



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 12

Zum Jahreswechsel!

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Das Olympiajahr geht zu Ende. Wer zurückdenkt an die Tage von München, steht unter dem Eindruck von Erlebnissen, die sich normalerweise gegenseitig ausschließen. Es versammelte sich die Jugend der Welt zum heißen sportlichen Wettkampf. Die Stimmung im Olympischen Dorf war fröhlich und ungezwungen; Heiterkeit verband auch die, welche sich sprachlich nicht verständigen konnten. Wer genauer hinsah, bemerkte die Schatten: der Ausschluß der Mannschaft von Rhodesien war, wie Brundage sagte, eine politische Erpressung. Sie paßte nicht in das Bild der Heiterkeit. Die erkennbare Abschirmung von Mannschaften aus politischen Gründen zeigte eine weitere Schattenseite. In der zweiten Woche geschah dann das brutale Verbrechen, welches uns wie ein atomarer Blitz die grausame Welt zeigte, in der wir leben. Von diesem Tag an waren die Olympischen Spiele nur noch Pflichterfüllung und Abwicklung. Das Bild der Heiterkeit war zerstört wie eine Landschaft nach einem Unwetter.

Der Gedanke daran, daß das, was in München geschah, „nur“ ein Symptom ist für das Geschehen rings um uns, muß gerade uns Ärzte besonders bedrücken. Unsere Aufgabe ist es, zu helfen, Schmerzen zu lindern, körperliches und seelisches Leid zu bannen. Ziel unseres Bemühens ist Erhaltung und Wiederherstellung von Lebensglück und Freude am Leben. Dem steht so vieles, was heute geschieht, entgegen. Hat das unser Wirken sinnlos gemacht? Ganz sicher nicht! Es muß gerade jetzt wie ein Licht hinausleuchten in eine so düster gewordene Welt. Gerade in dieser Inhumanen Zeit fällt uns Ärzten in aller Welt immer mehr die Aufgabe zu, die Humanität zu prektizieren, zu verteidigen und in die Zukunft zu retten.

Wir Ärzte in der Bundesrepublik – leider nicht in Deutschland – haben darüber hinaus die Aufgabe, den freien Berufsstand der Ärzte, ganz besonders den freipraktizierenden Arzt als den Prototyp dieser Berufsgruppe, zu erhalten und zu bewahren, daß unsere Mitmenschen in den Händen dieser Ärzte wohlgeborgen sind. Wir sind uns dabei bewußt, daß der schnelle Fortschritt der Medizin in der freien Praxis genauso seinen Niederschlag finden muß wie im Krankenhaus. Beide Seiten werden ihm in der ihrer Aufgabe entsprechenden Weise Rechnung zu tragen haben. Für die freie Praxis bedeutet das zunehmenden Zusammenschluß der Ärzte zur gemeinsamen Nutzung medizinisch-technischer Hilfsmittel, Bereitschaft zur Investition und Erneuerung, Rationalisierung der Arbeitsvorgänge zur Verbesserung von Diagnostik und Therapie, Aufgeschlossenheit für die Durchführung programmierter Betreuungsaufgaben in der Vorsorge, aber zunehmend auch in anderen Bereichen der Sekundärprävention und Rehabilitation. Wir dürfen uns den Notwendigkeiten der Dokumentation nicht verschließen und sie nicht als unnötigen Papierkrieg abwerten. Schließlich müssen wir bereit sein, die Selbstkontrolle technischer Arbeitsabläufe in unserer Praxis einzuführen und auszubauen. Wenn wir alle diese Schritte tun, wird es kein Sachargument geben, welches die Leistungsfähigkeit des von uns vertretenen Systems der kassenärztlichen Versorgung in Zweifel ziehen kann.

Unseren Kollegen im Krankenhaus und in anderen Bereichen des ärztlichen Berufes wollen wir jede Hilfestellung leisten, um ihre Arbeitsbedingungen und -möglichkeiten so zu gestalten, daß sie ihren Beruf mit Freude ausüben können und ihre Existenz – ihrer verantwortungsvollen Aufgabe entsprechend – gesichert ist.

Manchen unserer Kolleginnen und Kollegen, die dieses Wort zum Jahreswechsel lesen, mag der Blick um uns zu düster, die Vorausschau auf die Aufgaben, welche auf uns zukommen, zu hart formuliert sein. Wir schreiben es nicht aus Resignation, sondern deshalb, weil wir zutiefst überzeugt sind, daß nur eine realistische Wertung die Grundlage schafft für eine erfolgreiche Bewältigung der Zukunft.

Wir wünschen Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wie seit vielen Jahren, geruhsame und frohe Festtage, sowie Glück, Gesundheit und beruflichen Erfolg für das kommende Jahr.

Ihre

Dr. Hermann Braun

Professor Dr. Hens J. Sewering

Dr. Friedrich Kolb

Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

An jedem Weihnachtsfest wenden wir uns mit der Bitte an Sie, mit einer Spende die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ zu unterstützen und damit die Fortsetzung dieses Gemeinschaftswerkes der westdeutschen Heilberufe zu ermöglichen.

Die Entwicklung der letzten Jahre brachte es mit sich, daß die Stiftung in steigendem Umfang innerhalb der Bundesrepublik Deutschland solche Kollegenkinder unterstützen muß, für die es weder bei den beruflichen Versorgungswerken noch den staatlichen oder caritativen Institutionen die für eine Berufsausbildung notwendigen Förderungsmitel gibt.

Nach wie vor kommen außerdem in jedem Jahr 10 bis 20 Kollegenkinder aus der DDR zu uns, so daß die Stiftung insgesamt pro Jahr ungefähr hundert Neuzugänge an Schützlingen in ihre Betreuung aufnehmen muß. Eine ungefähr gleich große Zahl von Schützlingen schließt mit Unterstützung der Stiftung ihre Berufsausbildung ab, so daß nunmehr auch seit Jah-

ren die Stiftung konstant für über 900 Kollegenkinder sorgen muß.

Die Unterstützung durch die Stiftung ist für die Kollegenkinder unersetzlich. Ohne sie könnten die Halb- und Vollwaisen aus der BRD so wenig ihre Berufsausbildung beenden wie die Kollegenkinder aus der DDR, die von zu Hause keine Hilfe bekommen können. Seit dem Bestehen der Stiftung sind von Jahr zu Jahr die Anforderungen an Unterstützungen gestiegen und dank der Spendenfreudigkeit unserer Kollegen und ihrer Organisationen auch die eingehenden Spenden. So ist Jahr für Jahr dieser Spendenaufruf gleichzeitig auch die Gelegenheit, allen Spendern sehr herzlich zu danken und sie zu bitten, weiterhin der Stiftung zu helfen.

An alle Kolleginnen und Kollegen, die bisher noch nicht gespendet haben, wenden wir uns mit der sehr herzlichen Bitte, dieses Jahr doch mit Spenden für die Stiftung zu beginnen. Wir wissen aus einer über siebenjährigen Erfahrung, daß wir auch im kommenden Jahr ungefähr DM 60 000,— bis DM 80 000,— mehr an Unterstützung benötigen als im vergangenen. Deshalb hoffen wir, daß dieser Aufruf alle diejenigen erreicht und zur Mithilfe bewegt, die dazu in der Lage sind.

Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung

Professor Dr. F r o m m
Präsident der Bundesärztekammer und des
Deutschen Ärztetages
Dr. M u s c h a l i k
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung
Dr. B o u r m e r
Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands
(Hartmannbund)
Dr. O d e n b a c h
1. Vorsitzender des Marburger Bundes,
Verband der angestellten und beamteten Ärzte
Deutschlands e.V.
Dr. R o o s
Bundesvorsitzender des Verbandes der
Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV)
Freu Minister a.D. Dr. L e n a O h n e s o r g e
1. Vorsitzende des Deutschen Ärztebundes
Dr. W a l t h e r
1. Bundesvorsitzender des Deutschen
Kassenarztverbandes

Dr. H a u p t
Vorsitzender des Berufsverbandes
der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin
Deutschlands e.V.
Professor Dr. B r o g l i e
1. Vorsitzender der
Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände
Professor Dr. H o p f
1. Vorsitzender des Verbandes der
leitenden Krankenhausärzte Deutschlands
Obermedizinaldirektor Dr. B ö h m
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V.
Dr. V e i g e l
Präsident des Bundesverbandes der
Deutschen Zahnärzte e.V.
Dr. D r. W a l d
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes
Deutscher Zahnärzte e.V.
Dr. S c h u l z
Präsident der Deutschen Tierärzteschaft

Für die Avisierung Ihrer Spende benutzen Sie, bitte, die beiliegende Spendenkarte. Für ihre Direktüberweisung stehen Ihnen die Konten Dresdner Bank Stuttgart Nr. 1 222 387 — Württembergische Landessparkasse Stuttgart Nr. 59 194 — Städtische Girokasse Stuttgart Nr. 2 481 218 — Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33 zur Verfügung.

Weitere Verbesserung der Bayerischen Ärzteversorgung

von Klaus Dehler

In den zurückliegenden zwei Jahrzehnten konnte durch ständige Verbesserung des Leistungsplanes der Vorsprung der Bayerischen Ärzteversorgung als gesetzliche standeseigene Versorgungseinrichtung der Heilberufe vor allen anderen staatlichen und privaten Einrichtungen gesichert werden. Bedeutsam waren vor allem die Umwandlung der Anstalt von der reinen Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsversorgungseinrichtung durch Einführung des automatischen Altersruhegeldes auch bei Fortführung der Praxis in eine echte Altersversorgungseinrichtung.

Die von außen auf uns zukommenden Änderungen der Umweltsituation brachten jedoch in den letzten Jahren eine Summe von neuen Problemen. Vor allem bewirkte der sich beschleunigende Kaufkraftschwund eine erhebliche Minderung des Wertes früher eingewiesener Altersruhegelder und erweckte bei den aktiven Mitgliedern nicht unberechtigte Bedenken hinsichtlich des Wertbestandes ihrer zukünftigen Ruhegelder. Auch die seit Jahren geführten parlamentarischen Beratungen um eine Öffnung der staatlichen Angestelltenversicherung auch für Selbständige erforderte neue Überlegungen.

Die Bayerische Ärzteversorgung unterliegt nach den Bestimmungen des Versicherungsgesetzes der staatlichen Aufsicht durch das Bayerische Innen- und Wirtschaftsministerium. Frühere Verhandlungen mit den Aufsichtsbehörden hatten schon erkennen lassen, daß diese, gestützt auf die recht strengen gesetzlichen Bestimmungen, auf den Grundlagen der bisher gehandhabten versicherungsmathematischen Grundlagen keine weiteren Leistungsverbesserungen mehr zulassen werden. Die für die Geschicke der Bayerischen Ärzteversorgung besonders verantwortlichen Kollegen des Verwaltungsausschusses der Anstalt hatten aber schon vor Jahren erkannt, daß besonders auf drei Gebieten dringend eine weitere Verbesserung notwendig ist:

- Dynamisierung der eingewiesenen Ruhegelder zur Minderung des Kaufkraftschwundes.
- Anhebung der durch den inzwischen erfolgten Kaufkraftschwund besonders betroffenen Altruhegelder.
- Herabsetzung des Einweisungsalters für das automatische Ruhegeld.

Auch galt es, die Berechtigung und den sachlichen Gehalt einer im letzten Jahr vorgetragenen Kritik an der Ärzteversorgung zu prüfen, die regional zu erheblicher Beunruhigung der Kollegen führte. Es wurden alle möglichen Modelle angeboten, mit denen angeblich bessere und höhere Leistungen der Anstalt zu erzielen seien.

Um eine unabhängige wissenschaftliche Grundlage zu erhalten, beauftragte der Verwaltungsausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung den renommierten Versicherungswissenschaftler Dr. HEUBECK mit einem umfassenden Gutachten über die Ärzteversorgung, um Klarheit vor allem über die Fragen zu erhalten:

- Welche weiteren Verbesserungen des Leistungsplanes sind auf dem Boden neuer Rechnungsgrundlagen möglich?
- Gibt es andere Leistungssysteme, die bessere Leistungen für die Mitglieder der Anstalt erbringen?

Dr. Heubeck legte das Gutachten am 16. Oktober 1972 vor. Es liess in jeder Hinsicht klar und eindeutig aus und brachte vor allem folgende Ergebnisse:

- a) „Es gibt kein Leistungssystem, das insgesamt ein höheres Leistungsniveau gewährleistet als dasjenige, welches durch das zur Zeit praktizierte Leistungssystem erreicht wird“ (wörtliches Zitat aus dem Gutachten).
- b) „Eine Änderung des Leistungssystems kann langfristig lediglich dazu führen, daß bestimmte Personengruppen eine günstigere Versorgung erhalten als bisher, wobei andere Personengruppen Einbußen hinnehmen müssen“ (wörtliches Zitat aus dem Gutachten).
- c) Es ist nicht ratsam, das jetzt gebildete Vermögen der Ärzteversorgung abzubauen. In Zukunft kann jedoch eine gebremste Vermögensbildung betrieben werden.
- d) Bei Zugrundelegung eines Säkularrends von $8\frac{2}{3}\%$ (Säkularrend = prozentuale langfristige Steigerungsrate der Beitragseinnahmen) als neue Rechnungsgrundlage zweiter Ordnung können folgende Leistungsverbesserungen ermöglicht werden:

- Einmalige Erhöhung der Altruhegelder.
- Senkung des Beginnalters für das Altersruhegeld.
- Dynamisierung der laufenden Ruhegelder.

Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung beriet als parlamentarische Institution der Anstalt am 4. November 1972 in einer Sondersitzung das Gutachten. Nach einer ausführlichen Aussprache beschloß der Landesausschuß mit allen Stimmen bei einer Stimmenthaltung, Verwaltungsausschuß und Verwaltung zu beauftragen, bis zur ordentlichen Landesausschußsitzung am 16. Dezember 1972 folgende Satzungsänderungsvorschläge vorzubereiten:

1. Die vor 1965 eingewiesenen Ruhegelder pro Jahr der Laufzeit seit 1923 um 3% zu erhöhen. Dies führt zu Erhöhungen bis zu 126%. Die so erhöhten Ruhegelder sind

dann die Basis für die seit 1965 laufende Ruhelohndynamisierung.

2. Das automatische Altersruhegeld, auch bei Fortführung der Praxis, wird mit 65 Jahren eingewiesen.
3. Die eingewiesenen Ruhegehälter werden jährlich mit mindestens 5% dynamisiert. Wegen des besonders hohen Preisschubes des vergangenen Jahres wird für 1973 eine Dynamisierung von 7% erfolgen.

Die grundsätzliche Zustimmung der Aufsichtsbehörden war erkennbar. Es kann also damit gerechnet werden, daß diese Leistungsverbesserungen ab 1. Januar 1973 in Kraft treten werden.

In Diskussion sind derzeit weitere Leistungsverbesserungen, von denen folgende bedeutsam sind:

- Einführung von Rehabilitationsmaßnahmen in den Leistungsplan der Ärzteversorgung. Der Verwaltungsausschuß berät derzeit ein Rehabilitationsstatut, wonach Kurzuschüsse ausgereicht werden können. Das Projekt eines ärzteversorgungseigenen Sanatoriums ist in Prüfung.
- Weiterer Ausbau der Frühinvaliditätsbestimmungen der Satzung hinsichtlich der Höhe der Leistungen und der Dauer des Frühinvaliditätsschutzes.

Somit ist ein entscheidender weiterer Abschnitt in der Entwicklung der Bayerischen Ärzteversorgung erreicht. Die Wettbewerbsfähigkeit der Ärzteversorgung auch gegenüber der für Selbständige eröffneten staatlichen Angestellten-

versicherung wurde entscheidend weiter verbessert. Auch wenn die Ärzteversorgung weder Staatszuschüsse aus dem Steuersäckel erhält noch den Leistungswert ihrer Beiträge laufend vermindert, kann sie eine Verrentung ihrer Beiträge anbieten, die weit über der der Angestelltenversicherung liegt.

Die Angestelltenversicherung kann dann als „zweites Versicherungsbein“ interessant sein, wenn besondere persönliche Verhältnisse die Benutzung der als Staatsgeschenke gewährten Anrechnungsjahre ermöglichen. Dies trifft meines Erachtens für die dicht vor dem 65. Lebensjahr stehenden Kollegen zu, die die rückwirkende Beitragszahlung von 17 Jahren benutzen können und eine längere Kriegsdienst- und Gefangenenszeit als anzurechnende Ersatzzeiten haben. Ich betone nochmals, daß wegen der erheblichen Unterschiede der individuellen Situation generelle Ratschläge unmöglich sind.

Die Kritik an der Bayerischen Ärzteversorgung aber wurde durch das wissenschaftliche Gutachten des Herrn Dr. Heubeck grundsätzlich widerlegt. Die im letzten Jahr heilslehrenartig vorgebrachten anderen Versicherungsmodelle haben – einzeln wissenschaftlich durchgerechnet – alle gemeinsam, daß sie gegenüber der Arbeitsgrundlage der Ärzteversorgung niedere Altersruhegehälter erbrächten!

Es müßte nun erwartet werden, daß jetzt endlich die Ärzteversorgung in unserer aller Interesse nicht mehr Austragungsgegenstand berufspolitischer Zielsetzungen bleibt!

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Klaus Dehler, 8500 Nürnberg, Ginsterweg 23

Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Facharztwesen

von W. Weibauer

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluß vom 9. Mai 1972 eine Entscheidung von außerordentlicher Tragweite für die ärztliche Autonomie auf dem Gebiete des Facharztwesens getroffen, über deren Inhalt und Auswirkungen im folgenden kurz referiert werden soll.

Gegenstand des Verfahrens vor dem Bundesverfassungsgericht

Das Bundesverfassungsgericht hat mit dem erwähnten Beschluß über die Verfassungsbeschwerden zweier Fachärzte entschieden.

Der Beschwerdeführer 1, ein Gynäkologe, war im berufsgerichtlichen Verfahren mit einem Verweis bestraft worden, weil er einen Patienten außerhalb seines Fachgebietes behandelt und damit nach Auffassung des Berufsgenossenschaftsgerichts gegen das Gebot der Fachgebietsbeschränkung verstoßen hatte.

Der Beschwerdeführer 2 war im berufsgerichtlichen Verfahren ebenfalls mit einem Verweis bestraft wor-

den, weil er neben der Bezeichnung als Facharzt für innere Krankheiten auch noch die Facharztbezeichnung für Röntgen- und Strahlenheilkunde geführt hatte. Das Berufsgenossenschaftsgericht ersah hierin einen Verstoß gegen das Verbot, mehrere Facharztbezeichnungen nebeneinander zu führen.

Die in Frage stehenden Entscheidungen der ärztlichen Berufsgenossenschaft stützten sich auf die Facharztordnungen der Landesärztekammern, die inzwischen durch die neuen Weiterbildungsordnungen abgelöst wurden. Inhaltlich stimmten die einschlägigen Gebote und Verbote der Facharztordnungen mit denen der neuen Weiterbildungsordnungen überein.

Die unmittelbare Bindungswirkung der Entscheidung

Das Bundesverfassungsgericht hat die mit den beiden Verfassungsbeschwerden angegriffenen Entscheidungen der Berufsgenossenschaft mit der Begründung aufgehoben, sie verstießen gegen den Grundsatz der Ver-

hältnismäßigkeit und verletzen die Grundrechte der Beschwerdeführer aus Art. 12 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG).

Den Verstoß gegen das in Art. 12 Abs. 1 geschützte Grundrecht der freien Berufsausübung sieht das Bundesverfassungsgericht bei dem Beschwerdeführer zu 1 darin, daß er verurteilt wurde, obwohl ihm ein Verstoß gegen das Gebot der Fachgebietsbeschränkung nur in einem Einzelfall nachgewiesen wurde, bei dem zudem besondere Umstände vorlagen (Behandlung eines akuten Herzanfalls). Dies widerspreche dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und einer verfassungskonformen Auslegung des Gebots der Facharztordnung, das den Facharzt verpflichtet, sich grundsätzlich, aber nicht ausnahmslos auf sein Fachgebiet zu beschränken.

Bei der Entscheidung über die zweite Verfassungsbeschwerde geht das Bundesverfassungsgericht davon aus, daß die Satzungsbestimmung, die es ganz generell untersage, mehrere Facharztbezeichnungen nebeneinander zu führen, über das Maß einer notwendigen und zumutbaren Berufsausübungsregelung hinausgehe. Das Verbot dürfe jedenfalls nicht unterschiedslos für alle denkbaren Fächerkombinationen gelten. Es gebe unter den zugelassenen Fachrichtungen nahe verwandte Gebiete und Fächerkombinationen, die sich zu einer einheitlichen Fachpraxis mit funktionell aufeinander bezogenen Einzeltätigkeitsgebieten ausgestalten ließen.

Die unmittelbare rechtliche Wirkung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts erstreckt sich über die beiden Einzelfallentscheidungen hinaus auf die rechtlichen Ausführungen, auf denen sie beruhen, also auf die „tragenden Gründe“. In der Entscheidung zur Verfassungsbeschwerde 1 hat das Bundesverfassungsgericht das einschlägige Gebot der Fachgebietsbeschränkung selbst nicht in Frage gestellt. Die verfassungskonforme Auslegung dieses Gebots, die es fordert, deckt sich mit der schon bisher herrschenden Auslegung: Nicht die ausnahmsweise, sondern lediglich die systematische Tätigkeit außerhalb des Fachgebietes ist verboten. Von weit größerer Bedeutung ist die Bindungswirkung, die sich aus der Entscheidung zu dem Verbot der Facharztordnungen ergibt, mehrere Facharztbezeichnungen nebeneinander zu führen. Dieses Verbot kann in seiner ursprünglichen Form im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts heute nicht mehr angewendet werden. Eine Differenzierung des Verbotes dahin, daß jedenfalls für nahe verwandte Fachgebiete Ausnahmen zugelassen werden, ist unerläßlich.

Die große standes- und gesundheitspolitische Bedeutung, die dem Gebot der Fachgebietsbeschränkung und dem Verbot des gleichzeitigen Führens mehrerer Facharztbezeichnungen zukommt, läßt es nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts als wünschenswert, wenn nicht sogar als geboten erscheinen,

Ärzte im VII. Deutschen Bundestag

Es wurden gewählt:

Dr. Bardens, Ludwigshafen (SPD)

Dr. Meinecke, Hamburg (SPD)

Dr. Martin, Gießen (CDU)

Prinz von Sayn-Wittgenstein-Hohenstein (CDU)

daß der Gesetzgeber diese Berufspflichten durch Gesetz regelt.

Wirkungen der Entscheidung außerhalb der unmittelbaren rechtlichen Bindung

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluß eine Reihe weiterer grundlegender Rechtsfragen erörtert und zu einzelnen dieser Fragen eine ganz dezidierte Rechtsauffassung vertreten. Eine unmittelbare Bindungswirkung kommt diesen Ausführungen jedoch nicht zu, weil sie die Entscheidungen, die in den anhängigen Verfahren zu treffen waren, nicht tragen.

Mittelbar sind freilich auch diese „obiter dicta“ in der Verfassungswirklichkeit von erheblichem Gewicht. Der Gesetzgeber, die Gerichte und Behörden, insbesondere auch die zum Erlaß der Berufs- und Weiterbildungsordnungen zuständigen Landesärztekammern müssen damit rechnen, daß das Bundesverfassungsgericht die im vorliegenden Beschluß geäußerte Rechtsauffassung auch künftig – etwa bei Entscheidungen über neue Verfassungsbeschwerden – vertreten wird. Um nicht eine langwierige Rechtsunsicherheit in Kauf zu nehmen, wird es sich empfehlen, die Bestimmungen über die ärztliche Weiterbildung in einer Art und Weise neu zu regeln, wie das der Rechtsauffassung entspricht, die das Bundesverfassungsgericht in dem nicht bindenden Teil seiner Entscheidung vertritt.

Die wichtigsten Rechtseusführungen des Bundesverfassungsgerichts in seiner Entscheidung zum Facharztwesen lassen sich in folgenden Grundsätzen zusammenfassen:

1. Der Bund besitzt keine Kompetenz zur Regelung des Facharztwesens.

Der Bund besitzt zwar die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die Zulassung zu den ärztlichen Berufen nach Art. 74 Nr. 19 GG. Der Facharzt ist jedoch nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts kein besonderer Beruf im Sinne dieser Vor-

schrift. Dazu sollen nur die Berufe des Arztes, des Zahnarztes und des Tierarztes gehören.

Diese Auslegung des Art. 74 Nr. 19 GG stimmt überein mit der bisherigen Staatspraxis, in der die Länder die Regelung des Facharztwesens als ihren Kompetenzbereich in Anspruch nehmen. Daß die Bundeskompetenz aus Art. 74 Nr. 19 GG eng auf das Zulassungswesen begrenzt ist, hatte das Bundesverfassungsgericht schon früher entschieden.

Die Rechtsausführungen des Bundesverfassungsgerichts zu diesem Problemkreis sind zu begrüßen, weil sie die Kompetenzfrage eindeutig klären und damit die Gesetzgebungsarbeit bei der bevorstehenden Neuregelung der Materie erleichtern.

2. Regelungen der Berufsausübung und damit auch der ärztlichen Weiterbildung können den Ärztekammern zur autonomen Rechtsetzung übertragen werden.

Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts läßt es der Wortlaut des Art. 12 Abs. 1 GG zu, daß berufsregelnde Vorschriften nicht nur durch förmliches Gesetz, sondern auch im Wege der Rechtsverordnung oder der autonomen Rechtsetzung, also durch Satzungen juristischer Personen des öffentlichen Rechts im Rahmen der ihnen vom Gesetzgeber verliehenen Rechtsetzungsbefugnis (Autonomie) erlassen werden.

Die Verleihung der Satzungsautonomie hat nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts „ihren guten Sinn darin, gesellschaftliche Kräfte zu aktivieren, den entsprechenden gesellschaftlichen Gruppen die Regelung solcher Angelegenheiten, die sie selbst betreffen und die sie in überschaubaren Bereichen am sachkundigsten beurteilen können, eigenverantwortlich zu überlassen und dadurch den Abstand zwischen Normgeber und Normadressat zu verringern. Zugleich wird der Gesetzgeber davon entlastet, sachliche und örtliche Verschiedenheiten berücksichtigen zu müssen, die für ihn oft schwer erkennbar sind und auf deren Veränderungen er nicht rasch genug reagieren könnte. Das Bundesverfassungsgericht hat niemals in Zweifel gezogen, daß sich der Autonomiegedanke sinnvoll in das System der grundgesetzlichen Ordnung einfügt.“

Auch diese Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts mit ihrem grundsätzlichen Bekenntnis zur Autonomie der Berufsverbände sind zu begrüßen. Es steht danach außer Zweifel, daß den Landesärztekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts auch künftig von den Landesparlamenten die Befugnis übertragen werden kann, für die ihr angehörenden und ihrer Satzungsgewalt unterstehenden Ärzte Berufs- und Weiterbildungsordnungen zu erlassen.

3. Der Gesetzgeber darf sich seiner Gesetzgebung nicht völlig entäußern; ob und inwieweit er einen Berufsverband zur Rechtsetzung ermächtigen darf, hängt von der Intensität des Eingriffs in die Berufsfreiheit ab; „statusbildende“ Bestimmungen

und einschneidende, das Gesamtbild der beruflichen Betätigung wesentlich prägende Vorschriften muß der Gesetzgeber selbst treffen.

Dieser dritte Grundsatz gibt dem Gesetzgeber in der Praxis schwer lösbare Probleme auf. Die Beurteilung der „Intensität“ des Eingriffs in die Berufsausübung ist sehr weitgehend eine Wertungsfrage, die sich kaum eindeutig nach objektiven Kriterien beantworten läßt.

Weithin unbestritten war bereits bisher, daß Vorschriften, die den Zugang zum Beruf regeln, nicht der autonomen Rechtsetzung überlassen werden können. Die zur Rechtsetzung ermächtigten Berufsverbände erhielten andernfalls die Befugnis, über den Zugang zum Beruf zu entscheiden und ihre Satzung entfaltet damit unmittelbare Rechtswirkungen auch für Außenstehende. Damit würden die der Autonomie immanenten Schranken überschritten.

Von dieser richtigen Erwägung geht auch das Bundesverfassungsgericht zur Bestimmung des Autonomiebereichs aus. Um nähere Kriterien für die Abgrenzung zwischen den Bereichen zu gewinnen, die der autonomen Rechtsetzung überlassen werden können und solchen, die der Gesetzgeber selbst regeln muß, glaubt es, seine „Stufentheorie“ entsprechend anwenden zu können. Diese Theorie ist vom Bundesverfassungsgericht zur Prüfung der Frage entwickelt worden, ob und inwieweit eine berufsregelnde Vorschrift ihrem Inhalt nach mit der durch das Grundgesetz gewährleisteten Berufsfreiheit vereinbar ist, also zum Problem der materiellen Vereinbarkeit. Sie besagt, daß Regelungen, die ausschließlich die Art und Weise der Berufsausübung betreffen (1. Stufe) durch jede vernünftige Erwägung des Gemeinwohls gerechtfertigt werden, während subjektive und objektive Beschränkungen des Zugangs zum Beruf (2. und 3. Stufe) sehr viel strengeren Anforderungen genügen müssen.

Eine überzeugende Begründung für die entsprechende Heranziehung der Stufentheorie zur Abgrenzung des Autonomiebereichs, also zur Beantwortung der Frage, in welcher Rechtsform die berufsregelnde Vorschrift ergehen kann (förmliches Gesetz oder Satzung), läßt sich in der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts nicht finden. Der Autonomie im Rahmen der hier entwickelten Kriterien Schranken zu setzen, besteht um so weniger Anlaß, als ja bereits die materielle Vereinbarkeit der Berufsregelung mit Art. 12 GG auf der Basis der Stufentheorie zu prüfen ist und damit der Grundrechtsschutz unter diesem Gesichtspunkt voll gewährleistet ist, gleichgültig, ob sich die Berufsregelung in einem förmlichen Gesetz oder in einer autonomen Satzung findet. Auch gibt der Wortlaut des Art. 12 Abs. 1 GG für eine solche Begrenzung der Autonomie keinen Anhaltspunkt.

Trotz dieser Zweifel an der rechtlichen Begründung wäre die Heranziehung der Stufentheorie zur Abgren-

zung des Autonomiebereichs bei berufsrechtlichen Vorschriften vom Ergebnis her zu begrüßen, wenn sie klare und präzise Abgrenzungskriterien liefern würde. Davon kann jedoch bei einem Blick auf die bisherige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts schwerlich die Rede sein, weil sie von einem so weitgespannten und differenzierten Berufsbegriff ausgeht, daß die verschiedenen „Stufen“ kaum mehr deutlich erkennbar werden. So bewertet das Bundesverfassungsgericht in früheren Entscheidungen z. B. den Beruf des freipraktizierenden Arztes als einen eigenen Beruf im Verhältnis zu dem des angestellten Arztes. In der ambulanten kassenärztlichen Tätigkeit des (angestellten) Chefarztes sieht es dagegen keine weitere selbständige Berufstätigkeit, sondern nur eine Nebenfunktion (BVerfGE 16, 294). Ähnlich hat es in der Tätigkeit des Kassenarztes keinen besonderen Beruf ersehen, sondern nur eine Ausübungsform innerhalb der Berufssphäre des freipraktizierenden Arztes (BVerfGE 11, 41). Die Bestimmungen über die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit (Verhältniszahl) lagen damit an sich eindeutig auf der ersten Stufe. Gleichwohl hat das Bundesverfassungsgericht die für diese Stufe geltenden Anforderungen nicht genügen lassen, weil im praktischen Ergebnis diese Bestimmungen einer Beschränkung des Zugangs zum Beruf des freipraktizierenden Arztes gleichkämen.

Dieses Beispiel zeigt, daß die Stufentheorie schon für ihren bisherigen Anwendungsbereich kaum brauchbare Abgrenzungsmerkmale lieferte. Diese Schwierigkeiten werden bei ihrer entsprechenden Anwendung zur Abgrenzung des Autonomiebereichs vollends offensichtlich. Auf der Basis der Stufentheorie hatte das Bundesverfassungsgericht sich mit der Frage zu befassen, ob der Facharzt im Sinne des Art. 12 Abs. 1 GG ein besonderer Beruf ist, eine Frage also, die es in der gleichen Entscheidung bei der Prüfung der Gesetzgebungskompetenz (Auslegung des Art. 74 Nr. 19 GG) eindeutig verneint hatte. Bei der erneuten Prüfung läßt es die Frage offen, ob der Facharzt „als ein besonderer Berufszweig“ innerhalb des allgemeinen Arztberufs angesehen werden müsse, weil jedenfalls die Entscheidung für eine fachärztliche Tätigkeit im Ergebnis einer Berufswahl nahekomme.

Aus all dem folge, „daß im Bereich des Facharztwesens jedenfalls die statusbildenden Normen, d. h. etwa diejenigen Regeln, welche die Voraussetzungen der Facharztanerkennung, die zugelassenen Facharztrichtungen, die Mindestdauer der Ausbildung, das Verfahren der Anerkennung, die Gründe für eine Zurücknahme der Anerkennung sowie endlich auch die allgemeine Stellung der Fachärzte innerhalb des gesamten Gesundheitswesens betreffen, in den Grundzügen durch ein förmliches Gesetz festgelegt werden müssen. Die dann noch erforderlichen ergänzenden Regelungen können nach Ermessen des Gesetzgebers dem Satzungsrecht der Ärztekammern überlassen bleiben.“

Die Folgerungen für den Gesetzgeber und für die Ärztekammern

Es steht außer Zweifel, daß die von den Landesärztekammern erlassenen Weiterbildungsordnungen den vom Bundesverfassungsgericht gestellten Anforderungen nicht genügen. Das Bundesverfassungsgericht hat gleichwohl bewußt und eindeutig offengelassen, ob den „statusbildenden Normen“ der Facharztordnungen die Rechtsatzqualität abgesprochen werden muß. Dieses Zurückweichen vor einer klaren Entscheidung in einer für die Praxis eminent wichtigen Frage ist um so verwunderlicher, als das Bundesverfassungsgericht das Fortbestehen der Bestimmungen über die Berufspflichten der Fachärzte grundsätzlich bejaht. Wie aber sollen einzelne Pflichten des Facharztes fortbestehen können, wenn zweifelhaft bleibt, ob es überhaupt rechtlich verbindliche Vorschriften über die Facharztanerkennung, die zugelassenen Fachrichtungen und alle sonstigen grundlegenden Fragenkomplexe gibt?

Die Antwort kann wohl nur dahin gehen, daß das Bundesverfassungsgericht stillschweigend die Fortgeltung auch der „statusbildenden“ Normen bejaht, aber unentschieden lassen will, ob sie in ihren Grundzügen als vorkonstitutionelles Recht aufgrund § 12 der Reichsärzteordnung als Gewohnheitsrecht oder als nachkonstitutionelles Satzungsrecht der Landesärztekammern weitergelten. Auch die Praxis kann nur von der Fortgeltung der statusbildenden Normen ausgehen, wenn nicht die ärztliche Weiterbildung alsbald zum Erliegen kommen soll.

Aufgabe der Landesparlamente wird es sein, den durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts entstandenen Zustand der Rechtsunsicherheit durch inhaltlich übereinstimmende gesetzliche Regelungen möglichst bald zu beheben. Dabei wird zu beachten sein, daß sich die gesetzlichen Regelungen auf die Grundzüge beschränken müssen, wenn die autonome Rechtsetzung durch die Landesärztekammern noch sinnvoll sein soll. Aus dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts darf hierzu zitiert werden: „Andererseits würden die Prinzipien der Selbstverwaltung und der Autonomie, die ebenfalls im demokratischen Prinzip wurzeln und die dem freiheitlichen Charakter unserer sozialen Ordnung entsprechen, nicht ernst genug genommen, wenn der Selbstgesetzgebung autonomer Körperschaften so starke Fesseln angelegt würden, daß ihr Grundgedanke, die in den gesellschaftlichen Gruppen lebendigen Kräfte in eigener Verantwortung zur Ordnung der sie besonders berührenden Angelegenheiten heranzuziehen und ihren Sachverstand für die Findung richtigen Rechts zu nutzen, nicht genügenden Spielraum fände.“

Nicht mehr als die Regelung der **G r u n d z ü g e** wird ja auch in der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts gefordert.

Niemand wird der ärztlichen Selbstverwaltung bestreiten können, daß gerade die neue Weiterbildungs-

ordnung unter breiter Anhörung und Mitwirkung aller beteiligten ärztlichen Gruppen und insbesondere aller Fachgebiete in einem langen, auf breiter Basis getragenen demokratischen Willensbildungsprozeß geschaffen wurde.

Der Gesetzgeber wäre ersichtlich weit überfordert, wenn er künftig die sachlichen Entscheidungen, etwa über die Schaffung neuer Fach- und Teilgebiete, selbst treffen müßte. Selbst wenn er sich durch die Anhörung von Sachverständigen die fachlichen Informationen beschaffen könnte, bedeutete die Zurückdrängung der Autonomie der Ärzteschaft auf Bestimmun-

gen von untergeordneter Bedeutung einen schwerwiegenden Verlust an unmittelbarer Demokratie. Allein die zeitlichen Verzögerungen, die sich aus der Einschaltung des Gesetzgebers ergäben, müßten dazu führen, daß die Weiterbildungsbestimmungen künftig hinter der medizinischen Entwicklung herhinken.

Es sei daran erinnert, daß das von der deutschen Ärzteschaft geschaffene Facharztwesen einst weiten Teilen der Welt als Vorbild gedient hat.

Anschr. d. Verf.: Ministerialdirigent W. Weibauer,
8050 Fraling, Eckerstraße 34

Zytologische Untersuchungen bei der Nachbehandlung von Patientinnen mit gynäkologischen Karzinomen *

von A. Leonherdt

In der Klinik Bad Trißl, die im Jahre 1968 von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern gegründet und seit dieser Zeit von ihr betreut wird, werden ausnahmslos Patientinnen mit einem Mamma- oder Genitalkarzinom, und zwar grundsätzlich nur nach vorausgegangener operativer und/oder Bestrahlungstherapie zur Weiterbehandlung aufgenommen. Sinn und Zweck dieser Nachbehandlung ist es, den durch die Primärtherapie erzielten Behandlungserfolg endgültig zu sichern oder zu stabilisieren oder das Leben so lange wie möglich lebenswert zu erhalten. Dabei konzentriert sich die rein schulmäßig ausgerichtete Therapie auf die Normalisierung der oftmals schwer gestörten Körperfunktionen nach den großen Eingriffen, auf die medikamentöse Mobilisierung der körpereigenen Abwehr sowie auf eine spezifische Rezidiv- und Metastasenprophylaxe. Im Mittelpunkt der Diagnostik steht die Früherfassung von Rezidiven und Metastasen, die Erkennung therapiebedingter Nebenerscheinungen sowie von Zweiterkrankungen.

Materiel und Methode

Die Studie umfaßt den Zeitraum von zwei Jahren mit 1486 Patientinnen. Dabei handelte es sich um 681 Mammakarzinome, 510 Kollumkarzinome, 156 Korpuskarzinome und 139 Ovarialkarzinome. Vorausgegangen war in allen Fällen eine Primärtherapie in Form von Operation und/oder Bestrahlung. Von allen 1486 Frauen wurden die vaginalen Abstriche ausgewertet.

Seit Bestehen der Klinik gehören Rektoskopie und Chromozystoskopie zum diagnostischen Standardprogramm bei operierten oder bestrahlten Genital-

karzinom-Patientinnen. Vor etwa einem Jahr sind wir dazu übergegangen, grundsätzlich bei der Rektoskopie jeweils drei bis vier Abstriche von der Rektumwand für die zytologische Untersuchung zu entnehmen. Mitgeteilt werden die Befunde von 248 Patientinnen. Zusätzlich wurden von 100 Kranken drei bis vier Urinaustriche und von weiteren 100 Kranken jeweils zwei Mamillenabstriche zytologisch untersucht. Außerdem wurden 126 Pleurapunktate von 44 Patientinnen sowie 16 Hautwundabstriche beurteilt (Tab. 1).

Mammakarzinom-Patientinnen	681
Kollumkarzinom-Patientinnen	510
Korpuskarzinom-Patientinnen	156
Ovarialkarzinom-Patientinnen	139
	<hr/>
	1486 Patientinnen

ausgewertet wurden:

Vaginalabstriche	
von allen 1486 Karzinom-Patientinnen	
Rektumabstriche	
von 248 Genitalkarzinom-Patientinnen	
Urinaustriche	
von 100 Genitalkarzinom-Patientinnen	
Mamillenabstriche	
von 100 Mammakarzinom-Patientinnen	
Pleurapunktate	
von 44 Mamma- und Genitalkarzinom-Patientinnen	
Aszitespunktate	
von 7 Genitalkarzinom-Patientinnen	
Hautwundabstriche	
von 16 Mamma- und Genitalkarzinom-Patientinnen	

Tabelle 1

Zahlenmäßige Verteilung der Karzinomlokalisierung und Fallzahlen der einzelnen zytologischen Untersuchungen

*) Diese aus der Tumorklinik Bad Trißl stammende Arbeit wurde in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ 114 (1972) Nr. 16 veröffentlicht.

☺☺ An manchen Tagen,  da platzt mir fast der Kopf ☺☺

☺☺  In den ersten Tagen meiner Regel habe ich sehr oft

Schmerzen ☺☺  ☺☺ Bei jedem Wetterum-

schwung habe ich solche Kopfschmerzen ☺☺

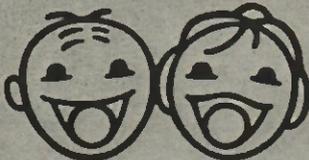
☺☺ In den letzten Tagen haben mir meine Rheumaschmerzen 

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-acetenilid 150 mg,
Bucetin (3-Hydroxy-p-butyrophenetidd) 30 mg, Coffein
50 mg, Aneurinnitrat 5 mg

Indikationen

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

vivimed[®] das Analgetikum für Alltagsschmerzen

Kontraindikationen

Schwere Nierenschäden, genetisch bedingter Mangel an
Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase. 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



Ergebnisse

Mammakarzinome

Von den 681 Mammakarzinom-Patientinnen hatten 664 = 97,6% einen negativen zytologischen Vaginalabstrich. Bei drei Frauen war der Befund zweifelhaft (Pap. III), bei sechs anderen fand sich zytologisch eine Dysplasie (Pap. III D). Positive Befunde (Pap. IV + V) erhoben wir bei acht Patientinnen = 1,2% der Untersuchten. Die histologische Abklärung bei den Verdachtsfällen durch Konisation und Abrasio ergab fünfmal ein Carcinoma in situ und dreimal ein präklinisches, beginnendes, invasives Karzinom (Tab. 2 und 3).

Mammakarzinom-Patientinnen			
Vaginalabstriche	= 681 Pat.	= 100 %	
Zytologisch unverdächtig:			
Pap. I + II	= 664 Pat.	= 97,6 %	
Zytologisch zweifelhaft:			
Pap. III	= 3 Pat.	= 0,4 %	
Zytologisch Dysplasie:			
Pap. III D	= 6 Pat.	= 0,8 %	
Zytologisch verdächtig:			
Pap. + IV A	= 4 Pat.	} = 1,2 %	
Pap. + IV B	= 3 Pat.		
Pap. + V	= 1 Pat.		

Tabella 2

Zytologische Vaginalabstrich-Befunde bei 681 Mammakarzinom-Patientinnen

Zytologia	Anzahl	Histologie			
		nicht geklärt	negativ	Dysplasie	Ca. in situ
Pap. III	3	1	1	1	
Pap. III D	6	2	2	2	
Pap. IV A	4				3
Pap. IV B	3				2
Pap. V	1				1

Tabella 3

Zytologische und histologische Befunde an der Portio uteri bei 681 Mammakarzinom-Patientinnen

Zytologia	Anzahl	Histologia		Razidiv	
		Razidiv	Dysplasie bzw. Strahlenveränderungen	Bekannt bei Einweisung	Nach entdeckt
					a) klinisch . b) nur zytologisch
Pap I + II	451 = 88,4 %	∅	∅	4	3
Pap. III	9	3	6	∅	∅
Pap. III D	22	3	19	∅	1
Pap. IV A	10	7	3	1	∅
Pap. IV B	6	6	∅	3	∅
Pap. V	12	12	∅	9	∅
			Summa:	17	4
					17

Tabella 5

Zytologische, histologische und klinische Befunde bei 510 Kollumkarzinom-Patientinnen

Durch Einschaltung der Routine-Zytologie fand sich somit bei 681 Mammakarzinom-Patientinnen fünfmal ein Carcinoma in situ sowie dreimal ein beginnendes invasives Karzinom.

Über das Zusammentreffen eines Mammakarzinoms mit einem Genitalkarzinom bei unseren Patientinnen gibt Tabelle 4 Aufschluß.

Mammakarzinom-Patientinnen	= 681
Anamnestic:	
Mammakarzinom + beh. Kollumkarzinom	1
Mammakarzinom + beh. Ca. in situ	1
Mammakarzinom + beh. Korpuskarzinom	1
Klinisch:	
Mammakarzinom + Korpuskarzinom	1
Mammakarzinom + Ovarialkarzinom	2
Zytologisch:	
Mammakarzinom + Kollumkarzinom	3
Mammakarzinom + Ca. in situ	5
Summa:	= 14 ~ 2%

Tabella 4

Mammakarzinom in Kombination mit Genitalkarzinom

Anamnestic war bei einer unserer Patientinnen eine Kollumkarzinom-Behandlung, bei einer zweiten eine Korpuskarzinom-Behandlung und bei einer dritten eine Konisation wegen eines Carcinoma in situ der Mamma-Amputation wegen Mammakarzinoms vorausgegangen. Wir fanden zusätzlich klinisch, allerdings bei stummer Zytologie, ein Korpuskarzinom sowie zwei Ovarialkarzinome. Zusammen mit den erwähnten fünf Carcinomata in situ und den drei Kollumkarzinomen bestand also bei 14 Patientinnen = 2% der Untersuchten eine Kombination von Mamma- und Genitalkrankung.

Hieraus geht hervor:

1. 2% aller Mammakarzinom-Patientinnen waren zusätzlich an einem präinvasiven oder invasiven Genitalkarzinom erkrankt.
2. Bei acht von elf Patientinnen, d.h. in 70% der Fälle, wäre ohne Routine-Vaginalzytologie ein prä-

Zytologie	Anzahl	Histologie			Rezidive	
		Rezidiv	Dysplasie bzw. Strahlen- veränderungen	Bekannt bei Einweisung	Neu entdeckt a) klinisch b) nur zytologisch	
Pap. I + II	140	∅	∅	3	∅	∅
Pap. III	6	1	5	∅	∅	1
Pap. III D	5	2	3	1	∅	1
Pap. IV A	2	1	1	∅	∅	1
Pap. IV B	∅	∅	∅	∅	∅	∅
Pap. V	3	3	∅	3	∅	∅
Summe:				7	∅	3

Tabelle 6

Zytologische, histologische und klinische Befunde bei 156 Korpuserzinom-Patientinnen

maligner oder maligner Prozeß des Genitale über-
sehen worden.

Kollumkarzinome

Von den 510 Patientinnen mit einer vorausgegan-
genen lege artis durchgeführten Primärtherapie wegen
eines Kollumkarzinoms hatten 38 ein Rezidiv.

Bei 451 Frauen = 88,4 % erhoben wir einen negativen
zytologischen vaginalbefund. Dennoch bestand bei
sieben dieser Patientinnen klinisch ein Kollumkarzi-
nom-Rezidiv, teils parametran, teils beckenwandnah.
Diese Lokalisation erklärt den stummen Zytologie-
befund. Neun klinisch unverdächtige, zytologisch aber
zweifelhafte Fälle (Pap. III) erwiesen sich bei der hi-
stologischen Abklärung dreimal als Rezidiv, sechsmal
als schwere Strahlenveränderungen. Diese drei Kol-
lumkarzinom-Rezidive wären sicherlich ohne den zyto-
logischen Hinweisbefund nicht rechtzeitig erkannt
worden. Auffallend oft, und zwar 22mal, wurde zyto-
logisch eine Dysplasie diagnostiziert (Pap. III D). Hier
ergab die Abklärung erwartungsgemäß 19 schwere
Strahlenveränderungen, in drei Fällen jedoch ein Re-
zidiv. Bei 28 Patientinnen war der Abstrich positiv,
25 von ihnen hatten ein histologisch gesichertes Re-
zidiv, drei eine schwere Dysplasie mit Strahlenver-
änderungen. Während also von den 25 nachgewiese-

nen Kollumkarzinom-Rezidiven 13 auch klinisch er-
kannt werden konnten, verdanken wir die rechtzeitige
Entdeckung der übrigen 12 Rezidive der zytologischen
Routine-Untersuchung.

Von den 38 Kollumkarzinom-Rezidiven waren also
schon 17 bei der Einweisung bekannt, vier Rezidive
wurden durch die klinische Untersuchung bei uns neu
entdeckt, 17 dieser Rezidive wurden ausschließlich
zytologisch aufgespürt. Somit wären 17 der 21 neu
entdeckten Kollumkarzinom-Rezidive (= 80 % der
Fälle) ohne die routinemäßige zytologische Unter-
suchung nicht rechtzeitig erkannt worden (Tab. 5).

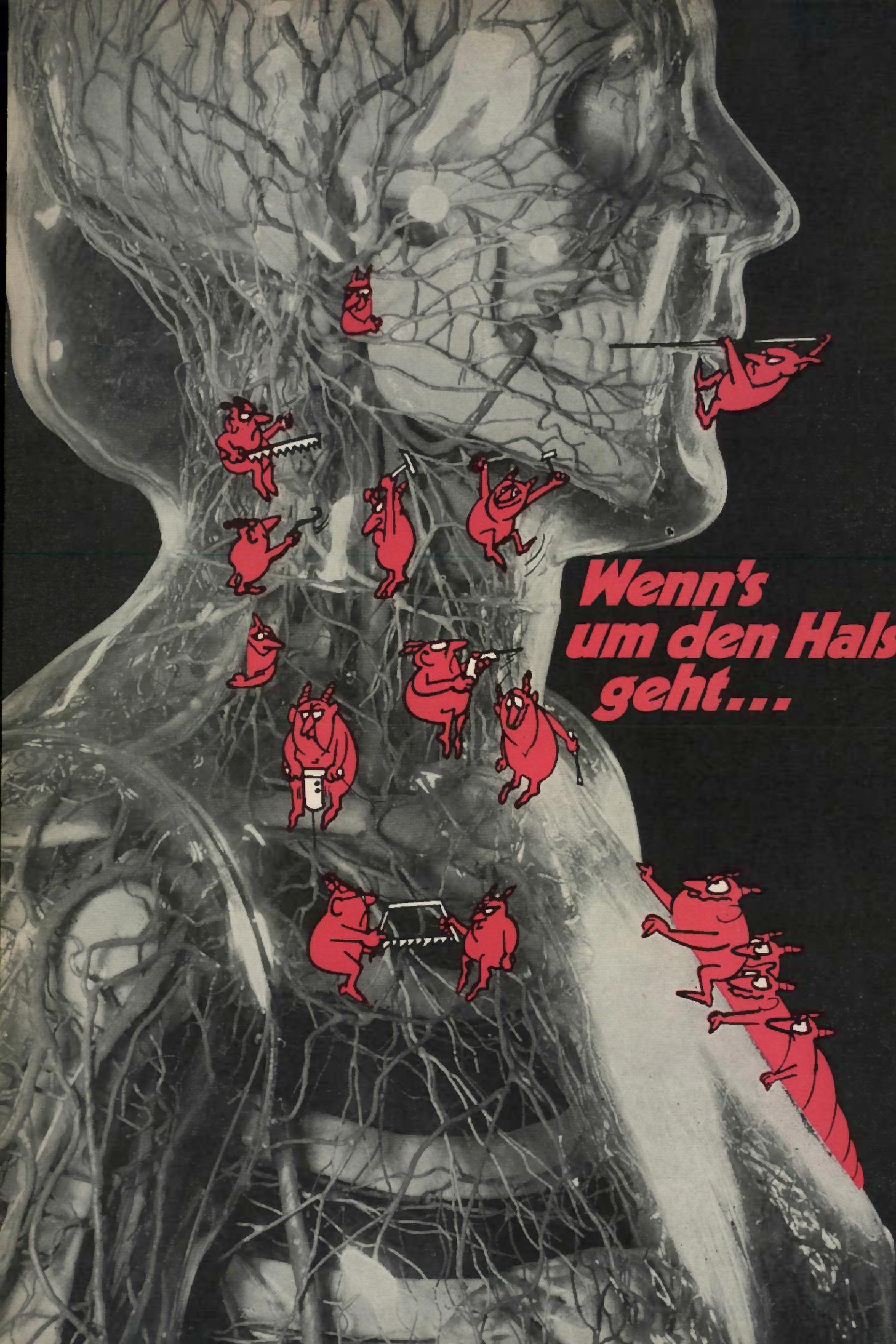
Korpuserzinome

In Tabelle 6 erfolgt eine Gegenüberstellung der zyto-
logischen, histologischen und klinischen Befunde bei
156 Korpuserzinom-Patientinnen. In 140 Fällen war
der Abstrich unverdächtig. In dieser Gruppe befanden
sich jedoch drei sicher nachgewiesene Korpuserzi-
nom-Rezidive. Hier hatte also die Zytologie eindeutig
versagt. Unter den sechs zytologisch zweifelhaften
Fällen (Pap. III) gab es ein Rezidiv, während sich von
den fünf Dysplasiefällen (Pap. III D) zwei als Rezidive
erwiesen. Bei fünf Patientinnen war der Abstrich posi-
tiv (Pap. IV + Pap. V), so daß wir eine Tumorpersi-
stenz vermuteten, jedoch handelte es sich einmal

Zytologie	Anzahl	Rezidiv	Histologie		Bekannt	Rezidive (36 Pet. = 26%)		Summe
			Dysplasie bzw. Strahlen- veränderungen	Nicht ge- klärt, kli- nisch aber Rezidiv		Neu entdeckt		
						klinisch	zytologisch	
Pap. I + II	118	10	∅	8	13	5	∅	18
Pap. III	5	2	3	∅	2	∅	∅	2
Pap. III D	7	3	∅	4	7	∅	∅	7
Pap. IV A	4	2	∅	2	4	∅	∅	4
Pap. IV B	1	1	∅	∅	∅	∅	1	1
Pap. V	4	4	∅	∅	2	∅	2	4
Summe:					28	5	3	36

Tabelle 7

Zytologische, histologische und klinische Befunde bei 139 Ovarialkarzinom-Patientinnen



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

... bei Anginen, Pharyngitis, Laryngitis und Tonsillitis

... hat sich die Therapie
mit Frubienzym® bewährt.

Frubienzym® enthält das antibiotisch
und antiviral wirksame Lysozym¹⁾
und das Peptidantibioticum Bacitracin³⁾.
Frubienzym® schaltet alle Infektionen aus.

Frubienzym® enthält das entzündungshemmende
und antiödematöse Lysozym¹⁾ und Papain.
Entzündliche Schwellungen gehen zurück.
Halsschmerzen, Schluckbeschwerden und Heiserkeit
verschwinden.

Frubienzym® enthält das proteolytische Papain
und das mucolytische Lysozym.
Es beseitigt Eiter, Borken und Beläge²⁾
und fördert die Regeneration der Schleimhaut.
Die Wirkstoffe gelangen aktiv
in die Krypten und Falten
der Schleimhaut.

Dabei ist Frubienzym® gut verträglich; Über-
empfindlichkeitsreaktionen, Resistenz
und Kreuzresistenz sind in der Praxis kaum
zu befürchten³⁾. Frubienzym® schont
die Mundflora und ist ohne Einfluß
auf die Darmflora.

Zusätzliche Verordnungen von
Desinfizientien, Analgetica und
Antihistaminica sind überflüssig.

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

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

Frubienzym®
FRIEDEMANN ARZNEIMITTEL GMBH
EISELFELD

lediglich um eine schwere Strahlenveränderung (s.
Tab. 6).

Immerhin führte der zytologische Hinweisbefund in
drei Fällen zur Früherfassung eines histologisch ge-
sicherten Korpuskarzinom-Rezidivs.

Ovarialkarzinome

Bedingt durch ihre anatomische Lage lassen sich zy-
tologisch aus dem Scheidenausstrich nur selten Ova-
rialkarzinome diagnostizieren. Dennoch wird man im-
mer wieder in Einzelfällen von Treffern überrascht.
Wie aus Tabelle 7 hervorgeht, wurden 139 operierte
oder bestrahlte Ovarialkarzinom-Patientinnen zur Wei-
terbehandlung bei uns aufgenommen, von denen 36
= 26% des Kollektivs entweder eine Tumorpersi-
stenz zeigten oder an einem Rezidiv litten. Bei 18
dieser Frauen mit ausgedehnten Tumoren im kleinen
Becken konnten niemals verdächtige Zytologiebe-
funde erhoben werden. Im Gegensatz dazu führte in
drei Fällen mit uncharakteristischem Palpationsbefund
die Entdeckung von atypischen Zellen im Scheiden-
abstrich zur Erkennung eines auch histologisch ge-
sicherten Ovarialkarzinom-Rezidivs. Bei den übrigen
sechs Patientinnen mit positivem Abstrich fand sich
schon makroskopisch ein Tumoreinbruch in die Va-
gina.

Rektum- und Urinzytologie

Nach unseren Untersuchungen treten in einem relativ
hohen Prozentsatz aller bestrahlten Genitalkarzinom-
Patientinnen Strahlenproktitiden und/oder Strahlen-
zystitiden auf.

Rektoskopie und Chromozystoskopie ermöglichen zu-
meist eine sichere Diagnose. Deshalb sind beide Un-
tersuchungsmethoden als diagnostische Routinever-
fahren unerlässlich. Es bleiben aber Zweifelsfälle; zu-
dem läßt sich makroskopisch keine Früh- und Diffe-
rentialdiagnose stellen.

Bei 248 Patientinnen mit einem Genitalkarzinom er-
folgte eine rektroskopische Untersuchung. Hierbei
entnahmen wir einmal von jeder verdächtigen Stelle
und zum anderen ungezielt alle 5 bis 7 cm einen Kon-
taktabstrich von der Rektumwand. Die gefundenen
zytologischen und histologischen Ergebnisse sind in
Tabelle 8 zusammengestellt. Histologisch handelte es
sich bei den vier Patientinnen um ein Karzinom.

Zytologie	Anzahl	Histologie	
		Karzinom	Strahlen- veränderungen
Pap. I + II	244	∅	
Pap. III D	2	2	∅
Pap. IV + V	2	2	∅

Tabelle 8

Zytologische und histologische Befunde bei
248 Patientinnen mit Rektumabstrichen

Mit Hilfe der Rektumzytologie war es also möglich, bei vier Patientinnen eine maligne Infiltration in das Rektum zu erkennen.

Zytologie	Anzahl	Histologia	
		Karzinom	Strahlenveränderungen
Pap. I + II	95	∅	
Pap. III	3	∅	3
Pap. IV + V	2	2	∅

Tabella 9
Zytologische Urinuntersuchungen bei
100 Genitalkarzinom-Patientinnen

Bei der Zystoskopie bereiten besonders ausgedehnte Ödeme oder Blasenulcerationen differentialdiagnostische Schwierigkeiten. Wir überprüften deshalb die Leistungsfähigkeit der Urinzytologie auf ihren Informationsgehalt (Tab. 9). Bei zwei Patientinnen fanden wir im Urin atypische Zellen. Histologisch ergab sich dann auch jedesmal ein Karzinom. Bei einem dieser Fälle wurde der beginnende Einbruch eines Ovarialkarzinoms in die Blase zytologisch richtig vorausgesagt. Die drei als zweifelhaft (Pap. III) interpretierten Urin-Zellbefunde wurden zwar histologisch nicht geklärt, erwiesen sich aber im weiteren klinischen Verlauf als schwere Strahlenveränderungen ohne Anhalt für Malignität.

Mamillenzytologie

Enttäuschend für uns waren die Ergebnisse routinemäßiger zytologischer Kontaktabstriche von der Mamille. In 95 % fanden wir, trotz mehrfacher Änderung der Abstrichtechnik, lediglich schlecht anfärbbare, kernlose Hornschuppen, jedoch kein eindeutig auswertbares Zellmaterial. Somit eignet sich die routinemäßige zytologische Untersuchung von Mamillenabstrichen als Screening-Methode nicht.

Dieses Ergebnis spricht nicht gegen die gezielte Anwendung bei Mamillenveränderungen. So entsprach ein zytologisch positiv bewerteter Mamillenkontakt-abstrich mit der klinischen Diagnose Mamillenekzem histologisch einem PAGET-Karzinom.

Zytologia	Anzahl der Patientinnen	Zytologischer Befund		Klinischer Befund		
		a) unverändert	b) gebessart	a) unverändert	b) gebessart	c) kein Exsudat
Pap. I + II	8	8	∅	∅	∅	8
Pap. III D	7	6	1	2	2	3
Pap. IV + V	29	19	10	19	2	8
			Summe:	21	4	19

Tabelle 10

PAPANICOLAOU-Befunde sowie zytologische und klinische Verlaufskontrolle bei 44 Patientinnen mit einem Pleuraexsudat

Pleurazytologie

44 Patientinnen hatten ein Pleuraexsudat, so daß 126mal eine Pleurapunktion erforderlich war. Die klinische Verdachtsdiagnose lautete zumeist auf Pleuritis carcinomatosa. Gerade hier erwies sich die zytologische Beurteilung des Exsudates als eine zuverlässige diagnostische Methode, zumal der Einsatz stark wirkender Medikamente, wie z. B. von Zytostatika, eine gesicherte und fundierte Basis voraussetzt. Besonders eindrucksvoll war dabei die Beobachtung, daß die klinische Ansprechbarkeit der Pleuritis carcinomatosa auf eine bestimmte zytostatische Therapie zytologisch genau erkannt werden konnte. Praktisch gehen wir heute deshalb folgendermaßen vor:

Nach Instillation eines Chemotherapeutikums wird etwa zehn Tage später, falls erforderlich, erneut punktiert. Lassen sich dann zytologisch keine Veränderungen an der Karzinomzelle feststellen, wird das Zytostatikum sofort gewechselt. Durch ein solches Vorgehen ersparen wir oftmals dem Kranken eine länger dauernde, sehr eingreifende, aber sinnlose Therapie.

Tabelle 10 gibt die zytologischen und klinischen Verlaufsbeobachtungen bei Patientinnen mit einem Pleuraexsudat wieder. Nach kurzer Zeit waren alle acht Frauen mit einem negativen PAPANICOLAOU-Befund (Pap. I + II) im Röntgenbild exsudatfrei. Tumorzellen wurden in den Pleuraexsudaten von 29 Patientinnen gefunden. Zytologisch, aber auch klinisch unbeeinflussbar blieben die Exsudate von 19 Kranken, die inzwischen alle verstorben sind. Zehn Frauen waren am Ende der Behandlung, teils nach mehrmaligem Wechsel des Zytostatikums, zytologisch tumorfrei. Bei der Entlassung bestand bei zwei Patientinnen noch ein kleines Restexsudat, die anderen acht waren exsudatfrei.

Hautkontaktabstriche

Die Unterscheidung zwischen schwerer strahlenbedingter Hautveränderung und einer Metastase ist nicht immer leicht zu treffen. Probeexzisionen zur diagnostischen Abklärung bergen bei Metastasen die Gefahr einer weiteren Metastasierung in sich und verzögern beim Strahlenulkus entscheidend die Abheilung. Von

Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 26. Februar bis 9. März 1973
in Erlangen

(siehe auch Seite 1129)

16 Patientinnen mit unklaren Hautveränderungen entnahmen wir Kontaktabstriche. Zwölfmal handelte es sich zytologisch um Strahlenveränderungen, der weitere klinische Verlauf bestätigte diese Annahme. Vier Ausstriche enthielten atypische Zellen. In einem Falle handelte es sich um eine zweimarkstück-große, solitäre Hautmetastase eines operierten Mammakarzinoms. Diese wurde weit im Gesunden in toto exstirpiert und nach histologischer Sicherung nachbestrahlt. Die Patientin ist seit einem Jahr rezidiv- und metastasenfrei. Zur differentialdiagnostischen Klärung eignet sich also auch hier die Zytodiagnostik.

Schlußfolgerungen

1. Patientinnen mit einem Mammakarzinom sollten grundsätzlich gynäkologisch und zytologisch untersucht werden, da nach unseren Untersuchungen in 2% der Fälle zusätzlich mit einem präinvasiven oder invasiven Genitalkarzinom gerechnet werden muß.
2. Patientinnen mit einem behandelten Genitalkarzinom sollten grundsätzlich auch zytologisch nachkontrolliert werden, da hierdurch die Erfassung von Lokalrezidiven früher möglich wird, die Rezidivbehandlung rechtzeitig einsetzen kann, wodurch zweifellos die endgültigen Heilungschancen verbessert werden.
3. Rektum- und Urinzytologie stellen eine geeignete Methode der Differentialdiagnose zwischen Strahlenveränderung und beginnender maligner Infiltration dar.
4. Pleura- und Asziteszytologie sichern die Diagnose, eignen sich zur Verlaufskontrolle und ermöglichen zudem einen gezielteren Einsatz von Zytostatika.

Literaturverzeichnis

- | | |
|----------------------------------|--|
| BICKENBACH, W. und SOOST, H.-J.: | Ber. 1. Tegg. Otsch. Ges. angew. Zytol. Müller, München (1964) |
| KERN, G.: | Carcinome in situ. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg-New York (1964) |
| KOSS, L. G. und DURFEE, G. R.: | Diagnostic cytology. Lippincott Comp., Philadelphia (1961) |
| SMOLKA, H. und SOOST, H.-J.: | Grundriß und Atlas d. gynäkologischen Zytodiagnostik. Thieme, Stuttgart (1965) |
| ZINSER, H.-K.: | Oie Zytodiagnostik in der Gynäkologie. Fischer, Jene (1957) |

Anschr. d. Verf.: Dr. med. A. Leonhardt, Chefarzt der Tumorklinik Bad Trißl, 8203 Oberaudorf/Inn

Mit zeitgemäßer Komposition

Azur[®]

Azur[®] gegen Schmerzen

1 Tablette enthält: Paracetamol 250 mg
Propyphenazon 200 mg, Coffein 50 mg
2-Dimethylamino-ethanol-
bitartrat 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-Dimethylamino-ethanol-
bitartrat 25 mg

3mal tägl. 1-2 Tabletten
Bei Überdosierung kann die Verkehrs-
fähigkeit beeinträchtigt werden.

O.P. mit 10 Tabl. DM 3,25
O.P. mit 20 Tabl. DM 4,95

Kontraindikation:
Schwere Nierenschäden
Pyrazolon-Allergie, Blutdyskrasien

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



Berufsständische Altersversorgungswerke der gesetzlichen Rentenversicherung gleichgestellt

Das „Gesetz zur weiteren Reform der gesetzlichen Rentenversicherung“, das der Bundestag am 21. September 1972 verabschiedete und der Bundesrat am 6. Oktober 1972 gebilligt hat, bestimmt, daß der nachversicherungsberechtigte Arzt selbst entscheiden kann, ob sein Arbeitgeber die Versicherungsbeiträge an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte oder an ein berufsständisches Versorgungswerk nachentrichten kann. Bisher konnte der angestelltenversicherungspflichtige Arzt zwar entscheiden, ob er Mitglied der gesetzlichen Rentenversicherung oder seiner berufsständischen Altersversorgung werden wollte. Ärzte, insbesondere die wissenschaftlichen Assistenten in den Kliniken, die aus dem Beamtenverhältnis ausschieden, weil sie in die freie Praxis übergangen oder in eine andere Tätigkeit überwechselten, die sie angestelltenversicherungspflichtig machten, hatten bisher keinen Anspruch gegenüber ihren früheren Dienstherrn auf eine entsprechende Nachversicherung in einem berufsständischen Versorgungswerk. Schied ein beamteter Arzt aus dem Staatsdienst aus, so wurde er lediglich in der Angestelltenversicherung nachversichert. Die Änderung des Gesetzes beendet nun diesen Zustand, der die wissenschaftlichen Assistenten erheblich benachteiligte. Jetzt haben auch diese nach ihrem Ausscheiden aus dem Hochschuldienst die Wahl, wohin sie ihre Beiträge gezahlt haben wollen, sie können also auch verlangen, daß die Ar-

beitgeberbeiträge von der Bundesversicherungsanstalt auf ein berufsständisches Versorgungswerk, dem sie in vielen Fällen schon angehören werden, überleitet werden können. § 124 AVG Abs. 6 a bestimmt nun, daß ein Arbeitgeber auf Antrag des Nachversicherungsberechtigten den Betrag der Beiträge, der an die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte zu entrichten wäre, mit befrelender Wirkung an die Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung zu zahlen hat, der der Angestellte zum Zeitpunkt der Antragstellung angehörte.

Nach ihrem Ausscheiden aus einem Beamtenverhältnis können diese Ärzte also mit vollen Rechten dem für sie zuständigen berufsständischen Versorgungswerk der Ärzte beitreten. Auch die Hinterbliebenen eines Antragstellers (Witwen, Witwer, Waisen) können binnen einem Jahr einen entsprechenden Antrag stellen.

Mit dieser gesetzlichen Neuregelung ist eine Benachteiligung berufsständischer Altersversorgungseinrichtungen beseitigt worden. Seit mehr als zehn Jahren hat die Ärzteschaft, insbesondere der Marburger-Bund, bei den gesetzgebenden Körperschaften auf eine entsprechende Gesetzesänderung gedrängt. Daß sie endlich doch zur Zufriedenheit vollzogen wurde, ist ein großer Erfolg für den Marburger-Bund, der, unterstützt von der Bundesärztekammer, hartnäckig diese Gesetzesänderung erstrebt hatte.

Der Mensch und das Auto – Das Auto und die Stadt

Das waren die Themen einer Gemeinschaftstagung vom Verkehrsparlament und Gesundheitsforum der „Süddeutschen Zeitung“ im großen Sitzungssaal des Ärztehauses München. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Senator Professor Dr. SEWERING, Vorstandsmitglied des Gesundheitsforums der „Süddeutschen Zeitung“ und Dr. Hans HEIGERT, Vorsitzender der Chefredaktion der „Süddeutschen Zeitung“ begrüßten die Teilnehmer an einem wissenschaftlichen Kolloquium, das in Zusammenarbeit mit der Landeshauptstadt München am 9. und 10. November 1972 stattfand.

Die Einführung in die Problematik gab Dr. ABRESS, berufsmäßiger Stadtrat und Leiter des Referates für Stadtforschung und Stadtentwicklung der Landeshauptstadt München.

Zum Themenkreis I „Der Mensch und das Auto“ sprechen über die medizinischen und physiologischen Aspekte Privatdozent Dr. VESTER von der Studien-

FODOR, Abteilungsleiter für Toxikologie vom Medizinischen Institut für Lufthygiene und Silikoseforschung der Universität Düsseldorf.

Über die soziologischen Aspekte referierten Professor Dr. LEWRENZ vom Medizinisch-Psychologischen Institut des Technischen Überwachungsvereins, Hamburg, und Frau Dr. SPIEGEL, Professor für soziologische Grundlagen der Raumplanung an der Universität Dortmund.

Der II. Themenkreis „Das Auto und die Stadt“ wurde von den Professoren Dr. rer. pol. Dipl.-Volkswirt WILLEKE, Professor für wirtschaftliche Staatswissenschaften an der Universität Köln, und Professor Dipl.-Ing. SCHAECHTERLE, Vorstand des Instituts für Verkehrsplanung und Verkehrswesen an der Technischen Universität München, behandelt. Sie sprachen über „Die ökonomischen und technologischen Aspekte“ und über die „Zukünftige Entwicklung der Verkehrstechnologien.“

Die Aspekte dieses Problemfeldes aus der Sicht des Bür-

Bayerische Landesbank Girozentrale



Bayerns Bank für Ihre Geldanlage

Möglichkeiten der Geldanlage gibt es viele. Aber nicht jede paßt für jeden. Wir kennen das richtige Rezept.

Unsere Anlagepalette reicht von Landesbodenbriefen, Pfandbriefen, Kommunalobligationen, Aktien, Investmentanteilen, Immobilienfonds bis zu steuerbegünstigten Beteiligungen.

Wir beraten Sie individuell, objektiv und fachmännisch. Besonders widmen wir uns der aktiven Verwaltung von Wertpapierdepots. Auf die Experten unserer Wertpapier- und Vermögensberatung ist Verlaß. Allen Kunden zum Vorteil. Dafür arbeiten wir und mit uns die bayerischen Sparkassen 

gers behandelten Wolf SCHNEIDER, Chefredakteur des Monatsmagazins „Dialog“, Hamburg, und Franz STADLER, Präsident des Allgemeinen Deutschen Automobil-Clubs, München.

Unter der Leitung von Professor Sewering diskutierten anschließend Politiker die behandelten Fragen: Erwin FRÖHBAUER, Bundesminister für Verkehr in Wien, Nationalrat Dr. Alois HÜRLIMANN, Präsident des Komitees für die Schweizerische Gesamtverkehrskonzeption in Walchwil, Anton JAUMANN, Bayerischer Staatsminister für Wirtschaft und Verkehr in München, Lauritz LAURITZEN, Bundesminister für Städtebau und Wohnungswesen und Bundesminister für Verkehr und für das Post- und Fernmeldewesen in Bonn, Max STREIBL, Bayerischer Staatsminister für Landesentwicklung und Umweltfragen in München und Dr. Hans-Jochen VOGEL, ehemals Oberbürgermeister von München.

Stadtrat Abreß aus München betonte, daß Bürger, Verwaltungen und Politiker zwar die gesundheitsgefährdende Entwicklung des modernen Verkehrs sehen, aber doch nicht wissen, wie sie gesteuert werden könne. Man wisse zwar, daß die Toleranzgrenze für den Menschen in den Städten durch die schädlichen Autoabgase bereits erreicht sei, andererseits seien eindeutige Befunde über das Ausmaß der biologischen Schädigungen nicht sicher festzustellen, da zu viele schädigende Möglichkeiten für die Erkrankungen verantwortlich gemacht werden müssen. Er trat für eine noch stärkere Förderung der öffentlichen Verkehrsmittel und für eine starke Beschränkung der Möglichkeiten für Dauerparker in den Städten ein. Im übrigen übersteige der Verkehrslärm in unseren Städten heute vielfach schon die zulässigen Grenzwerte in ganz erheblichem Ausmaß. Dipl.-Chemiker Dr. Vester sah ein Hauptproblem darin, daß das Auto sowohl Stress verursache und zugleich aber auch dazu beitrage, daß die Stressreaktionen nicht abgebaut werden könnten. Eine ganze Reihe von krankhaften Veränderungen und auch ihre die Reaktionsfähigkeit, insbesondere der Autofahrer, vermindern den Folgen seien in den nichtabgebauten und daher den Stoffwechsel beeinflussenden Stressreaktionen für den Autofahrer zu erkennen. Er sah Beziehungen zwischen dem gestörten Organismus einer Großstadt und eines Menschen und verglich das Zusammenbrechen des Verkehrs mit dem Zusammenbruch des Kreislaufes. Der Bayerische Minister für Landesentwicklung und Umweltfragen, Max Streibl, sieht in den beklagten Zuständen größtenteils die Folgen von Planungsfehlern. Frau Professor Spiegel bedauerte, daß die meisten Bundesbürger ihre bequeme Beweglichkeit höher schätzen als ihre Gesundheit. Münchens ehemaliger Oberbürgermeister Dr. Vogel teilte mit, daß der Münchener Steuerzahler in sieben Jahren 500 Mio Mark für den Bau der U- und S-Bahn bringe, der Bund und das Land diese Mittel ergänze,

daß der Bürger aber zur gleichen Zeit 3,5 Milliarden Mark für das Auto ausbebe.

Nach Ansicht von Professor Willeke könne der Bürger die Ökonomie seines Tuns und Lassens nicht beurteilen, da ihm dazu die individuellen Erfahrungsmöglichkeiten nicht ausreichten. In der Bundesrepublik werde im Jahr allein als Folge von Stauungen für die Autofahrer ein Mehraufwand an Betriebskosten von 2,5 bis 3 Milliarden Mark verursacht, Unfallfolgekosten würden weitere 2,5 Milliarden Mark, Zeitverluste etwa 1 Milliarde Stunden betragen, deren Wert mit etwa 5 Milliarden anzusetzen sei. Alles in allem würden also etwa 10 Milliarden Mark Mehrkosten durch die Verkehrsstauungen erwachsen. Mindestens etwa 30 % Verminderung des Kraftfahrzeugverkehrs in den Stoßzeiten wäre erforderlich, um zu einer vernünftigen Lösung zu kommen. Der Toxikologe Dr. Fodor, erinnerte daran, daß in den Städten nicht nur gesunde und erwachsene Menschen lebten, sondern auch Kranke und Kinder, die sehr viel anfälliger für die giftigen Abgase seien. Der Bayerische Wirtschafts- und Verkehrsminister Anton Jaumann vertrete ebenfalls die Auffassung, daß in den Großstädten die Massenverkehrsmittel den Vorrang vor dem Individualverkehr haben müßten. Bundesminister Lauritzen plädierte für eine bessere Zusammenarbeit und Abstimmung von Verkehrs- und Städteplanung, von Stadt- und Landesplanung. Nach Ansicht des österreichischen Verkehrsministers, Erwin Frühbauer, sollten solche planende Überlegungen auch an den Staatsgrenzen nicht halt machen. Der Schweizer Nationalrat Dr. Hürlimann berichtete, daß man in der Schweiz bei der Entwicklung einer neuen Verkehrskonzeption nicht zwischen den Verhältnissen in den Städten und auf dem Land differenzieren könnte; denn die „Blechlawinen“ rollen durch die Alpentäler wie durch die Städte. Die Schweiz sei als Durchgangsland besonders stark von diesen Verkehrsproblemen betroffen. Bayerns Minister Streibl trat dafür ein, daß bereits heute mögliche technologische Lösungen realisiert werden sollten. Er wies allerdings auch darauf hin, daß wegen der internationalen Verflechtungen Lösungen erstrebt werden sollten, die im Bereich der EWG akzeptiert werden könnten. Dr. Vester hielt es für erforderlich, das Auto nur zu benutzen, wenn es unbedingt erforderlich sei. Unnötig sei es, das Auto zum Zwecke des Energie transportes oder des Informationsaustausches zu verwenden. Das könnte zweifellos besser durch andere technische Mittel und auch unschädlicher für die Menschen erfolgen. Das Auto habe in erster Linie eine dienende Funktion, das die Verbindung der Menschen zueinander erleichtern sollte. Wo es diesen Zweck nicht mehr erfülle und sogar erkennbar Schaden enrichte, müßte man seine Benutzung einschränken.

Ein Empfang der Bayerischen Staatsregierung für die Teilnehmer beschloß die hochinteressante Tagung.

Bronchicum Tropfen mit Codein

Indikationen:

Reiz- und Krampfhusten, akute
chronische Bronchitis.

Contraindikationen:

Erkrankungen, die mit Atemdepressionen
einhergehen, Husten mit Gefahr der
Atemstauung, chronische Obstipation,
COPD, Asthma bronchiale.

Zusammensetzung:

1 ml enthalten: Codein phosphor-
1,5 g, Tct. Quebracho 14 ml,
Saponariae 19 ml,
Thymi 22 ml, Menthol 0,25 g.

Verpackungsgröße:

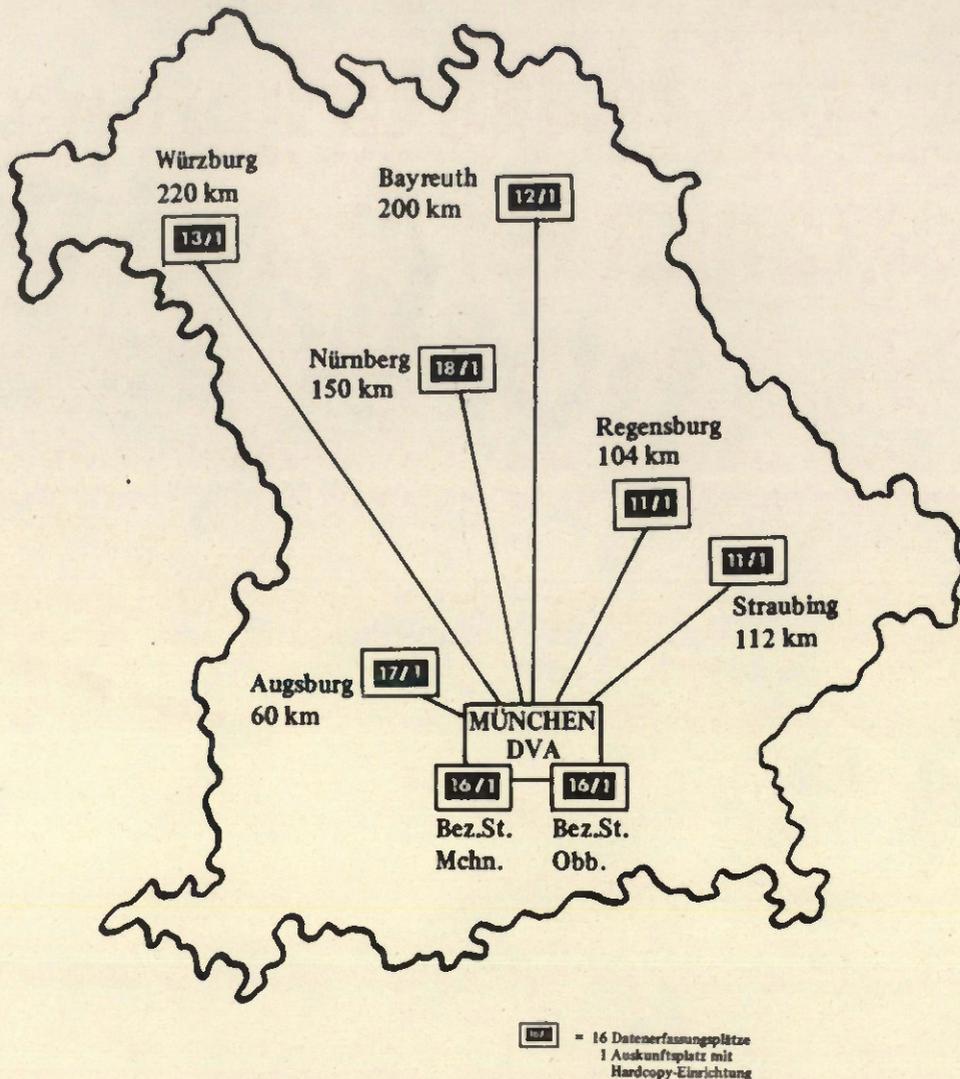
1 ml DM 6,90
(abw.-Verk.-Preis
(abwst.)).

hochaktiv

durch die Kombination von hochdosiertem
Codein mit pflanzlichen Wirkstoffen. ●
Stillt Reiz- und Krampfhusten, beseitigt den
Hustenschmerz. ● Verflüssigt das Bronchial-
sekret und sorgt für eine ausreichende
Expektoration. ● Heilt die Entzündungen
der Bronchialschleimhaut.



Datenübertragungsnetz für die KVB



Die elektronische Datenverarbeitung in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Die zunehmende Kompliziertheit aller Planungs-, Arbeits-, Produktions- und Organisationsvorgänge in unserer Gesellschaft, der Wunsch nach immer mehr Dokumentation und Information und das zunehmende Bedürfnis nach statistischen Grundlagen hat dazu geführt, daß die elektronische Datenverarbeitung in allen Bereichen unseres öffentlichen und wirtschaftlichen Lebens breitesten Eingang gefunden hat.

Das wurde auch von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns schon vor Jahren erkannt. Sie stellte deshalb ihre Abrechnung mit Krankenkassen und Kassenärzten auf elektronische Datenverarbeitung um. Die Bezirksstellen setzten dazu Anlagen unterschiedlicher Größe ein.

Die Anforderungen sind inzwischen weiter gewachsen. Es geht nicht mehr allein darum, nur die Abrechnungen zu erstellen und auszudrucken. Immer umfangreicher werdende Vorsorgeuntersuchungen sind zu dokumentieren und auszuwerten. Es sind aber auch jetzt schon die Grundlagen und Voraussetzungen für weitere Entwicklungen der Dokumentation und Information zu legen und die Aufgaben der nächsten Zukunft vorzubereiten. Allen diesen Anforderungen ist die bisherige EDV-Ausstattung der Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nicht mehr gewachsen.

Der Vorstand der KVB hat deshalb nach mehrmonatigen Vorarbeiten ein neues Konzept für die elektro-

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

nische Datenverarbeitung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns entwickelt, das der Vertreterversammlung der KVB in einer Sondersitzung ausführlich dargelegt und von dieser nach eingehender Diskussion gebilligt wurde.

Es sieht die Errichtung eines großen Rechenzentrums für die **g e s a m t e** Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vor mit der Maßgabe, daß jede Bezirksstelle durch entsprechende Ausstattung unmittelbar mit dem Rechenzentrum verbunden und damit in der Lage ist, die Dateneingabe und deren Abruf einschließlich Ausdruck der Abrechnungsunterlagen in Ihren Geschäftsräumen durchzuführen. Das Konzept ist so ausgelegt, daß das Rechenzentrum übersehbaren Entwicklungen der kommenden Jahre sofort angepaßt werden kann und in der Lage ist, jeweils neue Aufgaben zusätzlich zu übernehmen.

Es wurde eine optimale Lösung gefunden, bei der jede Bezirksstelle in ihrem Hause den Großrechner und das damit aufgebaute interne Informationssystem nutzen kann. Die Großrechenanlage ermöglicht, Dateien aufzubauen, die durch Verknüpfungsmöglichkeiten und entsprechende Betriebssysteme sowie spezielle Programme zu Datenbanksystemen führen.

Zur Bewältigung der bisherigen Aufgaben werden Dateien für Ärzte, Krankenkassen, Gebührenordnungen und die Leistungsdaten angelegt. Das Informationssystem wird ausgebaut für die Auslegung und Kommentierung der Gebührenordnungen, die Statistik und Dokumentation sowie für die Buchführung. Ein gezielter Aufbau einer Sonderdatei wird der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung dienen.

Mit dieser Anlage ist es möglich, die Nutzung des Computers als Hilfsmittel für die kassenärztliche Praxis in Modellversuchen zu erproben.

Durch die Datenfernverarbeitung entstehen keine Transportprobleme. Die Datenerfassung mit Bildschirmgeräten sowie ein möglicher Dialogverkehr der Bezirksstellen mit dem Computer entsprechen modernstem technischen Stand. Die gewählte Konfiguration gewährleistet die notwendige Betriebssicherheit und dadurch den stetigen Einsatz der EDV-Anlage.

Der Vorstandsvorsitzende, Professor Dr. H. J. SEWERING, unterzeichnete entsprechend dem Vorstandsbeschluß am 1. Dezember 1972 den Vertrag mit der Firma Siemens im Ärztehaus Bayern in München.

Freie Kassenarztsitze

Die zur Ausschreibung kommenden Arztsitze werden derzeit nach ihrer Dringlichkeit überprüft. Interessenten für freie Arztsitze werden gebeten, sich an die nächste Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu wenden.

Standesleben



Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. A. Windorfer

Im Rahmen der Eröffnungsfeler des 49. Regensburger Fortbildungskongresses im historischen Reichssaal des alten Rathauses zu Regensburg erhielt Professor Dr. Adolf WINDORFER, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Erlangen, aus der Hand des Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. BRAUN, die ihm von der Bundesärztekammer für besondere Verdienste um die ärztliche Fortbildung verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Seit seiner Berufung auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde finden seit 1956 regelmäßig zweimal jährlich Fortbildungsveranstaltungen in der von ihm geleiteten Klinik statt, welche den niedergelassenen Kinderärzten praxisnahe Fortbildung auf hohem wissenschaftlichen Niveau bieten und dabei den persönlichen Kontakt zwischen Kliniken und niedergelassenen Ärzten fördern. Die von ihm geleiteten Fortbildungsveranstaltungen erfreuen sich einer zunehmenden Teilnahme von Kinderärzten, auch aus den benachbarten Regierungsbezirken.

Nicht nur die zeitnahe praxisbezogene Thematik oder die Weitergabe neuester pädiatrischer Erkenntnisse auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet, sondern in hohem Maße auch seine außerordentliche Fähigkeit, durch großes Einfühlungsvermögen auf die Probleme der Kollegen außerhalb einer Klinik einzugehen, zeichnen die von Professor Dr. Windorfer veranstalteten Kurse aus.

Hervorzuheben ist die besonders geschickte persönliche Leitung dieser Veranstaltungen und das große kollegiale und menschliche Verständnis, das Professor Dr. Windorfer dabei beweist. Seine bescheidene Art und seine Fähigkeit, Spannungen auszugleichen und Kompromisse zu finden, wirken bei den Teilnehmern noch lange nach.



**Ernst-von-Bergmann-Plakette
für
Dr. H. Matusczyk**

Anlässlich einer Fortbildungsveranstaltung der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“ überreichte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. J. Hans SEWERING, am 29. November 1972 im kleinen Kursaal in Prien Chefarzt Dr. Herbert MATUSCZYK die Ernst-von-Bergmann-Plakette, die ihm von der Bundesärztekammer in Anerkennung seiner Verdienste um die ärztliche Fortbildung verliehen wurde. 1956 fanden sich die Kollegen Professor Dr. W. HIRSCH, Traunstein, und Dr. Otto SCHLOSSER, Rosenheim, zusammen, beriefen Dr. Matusczyk als Sekretär für die Organisation und gestalteten für den Rahmen des Zusammenschlusses von fünf Ärztlichen Kreisverbänden ein Fortbildungsmodell. In Zusammenarbeit mit den Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände von Bad Aibling, Bad Reichenhall/Berchtesgaden und Laufen entwickelten sie für die rund 1400 Kollegen dieser Region ärztliche Fortbildung in größerem Rahmen. Dr. Matusczyk hat sich insbesondere um die Gestaltung und Durchführung verdient gemacht. Niedergelassenen Allgemeinärzten und Fachärzten sowie Klinikärzten wurde an jährlich durchschnittlich 18 Veranstaltungen, darunter vier Wochenendtagungen, eine breitgestreute und allgemein interessierende Thematik geboten, wobei über die wissenschaftlichen Vorträge hinaus das fachliche Kollegialgespräch zwischen niedergelassenen und Klinikärzten und die Diskussion einen breiten Raum einnahmen. Dr. Matusczyk hielt selbst auch zahlreiche Vorträge auf seinen Interessengebieten der Ganzheitsmedizin und der psychologischen Aspekte in der Medizin. Am 24. September 1969 erhielt der ständig wachsende Teilnehmerkreis mit der Neubauereinweihung des kleinen Kursaales einen würdigen Rahmen mit allen modernen Möglichkeiten der audiovisuellen Information, ein Erfolg, an dem auch der Gemeinderat Dr. Matusczyk wesentlichen Anteil hatte.

Wenn heute zu jeder Fortbildungsveranstaltung zwischen 180 und 200 Kollegen kommen, darunter auch immer Gäste aus Österreich, so ist dies der beste Beweis für die Richtigkeit der Konzeption dieses modernen Modells eines regionalen Fortbildungszentrums.



**für Galle
und Leber**

a2

**Aristochol
Spasmolyticum**

Eine Manteltablette enthält:
30 mg Extr. Herb. Chelidon. sicc.
(entspr. mind. 0,15 mg
Gesamtalkaloide)
13 mg Extr. Rhiz. Curcum. xanth. sicc.
(entspr. mind. 0,1 mg Curcumin)
7 mg Extr. Fruct. Cedul. Mar. sicc.
10 mg Propenthiin-bromid
10 mg Aethylpapeverin. hydrochlor.
15 mg Natriumdioctyleulfosuccinat

Dosierung:
3mal täglich 1-2 Manteltabletten
unzerkaut einnehmen
Kontraindikation:
Glaukom, Prostatahypertrophie

O.P. (Durchdrückpackung)
zu 50 Manteltabletten DM 5,85

Literatur und Ärztemuster
auf Wunsch

**Aristochol
Tee-Konzentrat**

In 100 g Tee-Konzentrat:
4,2 g Extract. sicc. ex
Herb. Absinth. 1,2 g
Herb. Chelidon. 2 g
Fruct. Anisi stellat. 5,3 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Flor. Chamomill. 10 g
Rhiz. Curcum. xanth. 10 g
Herb. Millifol. 10 g
Fol. Menth. pip. 18 g
Acid. ascorbic. 1 g
Aromatic. et
Corrigent. ad 100 g
O.P. Tube mit 100 g DM 4,45

Steiner & Co.
Deutsche
Arzneimittel
Gesellschaft
Berlin West



Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

48. Fortbildungstagung vom 11. bis 14. Mai 1972

(Fortsetzung)

2. Tagungsthema: „Herzrhythmusstörungen“

Professor Dr. KÖHLER, Landshut:

„Pathophysiologie elektrischer Erregungsvorgänge am Herzen“

Das EKG gibt die Summe der Aktionspotentiale am Herzen wieder, es stellt somit ein Maß für die elektrischen und biochemischen Vorgänge an der Herzmuskelzelle selbst dar. Bei allen metabolischen Erkrankungen, bei Hyp- bzw. Anoxie, und bei Überdehnung des Herzens kommt es zu einer Behinderung des aktiven Prozesses des Kaliumrückstromes in die Herzmuskelzelle und somit zu einer intrazellulären Hypokaliämie mit der Folge einer Verlangsamung der Erregungsleitungsgeschwindigkeit und einer Verkürzung der absoluten Refraktärphase, wobei diese Folgezustände die beiden Hauptpunkte für die Entstehung von Reizbildungs- und Reizleitungsstörungen darstellen.

Eine Reizbildungsstörung physiologischer Art ist die Zunahme der Sinusfrequenz bei Belastung. Das Gegenteil findet sich in der Blockierung der Erregung des Sinusknotens durch eine in der Region des HIS-schen Bündels entstandene Erregung („Knotenrhythmus“). Kommt es hierbei zu einem Kreisen der Erregung, entsteht das Bild einer a.v.-Tachykardie.

Rhythmusstörungen beim WPW-Syndrom sind Folge einer überschnellen Erregungsleitung. Das typische Beispiel einer verzögerten Erregungsleitung stellt die WENCKEBACHSche Periodik dar. Hier kommt es unter verstärkter Vaguswirkung (z. B. durch Digitalis) zu einer zunehmenden Ermüdung des a.v.-Knotens bis zum Ausbleiben der Überleitung. Die Gabe von Kalium würde in diesem Falle die Überleitung noch mehr verzögern, ist also hier im Gegensatz zur Therapie bei tachykarden Rhythmusstörungen kontraindiziert (Synergismus von Digitalis und Kalium bei bradykarden Rhythmusstörungen). Eine Erregungsausbreitungsstörung in der Peripherie stellt der unidirektionale Block dar (besonders bei ischämischen, degenerativen und entzündlichen Myokardalterationen). Eine Verzögerung der Erregungsüberleitung mit einer Verkürzung der Refraktärphase in den betroffenen Arealen ist dann die Ursache einer sogenannten kreisenden Erregung (ektope Tachykardien).

Professor Dr. M. HOLZMANN, Zürich:

„Erscheinungsformen und Differentialdiagnose von Herzrhythmusstörungen“

Rhythmusstörungen als zufälliger Befund ohne Alteration des Befindens sind häufig. Meist handelt es sich hierbei um ventrikuläre Extrasystolen, seltener um

Kliniken zur internen Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken nach Operation und/oder Bestrahlung

in **8203 Oberaudorf/Bad Trißl**
und **8974 Oberstaufen/Allgäu**

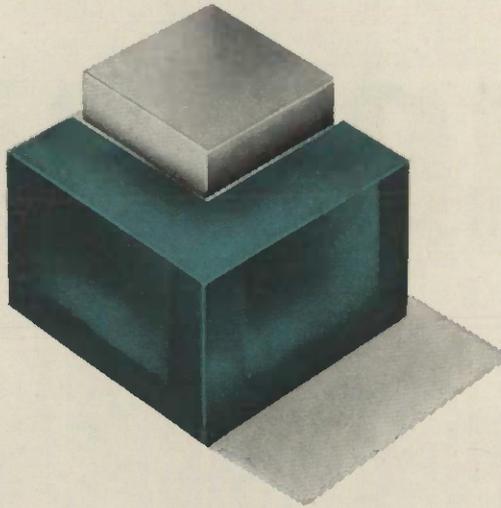
für Kassen- und Privatpatienten

In der Klinik Bad Trißl werden nur Frauen mit Mamma- und Genitalkarzinomen aufgenommen, in der Schloßbergklinik Männer und Frauen mit allen Formen solider Tumoren und Leukämien.

Mit den gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen in Bayern bestehen Pflegesatzvereinbarungen.

Anmeldung und Aufnahme nach Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes ausschließlich über die **Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern**, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16/IV (Ärztehaus Bayern), Telefon (0811) 477401.

Formulare für diesen Befundbericht können über die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern angefordert werden.



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 10 mg).

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 Wirkungstyp 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 sedativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar. Sind bei ambulanter Therapie (z. B. Berufstätige) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwerpunkt der Behandlung auf den Abend zu verlagern: z. B. abends 5 mg, tagsüber 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) auszuführen. Valium Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischpritze mit anionischen Medikamenten inkompatibel ist. Valium Roche bleibt in 5- bis 10-prozentiger Glukose-Infusionslösung oder 0,5-prozentiger Natriumchlorid-Infusionslösung genügend lange ohne Ausfällung von Wirksubstanzen 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 gleichzeitiger guten Vermischen zugesetzt und mit der Infusion unverzüglich begonnen werden. Bei kreislaufunfähigen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Valium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Dosierung ist bei Patienten mit Hirnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit 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; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

Bei kritischer Prüfung notwendiger Wirkstoffergänzung für

Antacida und Spasmolytika

kann das Ergebnis lauten:

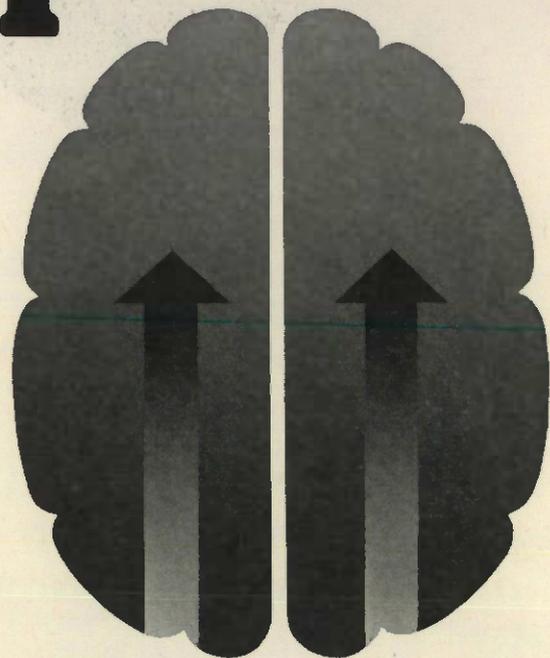
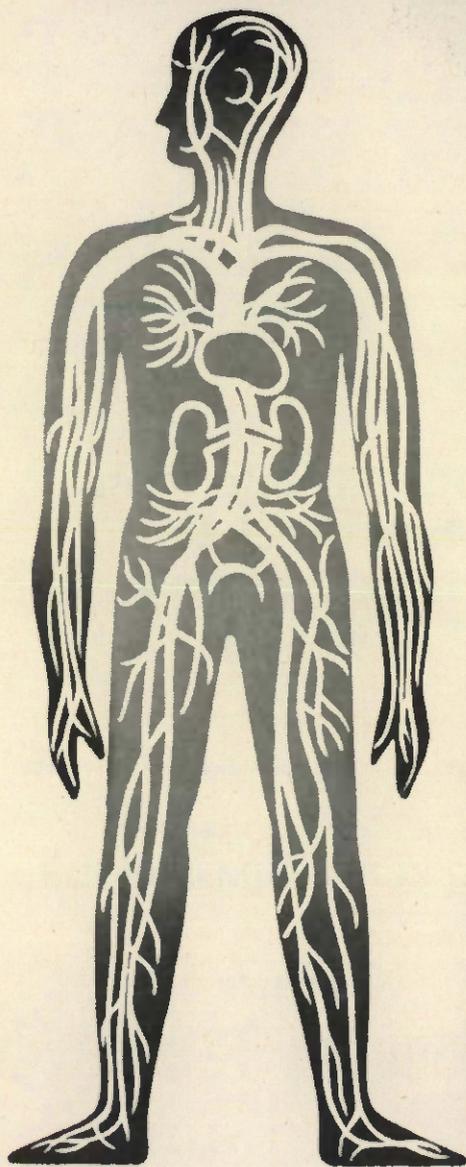
Partner

Valium® Roche

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

Complamin[®]



flutet die Endstrombahn,
speist die
Mangelzelle



bei Durchblutungsstörungen

Die ENDSTROMBAHN ist der Wendepunkt des Kreislaufs. Im hämodynamisch neutralen Bereich des terminalen Kapillarbetts – zwischen arteriellem Influx und venösem Efflux – spielt sich, von wechselnden Bedarfssituationen gesteuert, die gesamte nutritive Blutversorgung ab. Nur hier findet der Stoff- und Gasaustausch zwischen Blut und Umgebung statt. Und nur dann sind die Aufgaben der Endstrombahn erfüllt, wenn alle Zellen des Organismus («peripher-» und «zentral-») ihrem Bedarf angepaßt mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt sind und sich im richtigen thermalen und Ionenmilieu befinden. Ex- und Importpartner der Endstrombahn ist die ZELLE. Als kleinste Untereinheit des Organismus ist sie der einzige Ort, an dem der Gas- und Stofftransfer vom äußeren in das innere Milieu und umgekehrt stattfindet. Die Permeabilität der Zellmembran ist wesentlich, die Qualität der nutritiven Mikrozirkulation allerdings ist entscheidend für eine stets ausreichende Endversorgung der Zelle – und damit auch jeden Zellverbandes.

Nur eine qualitative und quantitative Verbesserung des Blutangebots an mangelgeschädigte Zellverbände vermag deren Lebensbedingungen entscheidend zu reformieren. COMPLAMIN verändert neben Erhöhung des Stromvolumens die Blutqualität und das Stoffangebot an die mangelbetroffene Zelle positiv. Durch die Rekorrelation zwischen Blutangebot und -qualität einerseits und Zellbedarf andererseits wird der notwendige Reaktivierungsprozeß eingeleitet. Wenn somit die pathologisch veränderte Zellumgebung normalisiert wird, ist das physiologische Milieu als Voraussetzung für normale Lebensbedingungen peripherer und zentraler Gewebsbezirke wieder instandgesetzt. Das Resultat ist eine sehr rasch einsetzende Verbesserung der Gewebsnutrition: COMPLAMIN hat sich hervorragend bewährt in der Therapie von Durchblutungs- und Stoffaustauschstörungen, die zu zentral oder peripher lokalisierten Gewebsbeschädigungen führen oder geführt haben.

Complamin® trägt für die Wiederherstellung der Zellernährung Sorge

Complamin® Complamin® Retard

COMPLAMIN
OP 50 Tabl. DM 9.10
AP 500 u. 500 Tabl.,
3 x 100 mg 1-2 Tabl.
(je 150 mg Xenical-citrat).

COMPLAMIN retard
zur Langzeittherapie
OP 20 u. 60 Tabl., DM 10.30, DM 27.80
AP 500 Tabl.,
2-3 x 100 mg 1-2 Tabl.
(je 500 mg retardiert).

COMPLAMIN 300
zur oralen Initial- und Intervall-Therapie
OP 60 Tabl. DM 19.-, AP 300 Tabl.,
3 x 100 mg 1-2 Tabl.
(je 300 mg).

Wülling Arzneimittel Neuss



COMPLAMIN Ampullen
zur parenteralen Initial- und Intervall-Therapie
OP 10 Amp. zu 2 ml DM 10.60,
AP 10 Amp. zu 10 ml,
AP 100 Amp. zu 2 ml.
Ampulle zu 2 ml (500 mg): man injiziert
1-2 x 100 mg 1 Amp. 1 m. oder langsam 1 v. und
steigt je nach Schwere des Falles bis auf
3 x 3 Amp. 100 mg.
Ampulle zu 10 ml (1500 mg): zur Dauertropf-
Infusion 1-4 Amp. in 250-500 ml physiol.
Salzlg. o.ä. über 2-4 Std.

INDIKATIONEN
Periphere arterielle und venöse Durchblutungsstörungen: Endarteriitis obliterans, Morbus Raynaud, Claudicatio intermitens, diabetische Angiopathie, Thrombose, Embolie, Ulcus cruris, Erfrierungen.
Zerebrale Durchblutungsstörungen: Zerebralkrampf, Apoplexie, Apoplexiefolgen, Durchblutungsstörungen der Netzhautgrube und des Innenohrs (Meniere).
Koronare Durchblutungsstörungen: Koronarsklerose mit Angina pectoris, Zustand nach Myokardinfarkt.
KONTRAINDIKATIONEN
Orale Therapie: Akute Blutungen, florides Magenulcus.
Parenterale Therapie: Akute Blutungen, dekompensierte Mitralklappen-, latente Bluthochdruck-Kombinationen mit Ganglienblockern und Sympatholytika, Neuroleptanalgesie.

supraventrikuläre, im weiteren um Vorhofflimmern (Ausschluß einer Thyreotoxikose!) oder um einen a.v.-Block ersten Grades (Sportler!). Eine Übersichtsuntersuchung mit EKG ist hier zum Ausschluß einer bislang noch inapperzepten Krankheit erforderlich. Bei negativem Resultat erübrigt sich eine Therapie.

Davon abzugrenzen sind Rhythmusstörungen als Krankheitsinhalt mit Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Solche Patienten müssen grundsätzlich einer Behandlung zugeführt werden.

Die Extrasystolen können grob in Vorhof- und Kammerextrasystolen unterteilt werden. Charakteristika der Vorhofsextrasystolen sind: vorzeitig einfallende, sich von den Sinus-P-Zacken unterscheidende P-Zacken mit nachfolgenden, dem Grundrhythmus entsprechenden Kammerkomplexen. Bei salvenartigem Auftreten können sie Vorläufer des Vorhofflimmerns sein.

Kammerextrasystolen (V-Ex) sind die häufigste Extrasystolieform. Ihre Charakteristika: keine vorangehende P-Zecke, Verlängerung der QRS-Dauer mit diphasischer Kammerkomplexdeformierung. Macht die V-Ex hierbei das a.v.-Überleitungssystem für den nächsten Sinusimpuls refraktär, entsteht eine kompensatorische Pause.

Spezielle Eigenschaften der V-Ex im EKG sind für die Klinik von Bedeutung:

1. Vielgestaltige V-Ex sind stets Zeichen einer organischen Herzerkrankung.
2. Häufige V-Ex i. S. von Bigeminien und Polygeminien sind besonders bei akuten Myokardiopathien (Myokarditis, Myokardinfarkt!) ernstzunehmen.
3. Mehr als 5 bis 6 V-Ex pro Minute oder das sogenannte „R über T-Bild“ bei salvenartigem Auftreten können das lebensbedrohende Kammerflimmern einleiten.

Differentialdiagnostisch ist von der Extrasystolie die Parasytolie abzutrennen. Bei letzterer handelt es sich um eine automatische Reizbildung in den Vorhöfen, dem a.v.-Überleitungssystem oder in den Kammern mit retrograder Schutzblockierung, d. h., sie wird durch die normale über das Herz ablaufende Erregung nicht ausgelöscht, es kommt somit zu einer völlig ungestörten rhythmischen Reizbildung des Parasytoliezentrums. Die Kammer-Paresystolien sind hierbei die häufigsten, sie treten fast nur bei Herzkranken, manchmal unter Digitaliswirkung auf.

Die absolute Arrhythmie beruht in der Regel auf Vorhofflimmern (im EKG unregelmäßige, ungleiche Flimmerwellen mit Frequenzen über 350/min). Sie findet sich besonders bei Herzkrankheiten mit Überlastung des linken Vorhofs, kommt aber auch z. B. bei der Thyreotoxikose vor. Weitere Ursachen für eine absolute Arrhythmie: die Sinusarrhythmie, besonders beim älteren Menschen, die Vorhof- und Kammerenarchie, ektopische Tachykardien, das Vorhofflattern

(im EKG Flatterwellen von 250 bis 350/min: häufig sogenanntes „Sägezahnmuster“).

Paroxysmale Tachykardien (Frequenz 140 bis 200/min) sind nach ihrem Ursprungsort in supraventrikuläre und ventrikuläre zu unterteilen. Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardien finden sich häufig bei ansonst Herzgesunden und weisen die gleiche Kammerkomplexkonfiguration auf wie außerhalb der Tachykardie. Sie lassen sich häufig durch reflektorische Vaguswirkungen kupieren. Ventrikuläre paroxysmale Tachykardien treten hingegen in der Regel bei Herzkranken auf, sie weisen eine schenkelblockartige Deformierung der Kammerkomplexe auf und sind nicht durch reflektorische Vaguswirkungen kupierbar.

a.v.-Überleitungsstörungen äußern sich in der Praxis als ausgesprochene Bradykardie, als Lücken in einem Grundrhythmus oder als anfallsweises Aussetzen der Herzkammertätigkeit mit Synkope. Das EKG differenziert in den a.v.-Block ersten Grades (Überleitungszeit über 0,20 sec bis zu 0,50 sec), den a.v.-Block zweiten Grades mit Überleitungsausfällen (Typ I mit WENCKEBACH'scher Periodik, Typ II mit stabiler Überleitungszeit) und in den a.v.-Block dritten Grades (= totaler a.v.-Block) mit supraventrikulärem oder ventrikulärem Ersatzrhythmus.

Privatdozent Dr. WIRTH, Düsseldorf:

„Pharmakologie der Antiarrhythmika“

Die heute gebräuchlichen Antiarrhythmika weisen in der Mehrzahl eine chemische Gemeinsamkeit auf, die zu einer Affinität zu bestimmten Strukturen der Zellmembran führt mit der Folge der Veränderung der Zellmembranpermeabilität für Natrium-Kalium- und Kalziumionen. Die hieraus resultierende Veränderung der diastolischen Depolarisation hat zur Folge, daß die Schwelle für die Auslösung eines fortgeleiteten Aktionspotentials später erreicht wird, d. h., daß die Frequenz des Schrittmachers abnimmt. Hingegen scheinen die meisten Antiarrhythmika auf den Energiestoffwechsel des Herzens bei üblicher therapeutischer Dosierung keine (!) wesentliche Wirkung auszuüben.

Als wesentliche kardiale Nebenwirkungen werden angesehen: der negativ inotrope Effekt (Kalziumantagonismus der Substanzen), die Senkung der Schlagfrequenz und die Verzögerung der Überleitung. Die extrakardialen Nebenwirkungen betreffen in erster Linie das Zentralnervensystem und den peripheren Kreislauf (Schwindelgefühl, Übelkeit, Blutdruckabfall).

Charakteristika der wichtigsten antiarrhythmischen Substanzen: **Chinidin**: Abnahme der Reizleitung und Flimmerbereitschaft – etwa gleichstarke Wirkung auf die Vorhöfe, Kammern und Reizbildung – Abbau zu 50 bis 70 % in der Leber, unveränderte Ausscheidung des Restes über die Nieren (Niereninsuffizienz/Leberschädigung!).

In ihrer Grundwirkung ähnlich wie Chinidin sind: **Procainamid** (Novocamid®): besonders geeignet bei ventrikulären Extrasystolen, **Lidocain** (Xylocain®): gute Wirkung bei Kammerflimmern, Abbau zu 90 % in der Leber und **Ajmalin** (Gilyrytmal®): unzureichende Resorption bei oraler Applikation (hier Neo-Gilyrytmal®).

Durch Blockierung der Speicherkapazität von Serotonin und Dopamin in den postganglionären Nervenendigungen und im Hirnstamm bewirkt **Reserpin** (Sedaraupin®, Serpasil®) eine Abnahme der Sinusfrequenz und eine geringe Verlangsamung der e.v.-Überleitung. Es bewährt sich demnach besonders bei primären Sinustachykardien. **Phenytoin** (Zentropil®, Phenhydan®, Epanutin®) ähnelt in seiner elektrophysiologischen Eigenschaft dem Lidocain. Hauptanwendung bei digitalisinduzierten Rhythmusstörungen (Vorsicht jedoch mit i.v.-Applikation!).

Digitalisglykoside in therapeutischen Dosen führen neben ihrem positiv inotropen Effekt zu einer Frequenzsenkung und zu einer Abnahme der Erregungsleitung.

Sparteïn (Depasan®) wirkt bremsend auf den Sinusknoten und verlängert die Refraktärzeit. Hauptanwendung bei primärer Sinustachykardie, Vorhofftachykardie und supraventrikulären Extrasystolen (in der Gravidität durch Erregung der glatten Muskulatur kontraindiziert!).

Im Vergleich zu den bisher genannten Substanzen wirken **Orciprenalin** (Alupent®) und **Isoprenalin** (Aludrin®) stimulierend auf alle Automatiezentren und fördern die Leitungsgeschwindigkeit des Herzmuskels. Ihre Anwendung erfolgt daher bei bradykarden Rhythmusstörungen.

Auch die in ihrem Wirkungsmechanismus uneinheitlichen **Betarezeptorenblocker** haben antiarrhythmische Eigenschaften, die elektrophysiologisch denen des Chinidins ähneln.

Atropin wird infolge seiner vagushemmenden Eigenschaften bei Sinusbradykardien und Überleitungsstörungen im Vorhofbereich angewandt (Mittel der ersten Wahl bei Sinusbradykardien im Gefolge eines Myokardinfarktes).

Dr. G. KAUFMANN, Zürich:

„Ursachen, Auswirkungen und medikamentöse Behandlung von Reizbildungsstörungen“

Zu den behebbaren Ursachen von Reizbildungsstörungen zählt die unbehandelte Herzinsuffizienz. Atriale und ventrikuläre Extrasystolen sowie verschiedene supraventrikuläre Tachyarrhythmien sind hier Ausdruck einer Myokardschädigung. Hierbei kommt therapeutisch die antiarrhythmische Eigenschaft der Herzglykoside zum Tragen. Nicht selten finden sich bradykarde Rhythmusstörungen beim frischen Herzinfarkt, deren Behebung meist durch Gabe von Atropin gelingt.



ARZT UND ATHLET

SPORTMEDIZIN IN STADION UND PRAXIS

Beilage zum „Bayerischen Ärzteblatt“

Nummer 3

München, Dezember 1972

7. Jahrgang



ALLEN KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN
WÜNSCHT DIE VORSTANDSCHAFT
DES BAYERISCHEN SPORTÄRZTE-VERBANDES E.V.

FROHE WEIHNACHTEN
UND EIN
GUTES NEUES JAHR

DR. MED. EUGEN GOSSNER
PRÄSIDENT

Schulversuche zur „täglichen Turnstunde“ unter pädagogischem Aspekt*)

von H. Groll

Turnen wird hier verstanden als Sammelbegriff für alle Formen moderner Leibesübungen, die unter biologisch-pädagogischem Aspekt unterrichtet werden. Der Ausdruck wurde, trotz fachterminologischer Bedenken, wegen seiner Allgemeinverständlichkeit und Kürze beibehalten.

Trotz der alarmierenden und wissenschaftlich begründeten Hinweise der Ärzte auf den mangelhaften und gefährdeten Gesundheitszustand der Schuljugend und trotz der immer wieder dringlich erhobenen Forderung nach einem Ausgleich durch die Einführung einer „täglichen Turnstunde“ blieb dieses volksgesundheitlich und erzieherisch wichtige Anliegen in unserem Schulsystem bis heute ein ungelöstes Problem.

Die von den verantwortlichen Trägern des Schulwesens letztlich immer wieder gegen die Einführung einer „täglichen Turnstunde“ gemachten Bedenken waren und sind pädagogischer und schulorganisatorischer Natur: man stellt die gesundheitliche Wirkung verstärkter Leibesübungen in Frage; man befürchtet ungünstige Auswirkungen auf die Lernleistungen der Schüler und auf das soziale Gefüge einer Klasse; und man verweist auf die schulorganisatorischen Schwierigkeiten (Übungsstättenmangel, Lehrermangel), die die Einführung einer „täglichen Turnstunde“ unmöglich machen sollen.

Diese zum Teil durch die reale Schulkonkurrenz gestützten, zum Teil aber auch wieder besseren Wissens ausgesprochenen Bedenken müssen durch ständige Aufklärung beseitigt werden. Schulversuche mit der „täglichen Turnstunde“ liefern, wenn sie wissenschaftlich angelegt und durchgeführt werden, einen wertvollen Beitrag hierzu.

*) Einen zusammenfassenden Bericht über die Ziele, Methoden und Ergebnisse dieser Schulversuche siehe in „Neuere Schulversuche zur täglichen Turnstunde in Frankreich, in der Schweiz und in Österreich“ Dr. H. Groll; in: „Die Leibeserziehung der 6- bis 10-jährigen“, Hamburg 1966, IV. Intern. Kongreß f. zeitgemäße Leibeserziehung.

Nach dem zweiten Weltkrieg wurden in Frankreich und in der Schweiz Schulversuche mit einem verstärkten Turn- und Sportunterricht durchgeführt, die in Österreich Aufsehen erregt haben. Es sind dies der französische Schulversuch mit dem „Erzieherischen und sportlichen Mi-temps-Programm“ in Internaten, sowie die „Schweizer Schulversuche mit der täglichen Bewegungszeit“, die an Volksschulen durchgeführt worden sind.

Beide Schulversuche brachten positive Ergebnisse, die eindeutig für eine quantitative und qualitative Intensivierung der Leibesübungen in der Schulerziehung der Jugend sprechen. Sie ließen allerdings einige für unsere Schulverhältnisse wichtige Fragen offen, z. B. „ob eine Stundenvermehrung in den Leibesübungen (tägliche Turnstunde) unter Beibehaltung des bei uns üblichen Halbtagsunterrichts und unter Beibehaltung des üblichen Gesamt-Wochenstunden-Ausmaßes, schulorganisatorisch durchführbar ist, ob dadurch der Lernerfolg der Schüler beeinträchtigt wird und in dieser Form pädagogisch sowie gesundheitlich vorteilhaft ist?“

Wir hielten es auch für notwendig, als Methoden der Erkenntnisgewinnung neben Beobachtung und Allgemeinbeurteilung exakte und gezielte Tests einzusetzen.

Der „Wiener Schulversuch zur täglichen Turnstunde“ (1964/65) sollte unter diesen Voraussetzungen folgende Fragen klären.

1. Welchen Einfluß hat eine „tägliche Turnstunde“ auf die psychosomatisch-sozietaire Entwicklung der Schuljugend; im besonderen auf den Gesundheitszustand, auf die Lernbereitschaft, auf die Kontaktbereitschaft, auf die Schulfreudigkeit, auf die Schuldisziplin als Eigenheiten des Persönlichkeitsbildes?
2. Welchen Einfluß hat eine „tägliche Turnstunde“ auf die motorische Entwicklung der Schüler, wie sie in einfachen „Turnleistungen“ zum

Ausdruck kommt (einfache und kombinierte motorische Tests)?

3. Welchen Einfluß hat eine „tägliche Turnstunde“ auf die „Lernleistungen“ in den lehrplanmäßig vorgesehenen Unterrichtsgegenständen? Wichtig schien uns dabei auch die Berücksichtigung der Begabung der Schüler (Begabungsindex).
4. Wie werden die „täglichen Turnstunden“ von den Kindern, von den Eltern, von den Direktionen und in den Lehrkörpern aufgenommen?
5. Wurde der gesamte Schulbetrieb durch den Schulversuch beeinträchtigt oder gefördert? (Schwierigkeiten, Vorteile).

Der Schulversuch wurde mit Genehmigung des „Stadtschulrates für Wien“ durchgeführt und erstreckte sich über ein ganzes Schuljahr (1964/1965). Die notwendigen finanziellen Mittel hat in dankenswerter Weise das „Österreichische Institut für Jugendkunde“ beigestellt. Wertvolle Unterstützung erhielten wir auch durch das „Pädagogische Institut der Gemeinde Wien“, sowie durch die „Österreichische Dokumentationsstelle für Leibeserziehung und Sport“ in Wien. Dem „Versuchsteam“ gehörten 18 Personen an: Bezirksschulinspektoren, Fachinspektoren für Leibeserziehung, ein Schulleiter, ein Schulpsychologe, Volksschullehrkräfte, zwei Dissertanten und der Vorstand des „Instituts für Leibeserziehung der Universität Wien“.

Da für eine Schulreform die „tägliche Turnstunde“ für die sechs- bis zehnjährigen Kinder von gesundheitlichen und erzieherischen Gesichtspunkten aus, besonders wichtig erscheint, wurde der Schulversuch an Volksschulen zuerst durchgeführt. Aus unterrichtspraktischen Gründen wurden als Versuchs- und Kontrollklassen die dritten Schulstufen gewählt; es handelt sich hier um Klassen, die in Österreich mehr oder weniger der Festigung des Gelernten dienen und daher (nach Meinung der Schulbehörde) zusätzlich belastbar sind. In den Schulversuch einbezogen waren vier Versuchsklassen („Turnklassen“ genannt) und vier Kontrollklassen („Nicht-Turnklassen“ genannt). Je eine Versuchs- und Kontrollklasse gehörten der gleichen Schule an. Der Versuch wurde in zwei Stadtschulen und in zwei Schulen der inneren Bezirke durchgeführt. Es soll-

ten damit die Unterschiede in der sozialen Schichtung sowie in den Freiraumverhältnissen der Stadt berücksichtigt werden. Da es zunächst nur um die Erprobung von „Modell-Beispielen“ ging, wurde auf eine für Wien repräsentative Schule ausgewählt.

Die lehrplanmäßigen Unterrichtsziele, der Lehrstoff und das Gesamtstundenmaß einer Woche (28 Stunden), mußten von den Versuchs- und Kontrollklassen in gleicher Weise eingehalten werden. Zur genauen Abstimmung des unterrichtlichen Vorgehens wurden mehrere Vorbesprechungen abgehalten und auch während des Versuchs laufend die Erfahrungen ausgetauscht.

Wöchentlich fünf Stunden Sport

Die Kontrollklassen hatten die lehrplanmäßig zustehenden zwei Wochenstunden für Leibesübungen. Die Versuchsklassen erhielten fünf Wochenstunden Leibesübungen (Montag bis Freitag je eine Stunde). Auf die sechste Stunde verzichteten wir im Schulversuch, um die notwendigen Einsparungen an Unterrichtszeit in anderen Gegenständen in pädagogisch vertretbaren Grenzen zu halten. Zugunsten der Leibesübungen wurden gekürzt: Lesen um eine Wochenstunde, Rechnen, Schreiben, Singen, Heimatkunde um je eine halbe Wochenstunde. Die Kürzungen in den Lerngegenständen betrafen demnach insgesamt drei Wochenstunden. Die Lehrkräfte waren berechtigt, nötigenfalls kleine Zeitverschiebungen zugunsten des einen oder anderen Unterrichtsgegenstandes aus eigenem Ermessen durchzuführen, wenn der normale Lernerfolg gefährdet sein sollte. Es mußte von diesem Recht während des ganzen Schulversuches kein Gebrauch gemacht werden.

Die während des Schulversuches eingeholten Daten wurden grundsätzlich nur von schulfremden Personen des Versuchsteams erhoben, um emotionale Verfälschungen der Ergebnisse zu vermeiden. Die Beobachtungen und Erfahrungen der unterrichtenden Lehrer – es waren ausschließlich Lehrerinnen, die sich zur Verfügung gestellt haben –, wurden lediglich zur Klärung von individuellen Einzelfällen herangezogen.

Als Erhebungsunterlagen wurden verwendet:

Achtung!

Neue Geschäftsstelle des

Deutschen Sportärztebundes e. V.

Generalsekretär Dr. med. Hens Stecher

6900 Heidelberg, Hendschuhshheimer Landstraße 55

Telefon (0 62 21) 4 09 19

1. Der Schulgesundheitsbogen des Stadtschulrates für Wien (Formular Nr. II/2 b)
2. Der Schülerbeschreibungsbogen des Stadtschulrates für Wien (Formular Nr. II/2)
3. Das Begabungs-Test-System (BTS) nach Wolfgang HORN (herausgegeben vom Pädagogischen Institut Wien)
4. Der Wiener-Lernleistungs-Test (LLT) (herausgegeben vom Pädagogischen Institut Wien)
5. Motorische Tests für Volksschulen (erarbeitet am Institut für Leibeserziehung der Universität Wien)

Mit diesen Unterlagen konnte ein Einblick in den Gesundheitszustand, in das Persönlichkeitsbild, in die Begehung, in die Lernleistung sowie in die motorische Leistung der Schüler gewonnen werden. Die Aussagemöglichkeiten dieser Beobachtungs- und Testunterlagen sind der folgenden Übersicht zu entnehmen:

Schulgesundheitsbogen

Festgehalten sind darin Angaben über:

1. Pflegezustand und Allgemeinzustand
2. Konstitutionstyp
3. Hautkrankheiten
4. Haltungsschwächen und -fehler
5. Sprachfehler
6. Atmungs- und Kreislaufverhältnisse
7. Funktion der Sinnesorgane
8. Entwicklungszustand im allgemeinen
9. Körpergröße
10. Körpergewicht

Für die Untersuchung herausgegriffen wurden im besonderen der allgemeine Pflegezustand, der Haltungszustand, die Körpergröße und das Körpergewicht.

Schülerbeschreibungsbogen

Derin wird das Persönlichkeitsbild der Schüler durch viele Einzelaussagen in drei Bereichen erfaßt:

1. Das Erscheinungsbild des Schülers (Körperbild, Temperament u. e.)
2. Die Verhaltensweise des Schülers in der Schule
 - a) in der Klassengemeinschaft
 - b) im Unterricht (auch Begabungsrichtung)
 - c) bei Spiel und Sport
3. Die Situation des Schülers außerhalb der Schule
 - e) Hortkind
 - b) Schlüsselkind
 - c) Straßenkind
 - d) Fernsehkind
 - e) Wandern mit der Familie
 - f) Schwimmen
 - g) Eislaufen
 - h) Skilaufen
 - i) Besuch eines Turnvereines (einer Gymnastikschule)

Begabungs-Test-System (BTS) nach Wolfgang Horn

Herausgegeben vom Pädagogischen Institut der Stadt Wien; geeicht als Gruppentest in Volksschulklassen (3. Schulstufe) Aufgaben (verbaler und nonverbaler Art):

1. Muster fortsetzen (12 Minuten)
2. Menn zeichnen (10 Minuten)
3. Regel erkennen (10 Minuten)
4. Buchstaben raten (4 Minuten)
5. Grundrechnen (4 Minuten)
6. Unpassende Worte streichen (4 Minuten)
7. Bestimmte Buchstaben auszählen (10 Minuten)
8. Konzentration beim Vermerk von Buchstaben und Rechenergebnissen (8 Minuten)
9. Rechtschreiben (nach Diktat)

Wiener Lern-Leistungs-Test (LLT)

Herausgegeben vom Pädagogischen Institut der Stadt Wien; modifizierter „Frenkfurter Lernleistungstest“ geübt für Wiener Volksschulen.

Aufgaben:

1. Sinnvolle Ergänzungen fehlender Worte in 10 kurzen Erzählungen
2. Vollenden von 10 unvollständigen Sätzen durch Auswahl der richtigen Worte aus jeweils vier angebotenen Worten
3. a) 16 einfache Grundrechnungen
b) 16 schwierigere, schrittlich zu rechnende Additionen, Subtraktionen, Multiplikationen und Divisionen
4. 10 einfache Schlußrechnungen
5. In 10 Sätzen ist je ein falsches Wort durch den richtigen Ausdruck zu korrigieren
6. Korrigieren von Rechtschreibfehlern in 10 vorgegebenen Sätzen, beziehungsweise Worten

Motorische Testbatterie (MTB)

Erprobt in Volksschulen im Bereich des Stadtschulrates für Wien für motorische Grundeigenschaften und Bewegungsfertigkeiten.

Einzeltests:

1. Schlangenlauf auf Schnelligkeit und Wendigkeit über 80 m (Laufbahn 40 m, fünfzig cm breit, 8 Kurven festgelegt, geschlossene Bahn, zweimal zu durchlaufen); bewertet Schnelligkeit und Sicherheit (ohne Übertreten der Bahn).
2. Drei Purzelbäume aneinandergereiht bewertet nach Weichheit, Flüssigkeit und Genauigkeit (Richtung) der Bewegung.
3. Überklettern einer Gerätekombination (waagrechte Leitern), bewertet nach Wendigkeit, Flüssigkeit, Sicherheit.
4. Hochsprung auf Leistung, mit festgelegtem Anlauf und als Hocksprung ausgeführt.
5. Werfen und Fangen von Gymnastikbällen zur Beurteilung der Wurf- und Fanggeschicklichkeit. Prellwürfe an die Wand aus drei verschiedenen Entfernungen (2, 3, 4 m) mit Fangen des zurückkommenden Balles aus der Luft.

Kombinierte Tests:

6. Stützsprung – Klettern – Rollen über eine Gerätekombination; (Reck, Leitern waagrecht verschieden hoch, Kastenkopf lang); be-

wartet nach Gawandtheit, Flüssigkeit und Sicherheit.

7. Kurvenlauf – mit Ballwerfen und Fegen im Laufen auf Schnelligkeit und Sicherheit in der Ausführung und auf einer genormten Strecke.

Alle Einzelheiten wurden in ein Punktsystem umgesetzt, das jeweils dem Fragenbereich engpaßt und erprobt worden ist. Für die statistische Auswertung haben wir die Einzelwerte in Wartgruppen zusammengefaßt. Da der Schulversuch lediglich als „Modellfall“, gewissermaßen als Vorversuch für eine breiter angelegte Erhebung gedacht war, begnügten wir uns mit einer einfachen statistischen Verarbeitung des Materials. Dieses liegt aber für eine differenziertere Auswertung bereit.

Zusammenfassend können folgende Ergebnisse des Schulversuches festgehalten werden:

1. Der Gesundheitszustand lag zu Beginn des Versuches bei den Nichtturnern etwas besser als bei den Turnern. Deren hat sich während der Versuchszeit nichts verändert. Die „tägliche Turnstunde“ hat, vermutlich wegen der Kürze der Versuchszeit keine positiven aber auch keine negativen Auswirkungen gehabt.
2. Bei den Turnleistungen schnitten – wie ja zu erwarten war – die „Turner“ im allgemeinen besser ab als die „Nichtturner“. Die Unterschiede in den Leistungszunahmen sind allerdings nicht beträchtlich.
3. Unerkennbar war der günstige Einfluß der vermehrten Turnstunden auf die Prägung des Persönlichkeitsbildes der „Turner“; ihr Arbeitseifer, ihre Lern- und Schulfreude, ihre Kontaktbereitschaft, ihre Schuldisziplin und ihr Gruppenverhalten in und außerhalb der Schule wurden mehr gebessert als bei den Kontrollklassen.
4. Die Leistungen der „Turner“ hielten, trotz ihres geringeren Begabungsdurchschnittes, einem Vergleich mit den Leistungen der „Nichtturner“ stand, je sie waren sogar etwas besser.
5. Besonders erfreulich ist die Tatsache, daß auch die Gegenüberstellung von Schülern gleicher Begabung aus den Versuchs- und Kontrollklassen günstiger Ergebnisse bei den Leistungen,

Turnleistung und im Persönlichkeitsbild der „Turner“ erreichte.

6. Aus Elternkreisen erhielten wir nur zustimmende Urteile. Es wurde die dauernde Einführung der fünf Turnstunden gewünscht. Die Eltern der Kinder aus den Kontrollklassen erhoben Einspruch gegen die „Benachteiligung“ ihrer Kinder und wünschten die volle Gleichstellung.
7. Die vermehrten Turnstunden brachten keine basieren Schwierigkeiten im Schulbetrieb, da die notwendigen Übungsstätten ausreichend vorhanden gewesen sind.
8. Die Lehrkräfte der Versuchsklassen vermerkten eine stärkere physische Belastung durch den vermehrten Turnunterricht. Diese wurde aber, nach dem Urteil derselben Lehrkräfte, durch die erlebte Zunahme der Schul- und Lernfreudigkeit der Kinder und durch ihre größere Anhänglichkeit mehr als aufgewogen.

Es sollten die Ergebnisse unseres Schulversuches keineswegs schon verallgemeinert und überschätzt werden. Wir sehen darin einen erfolgreichen Modellversuch. Die Versuche werden bereits auf breiterer Basis in unseren „Sportzügen“ an verschiedenen Schultypen weitergeführt. Ähnliche Erhebungen sind in vielen Ländern im Gange und auch bereits positiv abgeschlossen, z. B. in Tübingen und in Hamburg.

Da bisherige Untersuchungen gleich positive Ergebnisse gebracht haben, sollte es eigentlich keine grundsätzlichen pädagogischen Bedenken mehr gegen die „tägliche Turnstunde“ geben.

Diese Einsicht hat heute in Österreich und in anderen Staaten leider noch nicht jene Durchschlagskraft, die schulorganisatorische Auswirkungen nach sich zog.

Nachsatz:

Einen umfassenden Bericht über Aufbau, die Organisation, die wissenschaftliche Verarbeitung des Materials, schließlich über die Ergebnisse und deren Interpretation enthalten die Dissertationen von Marianne GUTWALD und Hannelore KÖRNER.

- a) Marianne Gutwald: Der Einfluß einer täglichen Turnstunde auf die psychosomatische Entwick-

lung von Wiener Volksschülern unter besonderer Berücksichtigung der Wechselverhältnisse von Begabung, Persönlichkeitsbild und Turnleistung. (Wiener Schulversuch 1964/65, mit 3. Volksschulklassen.)

- b) Hannelore Körner: Der Einfluß einer täglichen Turnstunde auf die psychosomatische Entwicklung von Wiener Volksschülern unter besonderer Berücksichti-

gung der Wechselverhältnisse von Gesundheit, Lernleistung und Turnleistung. (Wiener Schulversuch 1964/65, mit 3. Volksschulklassen.)

Beide Dissertationen wurden im Institut für Leibeserziehung der Universität Wien 1966/67 fertiggestellt.

Anschr. d. Verf.: Univ.-Professor Dr. Hans Groll, Vorstand des Institutes für Leibeserziehung der Universität Wien, A-1090 Wien, Sensengasse 3

fremdet werden (z. B. Delegation an Fachhochschulen).

Die „elementare Gesundheitspflege“ in Theorie und Praxis müßte auf allen Ebenen der Lehrerbildung und in allen Schulen gelehrt werden:

- e) Pädagogische Hochschulen
- b) Universitäten
- c) Fachhochschulen
- d) Gymnasien und Realschulen
- e) Berufs- und Hauptschulen
- f) in der Lehrer-Fort- und Weiterbildung

Der theoretische Teil müßte umfassen:

- e) Präventive Medizin und Rehabilitation
- b) Hygiene (persönliche – Wohnung – Land – Stadt), Zehnspflege
- c) Arbeitsplatz – Erkenntnis der Arbeitsmedizin
- d) Umweltschutz
- e) Ernährung und Genußmittel (Rauschgift)
- f) sexuelle Hygiene
- g) Vorbeugeuntersuchungen und Grundwissen in Krankheits- und Schädigungsfällen.
- h) Erste Hilfe bei Unfällen und Vergiftungen
- i) Impfprobleme
- k) Aktive Freizeit- und Urlaubsgestaltung. Gefahren der Reklame der Genußmittelindustrie
- l) Vererbungslehre
- m) die Sozialgesetzgebung

Das Vorrückungs- und Ausgleichsfach „elementare Gesundheitslehre“ könnte so

- a) die lebensgefährliche Wissensbrücke schließen,
- b) das negative Sozialverhalten verändern
- c) unser Sozialerbe entlasten
- d) dem Einzelnen zu einem erfüllten und freudvollen Leben eine Lebenshilfe geben.

Die von Medizin (Sportmedizin) und Pädagogik erarbeiteten sicheren Erkenntnisse sind ohne Effekt, wenn sie nicht Allgemeingut werden.

Die Basis hierzu ist die Schule, die Ergänzung, die Erwachsenenfort- und Weiterbildung. Diese moderne Konzeption wird wohl erst dann zum Tragen kommen, wenn die Sozialabgaben über 40% betragen.

Dr. Eugen Göbner

Unterrichtstechnik:

Elementare Gesundheitslehre in Theorie und Praxis

Einige Thesen zur Grundkonzeption

Individuelle und Volksgesundheit ist nicht mehr Instinkt und naturgegeben, sondern exaktes Wissen und dessen praktische Anwendung.

Dies muß an den Hochschulen erforscht und in Schulen aller Ebenen gelehrt und gelernt werden. Erwachsenenbildung ist als Fortbildung zu werten.

Der Turnunterricht benötigt eine moderne Konzeption. Der Stellenwert muß in der Öffentlichkeit, bei den Eltern und im Lehrerrat gehoben werden.

1,5 Millionen Diabetesranke, 1,2 Millionen Gichtanfällige, Herz-Kreislauf und Lungenfunktionsgeschädigte sind die häufigste Ursache der Frühinvalidität, des Vitalitätsverlustes, der Morbidität – und meist zu verhüten! Zwingende Notwendigkeit. Das Wissen um diese Dinge zu mehren, praktische Konsequenzen zu ziehen.

Der Turnunterricht

Der technische Perfektionismus ist nicht das Unterrichtsziel. Dieser ist abhängig vom Elternhaus, von Konstitution, von der Vereinszugehörigkeit. Die hier schlechter liegende Schülergruppe ist vor allem anzusprechen.

Die „long life“ Sportarten müssen primär gelehrt und gelernt werden. Klassendurchgängige Neigungsgruppen sind eine psychologische Notwendigkeit und Ergänzung. Die durch Talentsuche Entdeckten sollen zur Talentförderung durch die (Petten?) Verein der Schule betreut werden.

Die Turnnote

Diese muß aus zwei Teilen gebildet werden:

- a) Theorie: Gesundheitslehre – Human-Biologie – Umweltschutz
- b) Praxis: Bewegungsstunde (Turnstunde)

Dadurch wird körperlich weniger Begabten eine echte Chance gegeben (und nicht abgeschreckt).

Dadurch wird die Note gerechter und als Vorrückungs- und Ausgleichsfach verwendbar.

Turnstunde und Turnnote erfüllen dann die sozial-gesellschaftspolitische Aufgabe in unserer und der nächsten Zeit.

Den Turnpädagogen müßte als zweites Fach Humanbiologie und Gesundheitslehre zur Pflicht gemacht werden (geschlossenes Unterrichtsfach).

Der theoretische Teil könnte damit erreichen, daß

- e) ältere oder körperlich behinderte Professoren es lehren könnten,
- b) das Fach bei Eltern und Lehrerkollegium und in der Öffentlichkeit an Ansehen gewinnt (80% der Bürger betrachten die Gesundheit als höchstes irdisches Gut),
- c) damit ein neues Leitbild geformt werden könnte. Das Leitbild des Olympiasiegers und Weltrekordlers ist tot.

Die individuelle Leistung, die psychische und physische Vitalität in jedem Lebensalter ist ein lebensnahes echtes Ziel.

- d) Die Turnpädagogen könnten nicht mehr als „Aushilfe“ zweckent-

Kurz und interessant

Dr. Eugen GOSSNER, der Präsident des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, wird unter dem Arbeitstitel „Die Olympischen Spiele in München – sportmedizinische Betreuung und Folgerungen“, auf Einleitung von Primerius Dr. Ernst RAAS auf dem VI. sportmedizinischen Symposium in Innsbruck sprechen.

☆

Professor Dr. med. G. SCHÖNHOLZER ist von der Leitung des Forschungsinstitutes der ETS Magglingen zurückgetreten. Zu erreichen ist er jetzt unter der Anschrift: CH-3074 Muri, Blümlisalpstraße 7.

☆

„Sport und Medizin“ lautete das Thema des 50. Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin Ende September. Wir werden noch eingehend darauf zurückkommen.

☆

Einen täglichen Stammtisch für alle bei den Olympischen Spielen 1972 in München tätigen in- und ausländischen Sportmediziner veranstaltete der Bayerische Sportärzte-Verband.

☆

Dr. Eugen GOSSNER wurde von der Ständigen Konferenz der deutschen Kultusminister zu einem Vortrag in der ad-hoc-Kommission „Schulsport“ eingeladen.

☆

Rund 30 000 Behandlungsfälle hatten die 300 Olympiaärzte in München zu betreuen. 400 Personen mußten zur stationären und 700 zur ambulanten Behandlung in die Münchener Krankenhäuser überwiesen werden.

☆

Erneut zum Bezirkserzt der DLRG gewählt und außerdem mit der „Goldenen Ehrenplakette des OV Augsburg“ ausgezeichnet wurde Dr. Eugen GOSSNER.

☆

Über 25 Wochenendfortbildungslerngänge für Versehrten Sportärzte fanden bisher im Versehrten Sportheim Unterjoch statt. Landessportarzt Dr. Rolf ZIMMER betonte, daß die Pro-

bleme „Jugendarbeit“ und „Alterung der Kriegsbeschädigten“ ebenfalls sehr wichtig seien.

☆

Unter der Leitung von Dr. Wolfgang POHL ging in Bad Gastein des Sportmedizinische Seminar im Rahmen des Kongresses für praktische Medizin über die Bühne.

☆

Dr. Peter LENHART hat eine weitere Reihe von sportärztlichen Lehrfilmen, beispielsweise über das Bodenturnen, gedreht.

☆

Über die „Vorstellungen, Ziele und Entwicklung der Sportmedizin in Bayern“, referierte auf einer Präsidiumstagung des Bayerischen Landessport-Verbandes in Unterjoch der Vorsitzende des Bayerischen Sportärzte-Verbandes Dr. Eugen GOSSNER. Auf die vielbeachteten Ausführungen werden wir noch ausführlich zurückkommen.

Mitteilungen

Professor Schmidt, Erlangen, setzt neue Zielpunkte in der präventiven Medizin

Anläßlich der wissenschaftlichen Tagung des Bayerischen Sportärzte-Verbandes 1969 verlangte Professor SCHMIDT in jedem Fall ein EKG zu einer Fitneßuntersuchung. Auf dem sportärztlichen Sektor ist dies weitgehend verwirklicht.

Aufgrund dieser Erfahrungen und der modernen Situation wird gefordert, daß jeder Bürger und jede Bürgerin schon vor irgendwelchen Zeichen einer Funktionsminderung oder Krankheit, also in gesunden Tagen, ein EKG und eine Röntgenübersichtsaufnahme des Thorax anfertigen läßt. Dies forderte Professor Dr. Schmidt anläßlich eines Symposiums am 22. Oktober 1972 im Allgäu. Dieses wurde abgehalten anläßlich eines Seniorenlaufes wobei über 100 eine kardio pulmonale Funktionsprüfung vorgenommen wurde. Eine spätere Beurteilung würde dadurch erheblich erleichtert und in der Aussage sicherer.

Angesichts der Morbiditätskurve der letzten 20 Jahre, wo Herz, Kreislauf

und Lungenschädigungen weit im Vordergrund stehen, sei dies eine Forderung, die nicht hinter der Krebsprophylaxe zurückstehen sollte.

Sport-Todesfälle sind selten

Nach Angaben von Professor Dr. med. H. GROH von der Deutschen Sporthochschule in Köln liegt der Prozentsatz der jährlichen Todesfälle im Sport bei 0,0025 % das entspricht etwa ein Todesfall auf 40 000 aktiv Sporttreibende.

Der Prozentsatz der jährlichen Sportunfälle mit bleibender, rentenberechtigender Behinderung ist mit 0,019 % oder mit einem Rentenfall auf 3000 bis 4000 aktive Sportler anzunehmen.

Dagegen findet sich, wie Professor Groh in der Zeitschrift „Sportarzt und Sportmedizin“ 6/1972 schreibt, ein hoher Prozentsatz (28 bis 100 %) von Arthrosen – vor allem der Gelenke der unteren Extremität – als Spätschäden beim Kempfsportler und beim Leistungssportler technischer Disziplinen. Dabei handelt es sich in der Regel um Sportverletzungen.

Fußballer-Migräne

Zu immer wieder auftretenden Migräneanfällen mit Einengung des Gesichtsfeldes kann es nach „Kopfbällen“ im Fußballsport kommen. Oft müssen die Patienten den Fußballsport ganz aufgeben, wenn sie von weiteren Migräneattacken verschont bleiben wollen.

Wie dazu aus dem Churchill-Hospital in Oxford berichtet wird, wurden solche Migränefälle vor allem bei jungen Fußballern beobachtet. Daß es zu solchen Erscheinungen komme, sei nicht erstunlich, denn der Druck, der beim Auftreffen des fliegenden Balles auf den Kopf entsteht, sei einem Gewicht von 400 bis 450 g gleichzusetzen. Dazu komme noch die Fortbewegungsgeschwindigkeit des Fußballers.

Medizinisch wird diese Fußballer-Migräne laut „Ärztlicher Praxis“ so erklärt: Der Druck setzt sich im Schädelinnern fort und reicht aus, die Arterien der Hirnbasis plattzupressen. Dieser Vorgang könne als spannungsauslösender Faktor angesehen werden, und zwar um so mehr, wenn der Ball den Spieler unvorbereitet trifft und wenn der Schädel seitlich getroffen wird.

Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“

Die Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes bittet alle Kollegen, die die geltenden Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ erfüllen, insbesondere die Übergangsbestimmungen, ihren Antrag bis zum Jahresende bei der

Bayerischen Landesärztekammer
8000 München 80
Mühlbaurestraße 16

einzureichen.

Sportmedizinische Beratungsstelle In Augsburg 23

Über den Begriff der Sportmedizin bestehen häufig unklare Vorstellungen. Darunter versteht man das Bemühen der theoretischen und praktischen Medizin, den Einfluß von Training, Sport sowie den Bewegungsmangel auf den gesunden und kranken Menschen jeder Altersstufe, zu analysieren und die Resultate der Prävention, der Therapie, der Rehabilitation und dem Sport dienlich zu machen.

Im Vordergrund der ärztlichen Aufgabenstellung stehen dabei Prävention und Rehabilitation von Zivilisationsschäden. Sie sind heute schon bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten. So weisen 3–5% der Schüler in den verschiedenen Bundesländern funktionelle und organische Herzscheidungen auf. Haltungsefehler finden sich bei 20% der vorschulpflichtigen Kinder, Musterungsuntersuchungen ergaben bei 40% der Jugendlichen Haltungsmängel. Hier kommt dem Arzt die wichtige Aufgabe zu, die Leibeserziehung zu unterstützen, indem er zur sportlichen Erziehung und Einstellung der Jugend beiträgt und dem Mißbrauch von Schulsportbefreiungen entgegenwirkt.

Wie allein das angeführte Beispiel zeigt, kommt der Sportmedizin in der Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsvorsorge eine eminente Bedeutung zu. Trotz dieser Tatsache nimmt die Sportmedizin noch längst nicht den ihr gebührenden Platz ein und reichen die Beratungsstellen bei weitem nicht aus, um sportärztliche Aufgaben, unter denen die sportärztliche Untersuchung nur einen Teil einnimmt, gerecht werden zu können.

Aus diesem Grunde wurde in diesem

Jahre auf Initiative von Chefarzt Dr. Eugen GOSSNER, Präsident des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, eine sportmedizinische Beratungsstelle eingerichtet. Sie steht unter der Leitung von Herrn Professor Dr. MOHING. Die orthopädische Beratung hat Oberarzt Dr. OBAUER, die internistische Dr. BORCHERS übernommen.

Der Beratungsstelle stehen alle modernen Geräte zur physikalischen Therapie und für spirometrische Untersuchungen zur Verfügung.

Ort der sportmedizinischen Beratungsstelle: Hessing-Klinik, Göggingen-Augsburg. Zeit: 16.00 Uhr, Daten: 13. 11. 72, 27. 11. 72, 11. 12. 72, 15. 1. 73, 29. 1. 73

Überweisungsschein des Hausarztes oder der Untersuchungsstelle der Stadt Augsburg ist mitzubringen.

Sportler-Asyl im Ärztezentrum

Ein Lungenriß und ein Beckenbruch sowie etliche Arm-, Bein- und Nasenbeinbrüche waren die schwersten Sportverletzungen, die im Ärztezentrum der Olympischen Spiele behandelt werden mußten. Den Beckenbruch hatte sich die Frau eines bekannten Springreiters beim Sturz vom Pferd zugezogen, den Lungenriß der amerikanische Spitzenschwimmer Steven GENTER. Ihn bezeichnen die Sportärzte als ein „kleines medizinisches Wunder“. Denn nach vier Tagen Klinikaufenthalt ging „Steve“ Genter auf eigenes Risiko bei der Medaillenjagd an den Start und holte einmal Staffelgold und einmal Silber.

Sonst seien die 23 Krankenbetten in der Sportlerklinik nicht allzu stark strapaziert gewesen, versichert der Augsburger Dr. Eugen GOSSNER, Chefarzt der Zusatzklinik in Zusmarshausen und Präsident des Bayerischen Sportärzte-Verbandes, der für die ärztliche Betreuung in den Wettkampfstätten verantwortlich war.

„Wir werden etwa 15 000mal ärztliche Hilfe leisten müssen“, schätzt Dr. Goßner, „wenn wir alle großen und kleinen Wehwehchen zusemmenzählen“.

Ins Ärztezentrum im olympischen Dorf kamen vor allem die Athleten der kleinen Mannschaften, die sich die Flugkosten für einen eigenen Teemerz nicht leisten konnten. „Wir hatten aber auch mit den Ärzten der einzelnen Mannschaften ein ausgezeichnetes kollegiales Verhältnis“, betont Dr. Goßner. Für die gute Zusammenarbeit überreichte er zum Abschied Frau GRAJEWSKAJA, Präsidentin des allrussischen Sportärzteverbandes, einen Augsburger Detschi.

Die sowjetische Ärztegruppe hätte die medizinische Ausstattung des olympischen Ärztezentrums am liebsten sofort aufgekauft und mitgenommen. Waren doch die modernsten Apparaturen installiert, so ein Gerät zur Herzvolumenbestimmung. Daß schließlich die Sportlerklinik auch noch zum Athletenasyl wurde, ist kaum bekannt geworden. Zwei Tage lang diente, nach dem Attentat der Araber, die Dopingstelle als geheimgehaltene und streng bewachte Unterkunft für den Rest des israelischen Teams.

Die Anwesenheit prominenter Ärzte nützte ein orientalisches Minister, um ein privates Problem klären zu lassen: „Unsere Ehe ist kinderlos“, sagte er und brachte seine Frau zur Untersuchung.

(aus „Augsburger Allgemeine“)

Laufen unter ärztlicher Kontrolle Süddeutscher Seniorenlauf In Grönenbech Auch Demen am Start

Auf Anregung des Präsidenten des Bayerischen Sportärzte-Verbandes wurde am 21./22. Oktober 1972 im Kneipp- und Sportkurort Grönenbach erstmals ein Internationaler Seniorenlauf durchgeführt.

Beim ersten Schneefall dieses Winters fanden sich ungefähr 140 Frauen und Männer über 55 Jahre ein. Sie durchliefen eine wunderschön ausgesteckte Strecke von 5 km. Ein be-

sonderer Akzent dieser Veranstaltung leg darin, daß die Läufer und Läuferinnen sich zu einer **sportärztlichen Untersuchung** melden konnten. Diese wurde durch ein Team der Universität Erlangen mit den Herren Professor Dr. SCHMIDT, Dr. HECK und Dr. SOKOLL durchgeführt. Das Kneipp-Kurheim am Stiftsberg, wo auch Start und Ziel waren, stellte ihre gesamten Räume zur Verfügung. Die örtliche Leitung hatte Dr. KRAUTHEIM, Grönenbech, wofür ihm von allen Seiten sehr herzlich gedankt wurde. Für Streckenkontrolle, Start und Ziel war der TSV Grönenbech zuständig.

Am Ziel konnten nicht nur schon ein Teil der Untersuchungen mindestens vorläufig und individuell ausgewertet werden, sondern auch persönliche Ratschläge gegeben werden.

Im gesamten Allgäu und den benachbarten Regionen erregte diese Veranstaltung großes Aufsehen. Es beteiligten sich daran auch eine größere Anzahl von Ärzten.

Die Ergebnisse und Auswertung dieses Laufes werden noch an dieser Stelle veröffentlicht.

Aufgrund dieser trotz des schlechten Wetters bestens gelungenen Veranstaltung wurde diese nunmehr in den Katalog der Standardveranstaltungen des Bayerischen Sportärzte-Verbandes aufgenommen.

Dieser internationale Seniorenlauf war mit einem Rund-table-Gespräch mit dem Thema: „Belastbarkeit des älteren Menschen“ verbunden, zu dem sich über 70 Personen, Kolleginnen und Kollegen, einfanden.

Verbandsärzte in Bayern

Ski:

Dr. Christoph Greifenhagen, 8950 Kaufbeuren, Alleeweg 10

Hendbell:

Dr. Alfred Rottler, 8500 Nürnberg, Beyreuther Straße 72

Jugendsportarzt:

Dr. Wolfgang Pohl, 8000 München 22, Oskar-von-Müller-Ring 31

Kanu:

Dr. Ingeborg Schindler, 8021 Teufkirchen, Hohenbrunner Weg 7

Basketball:

Dr. Josef Lengensbach, 8908 Krumbach, Mindelheimer Straße 67

Rodel:

Dr. Walter Junkenitz, 8021 Kolbermoor, Am Anger 29

Bob:

Dr. Karl Winkler, 8000 München 50, Hehnmannstraße 18

Veranstaltungen

Der Bayerische Sportärzte-Verband lädt zu folgenden Veranstaltungen im Jahre 1973 ein:

29. Januar bis 3. Februar 1973

Seminar über präventive Kardiologie in der Klinik Höhenried der LVA Oberbayern, 8131 Bernried. Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband e.V. mit Unterstützung des Deutschen Sportärzteverbandes. Seminarleiter: Professor Dr. Max Halhuber, Bernried. Anmeldungen: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e.V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV, Telefon (08 11) 18 35 03.

22. – 23. Juni 1973

Symposium „Sportmedizin – Turnphilologie“ in Beyreuth. Veranstalter und Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband e.V. Tegungsleiter: Dr. E. A. Struck, Bayreuth. Anmeldung: Dr. E. A. Struck, 8580 Bayreuth, Amfortasweg 11.

9. bis 11. November 1973

Seminar „Internistische Sportmedizin“ in Erlangen. Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband e.V. mit Unterstützung des Deutschen Sport-

ärzteverbandes. Seminarleiter: Professor Dr. J. Schmidt, Erlangen. Anmeldungen: Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, Telefon (0 91 31) 85 – 36 63.

7. bis 9. Dezember 1973

7. Internationale wissenschaftliche Tagung in München. Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband e.V. mit Unterstützung des Deutschen Sportärzteverbandes. Tegungsleiter: Chefarzt Dr. med. Eugen Göbner. Anmeldungen: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e.V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV, Telefon (08 11) 18 35 03.

Mai bis November 1973

Fünf Ausbildungskurse in praktischer Sportmedizin in der Sportschule München-Grünwald, Ebertstraße 1. Organisation: Bayerischer Sportärzte-Verband e.V. mit Unterstützung des Deutschen Sportärzteverbandes. Kursleiter: Dr. med. Peter Lenhert, Gräfelting. Anmeldungen: Dr. med. Peter Lenhert, 8032 Gräfelting, Irminfriedstraße 33, Telefon (08 11) 85 51 15.

16. bis 18. November 1973

Gemeinsame Veranstaltung der österreichischen und bayerischen Sportärzte am Institut für Sport und Kreislaufmedizin der Universität Innsbruck. Veranstalter: Institut für Sport und Kreislaufmedizin der Universität Innsbruck in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband e.V. Organisation und Tagesleitung: Primarius Dr. E. Rees. Anmeldungen: Primarius Dr. E. Rees, Institut für Sport und Kreislaufmedizin der Universität Innsbruck, A-6020 Innsbruck, Allgemeines öffentliches Landeskrankenhaus, Telefon (00 43/ 52 22) 2 67 11, Klappe 310.

Bayerischer Sportärzte-Verband e.V.

Landesvorsitzender des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e.V.: Chefarzt Dr. Eugen Göbner, 8901 Zusmarshausen, ZusemKlinik, Telefon (0 82 91) 461

Geschäftsstelle: 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81, Telefon (08 11) 18 35 03 (Dienstzeiten: Montag und Mittwoch von 14.00 bis 18.00-Uhr und Donnerstag von 8.00 bis 12.00 Uhr und 13.00 bis 15.00 Uhr)

Konten: Postscheckkonto München 555 54; Münchner Bank GmbH, 8000 München 2, Brienner Straße 63, Konto-Nr. 4950

Geschäftsstellenleiter: Dr. Wilhelm Funke, Facharzt für Innere Krankheiten (jeden Mittwoch von 15.00 bis 17.00 Uhr anwesend)

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-methylen)-diphenol-dischwefelsäurehalbester-dinatriumsalz [Natriumpicosulfat] 5 mg. **Handelsformen** OP mit 10 ml Tropfen DM 3,40 lt. AT, Klinikpackung.

Für das Auftreten von supraventrikulären und wahrscheinlich auch von ventrikulären Extrasystolen und paroxysmalen Tachykardien beim Herzgesunden scheinen vegetative Einflüsse nur von untergeordneter pathogenetischer Bedeutung zu sein. Vielmehr ist diesen meist anfallsweise auftretenden Rhythmusstörungen ein bestimmtes anatomisches Substrat (akzessorische a.v.-Verbindungen bzw. strukturelle Varianten des PURKINJE-Systems ?!) gemeinsam. Sind die Träger solcher Rhythmusstörungen durch diese subjektiv nicht alteriert, bedürfen sie auch keiner Therapie.

Hingegen verlangen Auswirkungen wie Beklemmungsgefühl, hämodynamische Beeinträchtigungen und Veränderungen als Vorläufer von Kammerflimmern (polytople ventrikuläre Extrasystolen, sogenannte „R auf T“-Phänome, salvenförmige ventrikuläre Extrasystolen) ein aktives therapeutisches Vorgehen!

Vor dem Einsatz der verschiedenen Therapeutika ist zunächst die Frage nach der Art des Entstehungsmechanismus einer Rhythmusstörung zu stellen. Automatiehemmend wirken vor allem Chinidin, Procainamid sowie Ajmalin. Die medikamentöse Hemmung der a.v.-Überleitung bei supraventrikulären Tachykardien geschieht am besten durch Digitalis, Verapamil und Propanolol. Mindestens so wichtig ist der gegenteilige Mechanismus: Verzögerungen der a.v.-Überleitung begünstigen die Bildung ektopter Impulse. Dem wirken Atropin, Orciprenalin (Alupent) und Isoprenalin (Aludrin) entgegen.

Die Verkürzung der effektiven Refraktärperiode kann zu frühen Extrasystolen mit der Möglichkeit eines Übergehens in Tachykardie und Flimmern führen. Hier kommen die klassischen Antiarrhythmika, Lidocain und Diphenylhydantoin zum Einsatz. Hiervon, insbesondere in therapeutischer Sicht, ist das Phänomen der sogenannten verbreiterten vulnerablen Phase abzugrenzen, bei dem die Wiedererregbarkeitsstreuung der Vorhöfe und der Kammern erhöht ist und es somit zum Auftreten sekundärer Erregungen kommt. Chinidin wirkt sich hierbei ungünstig aus, hingegen wirken Lidocain und Propanolol auf die Wiedererregbarkeit der PURKINJE-Fasern homogenisierend.

Es muß betont werden, daß sich oft Schwierigkeiten bei der Wahl des geeigneten Antiarrhythmikums ergeben, da der Mechanismus der jeweilig vorliegenden Arrhythmie nicht immer eindeutig erkennbar ist. Eine gewisse Minderung erfahren diese Schwierigkeiten jedoch dadurch, daß praktisch alle Antiarrhythmika sogenannte Mehrzweck-Medikamente sind.

Professor Dr. M. BENDER, Münster:

„Ursachen, Auswirkungen und medikamentöse Behandlung der Störungen der Erregungsleitung“

Leitungsstörungen weisen vielgestaltige ätiologische Ursachen auf, sie finden sich als kongenitales Leiden, im Verlauf von Myokardinfarkten und Myokarditiden,

bei Elektrolytstörungen, bei schweren Myokardiopathien unklarer Genese, nach Traumen und auch latrogen unter Gabe von z. B. Beta-Rezeptorenblockern.

Das klinische Korrelat für eine schwere, akut auftretende Leitungsstörung findet sich im ADAMS-STOKESschen Anfall, das einer chronischen Leitungsstörung in der latenten bzw. manifesten Kardiopathie, wobei letzteres Erscheinungsbild insbesondere beim älteren Menschen noch durch kardiomyogene und periphere Gefäßfaktoren überlagert wird. Patienten mit pathologischer Bradykardie weisen unter körperlicher Belastung keine genügende Frequenzreaktion auf, ein wichtiges differentialdiagnostisches Merkmal gegenüber den sogenannten funktionellen Bradykardien.

Im Gegensatz zur Vielzahl der Therapeutika bei tachykarden Rhythmusstörungen finden bei Bradykardien nur wenige Substanzen Anwendung: Orciprenalin (Alupent®), Atropin und Oxyfedrin (Ildamen®). Hierbei ist eine medikamentöse Dauertherapie nur in Einzelfällen möglich, so daß hier der elektrische Schrittmacher als Therapieform der Wahl in Frage kommt.

Von Wichtigkeit in der medikamentösen Therapie der bradykarden Rhythmusstörungen sind bei Alupent-Gabe (u. a. Adrenalinabkömmlingen) die Kenntnis der verschiedenen Typen der Frequenzreaktionen. Es können hierbei auftreten: eine heftige Generatortätigkeit des führenden Zentrums, eine Konkurrenz durch ein anderes ektopisches Zentrum bis zur völligen Übernahme der Führung und eine Leitungsverbesserung bis hin zum Wiederauftreten eines Sinusrhythmus. Neben der Leitungsverbesserung führen Alupent u. ä. Substanzen auch zu einer Verstärkung der Inotropie des Herzmuskels.

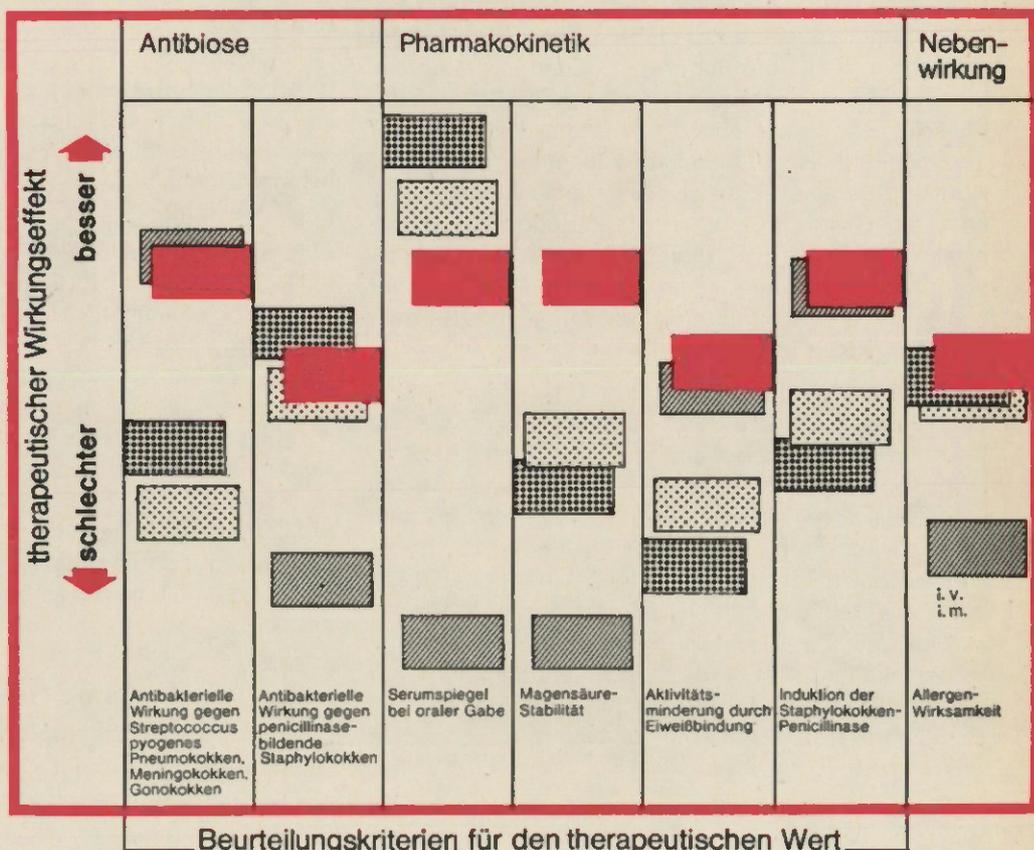
Das Herz wird nur bis zur Ebene des a.v.-Knotens reichhaltig mit vagalen Fasern versorgt. Deshalb unterscheidet sich das Muster der Frequenzreaktionen nach Vagolyse mit Atropin von den Effekten der Betarezeptorenstimulation. Es fehlt außerdem die positive inotrope Herzmuskelwirkung. Indikationen für die Atropin-Anwendung: bradykarde Rhythmusstörungen bei Hinterwandinfarkten (Dosierung 0,5 bis 1,0 mg i.v.), beim sinoatrialen Block.

Die Oxyfedrinwirkung (Ildamen®) wird wahrscheinlich über Betarezeptoren vermittelt. Die Substanz ist aber weniger effektiv als Alupent (bei i.v.-Applikation gelegentliches Auftreten von Venalgien und lokalen Thrombosen!).

Störungen des Säurebasenhaushaltes, wie Azidose und Hyperkaliämie fördern die Ausbildung bradykarder Rhythmusstörungen und vermindern die Ansprechbarkeit des Herzens für Alupent und Atropin und müssen somit ausgeschlossen bzw. beseitigt werden. Hingegen können Nebennierenrindensteroidoide in Einzelfällen die Ansprechbarkeit des Herzens für Ketylamine verbessern, jedoch eignet sich diese Therapie nicht zur Dauertherapie.

Beromycin[®]- Mega

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



Privatdozent Dr. P. SCHOLLMAYER, Freiburg:

„Störungen des Herzrhythmus als Therapiefolge“

Medikamentös ausgelöste Rhythmusstörungen werden bei Gabe ganz unterschiedlicher Substanzen beobachtet: bei Digitalis, Antiarrhythmika, Chinidin, Clofibrat (ventrikuläre Tachykardien), Amylnitrit (Kammerflimmern!). Unterschiedlicher Glykosidbedarf und unterschiedliche Glykosidtoleranz stellen die Hauptursachen für das Auftreten von Rhythmusstörungen bei der Behandlung mit Digitalisglykosiden dar. So neigt das Herz bei Insuffizienz, besonders bei gleichzeitiger Dilatation, bei Glykosidgabe verstärkt zu heterotopen Reizbildungsstörungen. Im weiteren senkt eine Hypokaliämie die Glykosidtoleranz, es kommt ebenfalls zu heterotopen Erregungen und sogar zum Auftreten von Flimmern (Saluretika, Diarrhoen, Laxantienabusus, Diabetes mellitus, metabolische Azidose, Leberzirrhose mit Kaliumverlust durch metabolische Alkalose, Aldosteronismus und Kortikoidtherapie). Eine Hyperkalzämie hingegen erhöht die Glykosidtoleranz, fördert jedoch die ektopische Reizbildung und die Automatie des Reizleitungssystems (Synergismus zu Glykosiden!). Daher sollte die gleichzeitige Verabreichung von Kalzium und Glykosiden unterbleiben!

Eine verzögerte Elimination von Glykosiden ist bei der Niereninsuffizienz zu beachten. Hier sollte am besten mit Digitoxin behandelt werden, da diese Substanz überwiegend über die Galle ausgeschieden wird. Beim chronischen Cor pulmonale treten Zeichen einer Glykosidintoleranz (enge Beziehung zur Hypoxie!) schon frühzeitig und schon bei geringen Dosen auf: Extrasystolen, Kammertachykardien, Vorhofftachykardien mit a.v.-Block! Herabgesetzte Glykosidtoleranzen finden sich ferner bei Vorhofflimmern mit gleichzeitiger Reserpin-Behandlung, im Anschluß an die elektrische Defibrillation und beim sogenannten Altersherz.

Als Ausdruck einer Glykosidintoleranz sind Sinusbradykardie, a.v.-Überleitungsstörungen und Extrasystolie in Bigeminusform allgemein bekannt. Hingegen werden supraventrikuläre Tachykardien mit partieller a.v.-Blockierung und die polytopen ventrikulären Extrasystolen als Glykosideffekt häufig verkannt! Oft besteht eine Kombination aus mehreren Rhythmusstörungen (meist aus Reizbildungs- und Leitungsstörungen).

Im Vergleich zu den Digitalisglykosiden verhalten sich die Antiarrhythmika elektrophysiologisch anders: sie verzögern die passive Ionenverschiebung während der Depolarisation. Die Hauptwirkungen sind somit: Hemmung der Automatie, Verlängerung der absoluten Refraktärphase und Verzögerung der Leitungsgeschwindigkeit (daher Cave bei Überleitungsstörungen!). Beim Chinidin sind die meist tödlichen „Chinidinsynkopen“ durch ventrikuläre Tachykardien, Kammerflimmern oder Asystolen gefürchtet. Entspre-

chende Komplikationen finden sich auch bei der i. v.-Applikation von Procainamid! Diphenylhydantoin verursacht bei Überdosierung und zu schneller Infusion Bradykardien mit Block, Kammerflimmern und Asystolie. Hingegen sind vom Lidocain nur wenige bedrohliche Rhythmusstörungen bekannt (vorübergehende Überleitungsstörungen bei 10% der Infarktpatienten). Betarezeptorenblocker können zu hochgradiger Bradykardie bis hin zur Asystolie führen. Selbst unter dem besonders gut verträglichen Verapamil kann es zu tödlich verlaufenden Tachykardien kommen. Isoprenalin hingegen stimuliert alle Automatiezentren und kann daher ventrikuläre Extrasystolen und ventrikuläre Tachykardien auslösen.

Ein besonderes Interesse verdient die mögliche Kardiotoxizität der Phenothiazine und der Imipraminderivate bei der antidepressiven Therapie. Tödliche Zwischenfälle, u. a. Kammerflimmern, supraventrikuläre und ventrikuläre Tachykardien, werden hier in zunehmendem Maße beschrieben (vor allem unter Melleril!).

Therapeutische Maßnahmen bei medikamentös ausgelösten Rhythmusstörungen: Absetzen des entsprechenden Medikamentes, bei Hypokaliämie Zufuhr von Kalium, bei tachykarden Rhythmusstörungen und gehäuften polytopen Extrasystolen Gabe von Diphenylhydantoin, Lidocain oder Procainamid. Bei Tachyarrhythmien Betarezeptorenblocker, bei a.v.-Blockierungen Isoproterenolgabe, eventuell elektrische Stimulation. Bei Kammertachykardien und -flimmern Defibrillation (zuvor Versuch mit Kalzium i. v.). Das spezifische Antidot für Betarezeptorenblocker ist Isoproterenol oder Orciprenalin (bei Versagen noch Versuch mit Glucagon!).

Dozent Dr. K. CAESAR, Tübingen:

„Die Elektroschocktherapie von Rhythmusstörungen“

Hat eine gesteigerte Reizbarkeit des Herzmuskels mit hoher Frequenz von Erregungen zu Arrhythmien geführt, kann durch künstlich zugeführte elektrische Energie die Koordination der elektrischen Vorgänge im Myokard wiederhergestellt werden. Verwandt werden heute zur Stromstoßerzeugung fast ausschließlich Gleichstromimpulsgeräte, wobei der Spannungsbereich bei den gewöhnlich verwendeten Stromimpulsen von 50 bis 400 Wsec zwischen 2500 und 7000 V liegt.

Methodik

1. Lagerung des Patienten: Rückenlage im Krankbett oder auf dem Untersuchungstisch, Erdung nicht erforderlich (erdfreier Stromkreis!).
2. Registrierung eines EKG oder Monitorbeobachtung (Wahl der Ableitung mit größter R-Zacke: meist in Extr. I oder II).
3. Intravenöse Kurznarkose mit Epontol®, Trapanal® oder Valium® (nicht erforderlich bei schweren Bewußtseinstrübungen). Hierbei oft schon durch allei-

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

Wulfing Arzneimittel Neuss

niga Epontolgaba Umschlag eines Vorhofflimmern in einen Sinusrhythmus (Vagusstimulation?!).

4. Laden des Kondensators: nicht mehr als 50 bis 100 Wsec beim ersten Stromstoß, max. bei weiteren Versuchen bis 300 bis 400 Wsec, beste Ergebnisse bei 100 Wsec.
5. Anlegen der Elektroden: am geeignetsten die anterior-posteriore Lage: V₃-V₂ und linke Skapulaspitze (Elektrodenpastel).
6. Auslösen des Schocks: Synchronisation mit der Kammererregung = Triggerung.
7. Nachträgliche Überwachung des Patienten (EKG, Blutdruck, Atmung!).

Indikationen

Das Kammerflattern und -flimmern stellt eine absolute Indikation für die Durchführung des Elektroschocks dar. Bei ventrikulären und supraventrikulären Tachykardien sowie besonders bei den chronischen Herzrhythmusstörungen wegen Vorhofflimmerns ist dagegen eine Abwägung der verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten erforderlich.

Indikationen zur Elektroschockbehandlung bei ventrikulärer Tachykardie: Anhalten einer Tachykardia von über 100 Schlägen/min mit Zeichen einer Herz-Kreislaufinsuffizienz trotz medikamentöser Therapie. Bei Tachykardie im Verlaufe einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme. Bei drohendem Herzflimmern bei Vorliegen eines kompletten a.v.-Blocks mit ventrikulärer Tachykardie. Kontraindiziert (!) ist die Schockbehandlung bei ventrikulären Tachykardien als Folge einer Digitalistherapie.

Die Sinustachykardie stellt keine Indikation zur Elektroschocktherapie dar, bei paroxysmalen supraventrikulären Tachykardien muß zuerst eine medikamentöse Behandlung versucht werden. Hingegen stellt die Knotentachykardia und das Vorhofflattern wieder eine Indikation zur Schockbehandlung dar.

Der Sofort Erfolg der Kardioversion bei Patienten mit chronischem Vorhofflimmern ist mit 70 bis 90% sehr hoch, jedoch nimmt die Rezidivhäufigkeit mit der Dauer des Nachbeobachtungszeitraumes zu. Ein bleibender Erfolg ist hier nur zu erreichen, wenn die zugrunde liegende Krankheit erfolgreich behandelt werden kann, das Vorhofflimmern kürzer als drei Jahre besteht und eine wirksame Chinidin-Prophylaxe betrieben wird. Vor einer geplanten Herzoperation ist eine Kardioversion sinnlos, bei operierten Mitralklappen sollte sie zwei bis vier Wochen post operationem erfolgen (jedoch auch noch nach sechs Monaten erfolgreich!). Keine Kontraindikation stellt die Elektroschockbehandlung bei implantierten Herzschrittmachern dar (Impulsgeber gegen Stromimpulse bis zu 400 Wsec abgesichert).

Medikamentöse Vor- und Nachbehandlung

Digitalisierung bei kardialer Insuffizienz und bei Tachyarrhythmien (jedoch zwei bis drei Tage vor der

Kardioversion absetzen des Präparates!). Zwei bis drei Tage vor der Schockbehandlung 0,8 bis 1,2 g Chinidin (Chinidin-Duriles®) nach Probekardioversion von 0,2 g. Chinidin-Dauer-Nachbehandlung bei Nichtbeseitigung des Grundleidens. Die Emboliehäufigkeit nach Kardioversion liegt mit und ohne Antikoagulantientherapie unter 1%. Es liegen jedoch Untersuchungen vor, die eine geringere Emboliarate bei mit Antikoagulantien vorbehandelten (Marcumar®) Patienten nachweisen.

Privatdozent Dr. F. NAGER, Luzern:

„Erfahrungen und Fortschritte in der Schrittmachtherapie“

Je nach Bedrohlichkeit und Dauer einer bradykarden – seltener auch tachykarden – Rhythmusstörung ist die Schrittmachtherapie temporär oder permanent.

Die temporäre elektrische Herzstimulierung ist meist eine Notfalltherapie bei ADAMS-STOKESschen Anfällen und oder bei akutem Myokardinfarkt. Gegenüber der früher sehr großzügigen Indikationsstellung bei akutem Herzinfarkt erfolgt heute die prophylaktische Insertion der Demand-Schrittmacherelektrode nur, wenn ein totaler a.v.-Block Folge eines Vorderwand- oder antero-posterioren-Infarktes ist, mit Extrasystolen oder einer ausgeprägten, pharmakotherapie-resistenten Bradykardie einhergeht. Oder aber, wenn – unabhängig von der Infarktlokalisation – ein bilateraler Schenkelblock vorliegt. Bei infarktbedingten tachykarden Arrhythmien wird die Schrittmachtherapie jedoch zunehmend häufiger eingesetzt, mit dem Ziel, medikamentrefraktäre Extrasystolen und damit konsekutive Kammertachykardien zu überspielen.

Obwohl die Prognose des totalen a.v.-Blocks und des Schenkelblocks bei Vorderwand- oder antero-posterioren-Infarkt wegen der ausgedehnten Myokarddestruktion auch bei elektrischer Herzstimulierung schlecht bleibt, ist diese Therapiemaßnahme dennoch in manchen Fällen lebensrettend.

Die wichtigste Indikation der permanenten Schrittmachtherapie ist das ADAMS-STOKES-Syndrom, und zwar der erste trotz adäquater Sympathikomimetikabehandlung auftretende Anfall. Die Resultate bei anderen Indikationsstellungen, vor allem bei Herzinsuffizienz, sind manchmal enttäuschend.

Die Stimulierung über epikardial fixierte Elektroden erfolgt heute nur noch selten, während sich die schonende, technisch jedoch anspruchsvolle Insertion einer intrakardialen Elektrode entschieden durchsetzt.

Wegen der Unannehmlichkeiten und Gefahren der Parasystolie werden seit einigen Jahren in den meisten Zentren überwiegend Bedarfsschrittmacher implantiert, obwohl diese den festfrequenten Typen hinsichtlich Lebensdauer der Batterie noch unterlegen sind. Vorhofgastesteuerte Schrittmacher wären an sich ideal, weil sie das physiologische a.v.-Intervall be-

rücksichtigen und damit den atriosystolischen Beitrag zur Kammerfüllung gewährleisten. Diese Typen sind hingegen noch zu sehr störungsanfällig.

Die Schrittmachertherapie verbessert die Lebenserwartung von Patienten mit ADAMS-STOKES-Syndrom gegenüber der Pharmakotherapie in den ersten vier Jahren eindeutig. In der Folge gleichen sich die Überlebenskurven elektrisch und medikamentös behandelte Patientengruppen jedoch an!

Die hämodynamischen Langzeitergebnisse der Schrittmacherbehandlung dürfen nicht überschätzt werden, vor allem bei herzinsuffizienten Patienten ist der Anstieg des Ruhe- und des Arbeitsherzzeitvolumens durch die elektrische Herzstimulierung wenig ausgeprägt.

Komplikationen und Funktionsstörungen bei Schrittmacherbehandlung sind seltener geworden. Einen wesentlichen Fortschritt bedeutet die systematische und regelmäßige Patientenkontrolle in Schrittmacherkliniken, mit dem Ziel, ein drohendes Batteriever-sagen zu erkennen und dadurch einen elektiven, prophylaktischen Batterieersatz vornehmen zu können.

Referent des zweiten Tages: Dr. H. Friebel, Nürnberg

Fakultät

Erlangen-Nürnberg

Zum „ordentlichen Professor“ wurden ernannt:

apl. Professor Dr. med. Kurt BACHMANN (Innere Medizin);

apl. Professor Dr. Karl BRAND (Physiologische Chemie);

apl. Professor Dr. med. Lothar HORBACH (Medizinische Statistik und Dokumentation);

apl. Professor Dr. med. Harald zur HAUSEN, bisher Universität Würzburg (Klinische Virologie);

apl. Professor Dr. med. Malte WIGAND (Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde).

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Herbert DITTRICH (Chirurgie);
Privatdozent Dr. med. Paul HERMANEK (Klinische Pathologie);

Privatdozent Dr. med. Walter HILMER (Innere Medizin);

Privatdozent Dr. med. Gerhard Kittel (Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde einschließlich Phoniatrie);

Universitätsdozent Dr. med. Johannes Albrecht KÖHLER (Innere Medizin);

Privatdozent Dr. med. Roderich LEUTSCHAFT (Chirurgische Kardiologie);

Privatdozent Dr. med. Walter MAURER (Chirurgie);

Bei pectanginösen Beschwerden

zur Prophylaxe und Therapie von Angina pectoris nervosa, Stenocardien und Altersherz.

ESDESAN[®]

cum Nitro

**Keine Nebenwirkungen.
Kontraindikationen nicht bekannt.**

Zus. in 100 g Tropfen: Extr. fid. Valerianae et Visci albi 40 g, Sol. Papaverin. hydrochlor. (0,1:100) 13 g, Tinct. Strophanthi 4 g, Chloral. hydrat. 1 g, Nitroglycerin. sol. (1:100) 9,4 g, 1 Drag.; Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Visci albi 19 mg, Papaverin. hydrochlor. 1 mg, Methaqualon 30 mg, Erythroltetranitrat 1,5 mg.

Flasche mit 25 g DM 3,45 · Flasche mit 50 g DM 4,75
30 Dragées DM 3,45 · 60 Dragées DM 4,75

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

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

Bay



AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN

DIE INSEL DER RUHE



ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée: Notr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylloethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazan. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb., Adonid. vernalis 20 mg.

INDIKATIONEN: Neurasthenie – innere Unruhe, nervöse Reizbarkeit, Übererregbarkeit (auch sexuelle), Schwindelzustände, unruhiger Schlaf mit schweren Träumen, nervöse

Erschöpfungszustände. Klimakterische Störungen – Angstzustände, nervöse Verstimmungen, depressive Stimmungslagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Nervöse Kopfschmerzen, Schlafstörungen.

KONTRAINDIKATIONEN: Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, Parphyrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

DOSIERUNG: Allgem. 1–2 Drag., vor dem Schlafengehen 2 Drag.

HANDELSFORMEN: OP zu 50 Dragées. DM 3,25 lt. A.T. Verschreibungspflichtig

NERVO-OPT®

DR. BRAUN & HERBERG
2407 BADSCHWARTAU



Privatdozent Dr. med. Dieter SOYKA (Neurologie und Psychiatrie);

Privatdozent Dr. med. Richard SUCHENWIRTH (Neurologie und Psychiatrie);

Privatdozent Dr. med. Hans TRUCKENBRODT (Kinderheilkunde).

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Hanns-Wolf BAENKLER für „Innere Medizin“;

Dr. med. Ekkart GENÉE für „Augenheilkunde“;

Dr. med. Friedrich Hermann MEYTHALER für „Augenheilkunde“;

Dr. Peter MITZNEGG für „Pharmakologie und Toxikologie“.

em. o. Professor Dr. med. Dr. h. c. Norbert HENNIG, früherer Direktor der Medizinischen Universitäts-Klinik, wurde von der British Society for Digestive Endoscopy zum Ehrenmitglied ernannt.

o. Professor Dr. med. Magnus SCHMID, Technische Universität München, ist im Wintersemester 1972/73 mit der teilweisen vertretungswelsen Wahrnehmung des o. Lehrstuhls für Geschichte der Medizin und der kommissarischen Leitung des Seminars für Geschichte der Medizin beauftragt.

epl. Professor Dr. med. Gerhard WEBER, Vorstand der Hautklinik der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, wurde von der Mexikanischen Dermatologischen Gesellschaft zum korrespondierenden Mitglied, von der Brasilianischen Dermatologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied und zum aktiven Mitglied der European Society for Dermatological Research ernannt.

München

Medizinische Fakultät der Universität

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Wolfgang LESOINE (Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde);

Privatdozent Dr. med. Hans LUDWIG (Frauenheilkunde und Geburtshilfe);

Privatdozent Dr. med. Gert Detlev von ZERSSEN (Psychiatrie und Neurologie).

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Dietrich Karl HEPPE für „Innere Medizin“;

Dr. med. Alfons HOFSTETTER für „Urologie“;

Dr. med. Dr. med. dent. Horst KUHLMANN für „Innere Medizin“;

Dr. med. Hans LÖWENECK für „Anatomie“;

Dr. med. Dr. rer. nat. Walter NEUPERT für „Physiologische Chemie“;

Dr. med. Helmut SIES für „Physiologische Chemie und Physikalische Biochemie“.

Professor Dr. med. Otto BRAUN-FALCO, Ordinarius für Dermatologie, wurde zum Ehrenmitglied der Ungarischen Dermatologischen Gesellschaft ernannt.

Medizinische Fakultät der Technischen Universität

Professor Dr. med. Georg MAURER, Ordinarius für Chirurgie, wurde in Würdigung seiner großen Verdienste um die Unfallchirurgie zum Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie und zum Ehrenmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Unfallmedizin und Berufskrankheiten ernannt.

Würzburg

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent MU Dr. Dr. Sc. Fritz DRECHSLER (Psychiatrie und Neurologie);

Privatdozent Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus HEMPEL (Medizinische Strahlenkunde und Strahlenbiochemie);

Privatdozent Dr. med. Brigitte MAURER-SCHULTZE (Medizinische Strahlenkunde);

Universitätsdozent Dr. med. Wolfgang WESTPHAL (Physiologie);

Privatdozent Dr. med. Dr. med. dent. Siegfried ZEHM (Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde).

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Wilhelm GATTENLÖHNER für „Innere Medizin“;

Dr. med. Ruprecht ZWIRNER für „Chirurgie“.

Umhabilitiert wurden:

Privatdozent Dr. Claus Frenz CLAUSSEN, bisher Freie Universität Berlin (Neurootologie);

Privatdozent Dr. med. Barbara SCHMIDT, bisher Universität Marburg (Augenheilkunde).

Privatdozent Dr. Claus Frenz CLAUSSEN wurde von der HNO-Gesellschaft de Litorel, Argentinien, zum auswärtigen korrespondierenden Mitglied und von der HNO-Gesellschaft von Rio de Janeiro zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Heinz SEELIGER, Ordinarius für Hygiene und Mikrobiologie, wurde zum Ehrenmitglied der deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft ernannt.

Professor Dr. med. Klaus STUCKE, Abteilungsvorsteher an der Chirurgischen Klinik, wurde gemeinsam mit epl. Professor Dr. med. Elmar STÖCKER, Pathologisches Institut, zum Gründungsmitglied einer durch die Assoziation der Sociétés Nationales Européenes et Méditerranéenes de Gastro-Enterologie begründeten neuen Gesellschaft, die sich mit speziellen Problemen der Leberregeneration befaßt, gewählt.

Das Inhaltsverzeichnis für 1972 des „Bayerischen Ärzteblattes“ erscheint voraussichtlich Ende Februar 1973. Es kann über die Schriftleitung, 8000 München 80, Mühlbaustreße 16, bestellt werden.

Belohnung für's Bravsein? Nein – Hilfe bei Bronchitis!

Eine Hilfe, die prima schmeckt. Fruchtig, süß und aromatisch – genau so wie Kinder es mögen. Sie gibt Ihren Kindern Bisolvonamid-Saft gern, weil es kein „Theater“ gibt, weil er rasch hilft, weil die Kleinen ihre Medizin bereitwillig nehmen – bis sie wieder gesund sind.

Falls wieder einmal eines ihrer Kinder eine fieberhafte Bronchitis hätte – sie weiß – daß alles schnell besser wäre, bekäme es Bisolvonamid.

Bisolvonamid®



Personalia

Aus dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung und aus dem Bayerischen Staatsministerium des Innern

Die Staatsregierung bestellte den Staatssekretär im Arbeits- und Sozialministerium, Dr. Wilhelm VORNDRAN, zum stellvertretenden Mitglied des Bundesrates und des Ausschusses für Arbeit und Sozialpolitik.

Außerdem ernannte sie den Ministerialdirigenten im Staatsministerium des Innern, Dr. Siegwinn SÜSS, zum Ministerialdirektor. Er wurde Nachfolger des bisherigen Amtschefs im Staatsministerium des Innern, Ministerialdirektor Dr. Karl RIEDL, der mit Ablauf des Monats Oktober 1972 in den Ruhestand trat.

Die Staatsregierung hat den Regierungsdirektor im Staatsministerium des Innern Georg SCHOLZ zum Ministerialrat ernannt.

Landespolitik

Förderung der ambulanten Krankenpflege

Für die Förderung der ambulanten Krankenpflege stehen bis jetzt keine Haushaltsmittel zur Verfügung, teilte Arbeits- und Sozialminister Dr. Fritz PIRKL dem CSU-Abgeordneten Albert MEYER mit, der in einer schriftlichen Anfrage wissen wollte, warum zwar staatliche Zuwendungen zur Förderung der Haus- und Familienpflege gewährt, nicht aber die Vereine für Hauskrankenpflege einbezogen würden, die in vielen Gemeinden bestehen und außerordentlich segensreich wirken.

Der Minister verkennt nicht, daß der bedrohliche Rückgang der Pflegekräfte, vor allem aber der Nachwuchsmangel an Ordensschwestern und Diakonissen es notwendig mache, nach Lösungen zur Sicherung der Gemeindekrankenpflege zu suchen, und daß der Ausbau der Gemeindekrankenpflege der dringenden Hilfe durch die öffentliche Hand bedürfe. Deshalb werde sich das Arbeits- und Sozialministerium auch bemühen, bereits im Haushalt 1973/74 die erforderlichen Mittel zur Förderung der ambulanten Krankenpflege bereitzustellen.

Dr. Pirkl weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß die ambulante Krankenpflege nur ein Teilbereich der Pflegedienste sei.

d/H
(aus „Bayerischer Landtagsdienst“ Nr. 4 vom 5. Oktober 1972)

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

Zusammensetzung: 5 ml Saft (1 Maßschale) bzw.
1 Tablette enthalten:
N-Cyclohexyl-N-methyl-(2-amino-3,5-dibrombenzyl)-
amin-hydrochlorid 4 mg
Sulfadiazin 334 mg

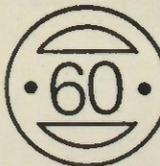
Indikationen: Infizierte Bronchitiden, insbesondere alle akuten Formen; fieberhafte Schübe der chronischen Bronchitis bei Sulfonamidempfindlichen Erregern; zur Fortsetzung einer antibiotisch begonnenen Behandlung der chronischen Bronchitis, Schubprophylaxe.

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.

Dozierung: Bei akutem Krankheitsbild, zur kurzfristigen Anwendung:
Erwachsene im allgemeinen
3 x 1 Maßschale 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 Maßschale 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 Maßschale Saft täglich.
Es wird empfohlen, Bisolvonamid nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Handelsformen: Originalpackung mit 90 ml Saft
DM 6,15 lt. AT
Klinikpackung
Originalpackung mit 20 Tabletten
DM 6,15 lt. AT
Originalpackung mit 60 Tabletten
DM 18,65 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

Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs*

4. Maßnahmen zur Aufklärung und zur Beeinflussung

Koordinierung und verstärkte Fortsetzung der bisherigen Aktivitäten

Wesentlicher Bestandteil aller Maßnahmen gegen den Drogen- und Rauschmittelmißbrauch ist die Aufklärung der unmittelbar oder mittelbar betroffenen oder gefährdeten Bürger über die soziologischen, pädagogischen, psychologischen und medizinisch-pharmakologischen Aspekte dieses Fragenkreises. Ausreichende und richtige Aufklärung kann vor allem zur Verhütung der weiteren Ausbreitung des Mißbrauchs beitragen. Sie ist als Maßnahme im Vorfeld der Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs von entscheidender Bedeutung. Die bisherigen Maßnahmen zur Aufklärung der Bevölkerung, insbesondere der Jugendlichen und Heranwachsenden, sowie zur vorbeugenden Beeinflussung der Jugend sollen verstärkt und gezielt fortgesetzt werden.

Als Zielgruppen der Aufklärung kommen in Betracht:

Multiplikatoren (Ärzte, Sozialarbeiter, Pädagogen, Psychologen, Soziologen, Jugendpfleger, Seelsorger, Juristen, Polizeibeamte), Eltern,

Lehrer und andere Erzieher (als Problembeteiligte im Gegensatz zu ihrer Funktion als Multiplikatoren), Kinder (ab 10 Jahren), Jugendliche und Heranwachsende (Schüler, Studenten, Lehrlinge und Jungarbeiter),

Erwachsene allgemein.

Richtlinien über Zielsetzung und Inhalt der Aufklärung

Aufklärung über die Probleme des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs wird von zahlreichen Stellen, Verbänden und Personen betrieben. Die Staatsregierung strebt eine einheitliche Linie in der Aufklärung an und hält es deshalb für erforderlich, Grundsätze über Zielsetzung und Inhalt solcher Maßnahmen festzulegen. Die interministerielle Arbeitsgruppe hat zu diesem Zweck Richtlinien erarbeitet, die jedem, der in diesem Bereich tätig wird, einen Rahmen für Art und Inhalt der Aufklärung aufzeigen sollen.

Zusammenarbeit mit Presse, Rundfunk und Fernsehen

Notwendig ist eine enge Zusammenarbeit mit Presse, Rundfunk und Fernsehen. Der Herr Intendant des Bayerischen Rundfunks hat einer Bitte des Staats-

ministeriums des Innern entsprochen und für die Bereiche des Hörfunks und des Fernsehens leitende Mitarbeiter als ständige Ansprechpartner der interministeriellen Arbeitsgruppe benannt (Herr Rüdiger Stolze, Hörfunk; Herr Dr. Walter Flemmer, Fernsehen).

Einzelne Maßnahmen

Schriftliches Informations- und Aufklärungsmaterial und andere Aufklärungshilfen sollen noch im Jahre 1972 verstärkt für alle Zielgruppen zur Verfügung gestellt werden.

Dazu zählen insbesondere Broschüren für Eltern und Erzieher, Faltblätter für Jugendliche und Heranwachsende und Unterrichtshilfen für Lehrer. Über die im Haushalt des Staatsministeriums des Innern für Zwecke der Gesundheitsaufklärung vorhandenen Mittel hinaus sind hierfür DM 40 000,— erforderlich.

Insbesondere für die Produktion von Hörfunk- und Fernsehspots zur Ausstrahlung im Bereich des Bayerischen Rundfunks, für die Ausarbeitung eines Faltblatts zur Verteilung an Jugendliche und Heranwachsende in Schulen, Betrieben und Organisationen sowie eines Plakats zum Anschlag an öffentlichen Anschlagstellen, in Schulen, Betrieben, Behörden und Organisationen soll ein Werbeinstitut eingeschaltet werden. Damit sollen die besonderen psychologischen und soziologischen Erkenntnisse dieses Wirtschaftszweiges für die Bekämpfung des Rauschmittelmißbrauchs nutzbar gemacht werden. Für diese Maßnahmen soll ein Betrag von DM 200 000,— aufgewendet werden.

Fortbildung der Lehrkräfte

In den Schulen werden Fragen des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs weiter in den einschlägigen Fächern behandelt. Deshalb soll die Fortbildung der Lehrkräfte auf diesem Gebiet verstärkt fortgesetzt werden. Neben Fortbildungslehrgängen in der Akademie für Lehrerfortbildung in Dillingen e. d. Donau sollen vor allem Veranstaltungen im schulischen Bereich unter Beteiligung der Elternbeiräte gefördert werden. Hierfür sind zusätzliche Haushaltsmittel von DM 5000,— vorgesehen.

Mitwirkung des Bayerischen Landeskriminalamts

Das Bayerische Landeskriminalamt soll sich auch in diesem Jahre an den Maßnahmen zur Aufklärung über Rauschmittelmißbrauch und Rauschmittelkriminalität beteiligen. Dabei sollen Erfahrungen aus der Schwerpunktaktion 1971 verwertet werden. Die Maßnahmen des Landeskriminalamts werden mit den allgemeinen Aufklärungsmaßnahmen koordiniert werden. Für diesen Bereich sind zusätzliche Mittel in Höhe von DM 50 000,— erforderlich.

*) Fortsetzung aus Heft 11/1972 und Schluß.
Der Wortlaut des Gerichts wurde wegen seines Umfangs in mehreren Abschnitten veröffentlicht.

5. Drogenberatungsstellen

Richtlinien

Für die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung, sowie für die Arbeitsweise von Drogenberatungsstellen sollen Richtlinien ausgearbeitet werden. Bei Wahrung der notwendigen Beweglichkeit können solche Richtlinien sicherstellen, daß öffentlich geförderte Drogenberatungsstellen nach Grundsätzen betrieben werden, die möglichst wirksame Hilfe für die ratsuchende Jugend gewährleisten und Fehlentwicklungen vermeiden. Bei der Festlegung solcher Richtlinien werden die bisherigen Erfahrungen auf dem Gebiet der Drogenberatung verwertet werden. Die Förderung aus Mitteln des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung soll künftig davon abhängig gemacht werden, daß Maßnahmen der Drogenberatung sich im Rahmen der Richtlinien halten.

Förderungsmaßnahmen

Im Jahre 1971 wurden aus Bundes- und Landesmitteln die Einrichtungen in Augsburg, Bamberg, München, Nürnberg, Regensburg und Weiden gefördert. Diese Förderung soll fortgesetzt werden. Darüber hinaus sollen bestehende Drogenberatungsstellen, z. B. in Würzburg, ebenso wie mehrere neu zu errichtende Beratungsstellen, z. B. Bayreuth, in die staatliche Förderung einbezogen werden. Daraus ergibt sich ein zusätzlicher Mittelbedarf für 1972 in Höhe von DM 500 000,—.

Langfristige Planungen

Bereits jetzt sind alle Gesundheitsämter und Jugendämter in der Lage, als Ansprechstellen für ratsuchende Jugendliche und Eltern zu dienen und ihnen Hinweise zu geben. Bei zehn Gesundheitsämtern wird intensivere und qualifiziertere Drogenberatung betrieben (Stand: 1. April 1972).

Langfristig soll angestrebt werden, daß die Gesundheits- und Jugendämter gerade in kleineren und mittleren Orten auch die Beratung in Drogen- und Rauschmittelfragen wahrnehmen können. An Schwerpunkten des Mißbrauchs müssen jedoch neben den Gesundheits- und Jugendämtern gesonderte Drogenberatungsstellen, darunter möglichst auch voll ausgebaute Beratungsstellen, zur Verfügung stehen. Dabei kommt dem verstärkten Ausbau der Erziehungsberatungsstellen besondere Bedeutung zu. Je nach Organisation und Arbeitsweise kann diesen Beratungsstellen die Drogenberatung einschließlich der nachgehenden Fürsorge angegliedert werden. Dem weiteren Ausbau eines Netzes der Erziehungsberatungsstellen muß auf lange Sicht besondere Beachtung gewidmet werden.

6. Therapieeinrichtungen

Einrichtungen zur Entgiftung

In der Entgiftungsphase sollen Drogenkranke hauptsächlich in den Entgiftungszentren der Universitätskliniken, in den Bezirkskrankenhäusern und inneren Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser behandelt werden. Darüber hinaus sind besondere Einrichtungen für diese Therapiephase im allgemeinen nicht erforderlich. Allerdings muß darauf hingewirkt werden, daß auch die Krankenhäuser der Grundversorgung über Intensivpflegestationen verfügen. Diese Forderung deckt sich mit einem allgemeinen gesundheitspolitischen Anliegen der Krankenhausplanung. Nach Auswertung eingeleiteter Erhebungen wird das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung prüfen, in welchen Krankenhäusern Intensivpflegestationen zur Entgiftung von akutkranken Rauschmittelabhängigen eingerichtet oder ausgebaut werden sollen.

Entwöhnung und Rehabilitation

Zur Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher und Heranwachsender in den Phasen der Entwöhnung und Rehabilitation sollen umgehend drei Modelleinrichtungen geschaffen werden (Arbeitstitel „Drogenkliniken“). Diese Drogenkliniken sollen der Unterbringung von Jugendlichen und Heranwachsenden dienen, die sich freiwillig oder durch Aufenthaltsbestimmung ihrer Eltern einer Behandlung unterziehen. Sie sollen zum Teil auch als Einrichtung nach § 93a des Jugendgerichtsgesetzes für die Einweisung drogenabhängiger Jugendlicher und Heranwachsender durch die Gerichte zur Verfügung stehen. Jede Drogenklinik soll über etwa 50 Plätze verfügen. Die personelle, räumliche und sachliche Ausstattung der Drogenkliniken und die Therapiemaßnahmen sollen sich nach einem Modell für die Entwöhnung und Rehabilitation drogenabhängiger Jugendlicher und Heranwachsender richten, das vom Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung entwickelt und in der interministeriellen Arbeitsgruppe behandelt wurde.

Die Einrichtung der Drogenkliniken ist besonders vordringlich, weil gegenwärtig nach Beendigung der Entgiftungsphase nur die Möglichkeit besteht, Jugendliche oder Heranwachsende an die Bezirkskrankenhäuser zu verweisen. Die Bezirke bemühen sich zwar, dieser Aufgabe in ihren gegenwärtigen therapeutischen Einrichtungen gerecht zu werden. Langfristig müssen aber neue Wege der Therapie beschritten werden, um die Erfolgsaussichten der Behandlung zu heben.

Prämienbegünstigt sparen? Ja!

Aber noch vor dem 29. Dezember



wenn's um Geld geht
Sparkasse

Als Träger der Drogenkliniken kommen die Bezirke in Betracht. Mehrere Bezirke können in den Formen des Gesetzes über die kommunale Zusammenarbeit gemeinsam handeln. Die Bezirke verfügen aufgrund ihrer sonstigen umfangreichen Tätigkeit auf dem Gebiet der Gesundheitspflege über die erforderliche personelle und organisatorische Leistungskraft, um die notwendigen Drogenkliniken zügig einrichten zu können. Die Bezirke sind zur Übernahme dieser Aufgabe auch bereit. Bei der Einrichtung der Drogenkliniken sollen die Bezirke durch den Staat auch finanziell unterstützt werden. Dafür sollen im Nachtragshaushalt 1972 ein Betrag von DM 600 000,- und zusätzliche Verpflichtungsermächtigungen bis zu DM 1 Mio. vorgesehen werden.

Die Erfahrungen mit den zunächst geplanten drei Drogenkliniken, die Ergebnisse der Repräsentativumfrage und die weitere Entwicklung des Problems werden zeigen, ob, an welcher Stelle und welcher Weise darüber hinaus zusätzliche Einrichtungen dieser Art erforderlich werden. Ebenso kann aufgrund der Erfahrungen zu gegebener Zeit entschieden werden, ob die Bereithaltung solcher Einrichtungen durch eine Ergänzung des Art. 48 Abs. 2 der Bezirksordnung dem Pflichtaufgabenkreis der Bezirke zugeordnet werden soll. Schließlich können sich Anhaltspunkte dafür ergeben, ob freiwillige Unterbringung oder unfreiwillige Unterbringung durch Gerichtsbeschluß erfolgversprechender ist.

Förderung von Therapieversuchen

Es ist zu begrüßen, daß auch auf dem Gebiet der Therapie, insbesondere der Rehabilitation, private Einrichtungen durch Verbände oder aufgrund bürgerchaftlicher Initiativen geschaffen wurden. Um weitere Erfahrungen zu gewinnen, sollen diese Einrichtungen im Jahre 1972 verstärkt gefördert werden. Hierfür ist ein Betrag von DM 360 000,- vorgesehen.

Förderung der Erziehungsberatungsstellen

Für besondere Maßnahmen der Erziehungsberatung im Zusammenhang mit der Betreuung und Behandlung drogenabhängiger oder drogengefährdeter Jugendlicher und der Beratung deren Eltern soll ein zusätzlicher Förderungsbetrag von DM 100 000,- eingesetzt werden.

7. Verkehrsmedizinische Fragen

Die Untersuchungen über die Bedeutung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs für die Sicherheit des Straßenverkehrs sollen erweitert und vertieft werden. Das gilt sowohl für die Frage, ob, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Konsum von Drogen und Rauschmitteln die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt als auch für die Entwicklung von Methoden zur beweiskräftigen Feststellung des Drogen- und Rauschmittelkonsums bei Fahrzeugführern. Zugleich soll geprüft werden, ob und unter welchen Voraussetzungen Personen, die drogenabhängig sind, allge-

mein als fahruntauglich mit der Folge anzusehen sind, daß ihnen die Fahrerlaubnis entzogen werden muß. Das Staatsministerium des Innern hat den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit gebeten, diese Fragen in dem Arbeitskreis der Drogenbeauftragten des Bundes und der Länder zu erörtern. Damit soll die Koordinierung geeigneter Maßnahmen auf Bundes- und Länderebene sichergestellt werden.

VII.

Kostenplan für des Jahr 1972

Im Nachtragshaushalt 1972 sind beim Einzelplan 13 Kap. 13 03 Titelgruppe 82 folgende zusätzliche Mittel vorgesehen:

Maßnahmen	zusätzliche Haushaltsmittel 1972
e) Repräsentativerhebung über Ausmaß und Erscheinungsformen des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs	100 000 DM zuzüglich bis zu 200 000 DM Verpflichtungsermächtigung
b) Verbesserung der Sachausstattung der Observationsgruppe des Bayerischen Landeskriminalamtes	108 000 DM
c) Anpassung der polizeilichen Fehndungstätigkeit an die veränderte Struktur und die verfeinerten Methoden der Rauschmittelhändlerkreise	182 000 DM
d) Ausstattung der bayerischen Polizeidienststellen mit Einweg-Testkombinationen und Drogen-Testköffern	42 000 DM
e) Verstärkung der Information und Fortbildung der Richter und Staatsanwälte	18 000 DM
f) Verstärkung der Fortbildung der Lehrkräfte	
g) Broschüren für Eltern und Erzieher, Faltblätter für Jugendliche und Heranwachsende, Unterrichtshilfen für Lehrer	40 000 DM
h) Maßnahmen der Aufklärung insbesondere unter Beteiligung von Hörfunk und Fernsehen	200 000 DM
i) Mitwirkung des Landeskriminalamtes bei der Aufklärung	50 000 DM
j) Förderung von Drogenberatungsstellen	500 000 DM
k) Einrichtung von Drogenkliniken durch die Bezirke (einschließlich einer sozialtherapeutischen Entziehungsenstalt für jugendliche und Heranwachsende)	600 000 DM zuzüglich 1 000 000 DM Verpflichtungsermächtigung
l) Förderung von Therapieversuchen	360 000 DM
m) Zusätzliche Förderung von Erziehungsberatungsstellen	100 000 DM
	2 300 000 DM
und Verpflichtungsermächtigungen	1 200 000 DM
Gesamtsumme	3 500 000 DM

VIII.

Maßnahmen in den folgenden Jahren

Die Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs stellt auch in den kommenden Jahren eine zusätzliche Schwerpunktaufgabe dar, die erhebliche finanzielle Anstrengungen des Staates und der Kommunen erfordert. Die Staatsregierung wird die für die Fortführung der im Jahre 1972 eingeleiteten oder weiter geförderten Maßnahmen erforderlichen Mittel in die Haushaltsvorlagen der folgenden Jahre aufnehmen.

Kampf gegen die Drogensucht in Bayern

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten KAMM (SPD) vom 10. April 1972:

„Staatsminister Dr. PIRKL hat als einen Schwerpunkt seiner Arbeit den Kampf gegen die Drogensucht in Bayern genannt. Ich frage dazu:

1. Welche Maßnahmen sind zwischenzeitlich – außer einer Flugblattaufklärung – durch das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung eingeleitet worden, um entsprechende Erfolge zu erzielen?
2. Welche Mittel stehen für diese Aufgabe von seiten des Landes insgesamt zur Verfügung und wie wurden diese eingesetzt?
3. Welche zukünftigen Maßnahmen und mit welchem Kostenaufwand beabsichtigt das Arbeits- und Sozialministerium?“

Antwort des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung vom 23. August 1972:

„Zur schriftlichen Anfrage des Herrn Abgeordneten KAMM darf ich zunächst auf die Berichte der Staatsregierung vom 17. März 1972 und 22. Mai 1972 Bezug nehmen, die einen Katalog von eingeleiteten und vorgesehenen Maßnahmen zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs in Bayern sowie einen Kostenplan für das Jahr 1972 enthalten.“

*) Im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht in Heft 9, Heft 10, Heft 11/1972 sowie in dieser Nummer.

Zu den einzelnen Maßnahmen nehme ich wie folgt Stellung:

Zu 1.:

Eine intensive und sachgerechte Aufklärung der drogengefährdeten Jugendlichen, der Eltern und Erzieher, setzt eine genaue Kenntnis der Motivationen voraus, die bei Jugendlichen in den verschiedenen Altersstufen den Drogen- und Rauschmittelkonsum auslösen. Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat daher bereits im Dezember 1971 ein auf die Dauer von zwei Jahren ausgelegtes Forschungsvorhaben des Direktors der Universitätsnervenlinik Würzburg, Professor Dr. SCHRAPPE, gefördert, das über die Zahl der Drogenkonsumenten im Regierungsbezirk Unterfranken, ihre Konsumgewohnheiten und ihre Motivationen Aufschluß geben soll.

Im August 1971 wurde der Landeshauptstadt München für einen Therapieversuch mit etwa zwölf Drogenabhängigen in Tandern, Landkreis Alchach, eine Zuwendung bewilligt. Außerdem wurden im Jahre 1971 fünf Drogenberatungsstellen und die Erarbeitung des Modells einer Drogenklinik gefördert.

Zu 2.:

Im Einzelplan 13 – Programm Soziale Einrichtungen – standen 1971 für die Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs nach Abzug der Haushaltssperren DM 36 000,— an Landesmitteln zur Verfügung. Damit wurden im einzelnen gefördert:

- a) Die Landeshauptstadt München zur Durchführung des Therapieversuches an Drogenabhängigen in Tandern mit DM 7 000,—,
- b) die Beratungsstelle des Vereins Drogenberatungsstelle e. V. Augsburg mit DM 4 400,—,
- c) die psychosoziale Beratungsstelle des Caritasverbandes der Diözese Regensburg und die Beratungsstelle für Suchtkranke und Suchtgefährdete für den Kreis Weiden/Neustadt WN mit insgesamt DM 2 580,—,
- d) die Betreuungs- und Beratungsstelle für drogenabhängige und -gefährdete Jugendliche des Diö-

ephedra forte-strath®

chronische Bronchitiden bis Asthma bronchiale

ephedra forte-strath® - nach dem Strath-Verfahren über lebende Hefezellen metabolisierte Pflanzen-Wirkstoffe.

100 ml Plasmolysat enthalten 100 ml Torula-utilis-Auszug aus 1,0 g Herb. Ephedrae, 0,8 g Tur. Pini, 0,8 g Fol. Belladonnae, 0,8 g Herb. Leontopodii, 0,8 g Stig. Maudis, 0,8 g Fol. Stramonii.



Strath-Labor GmbH
8405 Donaustauf

50 ml DM 6,05
100 ml DM 11,20
250 ml DM 21,70

zesan-Caritas-Verbandes Bamberg e. V. mit DM 2400,—,

- e) die Betreuungs- und Beratungsstelle für drogenabhängige und -gefährdete Jugendliche und deren Eltern der Stadt Nürnberg mit DM 3000,—,
- f) der Verein Drogenhilfe e. V. München für die Erarbeitung eines Klinikmodells mit DM 12 400,—, für das Forschungsvorhaben von Professor Dr. Schrappe wurde außerdem eine Zuwendung von DM 50 000,— gewährt.

Zu 3.:

Im Nachtragshaushalt 1972 sind für die Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs insgesamt DM 3 500 000,— vorgesehen. Das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung beabsichtigt, mit DM 100 000,— den Ausbau der Erziehungsberatungsstellen zu Auffangstellen im Rahmen des Beratungs- und Behandlungsnetzes für drogengefährdete und -abhängige Jugendliche und deren Eltern zu fördern. Über die bereits 1971 mit Bundes- und Landesmitteln geförderten Einrichtungen hinaus sollen weitere Drogenberatungsstellen in die Förderung einbezogen werden; hierfür sind Mittel in Höhe von DM 500 000,— vorgesehen.

Zur Behandlung drogenabhängiger Jugendlicher und Heranwachsender in den Phasen der Entwöhnung und Rehabilitation sollen Modelleinrichtungen (sogenannte Drogenkliniken) geschaffen werden; hierfür stehen Mittel in Höhe von DM 1 600 000,— zur Verfügung. Zunächst soll ein Projekt im fränkischen Raum verwirklicht werden. Nachdem sich die Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Bezirkstagspräsidenten bereit erklärt hat, die Trägerschaft für solche Einrichtungen zu übernehmen, stehe ich in Verhandlungen mit Herrn Bezirkstagspräsidenten HERGENRÖDER (Bezirk Oberfranken).

Mit DM 360 000,— sollen Therapieversuche (therapeutische Wohngemeinschaften, Landhausprojekte, Übergangsheime) zur Rehabilitation Drogenabhängiger unterstützt werden.

Neben speziellen Maßnahmen zur Aufklärung soll eine repräsentative Erhebung durchgeführt werden, die Aufschluß über das Ausmaß des Drogen- und Rauschmittelkonsums, die Motivation der Drogengefährdeten und -abhängigen sowie die sozialen Auswirkungen des Drogenmißbrauchs geben soll.

Ausweitung des Drogenmißbrauchs erkennbar

In der Ministerratssitzung am 31. Oktober 1972 nahm die Staatsregierung einen Bericht der Interministeriellen Arbeitsgruppe zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs zur Kenntnis. Aus ihm ergibt sich, daß sich der Anstieg des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs in Bayern im ersten Halbjahr 1972 deutlich verlangsamt hat, daß jedoch immer noch eine Ausweitung des Mißbrauchs erkennbar ist.

Infolge des verschärften Zugriffs der Polizei konnten mehr Fälle von Rauschmittelkriminalität festgestellt und konnten mehr Rauschmittel sichergestellt werden. Im ersten Halbjahr 1972 wurden sieben Todesfälle bekannt, die auf Rauschmittelwirkung zurückzuführen sind, 599 Drogenkranke mußten stationär behandelt werden. Von 5111 Personen — überwiegend jungen Menschen — wurde bekannt, daß sie Drogen mißbrauchen oder drogenabhängig sind. Es wurden 1933 Fälle von Rauschmittelkriminalität bekannt und 1230 kg Cannabis-Drogen, insbesondere Haschisch, sowie 6735 Trips LSD sichergestellt. 151 Einbrüche in Apotheken sind registriert worden.

-I/-H

(aus „Bayerischer Landtagsdienst“ Nr. 22 vom 31. Oktober 1972)

Amtliches

Verordnung zur Ausführung der Bundesärzteordnung (AVBÄO)

vom 5. Oktober 1972

Aufgrund des § 12 Abs. 5 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Februar 1970 (BGBl. I S. 237), erläßt die Bayerische Staatsregierung folgende Verordnung:

§ 1

- (1) Entscheidungen nach den §§ 3, 8 und 10 der Bundesärzteordnung trifft das Staatsministerium des Innern. Es ist auch zuständige Behörde im Sinne des § 9 der Bundesärzteordnung.
- (2) Für die Entscheidungen nach den §§ 5, 5 a und 6 der Bundesärzteordnung sind die Regierungen zuständig, in deren Bereich der Arzt seinen Wohnsitz hat oder zuletzt gehabt hat.



RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonithherapie des Altersherzense

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol-Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis
Visc. alb. 88 E7g, Apium grav. Aurioul. 88 7,3 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. 30 ml DM 4,20

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

(3) Zuständige Behörde im Sinne des § 35 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 2 und des § 40 Abs. 2 der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 (BGBl. I S. 1458) ist das Staatsministerium des Innern.

§ 2

(1) Zuständige Landesbehörde im Sinne der Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953 (BGBl. I S. 1334), zuletzt geändert durch Verordnung vom 24. Februar 1970 (BGBl. I S. 214), ist das Staatsministerium des Innern. Es ist auch vorgesetzte Behörde im Sinne des § 9 Abs. 1 Satz 4 der Bestallungsordnung für Ärzte.

(2) Die in der Bestallungsordnung für Ärzte vorgesehenen Entscheidungen trifft, soweit dort oder in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist, das Staatsministerium des Innern. Entscheidungen nach § 13 Abs. 2 der Bestallungsordnung für Ärzte trifft das Staatsministerium für Unterricht und Kultus.

(3) Entscheidungen nach § 26 Abs. 3 Satz 4 und § 37 Abs. 1 Satz 3 der Bestallungsordnung für Ärzte trifft der Vorsitzende des für die Prüfung zuständigen Prüfungsausschusses, vor dem der Kandidat die Prüfung ablegt.

§ 3

(1) Diese Verordnung tritt mit Wirkung vom 15. September 1972 in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt die Verordnung zur Ausführung der Bundesärzteordnung (AVBÄO) vom 21. Dezember

1961 (GVBl. S. 260), geändert durch Verordnung vom 25. Juni 1965 (GVBl. S. 96), außer Kraft.

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz vom 10. November 1972 (Gz. 2431 E - VII a - 2727/72)

Stellenausschreibung für hauptamtliche Ärzte bei bayerischen Justizvollzugsanstalten

Für Aufgaben der Gesundheitsfürsorge in bayerischen Justizvollzugsanstalten werden hauptamtliche Ärzte gesucht, die im Kreis weiterer Kollegen oder auch völlig selbständig interessante und vielseitige Aufgaben ausüben sollen.

In den Krankeneinheiten steht ausgebildetes Pflegepersonal zur Verfügung.

Auf Wunsch Übernahme in das Beamten- oder Angestelltenverhältnis. Die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst oder Facharztanerkennung sind nicht erforderlich. Aufstiegsmöglichkeiten sind gegeben. Dienstwohnungen können gegebenenfalls zur Verfügung gestellt werden.

Die Ausübung einer Privatpraxis wird gestattet.

Bewerbungen werden erbeten an das Bayerische Staatsministerium der Justiz, Abteilung F, 8000 München 35, Justizpalast am Karlsplatz, Telefon (08 11) 55 97 815.

31.12. Zapfenstreich für die 72er Prämie



Jetzt geht's um viel Geld. Denn jetzt können Sie noch die volle Jahresprämie für 1972 bekommen. Das heißt, Bauspargewinne zwischen 400 und 1.587 Mark kassieren.

Verpassen Sie diese Chance nicht! Bausparen ist eine der günstigsten Geldanlagen, die es heute gibt. Und die Möglichkeiten, von Ihrem Bausparvertrag zu profitieren, sind praktisch unbegrenzt.

Lassen Sie sich unverbindlich beraten. Sie finden uns überall. In unseren vielen Beratungsstellen und in allen Sparkassen. Aber kommen Sie vor dem Zapfenstreich für die 72er Prämie. Vor dem 31. 12.

Landes Bausparkasse

Bausparkasse der Sparkassen · 8 München 2 · Karolinenplatz 1 · Telefon 217 21

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

Das Bayerische Staatsministerium der Justiz hat die nichtrichterlichen Mitglieder der Ärztlichen Berufsgerichte und des Landesberufsgerichtes, deren Amtszeit abgelaufen ist, auf die Dauer von fünf Jahren neu

ernannt. Die Ernennung der nichtrichterlichen Beisitzer sowie deren Stellvertreter erfolgte auf Vorschlag des 25. Bayerischen Ärztetages 1972 in Augsburg.

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, Lendshut
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

Landesberufsgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht

Nichtrichterliche 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 Hertlöhner, Fürth
Dr. Kurt Göpfert, Schweinfurt
Dr. Eduard Hiller, Dachau
Dr. Armin Schmitt, Würzburg
Dr. Theodor Joob, München
Dr. Karl Hlendlmayer, Straubing
Dr. Alfons Ammerschläger, Aschaffenburg
Dr. Georg Sölla, Erlangen
Dr. Wilhelm Winkelhann, München

Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer

Theme: „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 410 220

Wer, bitte, hat schon gerne Schnupfen?

Eine verstopfte Nase, ein verwünschtes Kribbeln, ungebärdiges Tropfen und ein dumpfes Druckgefühl in Nasenwurzel und Stirn schikanieren den Verschnupften – und reflektorisch quillt zu allem Überfluß die Träne. Dies alles auch noch eine ganze Woche. –

Da jedermann weiß, daß niemand weiß, wie man den Schnupfen abschaffen könnte, versucht ein jeder auf seine Weise, der üblen Lage Herr zu werden. Frischluft, Nasentropfen, Salbe auf den Nasenrücken, Nasentropfen, zwei kräftige Schmeuzer, Nasentropfen, Inhalation, Nasentropfen, erleichtertes Aufatmen, Nasentropfen.

Und wie wär's mit Nasenspray?

Aber natürlich: Nasenspray.

Noch besser

Dexa-Rhinospray®

Dexa-Rhinospray versprüht – aus kleiner Druckdose – einen anti-

oedematös, antiexsudativ, antiinflammatorisch und antiallergisch hochwirksamen Nebel feinst verteilter Arzneistoffe: Der besonders lokal gefäßaktive Imidazolin-Abkömmling bewirkt das Abschwellen der Nasenschleimhaut, ohne daß eine reaktive Hyperämie folgt. Dexamethason-21-isonicotinat, bei gleichbleibender Verträglichkeit lokal mehrfach wirkungsstärker als das freie Dexamethason, besitzt antiexsudative, antiallergische und entzündungswidrige Eigenschaften. Neomycinsulfat, ein lokal gut gewebeverträgliches Antibiotikum mit niedriger Allergiequote, ist gegen das Aufkommen bakterieller Superinfektionen gerichtet.

Dexa-Rhinospray®

läßt den Verschnupften wieder nasenatmen
frei, wie in gesunden, frischen Morgenstunden.



Dexa-Rhinospray® Dosier-Aerosol

Indikationen

Heuschnupfen und andere allergisch bedingte Rhinitiden, chronische Schnupfenformen, besonders mit Beteiligung der Nasennebenhöhlen. Akute und chronische Gehörgangsentzündungen.

Kontraindikationen

Varizellen, spezifische Hautprozesse, Vakzinationsreaktionen, Mykosen, Neomycin-Allergie.

Dosierung

Als Einzelgabe genügt ein einmaliger Spray in jede Nasenöffnung bzw. in die betroffene Gehörgangsöffnung nach

besonderer Gebrauchsanweisung. Diese Anwendung kann bis zu 6 mal innerhalb 24 Stunden wiederholt werden. Dexa-Rhinospray ist nur für Erwachsene und Schulkinder bestimmt.

Eine Einzeldosis enthält:

2-(5,6,7,8-Tetrahydro-1-naphthylamino)-2'-imidazolin-HCl 0,12 mg, Neomycinsulfat 0,10 mg, Dexamethason-21-isonicotinat 0,02 mg
Originalpackung mit 9 g DM 9,95 lt. AT
Klinikpackung

Dr. Karl Thomae GmbH
Biberach an der Riss

Thomae

Äskulap und Pegasus

Jahresversammlung der deutschen Schriftstellerärzte

Dr. Schauwecker weiterhin Präsident

Am 14. September 1972 fand noch vor Beginn des Weltkongresses der UMEM die Jahresversammlung des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte e. V. statt. Von den 87 Mitgliedern waren 21 stimmberechtigte anwesend. Zu Beginn gedachte der Präsident der beiden verstorbenen Conseur Mordhorst und Confrère Friton. Nach den Berichten von Verbandssekretär Dr. Alfred Rottler und der Schatzmeisterin Dr. Elisabeth Lichdi, die ohne Diskussion zur Kenntnis genommen wurden, erteilte die Versammlung der Vorstandschaft einstimmig Entlastung. Die alte Vorstandschaft wurde darauf hin auf weitere zwei Jahre in ihrem Amte bestätigt. Der 1. Vizepräsident Dr. Gerd Vescovi trat wegen Ämterüberlastung zurück. An seine Stelle wurde der bisherige stellvertretende Schatzmeister Dr. Michael Soeder und an dessen Stelle Dr. Willy Eberhard Pfeiffer gewählt. Die Vorstandschaft setzt sich also wie folgt zusammen:

Präsident:

Dr. Heinz Schauwecker, 8434 Berching, Egerlandstraße 4

Vizepräsident:

Dr. Michael Soeder, 7410 Reutlingen, Gaisbühl 14

Dr. Karl Schwietert, 2551 Hamburg, Allermöhe-Deich 88

Schatzmeisterin:

Dr. Elisabeth Lichdi, 7100 Heilbronn, Im Stahlbühl 18

Stellvertreter:

Dr. Willy E. Pfeiffer, 7451 Rangendingen

Verbandssekretär:

Dr. Alfred Rottler, 8500 Nürnberg, Äußere Bayreuther Straße 72

Pressereferent:

Dr. Robert Paschke, 8535 Emskirchen, Joseph-Haydn-Straße 3

Auf Antrag von Verbandssekretär Rottler wurde eine Beitragserhöhung auf DM 30,- (bisher DM 20,-) einstimmig und vorsorglich eine Sonderumlage bei eventuellem Defizit durch die UMEM-Tagung von höchstens DM 20,- mit einer Stimmenthaltung beschlossen. Soweit bisher überschaubar, braucht die Sonderumlage nicht erhoben zu werden.

Eingehend wurde die Gründung einer eigenen Zeitschrift des Bundesverbandes der Schriftstellerärzte besprochen. So sehr diese zu begrüßen und zu wünschen wäre, fehlt es eben an dem nötigen Geld, so

daß eine solche in absehbarer Zeit nicht ins Leben gerufen werden kann.

Die nächste Jahresversammlung wird voraussichtlich in Hamburg stattfinden.

Generalversammlung der UMEM

Dr. Alfred Rottler Generalsekretär

Am 15. September 1972 versammelten sich die Conseurs und Confrères der Weltunion der Schriftstellerärzte im Regensburger Herzogssaal am Domplatz zu ihrer Generalversammlung. Dabei wurden folgende Beschlüsse gefaßt:

1. Generalsekretär Noël schlägt eine Zweiteilung seines Amtes vor. Durch einstimmigen Beschluß werden Dr. Paul Noël, Frankreich, für die geschäftlichen Belange (Administration) und Dr. Alfred Rottler, Deutschland, für die schriftstellerisch-literarischen Fragen zu Generalsekretären gewählt.

2. Die Wahlen zur Vorstandschaft sollen im nächsten Jahre stattfinden. Die bisherige Vorstandschaft wird en bloc für ein weiteres Jahr in ihrem Amte bestätigt, für den verstorbenen Confrère Nasi, Italien, wird Madame Margarete Liegeois de Miomandre, Belgien, zur Vizepräsidentin gewählt. Die Wahl vollziehen in Zukunft je zwei Delegierte jedes Landes. Sollte ein Land weniger Mitglieder haben, so muß der Betreffende in einem Lande seiner Wahl hospitieren. Alle anderen Beschlüsse werden nach wie vor vom Plenum, also von den Stimmberechtigten des Weltkongresses, gefaßt.

3. Als Kongreßland für 1973 wurde Polen mit einer Stimme Mehrheit vor Brasilien als Kongreßbaulichter bestimmt. Der Kongreßort ist Warschau, der genaue Zeitpunkt ist noch nicht bekannt. Als Thema wurde mit 21 gegen 17 Stimmen angenommen: „Der Arzt und der Frieden“. Es standen noch ähnliche Formulierungen zur Debatte, wie „Medizin und Frieden“, „Gegen die Enthumanisierung der Medizin“ und „Medizin und Humanismus“.

4. Ein Antrag von Confrère Rottler wurde mit wenigen Stimmenthaltungen angenommen: „Der XVII. Weltkongreß möge beschließen, den begrüßenswerten Antrag Polens auf Errichtung eines Internationalen Kinderzentrums bei Warschau gutzuheißen, Ideel zu fördern und den UMEM-Mitgliedern zu empfehlen, sich finanziell zu beteiligen.“

Wie die ganze Tagung, so verlief auch die Generalversammlung harmonisch trotz mancher unterschiedlicher Gegensätze. Erfreulich ist es, daß mit Confrère Rottler als Generalsekretär, wir Deutschen mit einem weiteren Mitglied in der Vorstandschaft der UMEM vertreten sind, ein Erfolg der wohl der ausgezeichneten Vorbereitung dieses Weltkongresses durch unseren Präsidenten Dr. Schauwecker und seiner Mitarbeiter mit zu verdanken ist.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Kongresse

1. Münchener Praktikum für gastroenterologische Endoskope

vom 12. bis 15. Februar 1973 in München

Vom 12. bis 15. Februar 1973 findet unter der Leitung von Privatdozent Dr. med. R. Ottenjann das 1. Münchener Praktikum für gastroenterologische Endoskopie statt.

Tegungsort: Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München.

Auskunft und Anmeldung: Dr. W. Wiesner, II. Medizinische Klinik rechts der Isar der Technischen Universität München, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22, Telefon (08 11) 41 40 - 23 10.

6. Einführungskurs in die Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand

vom 19. bis 24. Februar 1973 in Erlangen

Vom 19. bis 24. Februar 1973 findet in Erlangen der 6. Einführungskurs in die Wiederherstellungschirurgie der Nase und der Nasenscheidewand statt.

Vorgesehen sind Operationsdemonstrationen, Vorlesungen und praktische Übungen an der Leiche.

Auskunft und Anmeldung: Professor Dr. med. H. Masling, Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik, 8520 Erlangen, Waldstraße 1.

Kurs für Röntgenhelferinnen

vom 26. Februar bis 9. März 1973 in Erlangen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen findet in der Zeit vom 26. Februar bis 9. März 1973 in Erlangen statt. Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich.

Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 87)

Seminar über Präventiv-Kardiologie

vom 29. Januar bis 3. Februar 1973 in Höhenried
(Starnberger 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

Fortbildungsveranstaltung der DLRG in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband e.V.

am 31. März/1. April 1973 in Nürnberg

Am 31. März/1. April 1973 findet im Sportbau der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Regensburger Straße 160, eine Fortbildungsveranstaltung der DLRG in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband e.V. statt.

Thema: Schwimmen und Retten in Theorie und Praxis

Aus dem Programm: Kleinkinderschwimmen, Schwimmen als Volkssport, — als Leistungssport, — als Therapie, — als Beruf und Sport — Gefahren und Zwischenfälle beim Schwimmen — Der Ertrinkungstod — Reanimation — Einführung in die Intubation — Demonstrationen und Filmvorführungen.

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



Dismenol®

1 Tablette enthält: Paresulfamidobenzoensäure 0,05 g
Dimethylemino-phenylidimethylpyrazolon 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

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

Mit Beginn der kälteren Jahreszeit stieg im Oktober die Zahl der gemeldeten Schariacherkrankungen deutlich an, nämlich von 27 Fällen im September auf 62, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen (umgerechnet auf ein Jahr). Dagegen ging im Berichtsmonat, wie schon im September, die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung, insbesondere an den übrigen, nicht durch Meningokokken verursachten Formen zurück.

Erheblich niedriger als im September war im Oktober auch die Erkrankungsziffer an Salmonellosis (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung). Sie sank von 62 auf 28 je 100 000 der Bevölkerung. An Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) erkrankten dagegen mehr Menschen als im Vormonat, nämlich 44 je 100 000 Einwohner gegenüber 35 im September.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. Oktober 1972 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Meningokokken-Meningitis										übrige Formen		Salmonellosis			
	E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E BT		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E BT	
Oberbayern	—	—	185	—	—	—	3	—	9	1	—	—	6	—	1	—	8	—	97	—	2	—	—	—
Niederbayern	—	—	12	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	15	—	3	—	—	—
Oberpfalz	—	—	24	—	—	—	3	—	6	—	—	—	2	—	—	—	—	—	44	2	—	—	1	—
Oberfranken	—	—	65	—	—	—	2	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	1	4	1	—	—
Mittelfranken	—	—	103	—	—	—	5	—	4	—	1	—	—	—	—	—	3	—	16	—	2	—	—	—
Unterfranken	—	—	52	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	74	—	—	—	4	—	1	—	—	—	2	—	—	—	2	—	18	—	2	—	—	—
Bayern	—	—	515	—	—	—	20	—	34	1	3	—	10	—	1	—	13	—	228	3	13	1	1	—
München	—	—	51	—	—	—	1	—	4	—	—	—	3	—	—	—	4	—	56	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	33	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		18		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Amöbenruhr		Struvellose (übrige Formen)		Q-Fieber		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf								Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Peltancose		übrige Formen																			
	E ST		E ST		E ST		E BT		E ST		E BT		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	126	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Niederbayern	53	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	41	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Oberfranken	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Mittelfranken	45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Unterfranken	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	2	—	—	—	—	—	—	—	5
Schwaben	43	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	55
Bayern	361	2	—	—	2	—	1	—	1	—	2	—	9	—	9	3	—	—	—	—	—	—	—	74
München	60	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Augsburg	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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.

Mitteilungen

Richtfest im Klinikum Großhadern

Im Universitäts-Klinikum Großhadern wurde am 27. Oktober 1972 das Richtfest für den Behandlungstrakt, den Operationstrakt, den Verwaltungstrakt, das Wirtschaftsgebäude, das Kasino und die Nord- und Südpforte gefeiert. Damit sind jetzt alle Gebäude für die erste Teilinbetriebnahme zumindest im Rohbau fertiggestellt.

Die erste Ausbaustufe des Klinikums umfaßt ca. 122 200 qm Nettonutzfläche mit rund 1500 Klinikbetten. Die Baukosten für das Klinikum werden nach dem derzeitigen Kostenstand mit DM 720 Millionen veranschlagt. Das Klinikum Großhadern wird nach der Fertigstellung Europas größtes und modernstes Universitäts-Klinikum sein.

Grundkonzeption der Planung in Großhadern ist die optimale Zentralisierung. So wird das Klinikum u. e. das größte Klinikzentrellabor in Deutschland erhalten. Die Bauteile enthalten auch Räume für die nach modernsten Gesichtspunkten geplante elektronische Datenverarbeitung im Klinikum. Das Kernstück des Computer-Systems wird die Informationszentrale mit einem Großrechner sein, dessen Gedächtnis die wichtigsten Daten für die ärztliche Behandlung jedes Patienten enthalten wird. Dieser Rechner übernimmt die Patientenaufnahme über Bildschirmgeräte, steuert den Betriebseblauf im Klinikum und stellt ein wichtiges Instrument zur Rationalisierung für die Klinikverwaltung dar. Mit dem Zen-

tralrechner arbeiten mehrere kleinere Computer mit Spezialaufgaben zusammen: im Zentrellabor, im Forschungslabor, in der Kardiologie, in der Intensivpflege und in der Nuklearmedizin.

Nördlich vom Bettenhaus, dessen Inneneusbau bereits weit fortgeschritten ist, liegt der dreigeschossige Untersuchungs- und Behandlungstrakt sowie der siebengeschossige OP-Trakt mit jeweils zwei Untergeschossen. Seine Gesamtlänge beträgt rund 280 m, seine Gesamtbreite rund 75 m.

Der Untersuchungs- und Behandlungstrakt Ost enthält die Kardiologie einschließlich der Pulmologie, die Herz-Thorax-Chirurgie, die Innere Medizin, die Forschungslabors mit Schwach-Isotopenabteilung, die Röntgen-Diagnostik II mit 28 Arbeitseinheiten, die Notfallaufnahme, das vollautomatische klinisch-chemische Zentrellabor mit Datenverarbeitung sowie das medizinische Zentralmagazin.

Im Untersuchungs- und Behandlungstrakt Mitte befinden sich die Neurochirurgie, die Neurophysiologie, die Plastische Chirurgie, die Urologie, die Röntgendiagnostik I mit 26 Arbeitseinheiten, die Chirurgische Ambulanz mit 4 Not-OP's, des Blut-Depot, die Bettenzentrale zur Desinfektion der unreinen Betten (280 Bettgestelle), die Zentral-Apotheke und die Zentralsterilisation.

Der Untersuchungs- und Behandlungstrakt West umfaßt die HNO-Abteilung, die Neurologie, die Augenabteilung, die Orthopädie mit orthopädischen Werkstätten, die Strahlentherapie mit echt Bestrahlungsgeräten sowie das Zentralmagazin.

Im Operationstrakt sind 26 Operationseinheiten mit Aufwechräumen, Zentren für Instrumenten- und Gerätesterilisation, die Anästhesiologie und chirurgische Forschungslabors untergebracht.

Der Verwaltungstrakt Süd bildet die Fortsetzung des Direktionstraktes nach Osten und enthält die Direktion mit dem Verwaltungsdirektor und dem ärztlichen Direktor, die personalgebundene Verwaltung und die Informationszentrale.

Der Verwaltungstrakt Nord verbindet das Bettenhaus Ost mit der Eingangshalle und umfaßt die patientengebundene Verwaltung, verschiedene Läden und die Poststelle.

Dr. Edmund Beneschewski 65 Jahre

Verleger Dr. E. Banaschewski wurde am 16. November 1972 65 Jahre alt. Sein Lebenswerk erfährt gerade in diesen Tagen eine besondere Bereicherung durch die Vollendung eines neuen, großzügig geplanten und architektonisch vorbildlich gestalteten Verlagsgebäudes am Waldrand von Gräfelfing vor Münchens Toren. Vor 25 Jahren erschien als erste medizinische Zeitung dieses Verleges die „Ärztliche Forschung“.

Ein Jahr später folgte die „Ärztliche Praxis“ im Rotationsdruck.

Zum Therapie-Kongreß 1953 begründete Dr. Banaschewski die „Tägliche Ärztliche Praxis“, die als bebilderte Schnellberichterstattung den Kongreßbesucher bereits am späten Nachmittag über das Kongreßgeschehen des Vormittags informiert.

Weitere wesentliche Zeitschriften des Verlags sind die „Zahnärztliche Praxis“ und „euromed“.

Pesslorin Dragees

1 Dragee 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

Passlorin liq.

Extr. Passiflor. Incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis aquos spiss.	5 Vol. %
Tinct. Crataeg. oxyacanth.	11 Vol. %

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

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

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

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passlorin Dragees:

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

Passlorin liq.:

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

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passlorin®

Kongreßreisen

Das Deutsche Reisebüro (DER) führt in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Pressestelle für Baden-Württemberg sowie den Redaktionen „Bayerisches Ärzteblatt“, „Niedersächsisches Ärzteblatt“ und „Rheinisches Ärzteblatt“ folgende Kongreßreise durch:

Ärztliche Studienreise nach Fernost vom 10. bis 25. Februar 1973

Theme: Erfahrungen über Adeptions- und Krankheitsprobleme in tropischen Ländern als Grundlage für ärztliche Beratung

Das wissenschaftliche Programm wird durch Seminare und Demonstrationen in Hongkong-Chiengmal und in Bangkok gestaltet.

Fluggemeinschaftsreise anläßlich des II. Internationalen Kongresses für Gruppenmedizin in Rio de Janeiro vom 11. bis 16. März 1973

Das Programm hat folgende Hauptthemen: Berufliche Zusammensetzung in Gruppenpraxen – Gruppenmedizin und ihre technischen Aspekte – Der Leistungsempfänger in Beziehung zur Gruppenmedizin – Wirtschaftliche und finanzielle Aspekte der Gruppenmedizin

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16.

Anmeldungen: Deutsches Reisebüro (DER), Abteilung „Ärztliche Kongreßreisen“, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25–27.

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.

Februar 1973

3. – 6. 2. in Kassel:

3. Wissenschaftlicher Kongreß „Drogenkonsum und Abhängigkeit, Therapie und Rehabilitation“. Auskunft: Deutsche Akademie für medizinische

Fortbildung, 3500 Kassel, Schöne Aussicht 2.

8. – 9. 2. in Frankfurt:

XIII. Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., 6000 Frankfurt, Feuerbachstraße 14.

16. – 17. 2. in Erlangen:

Fortbildungstege in der Praktischen Medizin. Auskunft: Frau Schett, Kongreßsekretariat, Medizinische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

28. 2. – 3. 3. in Berlin:

19. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Professor Dr. J. Krecht, 6300 Gießen, Klinikstraße 32 g.

März 1973

3. – 17. 3. in San Martino di Castrozza:

XLIV. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes (Friedrichkurs) zur Erlangung des Sporterztdiplomes und der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“. Auskunft: Obermedizinalrat Dr. Fr. Friedrich, 8000 München 40, Wilhelmstraße 16.

4. – 17. 3. in Saalbach:

Winterlehrgang des Sportärztebundes. Auskunft: Dr. J. Gläser, 6200 Wiesbaden, Dotzheimer Straße 69.

6. – 10. 3. in Essen:

IX. Essener Fortbildung für Augenärzte. Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V., 4000 Düsseldorf 11, Wildenbruchstraße 21.

6. – 10. 3. in Tucson:

4. Internationaler Lymphologie-Kongreß. Auskunft: Internationale Gesellschaft für Lymphologie, CH-8028 Zürich, Postfach 128.

11. – 24. 3. in Devos:

XXI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. (Theme: Humangenetik als Aufgabe der ärztlichen Praxis.) Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

12. – 24. 3. in Badgastein:

XVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer. (Theme: Humangenetik als Aufgabe der ärztlichen Praxis.) Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

16. – 17. 3. in Erlangen:

6. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie. Auskunft: Privatdozent Dr. R. Ottenjenn, I. Medizinische Abteilung, Städtisches Krankenhaus München-Neuperlach, 8000 München 83, Oskar-Maria-Graf-Ring 51.

19. – 24. 3. in Wien:

I. Internationaler Kongreß für Prothesentechnik und funktionelle Rehabilitation. Auskunft: Dr. L. Zemann, Wiener Medizinische Akademie, A-1010 Wien, Stadiongasse 6-8.

23. – 25. 3. in Rom:

5. Europäisches Gastrokammer-Symposium. Auskunft: Dr. W. Bergemann, Klinikum Steglitz, 1000 Berlin 45, Hindenburgdamm 2.

„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. Postzeitungsgebühren 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 Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 61, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner jr., 8080 Dachau.

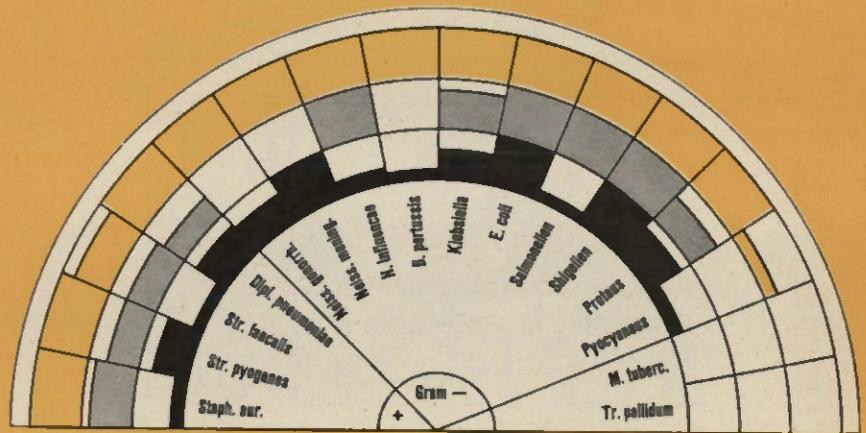
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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



Angina,
Sinusitis,
Bronchitis,
Pneumonie,
Cystitis,
Pyelonephritis,
Darminfektionen

BACTRIM[®] ROCHE



— BACTRIM
— Trimethoprim
— Sulfonamide

MEHR SICHERHEIT DURCH BREITES SPEKTRUM

Kontraindikationen

Schwere Leberschäden, Blutdyskrasien, Niereninsuffizienz, Sulfonamidüberempfindlichkeit. Bactrim ist vorläufig während der Schwangerschaft kontraindiziert. Falls eine solche nicht ausgeschlossen werden kann, sind mögliche Risiken gegen den erwarteten therapeutischen Effekt abzuwägen. Ferner sollte Bactrim Früh- und Neugeborenen während der ersten Lebenswochen nicht verabreicht werden.

Verträglichkeit

Bactrim ist in der angegebenen Dosierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen sowie Arzneimitteloxantheme können auftreten. In vereinzelten Fällen, vorwiegend bei älteren Patienten, sind hämatologische Veränderungen beobachtet worden. Dabei handelt es sich fast stets um leichte, asymptomatische Erscheinun-

gen, die sich nach Absetzen des Medikamentes als reversibel erwiesen.

Vorsichtsmaßnahmen

In Fällen mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Dosis zu reduzieren bzw. das Dosierungsintervall zu verlängern, um eine Kumulation im Blut zu vermeiden. Bei solchen Patienten sollten Bestimmungen der Plasmakonzentration durchgeführt werden. Falls Bactrim über längere Zeit verabreicht wird, sind regelmäßige Blutbildkontrollen angezeigt. Außerordentlich selten können asymptomatische Veränderungen auftreten, die auf einen Folsäuremangel schließen lassen und durch eine Folsäure-Behandlung beseitigt werden können.

Wenn während der Behandlung Exantheme auftreten, ist das Medikament unverzüglich abzusetzen.

1 Tablette enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol, 1 Kindertablette enthält 20 mg Trimethoprim und 100 mg Sulfamethoxazol, 5 ml (1 Meßlöffel bzw. Teelöffel) Sirup enthalten 40 mg Trimethoprim und 200 mg Sulfamethoxazol. Der Sirup enthält in 5 ml 2,5 g Zucker.

Packungen und Preise

20 Tabletten DM 18,15 m. U. St.
50 Tabletten DM 41,30 m. U. St.
20 Kindertabletten DM 5,70 m. U. St.
50 Kindertabletten DM 13,60 m. U. St.
Sirup 100 ml DM 12,50 m. U. St.



Hoffmann-La Roche AG, 7000 Basel

Im Städtischen Marienkrankenhaus Amberg ist die Stelle des

Chefarztes der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung

zum 1. September 1973 neu zu besetzen. Derzeitiger Stelleninhaber **Obermedizinaldirektor Dr. Max Brandl**
Das Schwerpunktkrankenhaus (ca. 635 Betten) ist modernst ausgestattet, verfügt über sechs Fachabteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie, Radiologie und Anästhesie), deren Chefarzte zur vollen Facharztweiterbildung ermächtigt sind. Eine Pathologie ist im Aufbau. Urologie, HNO- und Augenabteilung werden von Belegärzten versorgt.

Gesucht wird ein hochqualifizierter Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der bereits mehrere Jahre als Oberarzt in einer Universitätsklinik oder an einem größeren Hause tätig war und neben der abdominalen auch die vaginale Operationstechnik beherrscht. Die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung verfügt über 112 Planbetten und ist mit einem Oberarzt, sechs Assistenzärzten und zwei Medizinalassistenten ausgestattet. Alle modernen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten (Amnioskopie, Pelviskopie, Kardiotokographie, Ultraschalldiagnostik, Radium- und Kobalt-Therapie) sind gegeben.

Amberg ist eine reizvolle, im zentralen Stadtbild mittelalterliche, ansonsten aufstrebende moderne Stadt mit 50 000 Einwohnern in der waldreichen Oberpfalz und hat direkten Autobahnanschluß. Alle höheren Schulen sind vorhanden.

Vergütung des Chefarztes erfolgt durch Privatvertrag in Angleichung an BAT. Nebeneinnahmen durch Liquidationsrecht bei stationären Privatpatienten der ersten und zweiten Verpflegsklasse, außerdem Privatsprechstunde und Konsiliartätigkeit.

Bewerbungen mit allen entsprechenden Zeugnisunterlagen incl. Lichtbild sind baldmöglichst zu richten an das Personalamt der Stadt 8450 Amberg, Rathaus.

Am Kreiskrankenhaus Kelheim, das z. Z. von 210 auf 360 Betten erweitert wird, ist zum 1. 1. 1973 oder später die Stelle

1 Assistenzarztes für die chirurgische Abteilung

zu besetzen. Das Operationsprogramm der chirurgischen Abteilung umfaßt sämtliche großen abdominalen Eingriffe, Strumen, urologische Operationen, die modernen Osteosyntheseverfahren sowie die Versorgung mit Totalendoprothesen, ferner DA-Tätigkeit, die volle Zulassung zum berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren, die Ermächtigung zur Weiterbildung von Allgemeinärzten und Fachärzten für Chirurgie (3 Jahre).

Wir haben bestes Arbeitsklima.

Die Vergütung erfolgt nach Verg.-Gruppe II a BAT zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung und Gutschriftstätigkeit. Bei der Wohnraumbeschaffung sind wir behilflich. Naturwissenschaftliches Gymnasium, Hallen- und Freibad am Ort.

Kelheim liegt als aufstrebende Kreisstadt in landschaftlich reizvoller Umgebung an der Einmündung der Altmühl in die Donau.

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

Herrn Dr. med. Friedrich Zistl, Chirurzt der chirurgischen Abteilung, 8420 Kelheim, Hemsauer Straße 50



Der
Krankenhauszweckverband Augsburg
sucht für seine
Abteilung für Anästhesie
und Intensivpflege
zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Assistenzärzte

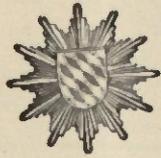
Der Krankenhauszweckverband Augsburg ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit über 1800 Betten, in dem die Krankenanstalten der Stadt und des Landkreises Augsburg zusammengeschlossen sind.

Die Abteilung betreut etwa 900 operative Betten mit einer modern eingerichteten Intensivstation. Sie ist zur vollen Facharztweiterbildung ermächtigt.

Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/1 b BAT. Geboten werden neben den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen kostenlose Schutzkleidung, entsprechende Bereitschaftsdienstentschädigung, zinslose Darlehen für Sonderanschaffungen (z. B. Kfz, Möbel) bis zur Höhe von DM 3000,-. Außerdem besteht die Möglichkeit der Gewährung eines zinslosen Baudarlehens. **Urlubsheim im Allgäu** steht zur Verfügung. Ein Essenszuschuß wird gewährt. Die Unterbringung in einem der modernen Wohnheime ist möglich.

Augsburg ist eine Großstadt mit allen weiterführenden Schulen und einer Universität, derzeit mit den Fachbereichen für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Jurisprudenz, katholische Theologie und Philosophie.

Bitte senden Sie uns Ihre Bewerbung oder rufen Sie uns an, damit wir einen Termin vereinbaren können. Krankenhauszweckverband Augsburg, 8900 Augsburg, Unterer Graben 4, Personalabteilung, Zimmer 11, Telefon (08 21) 324 45 15.



**Die
Bayerische
Bereitschafts-
Polizei**

**sucht für Ihre Dienststelle
in Dachau einen
Arzt**

Die Tätigkeit – Untersuchung, Behandlung und Begutachtung junger Polizeibeamter und Polizeibewerber – ist vielseitig und interessant.

Geboten wird bei Vorliegen der beamtenrechtlichen Voraussetzungen eine Vergütung nach A 15 (Medizinaldirektor) mit einer Zulege.

Privatärztliche Nebentätigkeit ist erlaubt. Freistellung vom Wehrdienst.

Bei der Beschaffung einer Wohnung ist der Bayerische Staat behilflich. Trennungsgeld, Umzugskosten und Beihilfen im Krankheitsfalle werden nach gesetzlichen Bestimmungen gewährt.

Anfragen sind zu richten an den

Leitenden Arzt bei der Direktion der Bayerischen Bereitschaftspolizei, 8000 München 80, Rosenheimer Straße 130, Telefon (08 11) 44 99 46.

**MTA
mit Röntgen-Kenntnissen**

eventuell auch in Halbtagsstellung im Raum München-Rosenheim für moderne Kurklinik zum 1. Januar 1973 gesucht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/379 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

im Kreis Krankenhaus 8210 Prien/Chiemsee wird im Frühjahr 1973 eine interne Abteilung eingerichtet.

Hierfür suchen wir je einen

**Chefarzt (Facharzt)
Oberarzt (Facharzt)
Assistenzarzt**

Von den 130 Betten des Krankenhauses werden etwa 50 auf die interne Abteilung fallen.

Geboten wird Vergütung nach BAT; darüber hinaus Nebeneinnahmen aus Liquidationsrecht (Chefarzt) sowie Bereitschaftsdienstvergütung und Kollegialebgabe aus den Privatliquidationen (Oberarzt und Assistenzarzt).

Prien ist ein aufstrebender Luft- und Kneippkurort (7000 Elnw.) mit hohem Freizeitwert und günstigen Verkehrsverbindungen nach München und Salzburg (Autobahn, D-Zug-Haltestation). Am Ort befindet sich ein voll ausgebautes Gymnasium. Andere weiterführende Schulen sind in der Nähe. Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und Lichtbild werden bis zum 31. Dezember 1972 erbeten an das Referat III des Landratsamtes 8200 Rosenheim, Wittelsbacherstraße 53.

Zolghadar

Inh. Humbert Saemmer



**TEPPICHE
aus PERSIEN
und CHINA**

**München Maximilianstr. 33 u. 34
Ingolstadt Theresienstr. 28**

Die Ringberg-Klinik, Klinik für interne Krebstherapie, sucht für den Aufbau und die Leitung eines immunologischen Forschungslaboratoriums einen erfahrenen

Immunologen

In enger Zusammenarbeit mit dem Ärzteteam der Klinik sollen die am Krankenbett gemachten Beobachtungen wissenschaftlich untersucht und ausgewertet werden.

Der Bewerber soll gründliche Kenntnisse und praktische Erfahrungen auf dem Gebiet der Krebsimmunologie besitzen; mit den Problemen der humoralen und zellulären Immunabwehr, der Resistenz-, Antigen-, Antikörper- und Interferonbestimmung vertraut sein. **Eingerichtete Laboratorien werden zur Verfügung gestellt.**

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Zeugnissen und Lichtbild sowie etwaigen wissenschaftlichen Veröffentlichungen des Bewerbers erbeten an

**Chefarzt Dr. Issels, Ringberg-Klinik, 8183 Rottach-Egern, Ringbergstraße 30,
Telefon (0 80 22) 64 58 - 59**

An den drei Krankenhäusern des Illerkreises/Bayern sind zum baldmöglichsten Zeitpunkt folgende Chefarztstellen neu zu besetzen:

Chefarzt

für die chirurgische Abteilung des Krankenhauses in Neu-Ulm (z. Z. 150 Betten, Erweiterung auf 280 Betten geplant)

Chefarzt

für die chirurgische Abteilung des Krankenhauses in Iller-Issen (z. Z. 180 Betten, Erweiterung auf 300 Betten geplant)

Chefarzt

für die Innere Abteilung des Krankenhauses in Weißenhorn (z. Z. 118 Betten, Erweiterung auf 220 Betten vorgesehen)

Die chirurgischen Chefärzte mit Facharztanerkennung müssen eine längere praktische Erfahrung auf den Gebieten der allgemeinen Chirurgie und der Unfall- und Knochenchirurgie nachweisen können, sowie die Zulassungsvoraussetzungen der Berufsgenossenschaften erfüllen.

Der Chefarzt für innere Krankheiten muß neben der Facharztanerkennung umfassende Kenntnisse in der inneren Medizin nachweisen können und die Voraussetzungen für die Ermächtigung des Hauses zur Facharztweiterbildung erfüllen. Die Vergütung der Chefärzte erfolgt im Angestelltenverhältnis, Liquidationsrecht nach näherer Vereinbarung (Überweisungspraxis).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen umgehend an des Landratsamt Illerkreis, 7910 Neu-Ulm, Maximiliansstraße 2, Telefon: (07 31) 7 01 71

Der Landkreis Passau sucht für die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung (66 Betten) im Kreiskrankenhaus Griesbach I. R. baldmöglichst einen

Assistenzarzt oder Assistenzärztin

Geboten werden: BAT II, Ortsklasse A, Bereitschaftsdienst-Einzelvergütung, Nabeneinnahmen, mod. Geburtshilfe (MBU, CTG, Ultraschallbildgerät). Zur Facharztweiterbildung werden drei Jahre angerechnet. Für Ledige besteht die Möglichkeit, im Hause zu wohnen, Verheirateten sind wir bei der Wohnungssuche behilflich.

Die Stadt Griesbach ist ein aufstrebender Fremdenverkehrsort im ostniederbayerischen Hügelland mit ca. 6000 Einwohnern. Es bestehen Verkehrsverbindungen zur nahen Dreiflüssestadt Passau und den oberbayerischen und österreichischen Seen. Tennisplätze, Freibad und Helfenschwimmbad sind im Ort vorhanden.

Gewerbungen sind zu richten an Chefarzt Dr. Fr. J. Ferstl, 8399 Griesbach, Kreiskrankenhaus, Telefon (0 85 32) 688.

Anzeigenschlußtermin
für die Februar-Ausgabe ist am
5. Januar 1972

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Cruste lectea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Treumen und Ulzere durch

BEFELKA-OEL

ist von Überzeugender Eindringkraft

Ärztemuster durch:
BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 4500 Osnabrück, Postfach 1351

Gegen Enuresis nocturna

Ist HICOTON als Spezifikum seit vielen Jahren bestens bewährt und in allen Apotheken erhältlich!

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. each. 50 mg, Sojalezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhols arom. 5 mg, Extr. Humuli lupuli 2,5 mg, Extr. chinee 2,5 mg, Cemph. monobr. 0,05 mg.

Keine Kontraindikation, keine Nebenwirkung! 35 Tabl. 8,20 DM, 300 Tabl. 38,10 DM. Ärztemuster durch: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, 8024 München-Deisenhofen, Am Alten Weg 20

DR. SCHEDE'S Kindersanatorium
„Klaus-Andreas-Helm“

7891 Uhltingen



Südschwarzwald, 700.
Moderner Neubau in sonniger Lage, 25 Hektar, 0-13 J.
Tägl. Gymnastik-Unterricht.
Ständige ärztl. Betreuung im Hause.

Ltg.: Frau Dr. med. E. Ries-Schede

„Stetophon“

ELEKTRO-STETHOSCOPIUM

Bequeme, zuverlässige und lautstarke Auskultation.
Herz, Kreislauf, Atmung usw.
im Hörer oder Lautsprecher.
Prospekt: SANITEST
6 Frankfurt/M.-Eckenheim 358



KLEINTRESOR
feuersicher
Einbautresore ab
DM 158,50
Katalog „BY“ freil
W. Dralsörner
6000 Frankfurt/M. 50
Postfach 50 10 49

Suche zum 1. Januar 1973
Interessante Stelle als

Arzthelferin oder Arztsekretärin

Raum München bevorzugt.
Alter 19 Jahre, Examen 1971.

Zuschriften erbeten unter
Nr. 331/402 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES
ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Günstige Niederlassungsmöglichkeit für Arzt in
Straubing (Stadtmitte), 180 qm, Zentralheizung, Aufzug,
Apothek im Haus.
Telefon (08 51) 27 30