kritische psychologisch-soziologische Betrachtungen über die Möglichkeiten des Erwerbs von Dingertahrungen und der Willensbildung in unserer Zeit.

Für speziell Interessierte anspruchsvolle Leser eine anregende Lektüre.

Dr. R. Wich, Neubiberg

Weihnachtsmarken



Wohlfahrtsmarken für die Glückwunschkarte

erhältlich bei der Post und den freien Wohlfahrtsverbänden (bei diesen auch die Berlinausgabe)

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 1972

1. 12. in München:

Europäisches Symposium über Endokrinologie und Biologie des Pankreas. Auskunft: Frau Dr. Gelle, I. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Neu-Perlach, 8000 München 83, Oskar-Maria-Graf-Ring 51.

1. - 3. 12. in Bad Pyrmont:

23. Jahrestagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung. Auskunft: Sekretariat der DAH, 6000 Frankfurt 60, Friedberger Landstraße 422 I.

2. 12. in München:

Klinische Elektroenzephalographie. Auskunft: Prof. Dr. J. Kugler, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.

2. 12. in München:

5. Ärztliche Fortbildungstagung „Ak-

tuelle Rheumaprobleme“. Auskunft: Prof. Dr. H. Mathies, 8403 Bad Abbach, Medizinische Klinik.

2. - 3. 12. in Bad Nauheim:

Fortbildungsgang des Deutschen Sportärztebundes e. V. Auskunft: Dr. J. Glaeser, 6200 Wiesbaden, Dotzheimer Straße 69.

4. - 8. 12. in Neuherberg:

Röntgen-Strahlenschutzkurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

8. - 10. 12. in München:

Fortbildungstagung des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV.

8. - 10. 12. in Nürnberg:

23. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer (Thema: „Schnelldiagnostik und Soforttherapie - Therapie bei Blut-erkrankungen - Psychopharmaka - Gesundheitsschäden durch Überlastung“).

Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16.

9. - 10. 12. in Hennef:

Fortbildungsgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. D. Schnell, 5207 Ruppichterodt, Otto-Willach-Straße 2.

9. - 10. 12. in Köln:

Informations- und Einführungskurs in die Chirotherapie von Wirbelaule und Gelenken. Auskunft: Sekretariat

der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin, 4700 Hamm, Ostendallee 83.

15. - 17. 12. in München.

6. Internationale wissenschaftliche Tagung des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV.

Januar 1973

13. - 23. 1. in Madonna di Campiglio: **XLIII. Fortbildungsgang des Deutschen Sportärztebundes (Friedrichkurs) zur Erlangung des Sportärztdiplomes und der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“.** Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 40, Wilhelmstraße 18.

15. - 26. 1. in Neutrauburg:

Entführungsgang in die manuelle Wirbelaülen-Therapie. Auskunft: Dr. med. Karl Sell, 7972 Neutrauburg, Waldburg Allee 7.

17. - 20. 1. in Gießen:

VIII. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Rud.-Buchheim-Straße 10.

22. - 27. 1. in München:

Ärztelkurs D für Homöopathie. Auskunft: Dr. Artur Braun, 8025 Unterhaching, Zeppelinstraße 1.

29. 1. - 3. 2. in Höhenried:

Seminar Ober Präventiv-Kardiologie. Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzertelungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82 / 41 - 48, Fernschreiber: 05 / 23 662, Telegrammadresse: atlas-pess. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hens Zeuner jr., 8060 Dechen.

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlänger 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.

Die berufliche Alternative junger Ärzte

wird meistens zwischen der Tätigkeit in der ärztlichen Praxis oder der Klinik gesehen. Dabei werden häufig die „kleinen“ Alternativen der Tätigkeit in Forschungsinstituten, Verwaltung oder pharmazeutischer Industrie übersehen. Diese Anzeige möchte junge qualifizierte Ärzte und Ärztinnen auf die Karrieremöglichkeiten als

medizinischer Fachreferent

für klinische Forschung oder
medizinisch-wissenschaftliche Abteilung

hinweisen.

Wir sind ein deutsches Unternehmen der forschenden pharmazeutischen Industrie mit Sitz in einer großen Universitätsstadt mit reizvoller landschaftlicher Umgebung. Je nachdem, ob Sie an einer stärker wissenschaftlich orientierten oder an einer stärker marketing-bezogenen Tätigkeit interessiert sind, bieten sich Ihnen bei uns ungemein interessante, verantwortungsvolle und entwicklungs-fähige Positionen. Nach Einarbeitung durch erfahrene Kollegen werden Sie in jedem Fall Gelegenheit zu weitestgehend selbständiger Bearbeitung Ihres jeweiligen Fachgebietes erhalten. Ihre Tätigkeit wird Sie mit führenden Wissenschaftlern in Universitäten und Kliniken in Verbindung bringen. Sie werden Gelegenheit haben, die bedeutenden Kongresse im In- und Ausland zu besuchen, um Ihr Fachwissen vertiefen und erweitern zu können. Als Gastarzt können Sie an deutschen Kliniken hospitieren.

Wir setzen keine Industrieerfahrung voraus, erwarten aber neben Approbation und möglichst Promotion eine solide klinische Ausbildung. Da sich Ihre Tätigkeit teilweise auch auf unsere ausländischen Tochtergesellschaften und Geschäftspartner erstreckt, wären zumindest gute englische Sprechkenntnisse von Vorteil.

Ihre Bezüge werden wir auf Basis eines guten Anfangseinkommens, Ihrer Leistungen entsprechend, gestalten. Wenn Sie z. B. im Jahre 1969 Ihr Staatsexamen abgelegt haben, können Sie bei Ihrem Eintritt bei uns mit einem Jahreseinkommen von über DM 40 000,- starten. Falls Sie bereits mehr Berufserfahrung mitbringen, wird sich dies auch auf Ihr Gehalt auswirken. Alle übrigen Leistungen, wie z. B. Altersversorgung, Urlaub usw. entsprechen dem Standard moderner Großunternehmen.

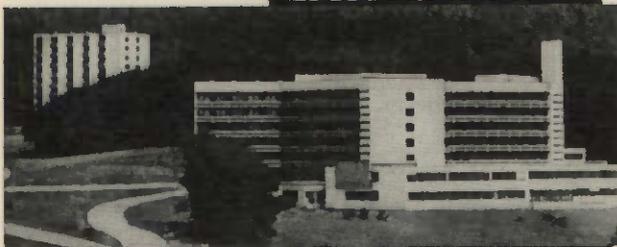
Auch wenn Sie zunächst nur an einer auf etwa 3 Jahren befristeten Tätigkeit in der pharmazeutischen Industrie interessiert sind, bedeutet dies keinen Hinderungsgrund für ein Gespräch.

Falls Sie sich in einem ersten Kontakt, den wir selbstverständlich streng vertraulich behandeln werden, interessiert sind, schreiben Sie uns bitte unter Mitteilung der wichtigsten Daten Ihres bisherigen Werdeganges. Ein handschriftlicher Lebenslauf in Stichworten genügt für diesen Zweck völlig. Wir garantieren Ihnen, daß Sie innerhalb weniger Tage nach Eingang Ihrer Zuschrift unsere Antwort erhalten werden. In einem persönlichen Gespräch möchten wir denn mit Ihnen alle weiteren Einzelheiten diskutieren.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/360 an die Anzeigenverteilung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

420 Betten
Fachabteilungen
Chirurgie
Innere Medizin
Gynäkologie
und Geburtshilfe
HNO-Augenkrankheiten

NEUES KREIS- KRANKEN- HAUS LICHTENFELS



Automatische
Förderanlage
Nuklear diagnostik
Bettenzentrale
Zentralsterilisation
Zentral-Labor
Gruppenpflege
Schwestern-
wohnheim
Schwesternschule
Kinderhort

Das
modernste Haus
der
Grundversorgung
in Bayern

Wir beginnen am 1. April 1973
und stellen ein:

für die geburtshilfliche-gynäkologische Abteilung:

1 leitenden Arzt
1 Oberarzt
Assistenzärzte
Medizinalassistenten

für die Röntgen-Abteilung:

1 leitenden Arzt
1 Oberarzt
1 Assistenzarzt

für die Anästhesie-/Intensivpflege-Abteilung:

1 Oberarzt
Assistenzärzte
Medizinalassistenten

für die medizinische und chirurgische Abteilung:

Assistenzärzte
Medizinalassistenten

Wir erwarten, daß die Bewerber für eine neue
innere Struktur unseres Hauses aufgeschlossen sind.

Die Sanatoriums-
lage des neuen Kreiskrankenhauses Lichtenfels begeistert.
Die reizvolle Landschaft des Frankenlandes überzeugt.
Die berühmte Basilika Vierzehnheiligen und Schloß Banz
krönen die Umgebung der Kreisstadt Lichtenfels.
Sämtliche Schulen sind vorhanden. Naherholungsgebiete
für alle Ansprüche bieten sich an.

**Bewerben
Sie sich
bitte sofort -**

Bundesbahnstrecke München-Berlin,
kurze Autobahnenfahrten.
Anschrift: Landrat Helmut G. Walther
8620 Lichtenfels, Postfach
Fernruf: (095 71) 691



**LANDKREIS
LICHTENFELS**

Der Gottesgarten am Obermain

Das Kreis-Krankenhaus Indersdorf (100 Betten
- 30 km nördlich der Landeshauptstadt Mün-
chen - S-Beinhanschluß) sucht für sofort oder
später

1 Assistenzarzt für Chirurgie

Der bisherige Stelleninhaber wechselte in eine
andere Fachdisziplin über.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen er-
beten an die Verwaltung der Anstalten des
Landkreises Dachau, 8060 Dachau, Kranken-
hausstraße 15.

Assistenzarzt (-ärztin)

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem
Tarifvertrag Nr. 125 für die Angestellten der
bayerischen Landkreise. Die Vergütung erfolgt
nach Vergütungsgruppe Ite der Anlage 1e
zum LKrAT. Der Bereitschaftsdienst wird ge-
sondert vergütet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen
sind an die Verwaltung des

**Kreiskrankenhauses 8262 Altötting, Mühldorfer
Straße 18 a, zu richten.**

Am Kreis-Krankenhaus Feuchtwangen (110 Betten) wer-
den auf der chirurgischen Abteilung (80 Betten) für
sofort oder später gesucht:

2 Assistenzärzte

Das Operationsprogramm ist reichhaltig. D-Arzt-Tätig-
keit, volle Zulassung zum BG-Heilverfahren. Ermächti-
gung zur Weiterbildung von Allgemeinärzten und Fach-
ärzten für Chirurgie (2 Jahre).

Vergütung nach BAT II zuzüglich Bereitschaftsdienst-
zulage nach Tarif, Zuwendungen durch den Chefarzt,
Gutachten, übliche Sozialleistungen, Beteiligung an
den Umzugskosten. Für Ledige besteht Wohnmöglich-
keit im Hause, für Verheiratete wird Mithilfe bei der
Wohnungssuche zugesichert. Feuchtwangen liegt ver-
kehrsgünstig an der Romantischen Straße. Sämtliche
Schulen am Ort.

Bewerbungen erbeten an das Landratsamt Ansbach,
Dienststelle Feuchtwangen in 8805 Feuchtwangen/Mfr.