Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 6

Kassenarzt 1973

Nach einem Referat auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im April 1973

von Professor Dr. med. H.-J. Sewering

Die politische Landschaft

C. G. JUNG schrieb 1957 in seinem Buch „Gegenwart und Vernunft": „Vernünftige Argumentation ist nur möglich und aussichtsreich, solange die Emotionalität einer gegebenen Situation einen gewissen kritischen Grad nicht überschreitet. Übersteigt aber die affektive Temperatur dieses Niveau, dann hört die Wirkungsmöglichkeit der Vernunft auf und an ihre Stelle treten der Slogan und das chimärische Wunschgebilde, das heißt eine Art von kollektivem Besessenheitszustand, welcher sich zunehmend zu einer Epidemie entwickelt." An diese – im Jahre 1957 geschriebenen – Worte wird man oft erinnert, wenn man heute einen Blick in unsere politische, gesellschaftspolitische, gesundheits- und sozialpolitische Landschaft tut.

Das spüren auch wir Ärzte im zunehmenden Maße. Wir sehen uns einem breiten Spektrum von Kritik, Angriffen, Forderungen und Plänen gegenüber, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen. Wir tun es gerne, solange, um mit Jung zu sprechen, die Emotionalität einen gewissen kritischen Grad nicht überschreitet. Das ist allerdings leider allzu häufig der Fall. Es ist manchmal kaum mehr zu fassen, wer alles sich heute bemüßigt und befugt fühlt, auf dem Gebiete des Gesundheitswesens mitzureden, mitzumischen und vor allem zu verändern. Der Kreis reicht vom reinen Pragmatiker, der nichts anderes hat als Wünsche nach mehr Einfluß und mehr Macht in unserem Bereich – natürlich für weniger Geld –, bis hinüber zu den totalen Systemveränderern, deren „kollektiver Besessenheitszustand" sich tatsächlich zunehmend zu einer Epidemie entwickelt.

Gesundheits-, Sozial- und Gesellschaftspolitik verschwimmen dadurch heute immer mehr, und es ist unendlich schwierig, im Einzelfall jeweils den richtigen Hintergrund und die richtige Motivation der Bestrebungen und Vorstellungen zu erkennen. Unter dem gesundheitspolitischen Vorwand, es müsse endlich dem armen Patienten besser gehen, wird gesellschaftspolitische Systemveränderung betrieben um ihrer selbst willen und ohne jede Rücksicht auf das tatsächliche Interesse des Kranken. Stünde dieser nämlich im Mittelpunkt des Interesses, dann müßte man doch wenigstens gelegentlich einen kritischen Blick dorthin richten, wo der Patient von der „Last des Kepitelismus" schon völlig „befreit" ist, oder wenigstens, wie in Schweden, auf dem Gebiete des Gesundheitswesens die „Segnungen" des Sozialismus bereits in vollen Zügen „genießen" kann. Wer dann immer noch der Überzeugung ist, daß diese Veränderungen tatsächlich im Interesse des Patienten liegen, bei dem hat, um wieder mit C. G. Jung zu sprechen, die „Wirkungsmöglichkeit der Vernunft" aufgehört und an ihre Stelle ist bereits der Slogan und das chimärische Wunschgebilde getreten.

Daß das Interesse des Mitmenschen immer mehr zum Vorwand wird, zum Mittel zum Zweck, das beobachten wir nicht nur auf dem Gebiete des Gesundheitswesens. Wer in der letzten Zeit bekanntgewordene Pläne zur „Vermögensumverteilung" aufmerksam und mit wachem Blick gelesen hat, dem kann es einfach nicht entgangen sein, daß auch hier der liebe gute Mitmensch, in diesem Falle der Arbeitnehmer, in geradezu fataler Weise zum Vorwand genommen wird, um reine Machtpolitik zu betreiben und über die Syndikalisierung letztlich zu einer Sozialisierung unserer Wirtschaft und damit unserer Gesellschaft zu gelangen. Wir können hinblicken, wo wir wollen, eines steht unbestreitbar fest: In keinem Land mit einer entwickelten Gesellschaft hat die sozialistische Umfunktionierung oder der sozialistische Umsturz auch nur den kleinsten Vorteil für den Bürger gebracht! Die Menschen dieser Länder sind zu Opfern eines Systems geworden, das nur kaltblütigen Ideologen und Drahtziehern echte und erstrebenswerte Lebensmöglichkeiten bietet. Wir sollten nicht zögern, das immer wieder herauszustellen, wenn wir uns nicht dem Vorwurf aussetzen wollen, mitschuldig zu sein an einer Entwicklung, die aus dem freien Bürger zunehmend einen Sklaven des Systems macht.

Es ist einleuchtend, daß der Freiberufler in eine gesellschaftspolitische Landschaft, die in ihrem Bild

durch das gelenkte Kollektiv bestimmt wird, nicht hineinpaßt. Der freipraktizierende Arzt ist aber nun einmal ein klassischer Repräsentant dieser Gruppe unserer Gesellschaft. Er hat noch den weiteren Nachteil, daß er einer Berufsgruppe angehört, die nicht nur klare Vorstellungen von ihrer Aufgabe hat, sondern darüber hinaus nech wie vor — und trotz jeder Gegenpropaganda — ein besonders hohes Ansehen in unserer Bevölkerung genießt. Kein Wunder, wenn sich deshalb die Pfeile ganz besonders gegen uns richten. Von der Diskriminierung bis zur Aufweichung werden alle Methoden versucht, die Aussicht euf Erfolg versprechen.

in der letzten Zeit konnte man einmal iesen, man solle nicht immer freipraktizierender Arzt und freier Arzt gleichsetzen. Auch der Arzt, der auf Gehalt angewiesen sei, der im Dienstverhältnis stehe, sei in seiner Berufsausübung ein freier Arzt. Es käme elso auf das Freiberufliche überhaupt nicht an. Auch hinsichtlich der Leistung stehe der angestellte Arzt dem freipraktizierenden in keiner Weise nach. Dieser Aussage stimme ich in vollem Umfange zu! Allerdings mit einer „kleinen" Einschränkung. Sie gilt, solange wir das Glück haben, in unserer derzeitigen, so hart erkämpften und erarbeiteten freien Gesellschaftsordnung zu leben.

Solange der einzelne Arzt noch die freie Entscheidung darüber hat, wo und wie er seinen Beruf eusüben möchte, wird er immer sein Bestes geben in d e r Berufsausübung, für die er sich freiwillig entschieden hat. Wer in freiem Entschluß Medizinalbeamter wurde, obwohl er auch die Möglichkeit gehabt hätte, freipraktizierender Arzt zu werden, der hat Neigung und Freude an dieser Form der Berufsausübung und seine Leistung hängt in keiner Weise davon ab, daß er Beamter ist und Gehalt bezieht. Unsere freiheitliche Demokratie gewährleistet ihm darüber hinaus euch, daß er seine ärztlichen Entscheidungen nach seinem Gewissen treffen kann.

Aber euch unsere jungen Koilegen in den Krankenenstalten geben — obwohl sie auf Gehalt arbeiten — ihr Bestes her. Sie tun es, weil sie wissen, daß sie in einen Beruf hineinwachsen, dem die derzeitige staatliche und gesellschaftliche Ordnung noch freie Entfaltungsmöglichkeiten sichert.

Wer daraus ein Argument für die Systemveränderung machen will, muß entweder selbst verblendet sein oder mit unserer Blindheit rechnen. Wenn die freie Entscheidung und Entwicklung einmal beseitigt sind, wenn wir alle nur noch Bedienstete eines Systems sein können, dann ist es vorbei mit der ärztlichen Freiheit. Dann ist es aber auch vorbei mit dem Leistungswillen und der unbegrenzten Einsatzbereitschaft, welche diesen Beruf kennzeichnen. Das zeigt sich selbst dort, wo die freiwillige Einsatzbereitschaft durch harten Zwang ersetzt wurde. Der Leidtragende ist in jedem Falle der Patient. Und deshalb der einleitende Hinweis, man möge auch einmal einen kritischen Blick dorthin tun, wo diese Wandlungen schon vollzogen sind.

Der guten Ordnung halber sei registriert, daß die offiziellen Stimmen unseres Staates nach wie vor betonen, men beabsichtige keine Beseitigung des freipraktizierenden Arztes und die Sorge über eine Sozielisierung sei völlig unbegründet. Wir nehmen das gerne zur Kenntnis. Es muß aber ebenso oft darauf hingewiesen werden, daß es im Ergebnis für uns völlig gleichgültig ist, ob wir offiziell sozielisiert oder lediglich durch verändernde Maßnahmen systematisch ausgetrocknet werden. Als typisches Beispiel kann nur immer wieder an die Pläne einer Institutionalisierung der medizinisch-apparativen Diagnostik erinnert werden. Es gibt keinerlei reale Anhaltspunkte dafür, daß sie zu einer Verbesserung führen würden. Aus dem Arzt machen sie aber einen Zulieferer, dem man gnädigst noch Teststäbchen und Blutdruckapparat überlassen würde. D a s eber verstehe ich unter systematischer Austrocknung des freipraktizierenden Arztes.

In der letzten Zeit versucht man darzulegen, unser Hinweis, die Trennung von Diagnose und Therapie sei schädlich, wäre grundlegend falsch. Schon jetzt sei es ja so, daß nicht jeder Arzt alles tue, sondern der eine dieses, der andere jenes. Man schicke sich die Patienten gegenseitig zu. Hier wird der Versuch gemacht, uns das Wort im Munde umzudrehen. Wir haben als freipraktizierende Ärzte unsere Aufgabe immer erbeitsteilig verstanden. Jeder tut das seine, leistet in seinem Fach, euf seinem Platz seinen Beitrag zur Erfüllung der Gesamtaufgabe einer guten ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung. Dabei hatte auch das Zusammenwirken mit den Kollegen in den Krankenhäusern und in anderen Einrichtungen schon immer seinen festen Platz.

Wir wehren uns gegen eine Institutionalisierung eines entscheidenden Bereiches der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, weil die damit verbundenen tiefgreifenden Veränderungen von der freien Berufswahl des Arztes bis zur freien Arztwahl des Patienten keine Verbesserung bringen können, aber mit Sicherheit ein entscheidender Schritt in die Richtung einer Gesamtsozialisierung des Gesundheitswesens sind.

Diese poiitischen Ausführungen haben nichts mit „Parteipolitik" zu tun. Sie sind nichts anderes als eine offene Auseinandersetzung mit ideologischen Vorstellungen, in denen wir eine schwere Gefährdung der guten ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung erblicken müssen.

Die „Kostenlawine"

Es wird so viel von der Kostenlawine in der gesetzlichen Krankenversicherung gesprochen und dabei besonders gerne der Finger auf die Spalte mit den Arztkosten gelegt. Kein Zweifel — diese Kosten sind

gestiegen. Man fragt sich nur, warum gerade die Arztkosten besonders laut erwähnt werden, in einer Zeit, wo kaum noch jemand wagt, die inflationäre Entwicklung in unserem Lande zu bestreiten. Ist das System? Sind etwa die Krankenhauskosten, an deren Entwicklung wir Kassenärzte mit Sicherheit nicht beteiligt sind, weniger gestiegen? Wo gibt es überhaupt noch Preise und Kosten, die nicht gestiegen wären? Und wenn man ins Ausland blickt, so kann man, zum Beispiel in Schweden, wo das Gesundheitswesen bereits sozialisiert ist, eine Kostenentwicklung beobachten, die deutlich rasanter ist als in unserem Lande. Gesunken ist dort lediglich das Angebot an Leistung.

Wir haben jedenfalls den ernsthaften Versuch gemacht, durch unsere Honorarverträge für die Jahre 1972 und 1973 einen echten Beitrag zur Stabilität zu leisten. Die mit rund 5,5% pro Jahr zu beziffernde Anhebung der Sätze der amtlichen Gebührenordnung ist weiß Gott bescheiden. Wir müssen heute feststellen, daß die Lohn-/Preisentwicklung uns überrollt hat. Die gesetzliche Krankenversicherung beziffert ihre Ausgabensteigerung für ärztliche Behandlung von 1971 auf 1972 mit 10,9%. In absoluten Zahlen: 1971 = 6,8 Milliarden DM, 1972 = 7,75 Milliarden DM. Wir müssen uns aber gegen den Versuch wehren, diese Globalsteigerung in eine Preissteigerung umzufunktionieren. Hier finden veränderte Mitgliederzahlen, zunehmende Behandlungsfälle bei Aktivierung der letzten Arbeitsreserven und Millionen von Gastarbeitern sowie neue Behandlungsmethoden mit ihren Kosten ihren Niederschlag.

Im übrigen haben die Krankenkassen für Krankenhausbehandlung 1971 7,65 Milliarden DM, 1972 9,35 Milliarden DM ausgegeben. Das ist ein Zuwachs von 22%, gegenüber einer Kostensteigerung in der ambulanten ärztlichen Versorgung um 10,9%. Im übrigen auch ein sehr interessanter Beitrag zu der Frage, ob Institutionalisierung Verbilligung bedeutet.

Das umstrittene Kassenarztrecht

Das derzeit geltende Kassenarztrecht, welches unter anderem den Kassenärzten den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten gibt, ist immer mehr Leuten ein Dorn im Auge. Daß es die Voraussetzungen geschaffen hat für eine mustergültige ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung, will man nicht mehr wahrhaben. Man redet nur noch von dem „Monopol", welches die Ärzte in der Hand hätten, welches sie in schändlicher Weise sogar zu verteidigen wagen.

Wir sehen uns geradezu einer Allianz gegenüber, die nichts anderes will, als dieses „Monopol" zu brechen. Die Motive sind dabei unterschiedlich. Manchen Kassenleuten geht es offensichtlich nur darum, mehr Macht auszuüben, den einzelnen Kassenarzt in den Griff zu bekommen, selbst wieder mehr Verträge abschließen zu können mit Leuten, die sich als Lieferanten ärztlicher Leistungen anbieten. Wie rasch man gerade auf Angebote aus diesen Quellen hereinfällt, ist geradezu grotesk. Man hat manchmal den Eindruck, daß alles willkommen ist, wenn es nur die Möglichkeit bietet, den Kassenärzten etwas von ihrem „Monopol" wegzunehmen.

Die derzeitigen Schwierigkeiten in der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung, welche im übrigen bewußt übertrieben werden, sind ein weiteres Argument für Veränderungswünsche. Es ist geradezu bestürzend, mit welcher Arroganz manche Leute glauben, die Probleme seien schon gelöst, wenn sie nur die Hand im Spiele hätten und mitmischen könnten. Wir sind davon überzeugt, daß das Kassenarztrecht – sowie in der Vergangenheit auch in der Zukunft – alle Möglichkeiten bietet, der medizinischen Entwicklung Rechnung zu tragen. Eine gute und gleichmäßige ärztliche Versorgung kann weder durch Krankenhausambulatorien noch durch medizinisch-technische Zentren gewährleistet werden. Sie ist nur sicherzustellen durch ein Netz von freipraktizierenden niedergelassenen Allgemeinärzten und Fachärzten, sofern ihnen die Möglichkeit gelassen wird, ihren Beruf frei und ihrem Leistungswillen entsprechend auszuüben.

Die Kassenärzte haben jeden medizinischen Fortschritt erkannt und in ihre Arbeit aufgenommen. Und dabei mußten sie sich oft genug mit den Vorwürfen von Kassenseite herumschlagen, ihre Arbeit wäre immer teurer geworden. Wir werden, wenn uns die Möglichkeit belassen bleibt, auch in Zukunft alles tun, um die ärztliche Versorgung unserer Patienten weiterzuentwickeln entsprechend den wissenschaftlichen Fortschritten der Medizin.

Die Förderung der Niederlassung von Ärzten im ganzen Lande, vor allem auch ein gleichmäßiges Netz von Allgemeinärzten ist dabei unser besonderes Anliegen. Gemeinschaftspraxen von zwei oder drei Allgemeinärzten können dabei von Fall zu Fall eine Verbesserung und Erleichterung bringen. Für die Fachärzte sollten wir eine Niederlassung in den Kreisstädten und Zentren unseres Landes fördern, wobei die Vorteile des gemeinsamen Praktizierens in Arzthäusern genutzt werden sollten. Solche Modelle entstehen allenthalben und wir tun alles, um sie voranzutreiben. Schon jetzt kann man sagen, daß die echten Vorteile im Praktizieren unter einem Dach, in der gemeinsamen Nutzung teurer medizinischer Einrichtungen liegen, wobei es keineswegs erforderlich ist, eine „echte" Gruppenpraxis zu bilden. Schon heute kann man feststellen, daß das, was an medizinischer Einrichtung in den Praxen der Kassenärzte zur Verfügung steht, beeindruckend ist.

Unser Bemühen, der medizinischen Entwicklung Rechnung zu tragen, gilt auch für den Bereich der Laboratoriumsmedizin. Unsere Kassenärzte halten Einrichtungen bereit, welche den Anforderungen einer moder-

nen Laboratoriumsdiagnostik voll entsprechen. Jeder tut es in dem Umfange, wie es sein Fachgebiet erfordert. Wir werden selbstverständlich jede Möglichkeit der Rationalisierung und Fortentwicklung nützen um zu weiteren Verbesserungen zu gelangen, wenn die medizinische Entwicklung dies erfordert. Dabei kann allerdings schon heute gesagt werden, daß der Autoanalyser mit 20 oder 30 Profilen nur noch Laien fasziniert. Die Fachwelt erkennt in zunehmendem Maße, daß auch bei der Laboratoriumsmedizin die gezielte Untersuchung wertvoller ist als das Gießkannenprinzip des Breitbandprofils.

Kassenärzte, Ärzte, ärztlicher Nachwuchs in Zahlen

In Bayern wurden im Jahre 1972 444 Ärzte neu zur Kassenpraxis zugelassen. 267 Ärzte sind ausgeschieden. Unseren Versicherten stehen zur Zeit in Bayern rund 8500 Vollkassenärzte und 470 auf Überweisung beteiligte Chefärzte zur Verfügung. Weitere 377 Kollegen sind als Vertragsärzte nur für Ersatzkassen tätig. 57 % der Kassenärzte sind Allgemeinärzte, rund 43 % Fachärzte. 15 % der Kassenärzte sind Frauen. Im Jahre 1960 zählten wir in Bayern 6827 Vollkassenärzte. Ihre Zahl ist also deutlich gestiegen. Beteiligte Chefärzte waren es 1960 248 gegenüber 470 heute. Die Zahl der Kassenärzte ist damit insgesamt um 25 % gestiegen. Allerdings ist dieser Anstieg in Bayern nicht gleichmäßig. In Ober- und Mittelfranken muß für diese Zeit ein Stillstand verzeichnet werden. Daß die Peripherie aber nicht generell zurückbleibt, zeigt sich deutlich in der Oberpfalz, wo eine Zunahme der Kassenärzte um rund 18 % zu verzeichnen ist.

Die Gründe für unsere derzeitigen Schwierigkeiten in der kassenärztlichen Versorgung zeigen sich am deutlichsten, wenn man die Altersstruktur aller Ärzte in Bayern betrachtet. Die Jahrgänge etwa zwischen dem 38. und 48. Lebensjahr sind erschreckend schwach besetzt. Die Gründe sind in der gesamtpolitischen und geschichtlichen Situation unseres Landes zu suchen. Gerade diese Jahrgänge fehlen uns aber heute in der Kassenpraxis. Bei den jüngeren Arztjahrgängen zeigt sich hingegen eine sehr starke Zunahme der jährlichen Zahlen. Es folgt also erfreulicherweise wieder eine Nachwuchswelle. In der Kassenpraxis kann sich das aber derzeit noch nicht bemerkbar machen. Unser ärztlicher Nachwuchs verbringt heute im Durchschnitt sechs bis acht Jahre am Krankenhaus. Das mag schmerzlich sein für uns, die wir auf neue Kassenärzte warten. Es ist aber eine positive Erscheinung, wenn man berücksichtigt, daß auf diese Weise sehr gut vorbereitete Ärzte in die Kassenpraxis kommen werden. Die Jahre, bis der Anschluß geschafft ist, müssen durch einen vermehrten Einsatz der vorhandenen Kassenärzte bewältigt werden. Wenn die Arbeitsmöglichkeiten der Kassenärzte erhalten bleiben, so besteht nicht der leiseste Grund zur Befürchtung, daß dieser ärztliche Nachwuchs etwa nicht bereit sei, in die freie Praxis zu gehen. Wir werden dann damit rechnen können, daß etwa 75 bis 80 % unseres Nachwuchses auch in Zukunft für die Kassenpraxis zur Verfügung stehen. Die Probleme einer gleichmäßigen ärztlichen Verteilung über das Land müssen dabei allerdings bewältigt werden.

Auch zu der Neuzulassung von Medizinstudenten soll ein Wort gesagt werden. Die Bundesregierung bezifferte in ihrem Bericht die notwendige Zahl an Studienanfängern der Medizin mit 4500 pro Jahr. Trotz des Numerus clausus lag die Zahl der tatsächlich zugelassenen Studienanfänger erheblich über dieser Bedarfszahl. Sie hat jetzt rund 6000 erreicht, liegt möglicherweise sogar etwas darüber. Es kann deshalb keine Rede davon sein, daß für die Zukunft mit einem empfindlichen Ärztemangel gerechnet werden müßte. Dabei vergleichen wir das Wachstum der Zahl der Ärzte keineswegs nur mit dem Bevölkerungswachstum, sondern berücksichtigen sehr wohl neue Aufgaben, die auf unseren Beruf zukommen. Würde man nur die Bevölkerungszahl zum Vergleich heranziehen, so ergibt sich, daß die Zahl der Ärzte von 1950 bis 1971 um 75 % zugenommen hat bei einer Bevölkerungszunahme von 21 %.

Sorgenkind Arbeitsunfähigkeit

Es wird besonders in der letzten Zeit sehr stark darüber geklagt, daß die Arbeitsunfähigkeitsziffern erheblich angestiegen seien. So wird z. B. von zwei großen Betriebskrankenkassen berichtet, daß die eine 1968 6 %, 1972 7,7 % verzeichne, die andere 1968 5,8 %, 1972 8,2 %. Würde man als Vergleichszahl die Zeit der wirtschaftlichen Rezession heranziehen, so wäre die Steigerung sicher noch beachtlicher. Bei den Ortskrankenkassen waren 1967 auf 100 Versicherte 65 Ausfälle zu verzeichnen, während es 1972 108 gewesen sind. Dabei sind die Unterschiede der verschiedenen Kassenarten äußerst beachtlich. Bei den Ersatzkassen stehen 86,2 Ausfällen bei den Ersatzkassen der Arbeiter nur 52,3 bei den Angestellten-Ersatzkassen gegenüber. Bei einer Beurteilung dieser Zahlen müssen eine Fülle von Faktoren berücksichtigt werden. Nur Rezession und Konjunktur gegeneinander abzuwägen wäre zu einfach, selbst wenn man mit Sicherheit sagen kann, daß die Sorge um den Arbeitsplatz während der Rezession die Zehl der Arbeitsunfähigkeitsfälle rasch absinken ließ. Die hohe Zahl der Gastarbeiter mit ihrer anderen Mentalität und ihrem zum Teil schlechten Gesundheitszustand, die Mobilisierung der letzten Reserven an Arbeitskräften, die Doppelbelastung der unzähligen berufstätigen Frauen durch Beruf und Haushalt sind einige Faktoren, die Berücksichtigung verdienen. Man hat inzwischen offenbar eingesehen, daß Wunscherfüllung und schnelle Krankschreibung durch Kassenärzte kein entscheidender Faktor sind. Dennoch sollten wir unsere Kollegen immer wieder eindringlich darum bitten, jede Krankschreibung eingehend zu überlegen und in ihr nicht den ersten therapeutischen Schritt zu sehen.

Eine Krankschreibung muß durch klare Symptome gerechtfertigt sein, wobei die Unterschiedlichkeit des Arbeitsplatzes und der körperlichen Belastung selbstverständlich Berücksichtigung zu finden hat. Wer in einer Gießerei schwere Arbeit zu leisten hat, muß enders beurteilt werden als sein Kollege, der im Ersatzteilager lediglich die Schrauben verwaltet. Die Kassenärztliche Vereinigung ist jedenfalls immer bereit, mit den übrigen Sozialpartnern zusammenzuwirken, die Gründe einer vielleicht überhöhten Arbeitsunfähigkeit zu untersuchen und dort abzuhelfen, wo es möglich ist. Bei dieser Gelegenheit sei auch en alle Kollegen die dringende Bitte gerichtet, die gelben Arbeitsunfähigkeitsformulare so auszufüllen, daß der Leser sich ein einigermaßen ausreichendes Bild über den Zustand des Versicherten und damit die Begründung der Krankschreibung machen kann.

Kassenarzt und elektronische Datenvererbeitung

Die Kassenärztliche Vereinigung hat seit Jahren ihre gesamte Abrechnung auf elektronische Datenverarbeitung umgestellt. Entsprechend dem Beschluß der Vertreterversammlung vom November vergangenen Jahres sind wir inzwischen intensiv dabei, ein zentrales Rechenzentrum für die gesamte Kassenärztliche Vereinigung Bayerns aufzubauen. An dieses Rechenzentrum werden alle Bezirksstellen durch Standleitungen angeschlossen sein. Sie sind dadurch in der Lage, modernste Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung für ihre Arbeit nutzbar zu machen. Uns beschäftigt eber darüber hinaus zunehmend die Frage, wie weit man die elektronische Datenverarbeitung auch für den einzelnen Kassenarzt einsetzen kann.

Um diesen Fragen nachzugehen, haben die Kessenärztlichen Vereinigungen des Bundesgebietes zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Zentralinstitut zur Erforschung der Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung in der Kessenpraxis gegründet. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns wird sich an den Arbeiten dieses Institutes intensiv beteiligen. Die Fragen, welche sich uns hier stellen, sind weitgespannt. Sie reichen von der Bereithaltung allgemeiner Daten, welche der Kassenarzt nutzen kann, bis zur patientenbezogenen Datenspeicherung. Schon dieses letzte Stichwort deutet an, daß es hier nicht nur um rein technische, sondern weitgehend auch um grundsätzliche Fragen geht.

Unser Weg und Ziel

Unser Weg und Ziel kann nur ein fortlaufender Ausbau und eine Verbesserung der kassenärztlichen Versorgung unserer Mitmenschen sein, wobei wir immer das Optimum anzustreben versuchen. Wenn wir das wollen, benötigen wir dazu eine dynamische, kraftvolle Kassenärztliche Vereinigung mit allen Einrichtungen und Hilfsmitteln, die sich uns zur Verbesserung unserer Arbeit anbieten. Jeder von uns ist euf seinem Platz aufgerufen, seinen Beitrag zu leisten, seine Pflicht zu erfüllen und sein Bestes zu geben, damit wir der Aufgabe gerecht werden, die der Arzt in unserer Gesellschaft heute und in der Zukunft zu erfüllen hat.

Ärztlicher Notfalldienst in Kärnten*

von Hermann Leitner

Die Sorge um die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Hinblick auf die Tatsache, daß sich nach einer Studie des Österreichischen Institutes für Allgemeinmedizin, Dr. HELLER, eine ganz geringe Zahl der Medizinstudenten bzw. der Krankenhausärzte für den Beruf eines Allgemeinarztes interessieren, hat uns veranlaßt, Gedanken über die Regelung des Freizeitproblems und damit der Arbeitszeit des praktischen Arztes zu machen. Haben Sie keine Sorge, wir wollen keinen angestellten Arzt, der Arzt soll und muß nach wie vor ein freier Arzt sein und bleiben; aber um eben Allgemeinärzte insbesondere auf das Land zu bekommen, muß man sich mit diesen Problemen intensiv beschäftigen.

Wenn die Krankenkassen glauben, daß durch einen Überschuß an Medizinstudenten das Problem des Allgemeinarztes nach der These „Angebot und Nachfrage" sich von selbst lösen wird, so kann ich mich dieser Meinung erstens nicht anschließen und zweitens ist der Beruf des Allgemeinarztes so verantwortungsvoll und wichtig, daß eine in geringem Ausmaß eintretende negative Auslese niemandem hilft.

Technische Hilfsmittel vom Telefonanrufbeantworter bis zum Funkgerät und eventuell Autotelefon bieten sich an, um hier Lösungen zu finden. Nach vielen Versuchen und Testen haben wir im Jahre 1967 mit dem Funkdienst in einem ländlichen Bezirk begonnen. Zuerst wurde beim Österreichischen Roten Kreuz eine Funkzentrale eingerichtet. Diese Zentrale hat ein stationäres Funkgerät, ein Telefon mit der einheitlichen Notrufnummer 20-00 bzw. 200, eine Haustelefonverbindung zum nächsten Krankenhaus, sowie ein Telefon mit der Rettungsnotrufnummer 144 und der normalen Rettungsnummer 21-00. Die Zentrale ist 365 Tage im Jahr durch Rot-Kreuz-Personal besetzt und figuriert nicht nur als Ärztefunkzentrale, sondern auch als Ret-

*) Vortrag vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 14. April 1973 in München.

tungsstelle des Roten Kreuzes, nimmt also nicht nur Visiten für Ärzte auf, sondern auch die Rettungsfahrten, wobei euch mit den Rettungswagen auf einer anderen Frequenz Funkverbindung herrscht. Die Zentrale nimmt euf einem eigenen Formular Aufträge für Arztvisiten, insbesondere im Bereitschaftsdienst (Samstag 7.00 Uhr bis Montag 7.00 Uhr), aber auch zu allen übrigen Zeiten entweder für einen bestimmten Arzt oder für den Notfallarzt auf.

Die Arztautos der Praktischen Ärzte sind mit fest eingebauten Funkgeräten eusgestattet und heben eine Funkverbindung mit der Ärztefunkzentrale beim Roten Kreuz, mit allen anderen Ärzten sowie mit dem zuständigen Krankenhaus und dem Rettungshubschrauber.

Der Arzt ist also überall erreichbar, kenn mit den genannten Stellen jederzeit Verbindung aufnehmen, die Rettung bestellen, dringende Fälle im Krankenhaus avisieren, mit anderen Ärzten Verbindung aufnehmen, aber auch für sich selbst, falls er Hilfe benötigt, eine solche herbeiholen. Nebenbei möchte ich noch bemerken, daß es jetzt in Österreich die Möglichkeit gibt, Arzteutos auch mit Blaulicht und Folgetonhorn auszustatten.

In den Massenmedien wird bei Bekanntgabe des Bereitschaftsdienstes nicht mehr ein bestimmter Arzt mit seiner Telefonnummer angegeben, sondern nur die Rufnummer der Ärztefunkzentrale.

Die Ordinetionen der diensthabenden Ärzte sind Samstag und Sonntag geschlossen, Sprechstunden werden nur nach Vorenmeldung über die Funkzentrale gehalten. In den Ordinationen sind Plakate mit Mitteilungen an die Patienten über den Funkdienst angebracht. Ferner ist am Ortsanfang eine Tafel mit der Notrufnummer des Rettungs- und Ärztefunkdienstes aufgestellt. Hinweise im Telefonbuch sowie Abziehbilder zum Anbringen am Telefon vervollständigen die Information der Patienten.

Der Arzt wird, falls er zu Hause ist, mittels Telefon, sonst mittels Funk von der gewünschten Intervention verständigt (Anrufbeantworter zur Mitteilung für Patienten).

Kärnten hat bei 600 000 Einwohnern und 9500 qkm elf Zentralen bei den Rot-Kreuz-Dienststellen bzw. in einem Fall in einem Krankenhaus und im Endausbau 100 Landärzte, die ein Autofunkgerät in Betrieb haben.

Die Finanzierung erfolgte durch Bund, Land, Gemeinden und Ärztekammer. Der Arzt selbst hat für die Anschaffung keine Kosten zu tragen; das Gerät bleibt im Besitze des KÄF (Kärntner Ärztefunkdienst/ Verein zur Einrichtung, Förderung und zum Betrieb des ärztlichen Funkdienstes in Kärnten). Die laufenden Kosten sollen durch Beiträge der Krankenkassen, Ärzte (S 150,— pro Monat) und Gemeinden aufgebracht werden, wobei sich herausstellt, daß die laufenden Kosten ca. 25% bis 30% der Erstanschaffungskosten betragen und demnach sehr hoch sind.

Nun zur Technik: Grundsätzlich sind wir so vorgegangen, daß wir einer Firma den Auftreg zur Herstellung von Funkverbindungen in einem bestimmten Raum gegeben haben. Das hat dann auch funktioniert. In letzter Zeit sind an uns aber immer mehr technische Fragen herangetragen worden und ich will kurz auf einige Probleme eingehen.

Wir arbeiten im 2-Meter-Band, UKW, auf 168,7 MHz und haben für ganz Kärnten eine Frequenz zur Verfügung. Elf Fixstationen beim Roten Kreuz rufen mit einem zweifach Folgetonrufgeber die Ärzte. Dieses System wurde gewählt, da zu diesem Zeitpunkt der fünffach Tonruf noch nicht aktuell war. Rufempfänger, wie sie insbesondere im Krankenhaus verwendet werden, konnten damals noch nicht mit einem 5-Folge-Tonrufempfänger ausgestattet werden.

Das System ist Wechselsprechen (Simplex).

Funkverbindungen der Ärzte bestehen mit der Zentrale, mit dem Krankenhaus und mit den Ärzten untereinander (Konferenzgesprēche, Selektivruf und Generalruf). Ein Einspeisen in das öffentliche Fernsprechnetz ist möglich, es sind aber aus mehreren Gründen Schwierigkeiten mit der Post zu erwarten. Kostenpunkt ca. öS 10000,—.

Das zweite System ist das Gegensprechsystem (Duplex). Hier werden jeweils zwei Frequenzen benötigt, wobei Empfängerfrequenz des Fahrzeuges mit Senderfrequenz der Zentrale und umgekehrt gleich sein muß und eben pro Gerät zwei Sender und zwei Empfänger notwendig sind. Die Anschaffungskosten sind aus diesem Grunde beinahe doppelt so hoch. Ein Einspeisen in das öffentliche Telefonnetz ist möglich. Gespräche von Fahrzeug zu Fahrzeug sind nicht möglich. Die Vermittlung der Gespräche ist über die Zentrale notwendig (bedingtes Gegensprechen = semi-duplex). Autotelefon: Posteigenes Landfunknetz, Möglichkeiten über anzufunkende Vermittlung oder Direktwahl, verschiedene Systeme. Ob man auch nur annähernd so viele Leitungen bekommen kann, wie man sie für einen Funkdienst benötigt, glaube ich nicht. Daß man für ein solches System öffentliche Mittel bekommt, glaube ich auch nicht, denn hier scheint doch das Einzelinteresse des Arztes dem öffentlichen Interesse zu überwiegen.

Es entstehen wesentlich höhere Kosten sowohl in der Anschaffung als auch im laufenden Betrieb, eine geringere Betriebssicherheit und vor allen Dingen eine

Das **Inhaltsverzeichnis für 1972** des „Bayerischen Ärzteblattes" kann über die Schriftleitung, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, angefordert werden.

Blockierung der Leitungen durch Gespräche auch privater Natur ist gegeben.

Ein Erdbeben in Niederösterreich brachte den Zusammenbruch des öffentlichen Telefonnetzes und über ein so anfälliges Netz soll der Ärztedienst abgewickelt werden? Wie würde das in einem Katastrophenfall aussehen?

Private Funkanlagen sind schon wegen Frequenzmangels und der Schwierigkeit, Subventionen zu bekommen, abzulehnen. Außerdem: Wie soll in einen Funkdienst Ordnung im Sinne einer korrekten Funktion eintreten, wenn jeder sein eigenes Funksystem hat? Von unterschiedlichen Geräten und Betriebsarten sowie Verschiedenheiten in den Tonrufgebern will ich gar nicht reden.

Die Honorierung der ärztlichen Leistungen erfolgt über Notfallscheine bzw. bei eigenen Patienten über den Originalkrankenschein. Es gibt bei uns in den Städten auch Pauschalhonorierungen oder ein garantiertes Honorar.

Ich möchte hier als Beispiel die Stadt Linz anführen, in der für zwölf Stunden Nachtdienst ein Honorar von öS 1000,– bezahlt wird, bei mehr als sechs Nachtvisiten gibt es eine zusätzliche Honorierung dieser Visiten.

Meist gibt es auch ein sogenanntes Bereitschaftsdienstpauschale, für 24 Stunden ca. öS 500,– (nach Bundesländern verschieden).

Ein Funkdienst ist selbstverständlich in der Stadt anders aufgebaut als am flachen Land. Ich will mich heute über die Systeme in Großstädten nicht verbreitern, möchte aber sagen, daß sowohl die Einrichtung von Ordinationsräumen bei den Zentralen als auch die Integrierung von Spitalsambulanzen und Polikliniken möglich ist.

Wünschenswert erscheint mir eine bessere Koordinierung zwischen Deutschland und Österreich. Ich bin der Meinung, daß die Probleme überall dieselben sind.

Die Patienten wollen immer ihren Hausarzt haben und zeigen für dessen Freizeit wenig Verständnis. Ihnen müssen mit aller Entschiedenheit, aber auch mit wirkungsvoller Propaganda die Zusammenhänge zwischen Freizeit und Mangel an Allgemeinärzten vor Augen geführt werden.

Widerstand ist aber von den Ärzten selbst zu erwarten. Hier gibt es dabei zwei Gruppen: die technisch Interessierten, die sich alles, bis zum Autotelefon, selbst anschaffen wollen und die zweite Gruppe, die aus Desinteresse gegen jeden Fortschritt ist.

Sicher gibt es viele Momente, die bei der Einrichtung eines solchen Dienstes eine Rolle spielen:

Struktur der Praxen und der Ärzte,
Schwerpunkte in ihrer Tätigkeit,
Ambulanzen,
Betriebsärzte,
geographische Verhältnisse,
Anzahl der Ärzte in einem Sprengel,
Interesse an Freizeit und Erholungsphasen, u. a.

Trotzdem muß man sich gemeinsam zu einem Grundsatzsystem entschließen.

Es hat sich bei uns herausgestellt, daß ca. 95% der Visiten am Vormittag während der Ordinationszeiten anmeldbar sind und nur ca. 5% als echte Notfälle oder besser Notfallvisiten werktags für den diensthabenden Arzt übrigbleiben. Im Samstag-Sonntag-Dienst rechnen wir mit einer Visitenfrequenz von ½ bis 1‰ der Einwohnerzahl, natürlich abhängig von Epidemien oder sonstigen vermehrt auftretenden Krankheiten.

Ich möchte zum Schluß noch einmal deutlich feststellen, daß ich in diesem Bereitschaftsdienst auf gar keinen Fall den ersten Schritt zu einer Verbeamtung der Ärzte sehe und dadurch die Ärzte auch nicht in Unfreiheit, sondern vielmehr in der Freiheit der Ruhe- und Erholungsphase sehen möchte. Dieser Dienst ist sicher eine Form der Zusammenarbeit der Ärzte und wenn Sie so wollen, eine Vorstufe zur Gruppenpraxis, die viel Kollegialität erfordert. Am Anfang ist Verständnis von Ärzten und Patienten notwendig, im Laufe der Zeit jedoch erweist sich diese Einrichtung für alle Teile als nutzbringend:

für die Patienten im Sinne der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung,

für die Ärzte selbst durch mehr Freizeit, ein Beitrag zur Lösung des Landärzteproblems.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Hermann Leitner, Vizepräsident der Ärztekammer Kärnten, A-9020 Klagenfurt, Bahnhofstraße 22

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID.

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

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

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 37,5 g, Adonis, Visc. alb. aa 8,7 g, Apium grav., Auricul. aa 7,3 g, Val 13 g, Cola 4,3 g. · 30 ml DM 4,55

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Kassenarzt in Bayern

Förderung der Niederlassung durch „Erweitertes Bayern-Programm"

Ein Arzt, welcher die Zulassung für einen der unter I aufgeführten Kassenarztsitze mit dem Ziel einer langjährigen Tätigkeit erwirbt, erhält die Zusicherung, daß seine Niederlassung im Rahmen des erweiterten Bayern-Programms durch Vollfinanzierung eines Arzthauses zu besonders günstigen Bedingungen gefördart wird. Diese Kassenarztsitze bieten nach den Erfahrungen der Kassenärztlichen Vereinigung eine guta Existenzgrundlage. Dennoch sichert die KV diesen Kassenärzten für die Anlaufzeit von sechs Quartalen eine Umsatzgarantie in der Höhe des durchschnittlichen Umsatzes der Arztgruppe zu. Weitere Hilfe bei der Praxiseinrichtung wird in Aussicht gestellt. Interessierten Ärzten wird empfohlen, sich wegen weiterer Auskunft über örtliche Verhältnisse und unterstützende Maßnahmen mit der zuständigen Bezirksstelle der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERNS (siehe jeweilige Angabe der Anschrift mit Telefonnummer) in Verbindung zu setzen.

I. Dringlich zu besetzende Kassenarztstellen

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Oberpfalz

Regensburg, Landshuter Straße 49, Telefon (0941) 57033

Floß bei Neustadt/WN: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Floß hat 2900 Einwohner, mit Einzugsbereich rund 4000 Einwohner, zugelassen 2 Kassenärzte (1 Apotheke), nächstes Facharztzentrum in Weiden, nächstes Krankenhaus in Neustadt/WN mit 120 Betten, Fachabteilung Chirurgie und Innere Krankheiten, nach Erweiterung auch gynäkologische Abteilung.

Ärztlicher Notdienst ist über die Notrufzentrale Weiden geregelt.

Der Markt Floß ist bemüht, ein geeignetes Grundstück für ein Arzthaus zur Verfügung zu stellen. Er ist bei der Beschaffung von Praxis- und Wohnräumen behilflich.

In Neustadt/WN befindet sich eine staatliche Realschule für Knaben und Mädchen, in Weiden alle weiterbildenden Schulen.

Vohenstrauß: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vohenstrauß hat 4000 Einwohner, mit Einzugsgebiet 6000 Einwohner, zugelassen 3 Kassenärzte (3 Zahnärzte, 2 Apotheken).

In Vohenstrauß befindet sich ein Kreiskrankenhaus mit 110 Betten.
Nächstes Facharztzentrum Weiden.

Ärztlicher Notdienst über Notrufzentrale Weiden.
Staatliche Realschule, Schulzentrum Weiden.

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstelle Niederbayern

Straubing, Lilienstraße 5-7, Telefon (09421) 7053

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

Der Ort hat 1000 Einwohner, dazu kommt ein großes Einzugsgebiet von insgesamt 4000 Einwohnern. In Hebertsfelden ist eine Volksschule, alle höheren Schulen befinden sich im 5 km entfernten Eggenfelden, dort ist auch das nächste Krankenhaus.

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

Neu von Dr. Sasse

gelimentum®

das kräftig hyperämisierende Gel
gegen alle rheumatischen und
nicht rheumatischen Muskel-
und Gelenkschmerzen mit
sofort einsetzender
Langzeitwirkung

rasch und anhaltend
schmerzlindernd
tiefenwirksam
nicht fettend
nicht klebend
gut hautverträglich



159/0

Zusammensetzung
100 g Gel enthalten: Äthylenglykolmonosalicylat 1,0 g, Nicotinsäurebenzylester 1,0 g, Rosmarinöl 0,5 g und Nonylsäurevanillylamid 0,3 g.

Indikationen
Gelimentum ist bei rheumatischen und nicht rheumatischen Muskel- und Gelenkerkrankungen indiziert, die durch eine Wärme- und Reiztherapie günstig beeinflußt werden. Hierzu gehören: Arthrosen, Osteochondrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen, Bandscheibenschäden, Ischialgien, Neuralgien, Arthritiden im nicht akut entzündlichen Stadium, Sehnenscheidenentzündungen, geschlossene Sport- und Unfall-Verletzungsfolgen (z. B. nach Prellungen, Zerrungen).

Kontraindikationen
Sind nicht bekannt.

Dosierung
1–2mal täglich einreiben bzw. leicht einmassieren.

Handelsform und Preis
30 g Gel DM 4,25 m. MWSt.

Dr. Friedrich Sasse
Zweigniederlassung der Gödecke
Aktiengesellschaft · Berlin

Dr Sasse

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Schwaben

Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (0821) 313031

Markl Inchenhofen, Lkr. Aichach-Friedberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Inchenhofen hat 1447 Einwohner und ein Einzugsgebiet von ca. 800 Personen. Die nächsten Arztsitze sind in Kühbach (7 km), Aichech (8 km) und Pöttmes (9 km), das nächste Krankenhaus und Facharztzentrum in Aichach.

Baugrund kann zum Kauf angeboten werden.

Im Ort ist eine Grund- und Hauptschule. Weiterführende Schulen sind in Aichach und Schrobenheusen.

Jettingen-Scheppach, Lkr. Günzkreis: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Jettingen-Scheppach hat 4863 Einwohner und ein Einzugsgebiet von ca. 3000 Personen. Es praktizieren dort 3 Allgemeinärzte, wovon 1 Arzt seine Praxis aufgibt. Haus kann durch Kauf erworben werden;
Krankenhaus befindet sich em Ort; Realschule in Burgau, Gymnasium in Günzburg.

Wallerstein, Lkr. Donau-Ries: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines vakanten Arztsitzes. Wallerstein hat ca. 3000 Einwohner und ein Einzugsgebiet mit ca. 1500 Einwohnern. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden. 1 Allgemeinarzt ist bereits niedergelassen.
Krankenhaus und Mädchenrealschule sind am Ort, sonstige weiterführende Schulen in Nördlingen (4 km).

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Obertranken

Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a-9, Telefon (0921) 23032

Münchberg: 1 Allgemein-/Prekt. Arzt

Industriestadt mit 10500 Einwohnern, Kreiskrankenhaus mit Fachstationen für Chirurgie, innere Krankheiten, Frauenkrankheiten, hauptamtlicher Röntgenfacharzt; in freier Praxis die Fachgebiete für Augenkrankheiten, Frauenkrankheiten, HNO, Innere Krankheiten, Kinderkrankheiten vertreten.

Meth.-nat.-neuspr. Gymnasium, Staatliche Textilfach- und ingenieurschule, alle höheren Schulen in der nahegelegenen Stadt Hof.

Rehau, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die Stadt Rehau het 11000 Einwohner, insgesamt sind ca. 14000 Einwohner zu betreuen. in Rehau sind 5 Praktische Ärzte und 1 Internist niedergelassen.

Praxisräume stehen zur Verfügung.

Rehau liegt 12,6 km von der Stadt Hof entfernt; dort alle höheren Schulen, alle Fachärzte, Krankenhäuser mit allen Fachstationen.

Stammbach, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prekt. Arzt

Es handelt sich um die Wiederbesetzung des zweiten derzeit verweisten Arztsitzes. Der Markt Stammbach ist ein überwiegend industriell und gewerblich orientierter Ort, der neben der Autobahn-Schnellverbindung Richtung Hof/Saale und Bayreuth-Nürnberg-München liegt. Es sind ca. 5000 Einwohner zu betreuen. Aufstrebende Fremdenverkehrsgemeinde.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberfranken, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a–9.

Lange erwartet!
Nunmehr sofort auslieferbar!

Kassenärztliches Praxis-Lexikon

Das Werk hilft bei den täglich auftretenden Schwierigkeiten und gibt Anregungen und Hinweise für die Praxis.

Es beläßt sich auf ca. 1200 Seiten mit folgendem Inhalt:

Berufsbild und Verträge
Ärztliche Organisationen
Gesetzeskunde
Sozialversicherung

Kassenrecht und kleiner Glossar
Verträge zur Abrechnung
Zulassung, Beteiligung
Gebührenordnungen
Die Abrechnung
Prüfungsfragen

Dabei erfahren Gesetzes- und Vertragstexte eine klare Erläuterung, die durch mehrfarbige graphische Ableufdarstellungen veranschaulicht werden.

Das Nachschlagewerk in Lose-Blatt-Ausgabe für alle Kassen- und Vertragsärzte ist beim gesamten Fachbuchhandel oder direkt beim Verlag zu beziehen.

Preis: DM 69,–

Steuerlich voll abaetzbar.

HANS ZAUNER VERLAG
806 Dachau, Schließfach 1960

Magen-Probleme?

Gelusil-Lac eine Schutzschicht für die Magenschleimhaut!

Indikationen:

Gastritis	akute + chronische
Säurebeschwerden	wie z. B. Hyperazidität, Sodbrennen, medikamentös bedingte Übersäuerung, saures Aufstoßen, Völlegefühl
Reizmagen	nervöser Magen
Ulkus	Ulcus pepticum bzw. Ulcus ventriculi et duodeni, Streßulkus
Refluxösophagitis	in der Gravidität, bei Hiatushernie, bei Schwangerschaftserbrechen, bei gehäuftem Erbrechen anderer Art
„verdorbener Magen"	nach Ernährungsfehlern, Alkohol- und Nikotinabusus
Kortikoid-Therapie	zur besseren Magenverträglichkeit systemisch gegebener Kortikoide bei Erkrankungen z. B. aus dem rheumatischen, bronchospastischen oder nephrotischen Formenkreise.

Gelusil®-Lac

GÖDECKE

Kontraindikationen sind nicht bekannt.

Anwendung und Dosierung
Mehrmals täglich den Inhalt von 1–2 Beuteln, bei der Dosenpackung die Menge von 1–2 gehäuften Teelöffeln in etwa ¼ Glas Wasser gut verrührt einnehmen bzw. 1–2 Tabletten lutschen oder kauen. Bei Bedarf können die angegebenen Einzeldosen erhöht werden.

Zur Beachtung (für alle Anwendungsformen)
Hohe und längerdauernde Gaben von Gelusil können bei schwerer Niereninsuffizienz zur Hypermagnesiämie führen. Im Stadium der urämischen Stoffwechselintoxikation ist – sofern nicht systematische Kontrollen des Plasma-Magnesiums möglich sind – bei Verwendung von Gelusil Vorsicht geboten.

Gelusil-Lac-Tabletten
1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikathydrat 0,5 g und 0,3 g fettfreies Milchpulver. 40 Tabletten DM 5,25 m. MWSt., 100 Tabletten DM 11,40 m. MWSt.

Gelusil-Lac-Pulver
1 g enthält Magnesiumaluminium-Silikathydrat 0,156 g in fettfreiem Milchpulver 0,844 g. 10 Beutel zu 6,5 g DM 5,40 m. MWSt., Dose mit 150 g DM 9,00 m. MWSt.

Gelusil-Lac Quick
1 g Granulat: Magnesiumaluminium-Silikathydrat 0,1 g und 0,9 g selert lösliches, fettfreies Milchpulver. 10 Beutel zu 4,5 g DM 5,40 m. MWSt., Dose mit 100 g DM 9,00 m. MWSt.

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

Weitere Informationen siehe wissenschaftlicher Prospekt.

138/2

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Unterfranken
Würzburg, Hofstraße 5, Telefon (0931) 50303

Bessenbach, Ortst. Straßbessenbach, Landkr. Aschaffenburg 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bessenbach hat 1600 Einwohner, Einzugsgebiet 1500. Grund- und Hauptschule befinden sich am Ort; 8 km entfernt liegt Aschaffenburg, Busverbindung nach Aschaffenburg. Praxis- und Wohnräume können im gemeindeeigenen Haus zur Verfügung gestellt werden.

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

Einwohnerzahl 4500, Einzugsgebiet ca. 7000, 2 Ärzte am Ort. Gute Verkehrsverbindungen nach Miltenberg und Aschaffenburg; Grund- und Hauptschule in Großheubach, Gymnasium und Realschule in Miltenberg (Entfernung 3 km).

Unterstützung von seiten der Gemeinde für Wohn- und Praxisräume.

Münnerstadt, Stadtteil Großwenkheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Großwenkheim (1000 Einwohner) ist Stadtteil von Münnerstadt mit insgesamt 8500 Einwohnern, hat Volksschule, Berufsschule, Humanistisches Gymnasium, Realschule, Apotheken, Kreiskrankenhaus, Lungenheilstätte.

Die Stadt ist behilflich bei Wohnraumbeschaffung mit Praxisräumen und auch bei Hausbau.

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

Einwohnerzahl 2600, Einzugsgebiet 6000. Neugebautes Haus könnte bezogen werden.

Grund- und Hauptschule in Schöllkrippen. Gymnasium und Realschule in Alzenau und Aschaffenburg. Gute Verkehrsverbindungen nach Aschaffenburg und Frankfurt/Main.

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Mittelfranken
Nürnberg, Keßlerplatz 5, Telefon (0911) 533771

Dittenheim, Lkr. Weißenburg-Gunzenhausen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Dittenheim ist ein Einzelarztsitz mit einer zu versorgenden Bevölkerung von ca. 3500. Der bisher dort tätige Praktische Arzt ist gezwungen, seine Praxis aus gesundheitlichen Gründen Mitte des Jahres 1973 zu beenden.

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 6400, Einzugsgebiet ca. 9000.

2 Allgemein-/Prakt. Ärzte am Ort tätig; eigenes Krankenhaus mit Belegarztmöglichkeit.

Die Gemeinde ist bei der Beschaffung von Praxis- und Wohnräumen, ggf. auch eines Grundstückes, behilflich.

Volksschule in Langenzenn; Gymnasium und Realschule in Fürth.

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

Einwohnerzahl 1800, Einzugsgebiet ca. 4000, einziger Arztsitz. Nächstes Krankenhaus und Facharztzentrum in Ansbach (Entfernung 7 km).

Die Gemeinde ist bei der Bauplatz- und Wohnraumbeschaffung behilflich.

Volksschule in Lehrberg, Realschule und Gymnasium in Ansbach.

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

Einwohnerzahl ca. 5000, Einzugsgebiet ca. 600.

Ein Allgemeinarzt am Ort tätig.

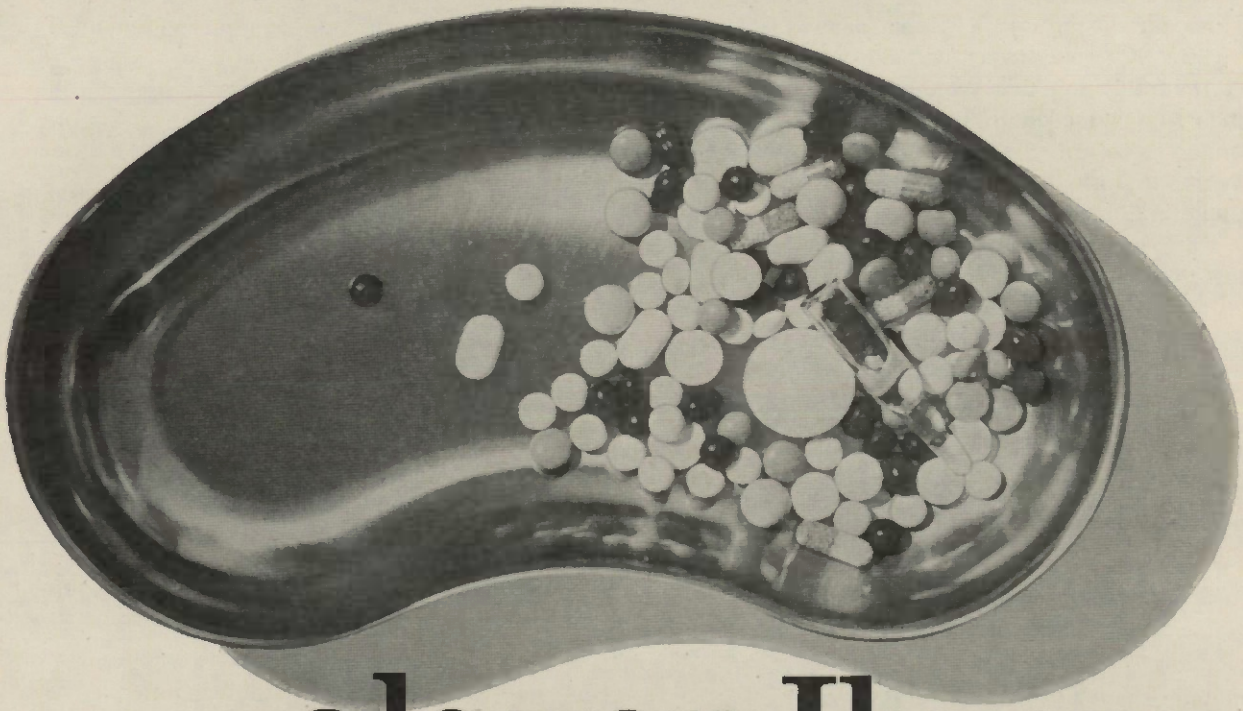
Nächstes Krankenhaus: Ansbach oder Schillingsfürst (Entfernung je 10 km).

In den Nachbarorten Colmberg (6 km), Aurach (6 km), je ein Praktischer Arzt, in Herrichen zwei Allgemein-/Praktische Ärzte tätig.

Volksschule in Leutershausen, Realschule in Heilsbronn (gute Verbindung), Gymnasium in Ansbach.

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

Nebenwirkungen erfahren Sie besser von uns



als von Ihrem Patienten.

Für Ihren Patienten stehen Sie ganz persönlich hinter den Medikamenten, die Sie einsetzen. Nebenwirkungen, die ihn überraschen, belasten sein Vertrauen zu Ihnen. Grund genug für Schering, Sie ins Vertrauen zu ziehen – mit umfassender, zuverlässiger Information über jede Seite unserer Präparate. Auch die Kehrseite.

Mehr Information
Mehr Sicherheit
Schering

Schering AG Berlin/Bergkamen

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS — Bezirksstella Oberbayern

München, Mühlbaurstraße 16/II, Telefon (0811) 476087

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

Einwohnerzahl 7935, sonstiges Einzugsgebiet ca. 7000 Personen. Zur Kassenpraxis sind bereits zugelassen 2 Praktische Ärzte und 1 Internist. Das nächste Facharztzentrum befindet sich in Ingolstadt. Volks- und Realschule sind in Manching, ein Gymnasium ist in Ingolstadt.

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

II. Weitere freie Kassenarztstellen

Bei Niederlassung und Kassenzulassung besteht die Möglichkeit, Grunderwerb und Bau eines Arzthauses mit Unterstützung des Wohnbauwerkes der Bayerischen Ärzteversorgung zu finanzieren. Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Bayerische Ärzteversorgung zur Beratung im Einzelfall.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberpfalz

Regensburg, Landshuter Straße 49

Telefon (0941) 57033

Kastl b. Amberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt: 1 Augenarzt

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Teublitz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Tirschenreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
1 Kinderarzt
1 Orthopäde

Waldmünchen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiesau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Niederbayern

Straubing, Lilienstraße 5-7

Telefon (09421) 7053

Deggendorf: 1 Augenarzt

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

Eggenfelden, Lkr. Rottal: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

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

Freyung v. Wald: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

Kelheim/Donau: 1 Augenarzt

Kirchroth, Lkr. Straubing-Bogen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Landshut: 1 Augenarzt und 1 Nervenarzt

Regen oder **Zwiesel, Lkr. Regen (Bayer. Wald):** 1 HNO-Arzt

Schöllnach, Lkr. Deggendorf (Bayer. Wald): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Schwaben

Augsburg, Frohsinnstraße 2

Telefon (0821) 313031

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

Augsburg - Ortsteil 2: 1 Nervenarzt

Bobingen, Lkr. Augsburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Donauwörth, Lkr. Donau-Ries: 1 Kinderarzt
1 HNO-Arzt

Memmingen: 1 Augenarzt

Oettingen, Lkr. Donau-Ries: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Roggenburg, Lkr. Neu-Ulm: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Untereichingen, Lkr. Neu-Ulm: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstella Oberfranken

Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a—9

Telefon (0921) 23032

Bad Steben, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bamberg: 1 Augenarzt und 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Coburg: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Enchenreuth, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hallerndorf, Lkr. Forchheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hof (Saale): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kronach: 1 Kinderarzt
1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Marktredwitz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Sassanfahrt, Lkr. Bemberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schwarzenbach/Saale: 1 Prakt. Arzt oder 1 Internist

Selb: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Seybothenreuth, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prekt. Arzt

Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Direkte Bewerbungan sind zu richten an den Zulassungseusschuß für Ärzta Oberfranken, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Streße 7a–9.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Unterfranken
Würzburg, Hofstraße 5
Telefon (0931) 50303

Bad Brückenau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Hammelburg: 1 Prakt. Arzt/Allgemeinarzt und 1 Kinderarzt

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

Meinascheff: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten en den Zulassungsausschuß für Ärzte Unterfrenken, 8700 Würzburg, Hofstraße 5.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Mittelfrenken
Nürnberg, Keßlerplatz 5
Telefon (0911) 533771

Ansbach: 1 Urologe

Bad Windsheim: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

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

Hersbruck: 1 Auganarzt

Insingen oder Wettringen, Lkr. Ansbech: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Nürnberg-Langwasser/Neuselsbrunn/Rangierbehnhof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

Roßtal, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Roth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Trautskirchen, Lkr. Neustedt/Aisch: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vorre, Lkr. Lauf: 1 Allgamein-/Prakt. Arzt

Wittelshofen, Lkr. Ansbech: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Zirndorf, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prekt. Arzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten en den Zulassungsausschuß für Ärzte Mittelfrenken, 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5.

Aufruf zur Meldung von Lehrpraxen

Nach der neuen Approbationsordnung vom 28. Oktober 1970 müssen Medizinstudenten ihre zweimonatige Famulaturzeit u. a. in einer Allgemeinpraxis oder einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis ableisten. Die ersten Studenten, für dia diese neue Famulatur Pflicht wird, kommen erstmals im Jahre 1974 auf uns zu.

Gerade in dieser Zeit, in der sich so wenige Medizinstudenten entschließen können, einmal Allgemeinärzte zu werden, kann dieser oft erste Kontakt mit der Allgemein- oder gar Landpraxis für den Studenten ein bedeutendes Erlebnis sein. Auf jeden Fall wird das so oft und gerade in dar Klinik verzeichnete Bild der Allgemeinpraxis in seiner Vorstellungswelt zur Wirklichkeit hin korrigiert. Dieser lebhafte Anschauungsunterricht hat zweifellos für viele einen entscheidend werbenden Charakter. Die bisherigen Erfahrungen bestätigen dies.

Es ist klar, daß ein Famulus für eine Allgemeinpraxis keine Entlastung sein kann und daß er in vielen Fällen gerade für den Arzthaushalt eine Belastung darstellt. Es handelt sich hier um eine Aufgabe, die natürlich einen gewissen Idealismus voraussetzt. Für diejenigen aber, die sich um unseren Stand und um unseren Nachwuchs in der Allgemein- und Landpraxis Sorgen machen, liegt hier fraglos eine schöne und befriedigende Aufgabe.

Wir rufen alle Allgemeinärzte sowie alle Kollegen, dia in Gemeinschaftspraxen arbeiten, auf, uns möglichst bald mitzuteilen, ob sia bereit sind, während der Semesterferien für vier Wochen einen Famulus bei sich aufzunehmen. Wir bitten um Mitteilung an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16.

Dr. Hermann B r a u n, Vizepräsident

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS
Bezirksstelle Oberbayern
München, Mühlbeurstreße 16/II
Telefon (08 11) 47 60 87

Eichstätt: 1 Augenarzt

Gaimersheim, Lkr. Eichstätt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Gerching e. d. Alz, Lkr. Altötting: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumerkt-St. Velt, Lkr. Mühldorf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Rennertshofen, Lkr. Neuburg/Donau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Welchering, Lkr. Neuburg/Donau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

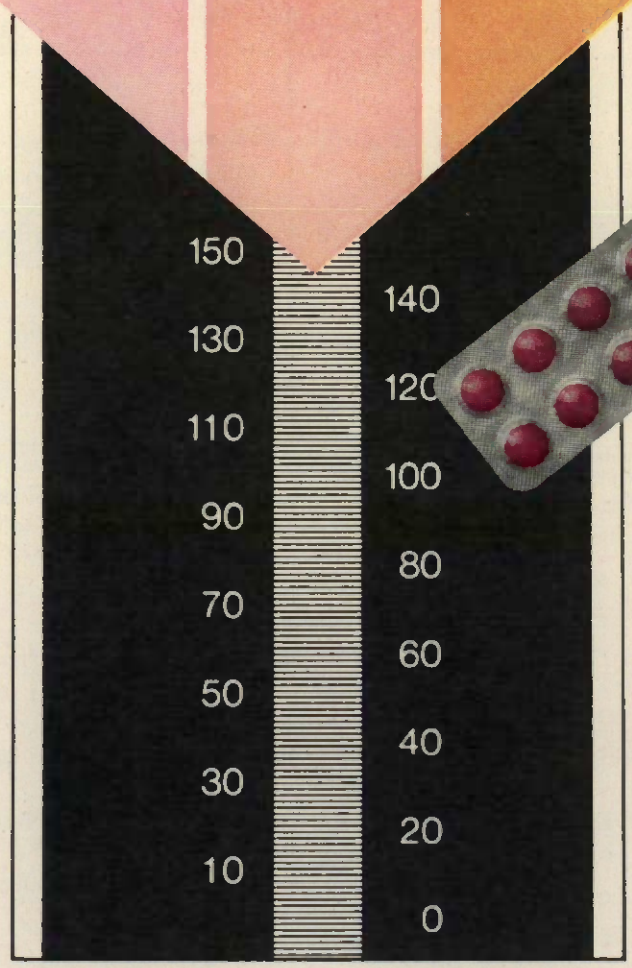
Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberbayern, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16.

NEU von Bayer

Dreierkombination zur Hochdrucktherapie.

Caprinol Bayer

Der sanft regulierende Hochdrucksenker



Caprinol® Bayer zur erfolgreichen Hochdrucktherapie

- **Blutdrucksenkung: zuverlässig**
- **Anpassungsfähigkeit des Kreislaufs: erhalten**
- **Verträglichkeit: gut**
- **Anwendung: problemlos**

Zusammensetzung

Jedes Dragee enthält:
0,1 mg Reserpin, 125 mg /-3-(3,4-Dihydroxyphenyl)-2-methylalanin (Methyldopa), 10 mg N-(4'-Chlor-3'-sulfamoyl-benzolsulfonyl)-N-methyl-2-aminomethyl-2-methyl-tetrahydrofuren (Mefrusid)

Indikationen

Alle Formen der Hypertonie.

Dosierung

Die Dosierung besteht im allgemeinen aus einem Dragee pro Tag. In besonderen Fällen kann die Dosierung bis zu 3mal täglich ein Dragee betragen.

Verträglichkeit und Begleitwirkungen

Caprinol hat eine sehr gute Verträglichkeit. Beginn der Behandlung kommt es bei einem Teil der Patienten zu einer gewissen Sedierung, die je nach Dosis – das Reaktionsvermögen vorübergehend einschränken kann (Verkehrstüchtigkeit). Gastrointestinale Symptome, Mundtrockenheit, Schwellungen der Nasenschleimhaut und kurz enhalten orthostatische Beschwerden können gelegentlich auftreten.



Kontraindikationen

Erwiesene Sulfonamidüberempfindlichkeit, ausgeprägte nephrogene Ausscheidungsstörungen, schwere Hypokaliämie, Coma hepaticum. In einzelnen Fällen können Reserpin enthaltende Arzneimittel, die der Mutter bis kurz vor Wehenbeginn gegeben werden, bei Neugeborenen zu Schwellungen der Nasenschleimhaut, Atemstörungen, Hypersekretion der Bronchialschleimhaut sowie zu Somnolenz führen. Deshalb soll Caprinol – wie alle Reserpin enthaltenden Präparate – in den letzten 2 –,3 Schwangerschaftswochen nicht eingesetzt werden.

Zur Beachtung

Möglichst 1–2 Wochen vor einer Narkose soll Caprinol, wie alle Antihypertonika, abgesetzt werden.
Wegen der seluretischen Komponente sollen Patienten mit Hypokaliämie, Diabetes mellitus und Gicht sorgfältig überwacht werden.

Handelsformen
20 Dragees 6,95 DM
50 Dragees 15,90 DM

Weitere Informationen über Caprinol geben wir Ihnen gern.

BAYER

Caprinol: Synthese optimaler Wirkung und Verträglichkeit
Bayer

Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Statistische Auswertung der Untersuchungsbogen aus dem Jahr 1970 in Bayern

Gestützt auf das Ergebnis der vom Statistischen Landesamt erfaßten und ausgewerteten Untersuchungsbogen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz aus dem Jahre 1970 in Bayern hat das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung wiederum einen Bericht erarbeitet und ihn in seinem Amtsblatt Nr. 20 vom 15. Oktober 1972 veröffentlicht.

Weil bei allen Kollegen, insbesondere bei jenen, die aktiv an den Untersuchungen beteiligt waren, ein lebhaftes Interesse an ihrem Gesamtergebnis bestehen dürfte, wird der Bericht bis auf einige geringfügige redaktionelle Änderungen, im folgenden wörtlich wiedergegeben.

I. Umfang der Untersuchungen

Nach den Unterlagen über die Honorarberechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit den untersuchenden Ärzten wurden im Jahre 1970 ärztliche Untersuchungen nach den Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes im folgenden Umfange durchgeführt:

Erstuntersuchungen (§ 45 Abs. 1 JArbSchG)	78 009
Nachuntersuchungen (§ 45 Abs. 2 JArbSchG)	22 214
Ergänzungsuntersuchungen	3 560
Außerordentliche Nachuntersuchungen (§ 45 Abs. 3 JArbSchG)	77
	103 860

Von diesen 103 860 Untersuchungen entfielen 100 223 auf Erst- und Nachuntersuchungen, wobei jedoch nur 96 637 Untersuchungsbogen vom Statistischen Landesamt ausgewertet wurden; 3586 oder rund 3% der verrechneten Untersuchungsbogen wurden demnach nicht vorgelegt oder waren für eine statistische Auswertung nicht geeignet. 75 386 Untersuchungsbogen entfielen auf Erstuntersuchte (38 419 oder 50,9% männliche und 36 967 oder 49,1% weibliche), 21 251 auf Nachuntersuchte (10 527 oder 49% männliche und 10 724 oder 51% weibliche).

II. Gesundheitszustand der Erstuntersuchten

1. 11 129 oder 14,8% der Erstuntersuchten wurde ärztliche, 6750 oder 9,0% wurde zahnärztliche Behandlung empfohlen. Wegen einer Tuberkuloseerkrankung standen 884 oder 1,2% der Erstuntersuchten in ärztlicher Überwachung.

27 437 oder 36,4% der Erstuntersuchten gaben an, sich aktiv sportlich zu betätigen. Das waren 17 062 oder 44,4% aller männlichen und 10 375 oder 28,0% aller weiblichen Erstuntersuchten.

2. Überstandene Krankheiten (die Zahlen in Klammern geben die Anteilswerte in Prozenten bezogen auf alle Erstuntersuchten an):

a) Infektionskrankheiten:

Masern	54 938	(72,1)
Scharlach	5 081	(6,7)
Diphterie	486	(0,6)
Tuberkulose	534	(0,7)
Rheumatisches Fieber	190	(0,3)

b) Andere Erkrankungen entzündlicher Ursache:

Häufige Angina	10 944	(14,5)
Häufige Bronchitis	2 515	(3,3)
Hepatitis	1 932	(2,6)
Blasen- und Nierenentzündungen	1 279	(1,7)

c) Erkrankungen allergischer Ursache:

Bronchialasthma	344	(0,5)
sonstige Allergosen	920	(1,2)
d) Magen-Darm-Erkrankungen	679	(0,9)
e) Zuckerkrankheit	92	(0,1)
f) Hauterkrankungen	1 774	(2,4)
g) Erkrankungen des Skeletts	919	(1,2)
h) Ohrenkrankheiten	3 083	(4,1)
i) Augenkrankheiten	1 715	(2,3)
j) Krampfanfälle	418	(0,6)
k) Sonstige Krankheiten	2 408	(3,2)

3. Von der Aufzählung aller bei den Erstuntersuchten festgestellten Einzelbefunde nach ihrer Art und Häufigkeit wurde abgesehen, weil die untersuchenden Ärzte nur einen Teil von ihnen als so erheblich beurteilten, daß sie Anlaß zur Eintragung von Gefährdungsvermerken in die dafür eigens vorgesehene Randspalte in den Untersuchungsbogen waren. Die aus arbeitsmedizinischer Sicht bedeutsamsten Befunde wurden ausgewählt und im Abschnitt III. 3. anteilig in Prozenten, bezogen auf alle Erstuntersuchten, in der Spalte A zusammengestellt.

Für die Beschreibung des Gesundheitszustandes erscheint es zweckmäßiger, sich näher mit denjenigen Erstuntersuchten zu befassen, bei denen aufgrund der Gefährdungsvermerke Arbeitsverbote ausgesprochen wurden.

III. Erstuntersuchte mit Gefährdungsvermerken

1. In 10 589 oder 14,0% aller Untersuchungsbogen von Erstuntersuchten wurden Gefährdungsvermerke eingetragen. Das waren 13,6% aller männlichen und 14,5% aller weiblichen Erstuntersuchten. Von den 41 090 Erstuntersuchten, die in ländlicher Umgebung wohnten, kam es bei 5736 oder 13,2%, von den 34 296

Erstuntersuchten, die in städtischer Umgebung wohnten, bei 4853 oder 14,1 % zur Eintragung von Gefährdungsvermerken.

2. Die Erstuntersuchten mit Gefährdungsvermerken gaben an, folgende Krenkheiten überstanden zu haben:

a) Infektionskrankheiten: (die Zahlen in Klammern geben die Anteilswerte in Prozenten bezogen euf alle Erstuntersuchten mit Gefährdungsvermerken an)

Mesern	7 831	(74,0)
Scharlach	825	(7,8)
Diphtherie	94	(0,9)
Tuberkulose	133	(1,3)
Rheumatisches Fieber	44	(0,4)

b) Andere Erkrankungen entzündlicher Ursache:

Häufige Angina tonsillaris	1 804	(17,0)
Häufige Bronchitis	444	(4,2)
Hepatitis	322	(3,0)
Blasen- und Nierenentzündungen	242	(2,3)

c) Erkrankungen allergischer Ursache:

Bronchielasthma	87	(0,8)
Sonstige Allergosen	197	(1,9)
d) Magen-Darm-Erkrankungen	105	(1,0)
e) Ohrenerkrankungen	560	(5,3)
f) Augenerkrankungen	406	(3,8)
g) Hauterkrankungen	354	(3,3)
h) Erkrenkungen des Skeletts	291	(2,7)
i) Krampfanfälle	115	(1,1)
j) Zuckerkrankheit	20	(0,2)
k) Sonstige Erkrankungen	640	(6,0)

3. In der folgenden Aufstellung werden die Anteilswerte derjenigen Befunde einander gegenübergestellt, die einerseits bei allen Erstuntersuchten, andererseits nur bei den Erstuntersuchten mit Gefährdungsvermerken allein Anlaß zur Eintregung von Gefährdungsvermerken waren:

	A *)	B **)
Eingeschränkter Fernvisus	1,9 %	9,1 %
Deformierte Wirbelsäule (auch schmerzhafte Art)	1,6 %	6,2 %
Eingeschränkter Nahvisus	1,1 %	4,9 %
Schilddrüsenveränderungen	1,1 %	2,7 %
Gestörter Ernährungszustand	0,9 %	4,0 %
Brustkorbveränderungen	0,7 %	2,3 %
Hauterkrankungen	0,6 %	1,7 %
Schwache Muskulatur	0,6 %	3,0 %
Gestörte Farbtüchtigkeit	0,6 %	2,6 %
Herzbefunde	0,4 %	1,8 %
Grobe Auffälligkeit im Bereich des vegetativen Nervensystems	0,3 %	1,1 %
Eingeschränktes Hörvermögen	0,2 %	0,7 %
Gestörte periphere Durchblutung	0,2 %	0,7 %
Grobe Auffälligkeit des Geistes- und Gemütszustandes	0,2 %	0,7 %
Befunde an den Bauchdecken und Beuchorganen	0,2 %	0,5 %
Grobe Auffälligkeiten des motorischen und sensiblen Nervensystems	0,1 %	0,4 %
Lungenbefunde	0,1 %	0,3 %

*) A bei 75 386 Erstuntersuchten
**) B bei 10 589 Erstuntersuchten mit Gefährdungsvermerken

4. Aufgrund der Gefährdungsvermerke wurden in die „Ärztlichen Mitteilungen an die Eltern und Arbeitgeber" folgende Arbeitsverbote eingetragen: (Geordnet nach Gruppen entsprechend dem schonungsbedürftigen Organ oder Organsystem):

a) Arbeitsverbote wegen verminderter körperlicher Beanspruchbarkeit:

		der Erstuntersuchten mit Gefährdungsvermerken
Schwere körperliche Arbeit	bei 62,5 %	„
Mittelschwere körperliche Arbeit	„ 7,5 %	„
Arbeiten mit häufigem Heben, Tragen und Bewegen von Lasten	„ 35,7 %	„
Arbeiten im Stehen	„ 12,4 %	„
Arbeiten im Bücken	„ 7,2 %	„
Arbeiten im Hocken	„ 3,7 %	„
Arbeiten im Knien	„ 2,7 %	„
Arbeiten im Gehen	„ 1,7 %	„
Arbeiten im Sitzen	„ 1,3 %	„
Arbeiten mit besonderen Anforderungen an Greifen und Festhalten	„ 0,9 %	„
Arbeiten mit besonderen Anforderungen an beide Beine	„ 1,2 %	„
Arbeiten mit besonderen Anforderungen an beide Hände	„ 0,7 %	„
Arbeiten mit besonderen Anforderungen an beide Arme	„ 0,4 %	„

b) Arbeitsverbote wegen verminderter Belastbarkeit durch klimatische Einflüsse:

Arbeiten bei Temperaturschwankungen	„ 3,0 %	„
Arbeiten bei feuchter Wärme	„ 1,2 %	„
Arbeiten bei trockener Hitze	„ 1,1 %	„

c) Arbeitsverbot wegen gestörter Sehfähigkeit:

Arbeiten, die volle Sehkraft erfordern	„ 20,9 %	„
Arbeiten, die intakte Farbtüchtigkeit erfordern	„ 5,2 %	„
Arbeiten, die räumliches Sehen erfordern	„ 1,8 %	„

d) Arbeitsverbote wegen bestehender oder überstandener Ohrenerkrankungen:

Arbeiten mit Lärmbelästigung „ 1,5 % „

e) Arbeitsverbote wegen verminderter Belastbarkeit der Haut „ 3,5 % „

f) Arbeitsverbote wegen verminderter Belastbarkeit der Schleimhäute „ 2,9 % „

g) Verbote von Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern „ 7,4 % „

h) Verbote von Arbeiten mit Absturzgefahr „ 5,3 % „

i) Verbote von Arbeiten mit besonderer psychischer Belastung „ 3,9 % „

j) Verbote von Arbeiten mit besonderer Einwirkung von Erschütterungen auf den ganzen Körper „ 1,6 % „

k) Verbote von Arbeiten mit besonderer Einwirkung von Erschütterungen auf Hände und Arme „ 1,1 % „

l) Sonstige Arbeitsverbote „ 3,9 % „

IV. Gesundheitszustand der Nachuntersuchten

1. Von 21 251 (10 527 männlichen und 10 724 weiblichen) nachuntersuchten Jugendlichen wurden die Untersuchungsbogen ausgewertet. Der Entwicklungsstand war bei 306 Nachuntersuchten deutlich verfrüht und bei 375 deutlich verspätet. Bei 2224 (10,5 %) Jugendlichen wurden anläßlich bisheriger Untersuchungen bestimmte Arbeiten als gesundheitsgefährdend bezeichnet. Nachteilige Auswirkungen der bisherigen Arbeit auf die Gesundheit wurden bei 161 Jugendlichen festgestellt (77 männliche und 84 weibliche). Eine außerordentliche Nachuntersuchung wurde bei 104 (0,5 %) Nachuntersuchten (56 männlichen und 48 weiblichen) angeordnet.

2842 (13,4 %) Nachuntersuchten wurde ärztliche Behandlung empfohlen. Das waren 12,4 % aller männlichen und 14,2 % aller weiblichen Nachuntersuchten.

886 (8,9 %) Nachuntersuchten wurde zahnärztliche Behandlung empfohlen. Das waren 10,4 % aller männlichen und 7,3 % aller weiblichen Nachuntersuchten. Aktive sportliche Betätigung gaben 5447 (25,6 %) Nachuntersuchte an. Das waren 34,6 % aller männlichen und 16,7 % aller weiblichen Nachuntersuchten. Seit der Erstuntersuchung hatten von den Nachuntersuchten 8387 oder 39,5 % Krankheiten, 1866 oder 8,8 % Unfälle und 1905 oder 9,0 % Operationen überstanden. Von den Nachuntersuchten, die Unfälle erlitten hatten, waren rund 75 % männlichen und 25 % weiblichen Geschlechtes.

Unter den 21 251 Nachuntersuchten waren die
14jährigen mit 241 (1,1 %)
15jährigen mit 5091 (24,0 %)
16jährigen mit 7266 (34,2 %)
17jährigen mit 7660 (36,1 %)
die ohne Altersangabe mit 987 (4,6 %) vertreten.

Die überstandenen Krankheiten und Unfälle verteilen sich hinsichtlich ihrer relativen Häufigkeit auf die 14- bis 17jährigen Nachuntersuchten wie folgt:

Altersgruppe	Unfälle	Krankheiten
14jährige	23 (1,2 %)	68 (1,0 %)
15jährige	481 (25,7 %)	1866 (22,2 %)
16jährige	704 (36,6 %)	2842 (33,9 %)
17jährige	582 (31,2 %)	3203 (38,1 %)
ohne Altersangabe	76 (5,3 %)	408 (4,8 %)

Die Häufigkeit der überstandenen Unfälle und Krankheiten bei den 14- bis 17jährigen entspricht daher weitgehend ihrer relativen Verteilung im entsprechenden Gesamtkollektiv. Die 14- bis 17jährigen Nachuntersuchten haben demnach seit der Erstuntersuchung Krankheiten und Unfälle praktisch gleich häufig überstanden.

Die bei den Nachuntersuchten am häufigsten zur Feststellung gelangten Einzelbefunde werden in der folgenden Zusammenstellung ihrer Häufigkeit nach geordnet aufgeführt. Aus ihr sind auch diejenigen Befunde ersichtlich, durch welche die Ausübung bestimmter Arbeiten von den Ärzten für gesundheitsgefährdend gehalten wurde: Zum Teil waren diese Befunde allein oder zusammen mit anderen Anlaß eines Gefährdungsvermerkes.

Einzelbefunde	Häufigkeit	davon gesundheitsgefährdend bei der Ausübung bestimmter Arbeiten absolut	%
Hautbefunde: Akne	4218	637	15,0
Ekzem	256	50	19,5
sonstige Hautveränderungen	435	70	16,0
Schilddrüsenveränderungen	3125	499	15,9
Eingeschränkter Fernvisus re.	2597	616	23,7
Eingeschränkter Fernvisus li.	2518	614	24,3
Deformierungen der Wirbelsäule	2350	608	25,8
Eingeschränkter Nahvisus re.	1767	371	20,9
Eingeschränkter Nahvisus li.	1712	372	21,7
Ernährungszustand gestört:			
adipös	1649	232	14,0
reduziert	1471	383	27,4
Brustkorbveränderungen	1068	248	21,3
Schwache Muskulatur	1035	284	24,8
Grobe Auffälligkeit des vegetativen Nervensystems	527	127	24,8
Herzgeräusche und sonstige Befunde	499	142	28,4
Periphere Durchblutungsstörung	429	112	26,1
Lungenbefunde einschließlich Tbc-Überwachungen	434	48	11,0
Eingeschränktes Hörvermögen re.	144	25	17,3
Eingeschränktes Hörvermögen li.	138	32	23,0

Derartige Vermerke wurden in die Untersuchungsbogen von 2739 oder 12,9 % aller Nachuntersuchten (45,1 % männlichen, 54,9 % weiblichen) eingetragen. Sie waren wiederum Anlaß dafür, in den „Ärztlichen Mitteilungen" für die Eltern und Arbeitgeber folgende Arbeitsverbote anzuordnen:

a) Arbeitsverbote wegen verminderter körperlicher Beanspruchbarkeit:

		der Nachuntersuchten mit Gefährdungsvermerken
Schwere körperliche Arbeit	bei 57,4 %	„
häufiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten	„ 36,4 %	„
Arbeiten im Stehen	„ 13,7 %	„
Arbeiten im Bücken	„ 12,0 %	„
Arbeiten im Hocken	„ 7,5 %	„
mittelschwere Arbeiten	„ 6,8 %	„
Arbeiten im Knien	„ 5,8 %	„
Arbeiten im Gehen	„ 1,7 %	„
Arbeiten im Sitzen	„ 1,0 %	„
Arbeiten mit besonderen Anforderungen an die Beine	„ 1,2 %	„
Arbeiten, die Greifen und Festhalten erfordern	„ 1,0 %	„
Arbeiten, die besondere Anforderungen an beide Hände stellen	„ 0,9 %	„
Arbeiten, die besondere Anforderungen an beide Arme stellen	„ 0,4 %	„

b) Arbeitsverbote wegen verminderter Belastbarkeit durch klimatische Einflüsse:

Arbeiten bei Nässe	bei 6,9 %	„
Arbeiten bei Kälte	„ 6,1 %	„
Arbeiten bei Zugluft	„ 4,1 %	„
Arbeiten bei Temperaturschwankungen	„ 2,4 %	„
Arbeiten bei feuchter Wärme	„ 0,9 %	„
Arbeiten bei trockener Hitze	„ 0,8 %	„

c) Arbeitsverbote wegen gestörter Sehfähigkeit:

Arbeiten, die volle Sehkreft ohne Brille erfordern	bei 21,1 %	„
Arbeiten, die Farbtüchtigkeit erfordern	„ 3,7 %	„
Arbeiten, die räumliches Sehen erfordern	„ 1,2 %	„
d) Verbote von Arbeiten mit besonderer Einwirkung von Lärm	„ 1,4 %	„
e) Verbote von Arbeiten mit besonderer Belastung der Haut	„ 4,9 %	„
f) Verbote von Arbeiten mit besonderer Belastung der Schleimhäute	„ 2,9 %	„
g) Verbote von Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern	„ 7,1 %	„
h) Verbote von Arbeiten, die mit Absturzgefahr verbunden sind	„ 4,7 %	„
i) Verbote von Arbeiten, die verbunden sind mit besonderer Erschütterung des ganzen Körpers	„ 1,9 %	„
j) Verbote von Arbeiten, die verbunden sind mit besonderer Erschütterung der Hände und Arme	„ 1,1 %	„
k) Verbote von Arbeiten mit besonderen psychischen Belastungen	„ 5,0 %	„
l) Verbote von Arbeiten mit sonstigen Belastungen	„ 4,8 %	„

Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

1. Die Beteiligung an den Erstuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz dürfte sich in Bayern mit rund 78 000 der tatsächlichen Zahl der 1970 in das Erwerbsleben eingetretenen Jugendlichen stark genähert haben.

Ein Vergleich mit 1969 ist aber nicht ohne weiteres möglich, weil mit Einführung des neunten Schuljahres im Frühjahr 1969 die Zahl der entlassenen Volksschüler sich von 83 703 im Jahre 1968 auf 5181 im Jahre 1969 verringerte. Die Zahl der Berufsschüler betrug im Schuljahr 1968/69 in der ersten Klasse insgesamt 90 632 und im Schuljahr 1969/70 nur noch 16 645. Im Schuljahr 1970/71 stieg sie wieder auf 86 991 an.

Das Interesse an einer ärztlichen Untersuchung der Jugendlichen vor dem Eintritt in das Erwerbsleben scheint erfreulich groß; nicht nur bei den unmittelbar Betroffenen, den Jugendlichen selbst, sicher auch bei ihren Eltern bzw. Erziehungsberechtigten und bei den Arbeitgebern. Dabei derf allerdings auch der positive Einfluß nicht unerwähnt bleiben, den sowohl die staatlichen Aufsichtsorgane als auch verschiedene andere Stellen auf die Beteiligung an den Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz ausübten.

2. Die Zahl der Nachuntersuchten sollte grundsätzlich so hoch sein, wie die Zahl derjenigen Jugendlichen, die ein Jahr lang erwerbstätig waren oder wenigstens so hoch, wie die der Erstuntersuchten im jeweiligen Jahr vorher war.

Es ist sehr bedauerlich, daß die tatsächliche Beteiligung an den Nachuntersuchungen immer noch so viel zu wünschen übrig läßt, zumal sie den Zweck haben, zu verhindern, daß Jugendliche mit Arbeiten weiter beschäftigt werden, denen sie sich aufgrund des bei der Nachuntersuchung festgestellten Gesundheits- und Entwicklungsstandes und ihrer körperlichen Beschaffenheit als nicht gewachsen gezeigt haben und deren weitere Ausübung ihre Gesundheit gefährdet. Diesen Zweck können aber die Nachuntersuchungen nur erfüllen, wenn die nachuntersuchungspflichtigen Jugendlichen von ihnen Gebrauch machen. Nachtei-

Warum

kommt es nach Saluretika und Antihypertonika zu einer Glykosid-Unverträglichkeit?

Darum:



Durch den verursachten Kaliummangel. KCl-retard Zyma erhöht die Glykosid-Toleranz durch Beseitigung des Kaliummangels. Ohne Reizung des Magen-Darm-Traktes.

Immer wenn der Körper Kalium verliert – nach Einnahme von Saluretika und Antihypertonika, aber auch bei Laxantienabusus, Erbrechen und diabetischer Stoffwechselentgleisung – braucht er das richtige Komplementärsalz: KCl-retard Zyma.

KCl-retard Zyma gibt sein Kaliumchlorid in 4-5 Stunden ganz allmählich ab: Also keine zu hohen lokalen Konzentrationen im Verdauungstrakt – also beste Verträglichkeit.



Indikationen: Saluretische Ödem- und Hochdruckbehandlung, Herzglykosid-Therapie, Corticosteroid- und ACTH-Behandlung, Laxantienabusus.
Kontraindikationen: Nierenkrankheiten mit Azotämie bzw. Oligurie, gesteigerter Katabolismus und unmittelbare postoperative Periode, Nebennierenrindeninsuffizienz, erhöhtes Serumkalium (>5,5 mval/l), Behandlung mit kaliumretinierenden Saluretika (Triamteren) und Aldosteronantagonisten (Spironolactone).
Dosierung: Im allgemeinen genügen – je nach dem individuellen Bedarf – 3 bis 6 Dragees täglich, die unzerkaut nach dem Essen eingenommen werden sollen. Bei therapeutischen Dosen keine Gefahr einer Hyperkaliämie, soweit die Nierenfunktion intakt ist, da bei übermäßiger Kaliumzufuhr die renale Kaliumausscheidung ansteigt.
Handelsformen: 40 Dragees DM 6,25, Anstaltspackung zu 200 Dragees

Zyma-Blaes AG München

KCl-retard Zyma®

lige Folgen der Wahl eines falschen Berufes oder einer die körperlichen und geistigen Fähigkeiten überfordernden Erwerbsarbeit auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand, können im Einzelfall umso rascher erkannt werden und lassen sich dann auch umso leichter wieder beheben, wenn die Nachuntersuchung rechtzeitig erfolgt. Der allgemein gute Gesundheitsstand der Jugendlichen bei ihrem Eintritt in das Erwerbsleben kann umso leichter auch für die folgenden Jahre erhalten werden, wenn sich möglichst alle berufstätigen Jugendlichen rechtzeitig nachuntersuchen lassen. Die Nachuntersuchung unterstützt den präventiven Wirkungsgrad der Erstuntersuchung und macht ihn nachhaltiger.

Viele Jugendliche kommen erfahrungsgemäß anläßlich der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz das erste Mal in direkten Kontakt mit einem Arzt. Sie erleben dabei auch das erste Mal am eigenen Leib eine ärztliche Untersuchung. Dieses Erlebnis sollte insbesondere bei gesunden bzw. beschwerdefreien Jugendlichen, die im Begriffe sind in das Arbeitsleben einzutreten, die Überzeugung hervorrufen, daß es sich dabei um eine notwendige und zweckdienliche Maßnahme handelt, die das Opfer an Zeit und die Umstände rechtfertigt.

Im gegebenen Falle wird sie wahrscheinlich zu der Überzeugung führen, daß die für das Ende des ersten Beschäftigungsjahres vorgesehene zweite Untersuchung nicht minder notwendig ist. Dies um so mehr, wenn bei der ersten Untersuchung Befunde festgestellt worden sein sollten, die zur Eintragung von Gefährdungsvermerken mit der Anordnung von Arbeitsverboten geführt haben.

Die untersuchenden Ärzte können deshalb einen ganz erheblichen Einfluß darauf ausüben, ob bei den nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz erstmals untersuchten Jugendlichen die Bereitschaft geweckt wird, sich zur gegebenen Zeit auch nachuntersuchen zu lassen, oder ob bei ihnen der Eindruck hervorgerufen wird, daß derartige Untersuchungen belanglos und daher unnötig sind.

Alle Bemühungen, die Jugendlichen zur Teilnahme an den Jugendarbeitsschutzuntersuchungen noch stärker zu interessieren, müssen daher von allen beteiligten Stellen fortgesetzt und weiter intensiviert werden. Vor allem muß die eben in das Erwerbsleben eingetretene Jugend besser über Sinn und Zweck der Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz aufgeklärt werden.

Aufgrund des gesamtstatistisch erfaßten Untersuchungsergebnisses läßt sich hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustandes nicht sagen, daß er als gut, als weniger gut oder gar als schlecht zu beurteilen ist. Es fehlen auch zum Vergleich geeignete gleichartige Untersuchungen. Es wird immer einen gewissen Prozentsatz an Jugendlichen geben, deren Entwicklungs- und Gesundheitsstand am Beginn ihres Erwerbslebens nicht der Norm entspricht und denen daher bestimmte Arbeiten nicht zugemutet werden dürfen.

Um die aus der gesamtstatistischen Auswertung der Untersuchungsbogen gewonnenen Erkenntnisse der Jugendgesundheit nutzbar zu machen, sollten sie daraufhin überprüft werden, ob und gegebenenfalls welchen festgestellten Befunden mit einschränkender Wirkung auf die Leistungsfähigkeit und Arbeitsverwendungsfähigkeit in Zukunft vorgebeugt werden könnte.

Die überstandenen Infektions- bzw. Kinderkrankheiten, die mit Ausnahme der Masern und des Scharlachs praktisch nur sporadisch vorkommen sowie deren eventuelle Folgeerscheinungen, dürften die Arbeitsverwendungsfähigkeit im allgemeinen nicht wesentlich eingeschränkt haben. Auch die anderen überstandenen Erkrankungen entzündlicher Genese, mit Ausnahme der Angina tonsillaris, waren nicht so häufig und offenbar auch nicht so schwer, daß ihnen auf die Arbeitseinsatzfähigkeit der Erstuntersuchten insgesamt ein nennenswerter negativer Einfluß zugeschrieben werden könnte.

Unter den Einzelbefunden, die zu Arbeitsverboten geführt haben, finden sich jedoch einige, die zum Teil auf Versäumnissen der Gesundheitsvorsorge im vorberuflichen Lebensabschnitt beruhen. Sie hätten durch frühzeitig einsetzende entsprechende Präventivmaßnahmen wahrscheinlich zu einem erheblichen Teil verhindert werden können. Es handelt sich um

Deformierung der Wirbelsäule,

schwache Muskulatur,

abnormer Ernährungszustand,

Störungen der peripheren Durchblutung und

grobe Anfälligkeiten des vegetativen Nervensystems.

Erfahrungsgemäß werden Verschleißerscheinungen und Deformierungen der Wirbelsäule durch Haltungsschwäche begünstigt, verschlimmert und auch hervorgerufen.

Die Haltungsschwäche wiederum beruht im wesentlichen auf einer Schwäche der Rumpfmuskulatur. Durch frühzeitig einsetzende und konsequent durchgeführte Maßnahmen zur körperlichen Ertüchtigung, kann den genannten abnormen Körperbefunden und Funktionsstörungen vorgebeugt werden. Mehr Jugendliche wären dann gegenüber den ungewohnten physischen und psychisch-vegetativen Anforderungen, die an sie mit dem Eintritt in das Erwerbsleben gestellt werden, besser gerüstet.

Die Notwendigkeit möglichst frühzeitig vor Eintritt in das Erwerbsleben mit Maßnahmen zur Prophylaxe von Wirbelsäulendeformierungen zu beginnen, ergibt sich auch daraus, daß es nach den Erkenntnissen namhafter Fachorthopäden zum Zeitpunkt der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen für eine kausale medizinische Behandlung meist schon zu spät ist. Die sozialmedi-

zinische Bedeutung der Prävention von Wirbelsäulenerkrankungen, wird durch ihren hohen Anteil an den Anträgen auf Frühinvalidität unterstrichen.

Der bei den Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz festgestellte allgemeine Gesundheits- und Entwicklungsstand der Jugendlichen ist mit Aussicht auf Erfolg nur verbesserungsfähig, wenn in Zukunft schon in den dem Erwerbsleben vorausgehenden Lebensabschnitten, insbesondere während der Schuljahre, der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung der Kinder mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden wird.

Tollwut

von H. Stickl

Innerhalb der großen, über Jahrzehnte sich hinziehenden Weltseuchenzüge der Tollwut (seit 1946 in Mitteleuropa, seit 1965 in Bayern) treten epidemische, regionale Gipfel euf, die in ihrer Basis das Wild — bei uns in erster Linie die Füchse —, sekundär die Haustiere befallen und damit als Endglied einer epidemischen Kette schließlich auch den Menschen gefährden.

Der **Erreger der Tollwut** ist das Lyssa-Virus, das eine besondere Affinität zu den SCHWANNschen Scheiden der Nerven und zum Zentralnervensystem besitzt: Wird das Virus in einen Nerven inokuliert, so wandert es, wie der Funke in der Zündschnur, in ihm entlang und erreicht somit schließlich das Zentralnervensystem. Je kürzer der Weg (Gesichtsbissel) um so kürzer die Inkubationszeit und je dichter die zentripetale Innervierung (Gesicht, Daumenballen), um so stärker die Gefährdung. Die Erkrankung an Tollwut endet ausnahmslos tödlich. Das Lyssa-Virus ist relativ umweltresistent. In Schleim und Speichel kann es bis zu drei Wochen eingetrocknet Infektionstüchtig bleiben.

Empirisch läßt sich die Gefährdung der **Tollwut-Exposition** nach dem modifizierten „Babes-Index" abschätzen:

1. Biß- und Kratzwunden von tollwütigen Tieren im Gesichts- und Halsbereich des Menschen führen zu etwa 66 % zu der tödlichen Erkrankung an Tollwut, sofern nicht eine entsprechende Immuntherapie einsetzt.
2. Bisse tollwütiger Tiere an den Extremitäten und am Stamm führen dagegen nur noch zu einer Erkrankung des Menschen zu etwa 20 %. Gefährlicher sind Bisse in den reich innervierten Daumenballen (20 bis 40 %).
3. Bei Kontakt mit einem tollwütigen Tier ohne Verletzung kann es auch durch Hautschrunden zur Infektion des Menschen kommen; hier liegt jedoch das Risiko einer Infektion weit unter 1 %.

Die **Indikation zur Ausführung der Tollwut-Schutzimpfung** *) muß das Risiko an Tollwut zu erkrenken berücksichtigen. Die folgenden Gesichtspunkte sind für die Impfindikation einer Tollwut-Impfung zu beachten:

1. Wurde Tollwut bei dem die Verletzung herbeiführenden Tier mit Sicherheit fluoreszenz-serologisch, virologisch oder histologisch nachgewiesen? War das Tier klinisch tollwütig?
2. Bei allen Gesichtsbissen ist wegen der kurzen Inkubationszeit ohne Abwarten der Labordiagnose die aktive und passive (Schutzseren) Impfung gegen Tollwut indiziert.
3. Welcher Art ist die Verletzung?
4. Ist in der entsprechenden Gegend eine augenblickliche Tiertollwut bekannt?
5. Bei Kindern ist wegen der unsicheren Angaben die Impfung eher durchzuführen als abzulehnen, wenn Tollwut in der Gegend vorkommt. Es kommt hinzu, daß bei Kleinkindern postvakzinale Tollwutenzephaliten fast unbekannt sind. Die Impfindikation kann bei Kleinkindern großzügiger gestellt werden.
6. Berührung mit frischem, tollwutvirushaltigem Material (Speichel von Tieren, usw.), besonders bei rissigen Händen.

Wahl der Impfstoffe:

In der Bundesrepublik Deutschland sind zwei Impfstoffe verfügbar:

a) „Duck-Embryo-Vakzine": Eine aus bebrüteten Enteneiern gewonnene Vakzine mit inaktiviertem Lyssa-Virus.

b) Impfstoff nach HEMPT (extrahiertes, homogenisiertes Kaninchenhirn, bei dem die lebenden Viruspartikel durch Zusatz von Phenol inaktiviert wurden). Die Produktion wird eingestellt; es stehen nur noch Restmengen zur Verfügung.

Versuche den Impfstoff auf menschlichen Fibroblasten-Zellkulturen herzustellen, verliefen bisher nicht unbefriedigend.

Der Impfstoff nach HEMPT wird in sechs Impfungen im täglichen Abstand à 4 ml bei Erwachsenen subkutan in die Bauchhaut injiziert. Eine siebte Injektion folgt nach vier bis sechs Wochen. Bei der Duck-Embryo-Vakzine besteht die Impfserie aus 14 Einzelinjektionen in täglichem Abstand oder bei Zeitnot (weit fortgeschrittene Inkubationszeit) in sieben Impftagen, wobei zwei Injektionen, je eine morgens und abends, vorgenommen werden.

Die **Verträglichkeit der Tollwut-Schutzimpfung** wird beträchtlich gesteigert, wenn in der Zeit während der Impfung Alkoholgenuß, schwere körperliche Arbeit,

*) Besser als der allgemein übliche Ausdruck „Tollwut-Schutzimpfung" ist die Bezeichnung „Wutschutzbehandlung"; denn es handelt sich je hier nicht um eine prophylaktische Impfung des Menschen, sondern nach bereits stattgefundener Exposition um eine Immuntherapie, die die Folgen der stattgehabten Infektion abwenden soll. Die Kassen erstatten die Kosten der Wutschutzbehandlung.

starke Sonnenbestrahlung, u. a. vermieden werden. Beim HEMPT-Impfstoff kommt es oft nach der vierten Injektion zu lokalen Schwellungen und Schmerzen, manchmal auch zu Kopfschmerzen.

Dauer des Impfschutzes: Erfolgt innerhalb der nächsten sechs Monate eine erneute Exposition, so ist eine neuerliche Impfung nicht notwendig. Bei Gesichtsbissen und sehr starken Verletzungen durch sicher tollwütige Tiere ist dennoch eine Auffrisch-Injektion zu empfehlen. Bei einer Exposition zwischen sechs und zwölf Monaten nach der Impfung genügt in der Regel eine einmalige Auffrisch-Injektion mit dem HEMPT-Impfstoff. Expositionen nach längerem Intervall bedingen eine Neu-Impfung mit der gesamten Impfserie. Ist bereits früher eine Wutschutz-Behandlung mit dem HEMPT-Impfstoff erfolgt, so soll eine notwendige, neue Impfserie nach Möglichkeit mit der Duck-Embryo-Vakzine durchgeführt werden. Letztere führt zu einer länger anhaltenden und besseren Immunität und ist mit einem weit geringerem Komplikationsrisiko belastet.

Die Zahl der **Impfkompliketionen nach HEMPT-Impfung** wird augenblicklich mit 1 : 2000 angegeben und ist verglichen mit anderen Impfungen hoch. Aus diesem Grunde ist die Indikation streng zu prüfen, und sollte sich der Verdacht einer Tollwutexposition entkräften lassen, sollte unmittelbar mit der Impfung aufgehört werden. Wegen der infausten Prognose der Erkrankung des Menschen en Tollwut gibt es bei strenger Überprüfung der Indikation praktisch keine Kontraindikationen für die Wutschutz-Behandiung. Dennoch ist bei allen Nierenleiden, postenzephalitischen Zuständen, Schwangeren, u. e. besondere Vorsicht geboten: Die Impfung soll hier nach Möglichkeit stationär durchgeführt werden, beim Auftreten unerwünschter Nebenreaktionen kann die Verabreichung von Kortikosteroiden notwendig werden.

Die **Behandlung** der Tollwut darf sich nicht allein auf die Wutschutz-Behandlung beschränken. Folgende Richtlinien sind zu beachten:

1. Sorgfältige Wundtoilette mit Ausspüien der Wunde, möglichst mit alkalischen Lösungen, eventuell 2%-ige Wasserstoffsuperoxyd-Lösung. Kein Vernähen der Wunde. Bei schweren Bißverletzungen sicher tollwütiger Tiere Umspritzen des Wundgebietes mit spezifischem Lyssa-Antiserum (Kaninchen-Antiserum, Pferde-Antiserum).
2. Prophyiaxe des Wundstarrkrampfes durch Verabreichung von 2 ml eines homologen Tetanus-Antiserums (Tetagam) sowie Verabreichung einer Auffrisch-Impfung gegen Tetanus mit Fluid-Tetanol. Die Injektionsorte von Tetagam und Tetanol sollen möglichst weit auseinander liegen, z. B. Glutealgegend — Oberarm.

Nachweis der Tollwut

Der sicherste Tollwut-Nachweis erfolgt im Mäuse-Tierversuch. Nachteil der Methode ist jedoch die lange Zeitdauer bis zur Aussage des Versuches (zwei bis drei Wochen). Die Anfärbung der negrischen Körperchen im histologischen Präparet bzw. im Quetschpräparat aus dem Gehirn des die Verletzung verursachenden Tieres ergibt bei Fuchs und Hund eine Sicherheit von etwa 95 %. Bei der Katze jedoch ist der Test bei sicher vorhandener Tollwut nur bis zu etwa 60 % positiv. Ähnlich ungünstig liegen die Verhältnisse bei Großtieren. Größere Sicherheit ergeben Fluoreszenz-serologische Untersuchungen. Der Vorteil ist geringer Zeitaufwand und eine über 90 %ige Sicherheit der Aussage. Gute, jedoch nicht von allen Nachuntersuchern bestätigte Resultate ergibt auch der Corneai-Test. Er ist nur einigen wenigen Untersuchungsstellen vorbehalten. Vorteil des Tests ist, daß ein tollwutverdächtiges Haustier nicht getötet zu werden braucht.

Da die Tollwut bei Hund, Katze und Fuchs ausnahmslos als schwere und tödlich endende Erkrankung verläuft, kann der Nachweis einer Tollwut auch durch Beobachtung des Tieres geführt werden: Erkrankt das in Quarantäne gehaltene Tier und stirbt innerhalb der nächsten fünf Tage, so liegt mit Sicherheit Tollwut vor. Die zusätzlichen Laboruntersuchungen können die Diagnose bestätigen. **Aus diesem Grunde sollen Tiere, die eine Bißverletzung in tollwutverseuchten Gebieten verursacht hatten, nicht getötet, sondern beobachtet werden.**

Nach der Wutschutz-Behandlung beginnt die Immunität des Menschen zwischen vierten und sechsten Tag nach der letzten Impfinjektion. Bei einer durchschnittlichen Inkubationszeit der Tollwut von 21 bis 28 Tagen ergibt sich somit, daß mit der Impfung mit HEMPT-Impfstoff und mit dem beschleunigten Modus mit der Duck-Embryo-Vakzine bis spätestens zehnten Tag nach Exposition (Ausnahme: Gesichts- und Halsbissel) begonnen werden sollte. Da jedoch bei der Tollwut auch Inkubationszeiten bis zu acht Monaten und mehr bekannt geworden sind, sollte in jedem Fall — auch wenn diese Frist verstrichen ist — eine Wutschutz-Behandlung durchgeführt werden.

Die jetzige, offensichtlich durch den Fuchs übertragene Tollwutepidemie, die auch Bayern erreicht hat, gefährdet den Menschen in erster Linie über die Infektion der Haustiere. *Sinnvoll ist daher für den Schutz von Mensch und Tier die prophylektische Tollwutschutzimplung der Haustiere, vor allem von Hund und Katze. Die früher hiergegen geäußerten Bedenken (kaschierte Infektion bei noch vorhendener Virusausscheidung) sind gegenstandslos geworden. Auch eine in Entwicklung befindliche Schluckimpfung der Füchse (A. MAYR) scheint geeignet zu sein, die häufigste und gefährlichste Infektionsquelle, den Fuchs, epidemiologisch euszuschalten (Auslegen von Impfstoffhaltigen Fleischködern).* Richtiges Verhalten von Spaziergängern im Walde, gute Beaufsichtigung von Hund und Katze, Meldung verdächtiger Beobachtungen an den Amtstierarzt, sofortiges Aufsuchen des nächstgelegenen Arztes bei möglicher Exposition und rasche Ein-

leitung der Wutschutz-Behandlung unter entsprechenden Verhaltensmaßregeln ermöglichen es, die Gefahr der Tollwut für den Menschen zu bannen. Jeder Arzt kann Tollwut-Impfungen vornehmen. Daneben gibt es Beratungszentren (z. B. Bayerische Landesimpfanstalt), die in Zweifelsfällen Auskunft über die Impfindikation, die Gefährdung und über Impftechnik geben.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. H. Stickl, Leiter der Bayerischen Landesimpfanstalt München, 8000 München 95, Am Neudeck 1

Standesleben

Einführung der Qualitätskontrolle

Das Eichgesetz, welches am 11. Juli 1969 erlassen wurde, hat auch vor den Türen der ärztlichen Sprechzimmer nicht haltgemacht. Die von Ärzten benutzten Waagen und Blutdruckmeßgeräte unterliegen der Eichpflicht. Die damit verbundene Belastung muß von jedem Arzt getragen werden.

Die Eichpflicht gilt aber grundsätzlich für alle Geräte, mit denen Messungen der verschiedensten Art durchgeführt werden. Die Ausnahmen wurden in einer „Verordnung über Ausnahmen der Eichpflicht" vom 26. Juni 1970 festgelegt. Darunter fallen Meßzylinder, Mischzylinder, Reagenzgläser, Zentrifugengläser, Bechergläser, Erlenmeyer-Kolben, Uringläser und sonstige Volumenmeßgeräte, die nur für qualitative Untersuchungen benutzt werden.

Ausgenommen sind auch Volumenmeßgeräte, die nur für solche quantitativen Analysen benutzt werden, deren Richtigkeit durch ständige Überwachung nach den Methoden der statistischen Qualitätskontrolle und durch Ringversuche nachgewiesen werden. Dabei sind die von der Bundesärztekammer ausgearbeiteten Richtlinien zu beachten.

Nachdem klinisch-chemische quantitative Untersuchungen in Bayern von rund 5500 Kassenärzten durchgeführt werden, hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 14. April 1973 beschlossen, die Qualitätskontrolle verbindlich einzuführen. Eine entsprechende Satzungsänderung wurde beschlossen. Sie wird nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde veröffentlicht.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat die organisatorischen Einzelheiten festgelegt, die Kassenärzte werden entsprechend unterrichtet. Durch diese Qualitätskontrolle werden nicht nur im kassenärztlichen Bereich, sondern im allgemeinen ärztlichen Bereich in Zukunft normierte und damit vergleichbare Werte geschaffen, die der Zusammenarbeit auf allen Ebenen, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich, nur dienlich sein wird.



Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

49. Tagung vom 12. bis 15. Oktober 1972

(Schluß)

3. Hauptthema: „Aktuelle Proktologie und Erkrankungen im Kolonbereich"

Professor Dr. K. ELSTER, Bayreuth:

„Gutartige und bösartige Tumoren — Klassifizierung und Bewertung"

Die gutartigen epithelialen Dickdarmtumoren sind stets polypös strukturiert. Andererseits ist nicht jeder Polyp ein gutartiger epithelialer Tumor, so daß sich allein hieraus die Notwendigkeit einer Klassifizierung anhand des histologischen Befundes ergibt. Daraus folgt die Gruppierung der gutartigen Polypen in das polypöse Adenom, das papilläre Adenom und in das villöse Papillom. Bei allen Strukturvarianten handelt es sich jedoch um eine tumoröse Neubildung im Sinne eines irreversiblen Wachstumsexzesses körpereigener Zellen; die Möglichkeit der malignen Entartung ist damit gegeben. Besonders villöse Strukturen und breitbasiges Aufsitzen sowie ein Durchmesser von mehr als 1 cm sind bezüglich einer eventuellen malignen Entartung suspekte Kriterien. Epitheliale Polypen unter 1 cm Durchmesser enthalten äußerst selten ein invasiv wachsendes Karzinom, bei dem die muscularis mucosae von atypischen Drüsen durchbrochen wird. Die Begriffe präinvasives Karzinom, Carcinoma in situ oder präkanzeröser Prozeß sind für die polypösen Adenome nicht anwendbar, da die diesen Termini sonst zuzuordnenden histologischen Kriterien geradezu charakteristisch für diese Polypen sind. Deshalb kann eine Probeexzision oder gar ein zytologischer Abstrich keine Aussage über die Gesamtstruktur der Adenome und damit über die Prognose geben.

Die bösartigen, epithelialen Tumoren sind in ihrer Wertung unproblematischer; die Karzinomdiagnose beruht gleichsam auf herkömmlichen Kriterien der pathologischen Anatomie: dem Nachweis des invasiv destruierenden Wachstums der Geschwulst. Es werden unterschieden: das Adeno-Ca, das Mukoid-Adeno-Ca, das undifferenzierte Karzinom und das Plattenepithelkarzinom, dessen häufigster Sitz der Analring ist und das die günstigste Prognose aufweist, da es meist durch lokale Exzision zu beseitigen ist.

Die Bewertung von Karzinoiden ist sowohl bezüglich ihrer Klassifizierung als auch der Bewertung problematisch. Diese Geschwülste sind wegen ihrer epithelialen Struktur und der Wachstumsart zwar karzinom-ähnlich, ihr biologisches Verhalten entspricht jedoch trotz gelegentlicher Metastasierung keineswegs einer malignen Geschwulst. Typische Karzinoide finden sich vorwiegend im Dünndarm und im Wurmfortsatz.

Die gutartigen, nicht-epithelialen Tumoren des Dickdarms sind keine Darmtumoren im eigentlichen Sinne, da sie in allen Körperteilen vorkommen können: Lipome, Hämangiome und Lymphangiome.

Die bösartigen, nicht-epithelialen Tumoren sind äußerst selten. Zu den hämopoetischen und lymphoiden bösartigen Geschwülsten zählen wir die lympho-retikulären Sarkome, wobei der Darm nicht selten nur ein Ort der Teilmanifestation einer Systemerkrankung ist. Die Melanose der Rektumschleimhaut nach Laxantienabusus hat mit Melanomen nichts zu tun. Bei Karzinommetastasen ist der Primärtumor zumeist in den Urogenitalorganen lokalisiert. Vielfach handelt es sich dabei aber nicht um echte Metastasen, sondern um einen direkten Einbruch der Geschwulst vom benachbarten Organ.

Ebenso wie die gutartigen epithelialen Geschwülste sich als Polypen entwickeln, so zeigen auch die Karzinome zumeist eine polypöse Struktur. Davon abweichend lassen sich mitunter Kryptenepithelatypien nachweisen, die hinsichtlich ihres Ausprägungsgrades als Karzinom bezeichnet werden müssen. So führt bei der Colitis ulcerosa der ständige Wechsel von Nekrose und Regeneration schließlich nach Jahren zum Fehlregenerat, dem Malignom. Der Zeitfaktor spielt hierbei die entscheidende Rolle. Deshalb sollen nicht nur hyperregeneratorische, also pseudopolypöse Formationen exzidiert werden, sondern auch insbesondere die flache Schleimhaut, die nicht selten karzinomatöse Formationen enthält. Neben den Epithelatypien sind noch tumorähnliche Läsionen (gutartige lymphoide Polypen, hyperplastische sowie „entzündliche" Polypen, Hamartome, Heterotypien usw.) sowie die Polypose einer systematischen Darstellung der Dickdarmgeschwülste einzuordnen.

Dr. L. FILIPPINI, Luzern:

„Diagnostik und Therapie der Divertikulosis und Divertikulitis des Dickdarms"

Die Divertikulose mit ihren Folgeerscheinungen ist — abgesehen von Hämorrhoidalleiden — die häufigste pathologische Veränderung im Dickdarm. Nach dem 40. Lebensjahr steigt die Zahl der Divertikelträger steil an, sie wird jenseits des 50. Lebensjahres auf etwa 15%, bei über 60jährigen Menschen auf mehr als 25%, nach 70 Jahren auf 40% und im achten Dezenium auf rund 60% der Bevölkerung geschätzt. Vor dem 35. Lebensjahr werden Dickdarmdivertikel nur sehr selten gefunden. Bei Personen mit überwiegend sitzender Tätigkeit, chronischer Obstipation und schlackenarmer Ernährung werden Dickdarmdivertikel in gehäuftem Maße gefunden.

Bei der Divertikulose handelt es sich eher um einen pathologischen Zustand als um ein eigentliches Krankheitsbild, da die Träger unkomplizierter Divertikel entweder beschwerdefrei sind oder allenfalls über uncharakteristische Abdominalbeschwerden (Meteorismus, dumpfes Schmerz- und Spannungsgefühl sowie Stuhlunregelmäßigkeiten) klagen. Klinisch in Erscheinung tritt die Divertikulose gewöhnlich erst durch Komplikationen, besonders durch das Bild der akuten Divertikulitis.

Das Zustandekommen der Divertikulose ist bisher noch nicht eindeutig geklärt. Kongenitale Divertikel sind äußerst selten und meist solitär; die Mehrzahl sind erworben. Funktionelle Innervationsstörungen – ähnlich wie beim Reizkolon – führen unter Umständen zu Darmwandmotilitätsstörungen und dadurch zu segmentalen Steigerungen des Darminnendruckes, wodurch die Ausbildung von Pulsionsdivertikeln begünstigt wird. Selten kommen auch Traktionsdivertikel vor, z. B. durch umschriebene Ausziehung der Darmwand infolge tuberkulöser Lymphknoten. Die Austrittsstelle der Divertikel zeigt eine Beziehung zu schwachen Wandpartien. Mit zunehmendem Alter werden insbesondere Gefäßlücken durch Atrophie und Turgorverlust des perivaskulären Gewebes erweitert und dadurch Schleimhauteusstülpungen gefördert. Bei den erworbenen Formen handelt es sich also um Pseudodivertikel, da sie nicht aus allen Wandschichten des Kolons gebildet werden. Stülpen sich die Schleimhautsäckchen nur innerhalb der Darmwand aus, so spricht man von inkompletten oder intramuralen Divertikeln im Gegensatz zu kompletten Divertikeln, die sich sackartig durch die Darmwand nach außen vorwölben.

Prädilektionsstellen für die Lokalisation der Divertikel sind der mittlere und obere Teil des Sigmas, dem die funktionellen und morphologischen Voraussetzungen in besonderem Maße eigen sind. In 40% der Fälle stellt das Sigma die ausschließliche Lokalisation dar, in 80 bis 90% der Fälle ist es mitbetroffen.

Durch Stuhlretention und Kotsteinbildung können sich Druckgeschwüre entwickeln, welche durch konsekutive Infektionen und Mikroperforationen das Krankheitsbild der Divertikulitis bewirken. Ihr klinisches Bild ist vielgestaltig. Führendes Symptom ist der Schmerz. Im allgemeinen wird dieser zunächst als viszeraler Schmerz im mittleren Meso- und Hypogastrium empfunden, später entsprechend der Sigmalokalisation im linken Mittel- und Unterbauch angegeben. Die Beschwerden werden meist als kontinuierliches Druckgefühl, seltener als intermittierend krampfartiger Schmerz geschildert, der linksseitig bis in den Rücken ausstrahlen kann. Durch Windabgang und Stuhlentleerung kommt es häufig zu einer Schmerzlinderung. Häufig bestehen Obstipationen, seltener Diarrhöen. Wegen der Nachbarschaft der Harnblase können auch zystitische Beschwerden in den Vordergrund treten.

Im akuten Stadium läßt sich bei der Untersuchung meist ein lokaler Druckschmerz auslösen und mitunter eine walzenförmige Resistenz palpieren. Bei der digitalen Rektumexploration kann der Druck auf die vordere und linksseitige Rektumwand sehr schmerzhaft sein. Die Rekto-Sigmoidoskopie ist wegen der Perforationsgefahr möglichst erst nach Abklingen des akuten Schubes mit Vorsicht durchzuführen. Sie dient vor allem dem Ausschluß eines andersartigen Prozesses, insbesondere eines Dickdarmkarzinoms. Divertikel lassen sich mit dem starren Instrument wegen ihrer höheren Lage nur selten erkennen.

Entscheidend für die Diagnose einer Divertikulose ist die retrograde Kontrastdarstellung des Dickdarms. Wegen erhöhter Perforationsgefahr sollte sie möglichst nach Abklingen einer akuten entzündlichen Phase vorgenommen werden, wobei ein höherer Einlaufdruck vermieden werden sollte. Auf eine nicht ungefährliche Doppelkontrastdarstellung kann vielfach verzichtet werden. Im Rahmen einer Divertikulitis kann das Sigma eingeengt erscheinen. Das normalerweise längsgefaltete Schleimhautrelief stellt sich oft unregelmäßig vergröbert, quergewulstet und verstrichen dar. Die Wandelastizität wird meist vermindert bis aufgehoben, die Haustrierung erscheint asymmetrisch. In entzündlich veränderten Bereichen füllen sich auch die kompletten Divertikel infolge Schwellung des Divertikelhalses gewöhnlich nur unvollkommen: kleine dornartige Ausziehungen der Darmkontur können auf Füllung des Divertikelstiels hinweisen. Die Diagnose eines akut-entzündlichen divertikulären Prozesses erfolgt neben der radiologischen Differenzierungsmöglichkeit hauptsächlich klinisch und laborchemisch.

An Komplikationen sind an erster Stelle Perforationen, dann Fistelbildungen, Abszedierungen, Stenosierungen und Massenblutungen zu nennen. Die Perforationen bleiben in der Regel gedeckt. Sie können Ausgangspunkt für Fistelbildungen und perikolitische Abszedierungen sein oder zur Ausbildung adhäsiver Stränge mit der potentiellen Gefahr eines Strangulationsileus führen. Bei der Fistelbildung in die benachbarten Organe werden Bauchdecke, Blase, Darm und weibliche Genitalorgane vornehmlich betroffen. Leitsymptom einer enterokolitischen Fistel sind Diarrhöen. Relativ häufig werden entzündliche Obstruktionen des Darmlumens, die klinisch mit Ileus- oder Subileuserscheinungen einhergehen, beobachtet. Als Folge rezidivierender Divertikulitiden können sich durch entzündlich infiltrierende und fibrosierende Prozesse stenosierende Pseudotumoren ausbilden, die zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber Malignomen führen. Karzinom und Divertikel sind häufig im Sigma lokalisiert und treten gehäuft in der gleichen Alterskategorie auf. Eine Prädisposition zur Karzinombildung auf dem Boden einer Divertikulitis wird im allgemeinen verneint. Umgekehrt können aber Divertikulose und Divertikulitis fakultative Leit-

symptome eines Karzinoms sein, welches durch intrakolitische Drucksteigerung eine Schleimhauthernierung und durch Strangulation eine entsprechende Entzündung begünstigt.

Bei unkomplizierter Divertikulitis wird man zunächst immer einen konservativen Behandlungsversuch unternehmen. Neben gelockerter Bettruhe, flüssiger Kost oder Nahrungskerenz mit Infusionsbehendlung werden in leichten Fällen schwer resorbierbare Sulfonamide, bei ausgeprägter lokaler bzw. allgemeiner Symptomatologie Breitspektrumantibiotika eingesetzt. Die Schmerzlinderung sollte möglichst mit einfachen Spasmoanalgetike erfolgen, um die Symptome etwaiger Komplikationen nicht zu maskieren. Kortikosteroide sind wegen Perforationsgefahr kontraindiziert.

Etwa 10% aller Divertikulitisfälle entwickeln Komplikationen, die einen chirurgischen Eingriff erfordern. Freie Perforation, Ausbildung eines mechanischen Ileus und lebensbedrohliche Blutungen stellen eindeutige dringliche Operetionsindikationen dar. Wegen des beträchtlichen Letalitätsrisikos solcher Noteingriffe wird man bei Vorliegen weniger dringlicher Komplikationen, auch bei Karzinomverdacht, die chirurgische Intervention nach Möglichkeit erst nach Abklingen des akuten Schubes und adäquater präoperativer Vorbereitung veranlassen. Die partielle Resektion des befallenen Kolonabschnittes zeitigt sehr günstige Ergebnisse und ist bei Fehlen solcher Risikofaktoren mit einer relativ kleinen Letalität belastet.

Wird bei einem Patienten eine Divertikulose oder eine Divertikultis diagnostiziert, so empfiehlt es sich im allgemeinen, ihn über den Befund und die auf einen Divertikulitisschub hinweisenden Merkmale zu orientieren. Dadurch kann durch rechtzeitige Einleitung einer Chemotherapie schweren Komplikationen vorgebeugt werden. Eine schlackenarme Kost ist nicht berechtigt, nachdem diese sogar als ätiopathogenetischer Faktor der Divertikulose diskutiert wird. Besonders wichtig ist die Erzielung eines regelmäßigen, weichen Stuhles, unter Umständen durch mucilaginöse oder salinische Substanzen.

Professor Dr. W. DÖLLE, Marburg:

„Bewertung und Behandlung der Proktokolitis"

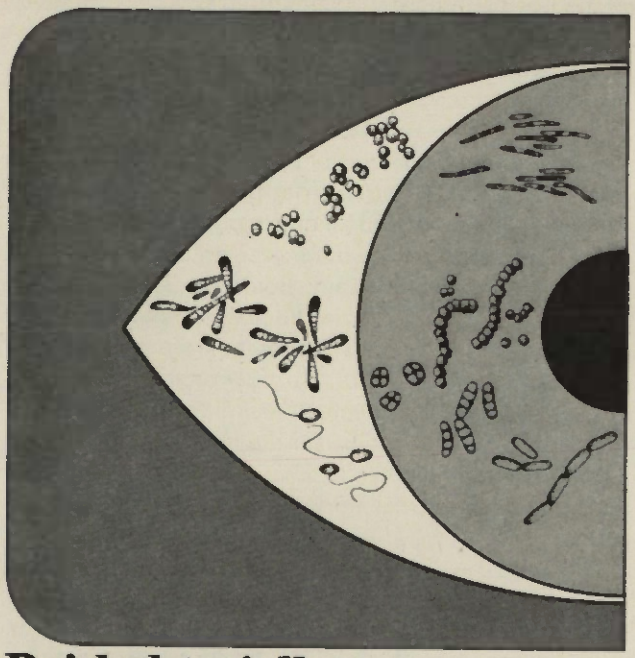
Bei der Proktokolitis handelt es sich um ein ätiologisch uneinheitliches Krankheitsbild. Aus der Fülle der Ursachen, die einer Proktitis oder Proktokolitis zugrunde liegen können, ist an erster Stelle die unspezifische Proktokolitis, dann die Colitis ulcerosa und die Colitis granulomatosa (Morbus CROHN) zu nennen. Ferner kommt die Antibiotikaproktitis, die pseudomembranöse Staphylokokkenproktitis ohne Antibiotikabehandlung, die Pilzproktitis, die Strahlenproktitis und das Lymphogranuloma venereum in Frage. Die Diagnose der unspezifischen Proktokolitis setzt den Ausschluß aller anderen möglichen Ursachen voraus. Zu den Ursachen einer unspezifischen Proktokolitis gehören mechanische Irritation, z. B. auch unnötige Einläufe bei chronischer Obstipation und Abführmittelabusus. Bezüglich der Diagnostik der Colitis ulcerosa und granulomatosa sei insbesondere auf das Referat von Professor Dr. K. MÜLLER-WIELAND, Hamburg, gehalten am ersten Kongreßtag („Bayerisches Ärzteblatt", Heft 4/1973), verwiesen. Bei beiden Erkrankungen können zwar die Veränderungen auf das Rektum beschränkt sein; dennoch ist nach anderen Lokalisationsorten zu forschen, insbesondere stets das ganze Kolon röntgenologisch zu untersuchen. Segmentärer Befall deutet auf granulomatöse Kolitis des Dickdarms hin. Die Strahlenproktitis kann nach Bestrahlung gynäkologischer Karzinome, besonders des Zervixkarzinoms, auftreten. Im Frühstadium findet man hierbei vorübergehend Diarrhöen, gefolgt von Blutabgang, ständigem Stuhldrang und spastischen Schmerzen. Im Spätstadium (zwischen drei Monaten und 15 Jehren nach Bestrahlung) sind Ulzera mit gut abgrenzbarem Rand und eventuellen Teleangiektasien in der Umgebung nachweisbar. Bei der Strahlenproktitis stellt sich immer die wichtige Differentialdiagnose nach einem Karzinomrezidiv, so daß bioptische Untersuchungen notwendig sind. Beim Lymphogranuloma venereum ist die Proktitis oft nicht von unspezifischen Schleimhautveränderungen zu unterscheiden. Der FREI-Test muß angewandt werden.

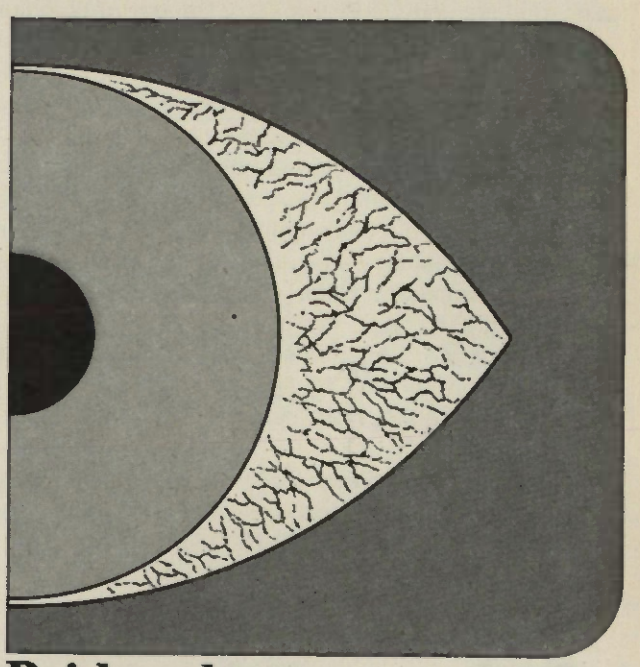
Spezifische Symptome einer Proktokolitis gibt es nicht. An Beschwerden werden angegeben: Juckreiz, Brennen, Schmerzen am oder im Anus sowie Tenesmen spontan oder im Zusammenhang mit der Defäkation. Abgang von Schleim bzw. Blut sowie seriösem Sekret oder Eiter isoliert oder auf dem Stuhl aufgelagert sowie Durchfall in kleinen voluminösen Portionen und Obstipationen geben weitere Hinweise. Der vom Sigma ausgehende Schmerz wird unmittelbar über die Symphyse lokalisiert, der vom Rektum ausgehende in die Sakralgegend. Bei schweren Entzündungen des unteren Rektums kommt es reflektorisch zu einer Anspannung der Skelettmuskulatur des unteren Abdomens und Beckens wie bei der Defäkation. Es entstehen dann die als Tenesmen bezeichneten Beschwerden.

Nach Anamneseerhebung beginnt die Untersuchung mit einer Inspektion des Anus und einer rektalen digitalen Palpation. Letztere muß ergänzt werden durch die Prokto- bzw. Rektoskopie mit Biopsie. Außerdem ist in der Regel eine Röntgenuntersuchung des gesamten Kolons eventuell mit dem Doppelkontrastverfahren erforderlich. Bei Verdacht auf Morbus CROHN ist darüber hinaus auch die Darstellung der letzten Ileumschlinge notwendig. Als neuere Untersuchungsmethode hat sich die Sigmoidoskopie mit dem Fibersigmoidoskop in die gastroenterologische Praxis und als Spezialmethode die Kolonoskopie bis zur BAUHINschen Klappe bewährt.

Wenn die Proktokolitis Teilsymptom einer allgemeinen und übergeordneten Erkrankung ist, darf sich die Behandlung nicht auf lokale Maßnahmen beschrän-

Für jede Augenentzündung die richtige Therapie . . .





Bei bakteriellen Entzündungen

Corti in der Ophtiole®

- beherrscht die Infektion durch Chloramphenicol
- bekämpft die Entzündung durch Hydrocortison
- normalisiert das Epithel durch Vitamin A

Corti in der Ophtiole®

Zusammensetzung: Hydrocortison 4 mg, Chloramphenicol 2 mg, Vitamin A (als Palmitat) 5000 I.E. pro g in echter öliger Lösung (DB. Pat.)
Indikationen: Blepharitiden versch. Genese, akute und chronische Konjunktivitis, Augenlidallergie.
Kontraindikationen: Hornhautverletzungen, Hornhautgeschwüre, herpetische Hornhauterkrankungen, okulare Tuberkulose; Glaukom.
Anwendung und Dosierung: Mehrmals täglich 1 bis 2 Tropfen in das erkrankte Auge träufeln.
Handelsformen: Ophtiole® zu 4 ml DM 3,85 m. Mwst.
Ophtiole® zu 20 ml DM 15,30 m. Mwst.

Bei banalen Augenaffektionen

Vidisept in der Ophtiole®

- läßt nicht-bakterielle Entzündungen rasch abklingen
- schützt das Auge vor Austrocknung
- behindert nicht das Sehvermögen
- ist ausgezeichnet verträglich und deshalb auch besonders für Kinder geeignet

Vidisept in der Ophtiole®

Zusammensetzung: Natrium-aethylmercurithiosalicylicum (Thiomersal, Mercurothiolat-Na) 0,6 mg, Polyvinylpyrrolidon (Kollidon 25)* 500 mg/10 ml in einer gepufferten, isotonischen, autosterilen Lösung.
* Wz. der BASF
Indikationen: Banale Augenaffektionen jeglicher Art, die z. B. durch grelle Sonneneinwirkung, Hitze oder Wind, Reizung durch Staub, Rauch oder Licht hervorgerufen sind.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Dosierung und Anwendung: 3–5mal täglich 1–2 Tropfen in das Auge einträufeln.
Handelsform: Ophtiole® zu 10 ml DM 3,50 m. Mwst.

dr. mann-Augentropfen in der Ophtiole® für die tägliche Praxis

dr. mann **1 berlin 20**

4/73

ken. Einer spezifischen Therapie zugänglich ist die Tuberkulose und die Pilzproktitis. Bei der Antibiotikaproktitis verhält es sich ebenso. Weglassen des Antibiotikums ist die wichtigste Maßnahme. Die schwere pseudomembranöse Staphylokokkenproktitis bedarf intensiver Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution, Humanalbumingabe und rasche, hoch dosierte staphylokokkenwirksame Antibiotikatherapie, z. B. Methicillin (Cinopenil®). Anale Läsionen wie Fistelbildungen und Abszesse im Rahmen eines Morbus CROHN bedürfen häufig chirurgischer Hilfe. Auch veranlaßt das Ausmaß und die Intensität von Komplikationen einer Colitis granulomatosa oder ulcerosa an anderen Organen und Organsystemen häufig zwangsläufig die Erwägung chirurgischer Maßnahmen. Rein lokal-proktologische Behandlung kommt nur bei Ausschluß enderer Lokalisationen dieser Kolitiden in Frage: Einläufe mit 100 mg Hydrocortisonacetat oder 20 mg wasserlösliches Prednisolon in 100 bis 150 ml Wasser über vier bis sechs Stunden täglich, drei bis vier Wochen lang. Als ergänzende Allgemeinbehandlung wird die Gabe von Vegantin® Dragées oder Spasmolytikagaben empfohlen (Einläufe werden hierdurch besser gehalten). Rektoskopische Verlaufskontrollen sind erforderlich. Erst nach weitgehender Normalisierung der Schleimhautverhältnisse sollte die Behandlung eingestellt werden.

Professor Dr. F. STELZNER, Frankfurt:

„Konservierende und radikale Therapie im Enddarmbereich"

Das Wesen der Kontinenz ist nicht allein einem willkürlichen Sphinkter verhaftet. Sie wird von einem Organ repräsentiert, dem Kontinenzorgan, zu dem neben den äußeren Sphinkteren vor allem der innere Sphinkter, der Schwellkörper (das sogenannte Corpus cavernosum recti), die außerordentlich sensible Analkanalhaut und die Rektumampulle gehören. Die Sonderstellung des aus glatten Muskelfasern bestehenden Sphinkter ani internus wird dadurch charakterisiert, daß er bei allen kontinenten Menschen ohne Ganglienzellen angelegt ist. Er wird funktionell gegensinnig wie das Kolon innerviert. Das Kontinenzorgan arbeitet wie ein Regelkreis. Die Rektumampulle und die sensible Analkanalhaut stellen die Rezeptoren dar. Alle Sphinkteren sind Effektoren. Ampulle, Analkanalhaut und Sphinkteren sind durch das vegetative Nervensystem verbunden. Die Regelgröße ist die je nach Darminhalt unterschiedlich eingestellte Kontraktionstendenz des inneren Schließmuskels.

Beim Megakolon ist bei 90% der Fälle der Sphinkter ani internus bis in das Colon pelvinum hinauf verlängert; die natürliche Aganglionose des Sphinkter ani internus ist bis in den Beckenbereich nachweisbar. Die Therapie besteht in einer Resektion des überlangen inneren Schließmuskels bis etwa zum Beckenboden hinunter. Eine End-End- oder End-Seit-Anastomose stellt die natürliche Abschluß- und Entleerungsfunktion wieder her. Es ist allerdings zu beachten, daß bei Megakolon-Patienten eine so natürliche reflektorische Erschlaffung der Sphinkteren wie im Normalfall nicht möglich zu sein scheint.

Bei Hämorrhoiden handelt es sich nicht um hyperplastische Venen, sondern um eine überstarke Ausbildung eines arteriell gefüllten Schwellkörpers, der der Kontinenz dient. Hämorrhoiden ersten Grades bluten schmerzlos. Durch eine Injektion von 50%iger Phenol-Mandelöl-Lösung kann man die zuführenden Arterien drosseln und viele Patienten beschwerdefrei machen. Vorfallende Hämorrhoiden müssen operiert werden. Hierfür bietet sich die sogenannte Segmentresektion an, d. h., man nimmt nur die stärkst entwickelten Segmente des Corpus cavernosum recti unter Schonung der Schließmuskelanteile fort, ohne die dazwischen liegenden, für die Kontinenz wichtigen Abschnitte zu verletzen. Ein Zusammenhang von Hämorrhoiden mit der portalen Hypertension besteht nicht.

Das Rektumkarzinom kennt drei Metastasenstraßen. Bevorzugt beschreitet diese Geschwulst den Weg in das Abdomen hinauf. Je weiter distal der Tumor sitzt, um so umfangreichere Ausbreitungsmöglichkeiten bestehen. Aus topographischer Sicht hat also ein hochsitzendes Karzinom eine günstigere Prognose als eine tiefsitzende Geschwulst. In die den Mastdarm umgebenden Hüllfaszien vermag ein Karzinom in der Regel erst nach monatelangem Bestand einzudringen. Sie garantieren sozusagen eine tumordichte Verpackung des Organes. Eine Radikaloperation besteht demzufolge in einer sorgsamen Herausnahme dieser Hüllfaszien, unter denen die Lymphknoten liegen und die Metastasenstraße entlangziehen. Die Metastasierungsrichtung ist meist kranialwärts gerichtet. Deshalb kann man häufig nur wenige Zentimeter vom kaudalen Tumorrand den Mastdarm durchtrennen, ohne unradikal zu sein und dadurch eine ideale Kontinenz sichern. Hierfür ist mindestens die Erhaltung der halben Mastdarmampulle erforderlich, um den vorbeschriebenen Regelkreis nicht zu durchbrechen.

Privatdozent Dr. E. FARTHMANN, Hamburg:

„Der Anus praeternaturalis (Anlage, Komplikationen und Nachsorge)"

Unter einem Anus praeternaturalis versteht man einen in den Bauchdecken angelegten Kunstafter zur Stuhlableitung. Je nach seiner Anlage unterscheidet man am Ileum die Ileostomie und am Kolon die Kolostomie. Die Kolostomie kann als Zökostomie, Anus praeter transversalis oder Anus praeter sigmoideus angelegt werden. Ist ein zu- und abführender Schenkel eingenäht, spricht man von einem doppelläufigen Anus, bei einem endständigen zuführenden Schenkel von einem einläufigen Anus praeternaturalis. Seine Anlage ist erforderlich bei irreversibler Inkontinenz bzw. operativer Entfernung des Kontinenzorganes oder zur Ausschaltung eines entzündlichen oder tumorösen Dickdarmprozeses. Die Indikation zur Anlage eines Anus praeter ergibt sich hierbei überwiegend aus einem mani-

festen oder drohenden Ileus. Je nach dem, ob der stenosierende Tumor entfernt werden kann oder nicht, wird es sich um einen temporären oder permanenten Anus praeter handeln.

Präoperativ sollte der Patient vorsichtig darauf vorbereitet werden, daß er für eine begrenzte Zeit oder dauernd einen Beuchafter tregen muß. Diese Aufklärungspflicht erstreckt sich auch auf Situationen, in denen die Anus praeter-Anlage nicht mit Sicherheit auszuschließen ist. Besonders wichtig ist auch eine sorgfältige Markierung der endgültigen Lage des Stomas vor Operationsbeginn. Die Enterostomie muß in einem unveränderten, d. h. narbenfreien Hautbezirk liegen und eine Umgebung haben, die die Anpassung einer Pelotte oder eines Klebebeutels erlaubt.

Unter den unmittelbaren postoperativen Komplikationen ist die Nekrose des Enterostomas besonders gefürchtet. Sie ist praktisch immer eine Folge fehlerhafter Präparation des vorgelagerten Darmsegmentes mit Unterbindung zuführender Gefäße bei zu weiter Darmskelettierung und führt zu einem Übertritt des Darminhaltes in die Bauchhöhle und damit zur Peritonitis. Ähnliches gilt für die Retraktion des Anus praeter unter das Niveau der Bauchdecken bei unzureichender Mobilisierung des Darmes, d. h. bei Einnähen unter Spannung. Eine Stenosierung des Enterostomas ist Folge ungenügender Haut-Schleimheut-Adaptation. Wenn nicht Epithel an Epithel gebracht wird, erfolgt die Heilung per granulationem, d. h. unter Narbenbildung mit Schrumpfungstendenz. Mit einem allmählich zunehmendem Darmaustritt, einem Prolaps, haben viele Patienten zu leben gelernt, indem sie diesen selbst jeweils reponieren. Die Ursache liegt in einer ungenügenden Fixierung des intraabdominellen Darmabschnittes. Jede Anus praeter-Anlage hinterläßt eine Schwäche der Bauchdecken. Die Durchtrittsstelle des Darmes stellt einen Bauchwandbruch dar. Wenn dieser ein belästigendes Ausmaß annimmt, kann er durch eine Gürtelpelotte gestützt werden.

Bei der Versorgung des Bauchafters mit einer Auffangvorrichtung für den Darminhalt stellen Ileostomie und Kolostomie ganz verschiedene Anforderungen. Der Inhalt des Dünndarmes ist dünnflüssig, verdauungsaktiv und wird ständig entleert. Der eingedickte Inhalt des Dickdarms ist weniger hautreizend und wird schubweise entleert. Grundsätzlich werden heute zwei Typen von Enterostomieversorgungen unterschieden: Klebebeutel und Gürtelpelotten. Klebebeutel werden immer für die Erstversorgung verwendet. Wenn die Patienten sehr gut mit ihnen zurechtkommen, können sie sie auch auf Dauer verwenden. Bei den Beuteln werden zwei Typen unterschieden: die einteiligen, die für das Stoma zurechtgeschnitten, aufgeklebt und im ganzen nach dem Gebrauch fortgeworfen werden und die zweiteiligen, die eine Klebeplatte besitzen, die zweiseitig klebefähig ist. Diese Platte wird um das Enterostoma geklebt und trägt dann auf ihrer Außenfläche einen Klebebeutel zum Einmalgebrauch. Die Gürtelpelotten bestehen aus einem mehr oder weniger breiten Mieder, in das eine Haltevorrichtung für eine Kunststoffglocke oder einen Einmalbeutel eingearbeitet ist. Mit jedem dieser Systeme ist bei guter psychologischer Einstellung eine weitgehende Rehabilitierung möglich. Auch gegen Schwimmen und andere begrenzte sportliche Aktivitäten besteht kein Einwand. Probleme stellen gelegentlich Hautreizungen in der Umgebung eines Ileostomas dar, gegen die eine große Anzahl von Pudern, Salben oder Lotionen empfohlen werden. Gute Erfolge scheinen mit Karayagummi-Präparaten erreichbar. Ein spezifisches Problem des Ileostomas ist die Enteritis. Durch fehlende Resorptionsmöglichkeiten führt diese sehr schnell zu massiven Flüssigkeits- und Elektrolytverlusten. Ileostomieträger müssen auf diese Gefahr rechtzeitig hingewiesen werden.

Für diätetische Einstellungen gibt es beim Enterostoma keine allgemein verbindlichen Richtlinien. In der ersten Zeit sollen alle peristeltikanregenden, blähenden und laxierenden Speisen und Getränke gemieden werden. Später wird die Kost schrittweise erweitert. Kolostomieträger können ihren Darm so weit trainieren, daß dieser sich nur noch ein- bis zweimal täglich entleert.

Referent: Dr. med. Axel Paetzke, Nürnberg



Dismenol®

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

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

Kontra-Indikationen der Pyrazolonderivate
Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

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

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

25 Jahre Ärztliche Fortbildung im Kreisverband Ostallgäu

Erfahrungen und Folgerungen

von Heinrich Salm

Der Kreisverband Ostallgäu entstand 1946/47, als sich die Ärzte der Landkreise Kaufbeuren, Marktoberdorf und Füssen vom Kreis mit Sitz in Kempten trennten und einen eigenen Verband mit Sitz in Kaufbeuren gründeten. Um die Vorarbeiten für diese Neugründung haben sich der ehemalige Chefarzt des Städtischen Krankenhauses Kaufbeuren Dr. KRIEGER und vor allem der seit 1945 hier niedergelassene Augenarzt Dr. DIETRICH verdient gemacht, der dann auch als 1. Vorsitzender die Abhaltung wissenschaftlicher Vorträge anregte, wovon er sich zugleich einen engeren Zusammenschluß der vielen neuen Kollegen im Bereich versprach. Diesen Plan im einzelnen durchzuführen wurde mir übertragen.

Seit 25 Jahren wird nun im Kreisverband Ostallgäu ärztliche Fortbildung betrieben. Als gute Starthilfe erwies sich, daß der damalige Direktor Dr. KROISS einen Raum im Nervenkrankenhaus zur Verfügung stellte und auch die Einladungskarten in der Druckerei des Nervenkrankenhauses gefertigt werden konnten. Ein weiterer Vorteil ergab sich daraus, daß eine Reihe bekannter Professoren verschiedener Universitäten durch die Kriegswirren ins Allgäu verschlagen worden waren, die sich gern zur Mitarbeit bereit erklärten.

In der Zeit von 1948 bis 1973 sind im Ärztlichen Kreisverband Ostallgäu – zunächst in loser Folge, ab 1950 allmonatlich – insgesamt 218 Vorträge gehalten worden, ferner 12 Demonstrationsabende und 12 Veranstaltungen mit Reiseschilderungen, wozu auch die Angehörigen der Ärzte sowie die Zahnärzte und Apotheker des Bezirkes eingeladen wurden. Die Referate erstreckten sich auf die verschiedenen Fachgebiete. Im einzelnen waren es 85 aus der inneren Medizin: 26 über diagnostisch-therapeutische Fragen, 23 über Herz- und Kreislauferkrankungen, 16 über Diabetes und andere endokrine Störungen, 10 über Krankheiten der Bauchorgane, je 5 über Lungenleiden und Rheumatismus. – Mit Themen der Chirurgie befaßten sich 21 Vorträge: 3 mit allgemeinen Fragen, 6 mit Bauchchirurgie, 4 mit Gefäßchirurgie, je 3 mit Thorax- und Unfallchirurgie, 2 mit Neurochirurgie. – Es folgen dann 17 Referate aus Psychiatrie-Neurologie, 14 aus der Kinderheilkunde, je 12 aus Pathologie, Labormedizin und über juristische bzw. standespolitische Fragen, 10 aus der Orthopädie, 6 aus der Arbeitsmedizin, je 5 aus Urologie, Gynäkologie und Dermatologie, 4 aus der Konstitutionsforschung, je einer aus der Augenheilkunde und Medizingeschichte.

Der Schwerpunkt der Abhandlungen lag also bei Themen der inneren Medizin, was sicher einem Bedürfnis der Praxis entspricht. Daß die Psychiatrie und Neurologie verhältnismäßig stark bei der Fortbildung vertreten war, ist einmal örtlich bedingt, dann aber auch durch das allgemeine Interesse an der Therapie mit Psychopharmaka, an oft verkannten larvierten Depressionen und dem Drogenproblem, nicht weniger an den modernen diagnostischen Verfahren der Neurologie und an neurologischen Krankheitsbildern. Entsprechend einem Wunsche der Kollegen wurden juristische und standespolitische Fragen des öfteren behandelt. Auch Berichte über die Grundlagenforschung und andere „Randgebiete" hatten ihren wichtigen Platz in der Fortbildung. Dem stimmt jeder zu, vorausgesetzt daß diese Vorträge Bezug nehmen zum ärztlichen Alltag. Die Forderung nach „Praxisnähe" der einzelnen Veranstaltungen, wie sie von Professor Dr. A. SCHRETZENMAYR erhoben wird, ergibt sich auch aus unseren langjährigen Erfahrungen.

Während in den ersten Jahren unserer Bemühungen im wesentlichen nur vorgetragen wurde und dabei gelegentlich Diapositive zur Anwendung kamen, haben wir seit 1953 mehr und mehr auch Filme zur Veranschaulichung des Themas verwendet – insgesamt 32 –, für deren Vermittlung wir den verschiedenen pharmazeutischen Firmen recht dankbar sind.

Von den Referenten gewannen wir 57 aus München zu 79 Vorträgen, 18 aus Augsburg für 61 Abende. 21 Redner aus den eigenen Reihen übernahmen 35 Referate. Die restlichen Vortragenden stammten aus dem benachbarten Württemberg und aus dem übrigen Bayern. Insgesamt beteiligten sich also 124 Damen und Herren an unserem Fortbildungsprogramm.

Die Demonstrationsabende wurden von den Ärzten der Kaufbeurer Krankenhäuser gehalten, wobei siebenmal psychiatrisch-neurologische Krankheitsbilder und fünfmal chirurgische, internistische und röntgenologische Fragen erörtert wurden. Nach unseren Beobachtungen sind gerade solche Veranstaltungen beliebt und gut besucht.

Die Reiseberichte, von denen 12 im Laufe der Jahre gegeben wurden, erzählten enhand von Lichtbildern und Filmen über Weltreisen (2), über Amerika (2), ferner über Afrika, Japan, Kleinasien, Hellas, Byzanz und Rom, vom Allgäu und aus der Tierwelt. Diese Abende im erweiterten Kreise erfreuten sich großer Anteilnahme und dienten nicht zuletzt der Kontaktpflege.

Der Besuch der Vorträge wechselte. An manchen Abenden zählten wir über 60 Ärzte, an anderen auch nur 20, im Durchschnitt aber 40 bis 45 Teilnehmer. Man könnte einwenden, dies sei bei einer Gesamtzahl von ca. 200 Ärzten im Kreisverband nicht gerade viel. Es ist aber zu bedenken, daß die Vorträge allmonatlich – außer im Juli und August – stattfinden,

Harnsäure quantifizieren mit

Urica-quant®

NEU

enzymatischer Farbtest

zur Diagnose und Therapiekontrolle der Hyperurikämie

spezifisch: nur die Harnsäure wird erfaßt; ohne die Fehler und Störungen der Reduktionsmethoden.

einfach: keine Enteiweißung; nur wenige Pipettierungen; gut geeignet auch für Serienbestimmungen und Mikroliter-Technik.

zuverlässig: ausgezeichnete Übereinstimmung mit der Uricase-Methode*; gesicherte Normalwerte durch Untersuchung eines großen Kollektivs.

sicher: mit Precilip®, dem Kontrollserum auch für die Harnsäurebestimmung mit Urica-quant®

Testcombination	Urica-quant® 50 Tests	Best. Nr. 15865
	Urica-quant® 180 Tests	Best. Nr. 15866

*Enzymatische Harnsäurebestimmung (UV-Test) gilt seit Jahren als Referenz-Methode. Messung jetzt auch mit Spektral-Linien-Photometern bei Hg 297 und Hg 302 nm möglich.

mannheim boehringer diagnostika therapeutika

Boehringer Mannheim GmbH, Biochemica, 6800 Mannheim 31



Ein Löffel voll Locid (12,5 g) bindet 700 ml Salzsäure

Säurebindungskapazität: 700 ml n/10 HCl pro Dosis von 12,5 g bis pH 3.5

neu

Locid®

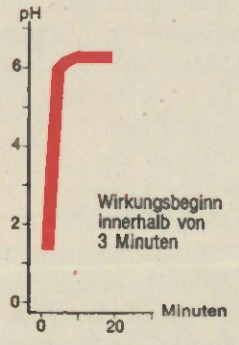
das kraftvolle Antacidum und Antipepticum in flüssiger, gebrauchsfertiger Form

Locid®

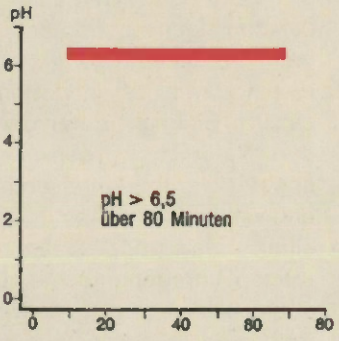
das kraftvolle Antacidum und Antipepticum in flüssiger, gebrauchsfertiger Form

wirkt antacid

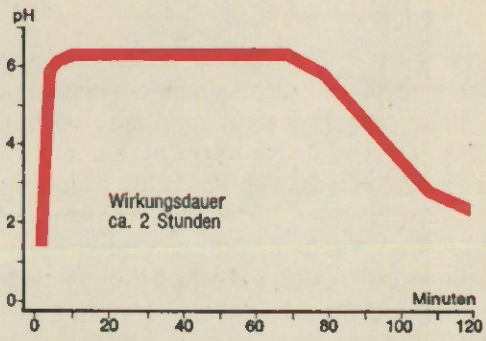
1. schnell



2. intensiv



3. lang

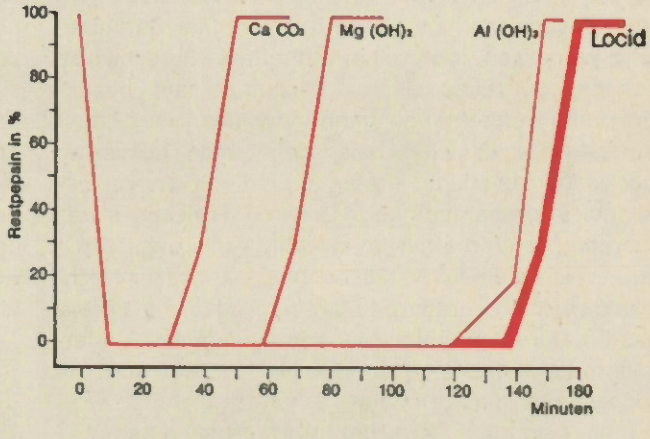


wirkt antipeptisch

durch Herabsetzung der Pepsinaktivität bei gleichzeitiger Senkung der Magensaftacidität

durch Adsorption und Inaktivierung von Pepsin (Aluminiumhydroxid)

Die Pepsinaktivität wird ab pH 3 partiell, ab pH 5 vollständig gehemmt.



Die antipeptische Wirkung von LOCID ist stärker als die der Einzelsubstanzen.

Zusammensetzung:

In 12,5 g (= 2 Teelöffel) Suspension sind enthalten:
750 mg Calciumcarbonat
700 mg Magnesiumhydroxid
835 mg Aminoessigsäure
1500–1700 mg Aluminiumhydroxid-Gel, entsprechend 945 mg Al_2O_3.
1 Beutel enthält 12,5 g.

Indikation:

Sodbrennen, Magenschmerzen, Übelkeit, Druck- und Völlegefühl bei Hyperacidität, Ulcus ventriculi et duodeni, Refluxkrankheiten der Speiseröhre und sogenannter Gastritis.

Anwendung:

Nach Bedarf den Inhalt eines Beutels bzw. 2–3 Teelöffel der gebrauchsfertigen Suspension einnehmen.

Handelsformen und Preise:

OP mit 20 Beuteln zu 12,5 g	DM 6,95
OP mit 50 Beuteln zu 12,5 g	DM 15,75
OP mit 1 Flasche zu 600 g	DM 11,90
AP mit 12 Flaschen zu 600 g	

Röhm Pharma
GMBH DARMSTADT

und daß bei der großen Ausdehnung des Bereiches manche der Kollegen eine Anfahrt von mehr als 40 km haben, eine Wegstrecke, die bei den Verhältnissen im Allgäu – besonders im Winter – nicht immer leicht zu bewältigen ist. – Wir haben uns dennoch gefragt, welche Gründe für den wechselnden Besuch ausschlaggebend sein könnten. Das nicht vorhersehbare Zusammentreffen des Vortragsabends mit der Fernsehübertragung eines Fußball-Länderkampfes, mit einem Eishockeyspiel oder einem spannenden Krimi hat sicher Auswirkung auf die Teilnahme, ebenso ein plötzliches Gewitter oder ein Schneesturm. Aber es müssen noch andere Gründe überlegt werden. Den Zeitpunkt glauben wir – mit jeweils Mittwoch, 20.00 Uhr – nicht ungünstig angesetzt zu haben. Allerdings wenden manche Kollegen ein, daß sie diesen sprechstundenfreien Nachmittag gern zu einer Fahrt nach München nutzen und dann den Abend auch frei sein möchten. Ein Einwand wird sich aber gegen jeden Termin erheben lassen.

Professor Dr. R. ZENKER hat bei einem Interview gemeint, man könne „nicht verlangen, daß ein Arzt nach anstrengendem Tagewerk am Abend noch in Fortbildungskurse geht. Da kann er nichts aufnehmen" („Ärztliche Praxis" vom 20. Februar 1973). Ganz möchten wir dem nach unseren Erfahrungen nicht zustimmen. Abendliche Vorträge im örtlichen Bereich haben ihren Sinn und werden auch besucht, besonders dann, wenn das Thema anspricht. Deshalb versuchen wir, mit entsprechender Abwechslung stets über Fragen referieren zu lassen, die Bezug zum ärztlichen Alltag haben. Nicht ohne Bedeutung ist zweifellos die Art des Redners. Wer als guter Vortragender bekannt ist, darf mit einem guten Besuch auch am Abend rechnen. Man darf eben nicht vergessen, daß eine monotone Sprechweise auch den gutwilligen Hörer erschlaffen läßt, besonders dann, wenn er abgespannt nach des Tages Arbeit angefahren ist. Oft wirkt die anschließende Diskussion aber wieder belebend. – Man spricht von einer allgemeinen Vortragsmüdigkeit. Daran ist sicher etwas Wahres. Die Verhältnisse in den Nachkriegsjahren waren anders als heute. Es bestand ein großer Nachholbedarf für theoretisches Wissen, dazu die Bereitschaft, dafür auch einige Mühe hinzunehmen. Mittlerweile hat sich vieles gewandelt. Nicht zuletzt sind die Möglichkeiten der Fortbildung erheblich erweitert worden, die sich bis zu Kreuzfahrten auf hoher See steigerten. Daneben ist das Angebot der örtlichen Fortbildung notgedrungen bescheiden.

Im „Bayerischen Ärzteblatt" vom November 1972 macht sich Professor Dr. A. Schretzenmayr, der ja wohl den größten Einblick und Überblick hinsichtlich Fragen der ärztlichen Fortbildung hat, Gedanken über die „Nicht-Beteiligung" an der Fortbildung trotz der großen Auswahlmöglichkeiten und errechnet einen Anteil von 20 % „Fortbildungsanalphabeten" unter den Kollegen. Dies würde heißen, daß jeder fünfte Arzt an keiner der zahlreichen Veranstaltungen teilnimmt. Dieses Zahlenverhältnis liegt bei uns zweifellos günstiger. Sonst eber stimmen die von ihm getroffenen Überlegungen mit unseren Erfahrungen überein. Wir haben vor allem beobachtet, daß die „Männer der ersten Stunde" in den vergangenen 25 Jahren zwangsläufig weniger geworden sind. Die nachwachsenden Kollegen zeigen nicht die gleiche Anteilnahme. Dies hat vielerlei Ursachen. Sie sind noch mit dem Aufbau und Ausbau ihrer Praxis befaßt, in der Familie stärker beansprucht, zehren auch noch von dem frischen Wissen ihrer Studien- und Assistentenjahre. Doch gerade um ihr Interesse wird man sich mühen müssen, weil sie einmal das begonnene Werk fortsetzen sollen. Gute Dienste leisten uns bei diesem Bemühen die Chefärzte der Krankenhäuser, welche ihre Assistenten auf die Vorträge hinweisen und zu den Abenden mitbringen.

Es stellt sich die Frage, ob die örtliche Fortbildung in dem bisherigen Rahmen und in der geübten Art neben den sonstigen Angeboten auch weiterhin ihre Aufgabe und ihre Berechtigung hat. Darauf möchten wir mit einem klaren Ja antworten. Darüber besteht grundsätzlich Einigkeit unter den Ärzten des Kreisverbandes. Natürlich werden wir nicht in Konkurrenz mit anderen Fortbildungsveranstaltungen treten können und wollen. Wir sehen unsere Aufgabe mehr im Sinne einer „Basisgruppe", die zur Teilnahme en weiteren Kursen anregen möchte. Darüber hinaus sehen wir aber noch neben der Erweiterung des Wissens eine Reihe von Vorteilen, wie sie gerade die örtliche Fortbildung mit sich bringt. Zum Vortragenden besteht von vornherein ein engerer Kontakt als bei Großveranstaltungen. Es bleibt im Anschluß an den Vortrag neben und nach der allgemeinen Diskussion noch Zeit und Gelegenheit für ganz persönliche Fragen. Oft fügt sich ein „privatissimum" in kleinstem Kreis an, wie es bei Tagungen meist nicht möglich ist. Auch die Begrenzung des Abends auf ein Thema hat ihre Vorteile. Außerdem ist es manchmal so, daß zwischen dem Referenten und einigen Zuhörern engere Bindungen aus der Zeit gemeinsamer Arbeit bestehen, was zum Austausch von Erinnerungen und neuer Erlebnisse führt.

Überhaupt sollte man die Möglichkeit zur Kontaktpflege bei solchen Abenden im kleinen Kreis nicht gering anschlagen. Gerade in mehr ländlichen Gegenden, wo sich die Kollegen nicht oft treffen, sind derartige Begegnungen wichtig. Man lernt sich allgemein besser kennen. Der neu Niedergelassene kann sich vorstellen, der Praktiker mit den Fachärzten oder dem Krankenhauschef über gemeinsame Patienten sprechen. Nicht zuletzt lassen sich in einer Unterredung unter vier Augen oder mit mehreren Dinge klären, die anders – besonders am Telefon – leicht zu unerfreulichen Auseinandersetzungen führen. Jedenfalls herrscht im hiesigen Kreisverband die Auffassung, daß das im allgemeinen gute kollegiale Verhältnis im Bereich sicherlich mitbedingt ist durch die regelmäßigen



Wenn's um den Hals geht...

Mehr als 90% aller Infektionen im Hals sind durch Viren verursacht[1]. FRUBIENZYM® ist nicht nur antibakteriell, sondern auch antiviral: Lysozym inaktiviert Viren[2].

Außerdem ist FRUBIENZYM® entzündungshemmend und antiödematös[2]. Rötung und Schwellung gehen zurück.

Das mucolytische Lysozym und das proteolytische Papain lösen Schleim, Eiter und Beläge auf. Die Schleimhaut wird aktiv bis in die Krypten der Mandeln gereinigt.

Dabei ist FRUBIENZYM® gut verträglich; Überempfindlichkeitsreaktionen, Resistenz und Kreuzresistenz sind in der Praxis kaum zu befürchten[1].

Zusammensetzung:

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

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

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

Kontraindikationen/Warnhinweise:
keine

Nebenwirkungen:
traten weder im Tierexperiment noch in mehrjähriger praktischer Anwendung auf.

Packungsgrößen/Preise:

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

Literatur:

1. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica Fibel, 1965
2. PELLEGRINI und VERTOVA: Arzneim. Forsch. (Drug Res.), 19, (1969), 149

frubienzym®

DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH
BIELEFELD

Zusammenkünfte bai den Vortragsabenden. – Um für solcha Sondergespräcba und Begegnungen Galegenheit zu bieten, bleibt man nach Ende des offiziellen Teiles im gleichen Rauma noch geselilg und ungezwungen bei einem Glas Bier und Salzbrezan beieinander sitzen. Diase Einrichtung hat sich – auch ohne kaltes Buffet – bewährt und wird gern genutzt. Im Verlauf von 25 Jahren haben wir mancherlei Erfahrungen mit der örtlichen – ärztlichen Fortbildung sammeln können, wohl am längsten in Bayern. Unsera Arbeit wurde bereits 1963 mit der Verlaihung der Ernst-von-Bergmann-Piakette gewürdigt und anerkannt. Unsere Darlegungen sollen einen geschichtlichen Rückblick vermitteln und gleichzeitig aine Grundlaga für künftige Planungen bieten. Vialleicht regen sie anderenorts zum Vergleich oder auch zur Kritik an.

Nach unserer Auffassung wird die örtliche Fortbildung ihren Platz neben den anderen weitergesteckten Möglichkeiten behalten. Sie wird mit dazu beitragen, daß ärztliche Arbeit nicht zur Routine absinkt, und als nicht unwichtiges Nebenergebnis den kollegialen Zusammenhalt im Kreisverband fördern.

Anschr. d. Verf.: Obermedizinaldirektor e. D. Dr. Heinrich S a l m, 8950 Keufbeuren, Schleherstreße 2

Personalia

Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft für Dr. rer. pol. Max Kriegl



Auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 14. April 1973 in München überreichta Professor Dr. SEWERING das Ehrenzeichan der deutschen Ärzteschaft an Dr. rer. pol. Max KRIEGL.

Dr. Kriegl war vom 1. Juli 1937 bis zum Jahresende 1973 für die Kassenärztlicha Vereinigung tätig, und zwar zuerst im Revisionsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands, ab Juli 1952 als Landesrevisor der Kassanärztlichen Vereinigung Bayerns und ab 1956 als Wirtschaftsprüfer der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Daneben wirkte Dr. Kriegl auch in anderen ärztlichan Organisationen – dar Bayerischen Landesärztekammer, dem Revisionsverband Norddeutscher Kassenärztlicher Vareinigungen, dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München u. a. – als Wirtschaftsprüfer. Nach Überschreitung der Altersgrenza trat Dr. Kriegl zum 1. Januar 1973 in den Ruhestand.

Landespolitik

Meldepflicht bei Schußverletzungen

Schriftlicha Anfraga des Herrn Abgeordneten Dr. WILHELM (CSU) vom 5. Januar 1973:

„Im Jahre 1960 wurde bei Erlaß des Bayerischen Meldegesetzas die Pflicht, Personen mit Schuß-, Hieb- oder Stichwunden zu melden, gestrichen.

Dia Verfolgung von Straftätern, die sich dar Schußwaffe bedient haben, gestaltet sich seit der Novellierung des Meldegesetzes schwierig, weil Krankenanstalten und Ärzte nicht mehr verpflichtet sind, Personen der Polizei zu melden, dia mit Schußwunden eingeliefert worden sind. Darüber hinaus ist in den letzten Jahren die Anzahl von Verbrechen, bei denen von der Schußwaffa Gebrauch gemacht worden ist, erheblich gestiegen. Sie lag z. B. in München im Jahra 1971 dreimai so hoch wie im Jahre 1966.

Ich frage deshalb die Staatsregierung:

1. Welche Gründe waren maßgebend, daß dia Meldepflicht ersatzlos gestrichen worden ist?
2. Teilt die Staatsregierung die Auffassung, daß dia Wiedereinführung einer solchen Meidepflicht im Hinblick auf das starke Ansteigen des Schußwaffengebrauchs durch Verbrecher wenigstens für Schußwaffenverletzungen ernsthaft erwogen werden sollte?"

Antwort des Bayerischen Staatsministers des Innern vom 13. März 1973:

„Die schwere Schußwaffenkriminalität ist in den letzten Jahren, wie der Herr Abgeordnete Dr. Wilhelm in seiner Anfrage zutreffend ausgeführt hat, besorgniserregend gestiegen. Deshalb besteht Anlaß zu prüfen, ob dia Aufklärung der Schußwaffenkriminalität nicht dadurch arleichtert werden kann, daß dia Krankenanstalten verpflichtet werden, Personen zu meldan, die mit Schuß-, Hieb- oder Stichwunden eingeliefert werden. Das Staatsministerium des Innern hat diesa Fraga jüngst erneut geprüft und anläßlich der Arbeiten für die Neuordnung des Melderechts an den Bund und die anderen Länder herangetragen.

§ 23 Abs. 4 der Reichsmeldeordnung vom 6. Januar 1938 verpflichteta die Krankenanstalten, Parsonen, dia mit Schuß-, Stich- oder Hiebverletzungen oder in einem sonstigen auf eina strafbara Handlung hindeutanden Zustand eingeliefert werden, sofort der Polizai zu melden. Die Meldegesetze der Länder, dia die Reichsmeldeordnung im Jahre 1960 und in den Jahren danach abgelöst haben, haben übereinstimmend diesa Meldavorschrift der Reichsmeldaordnung nicht übernommen. Die Gasetzesbegründung stellta dazu fest, von einer solchen Vorschrift werda abgesehen,

Band 28 der von der Bayerischen Lendesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge des 22. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer (Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg).

„Schnelldiagnostik und Soforttherapie"
„Krebs-Früherkennung"

Die Kassenärzte Bayerns haben ihn bereits von den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhalten.

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

weil es sich um eine dem Melderecht wesensfremde Materie handle. Maßgebend für den Verzicht auf eine solche Vorschrift war auch die Erwägung, daß bei der ersten ärztlichen Versorgung verletzter Patienten oft nicht zweifelsfrei zu erkennen ist, welche Ursache der Verletzung zugrunde liegt. Bestünde eine solche Meldepflicht der Krenkenanstalten, müßte der Arzt viele Verletzungen oft alltäglicher Art der Polizei melden, von denen nur ein geringer Teil mit einer Straftat in Zusammenhang stehen würde. Es bestand daher die Befürchtung, daß die für eine nicht unerhebliche Zahl von Patienten damit verbundenen Unannehmlichkeiten das zwischen Petient und Arzt erforderliche Vertrauensverhältnis empfindlich stören und dazu führen könnten, daß Verletzte auf eine notwendige Krankenhausbehandlung verzichten. Davon abgesehen wäre eine solche Meldepflicht für Krankenanstalten auch deshalb wenig wirkungsvoll, weil sie Ärzte nicht erfassen würde, die außerhalb von Krankenanstalten praktizieren. Ferner haben die Innenministerien anderer Länder die Auffessung vertreten, daß eine solche Meldepflicht der Krankenanstalten die ärztliche Schweigepflicht im Sinn des § 300 StGB näher bestimme und deshalb nur bundesgesetzlich geregelt werden könne.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, daß euch nach dem geltenden Recht der Arzt nicht daran gehindert ist, strafbare Handlungen zu melden, die ihm beim Ausüben seines Berufs bekannt werden. § 300 StGB verbietet nur das unbefugte Offenbaren ärztlicher Geheimnisse. Nach den Grundsätzen der Güterabwägung ist es dem Arzt erlaubt, zum Schutz höherwertiger Rechtsgüter ein ärztliches Geheimnis zu offenbaren."



Amtliches

Todesbescheinigung

Vordruckmuster

Das Bayerische Staatsministerium des Innern weist aus gegebenem Anlaß darauf hin, daß Vordrucke einer Todesbescheinigung, die nicht mit dem amtlichen Muster übereinstimmen, im amtlichen Verkehr unverwendbar sind. Dies gilt insbesondere für Vordrucke, die weitere Durchschriften oder zusätzliche Abschriften für den vertraulichen Teil der Todesbescheinigung vorsehen, aber auch für zusätzliche Aufdrucke, vor allem werbender Art (Hinweis auf ein bestimmtes Bestattungsunternehmen) oder sonstige Veränderungen.

Soweit derartige Vordrucke von Verlagsfirmen angeboten werden, sind sie mit § 3 Abs. 1 und 3 der Bestattungsverordnung vom 9. Dezember 1970 (GVBl. S. 671) nicht vereinbar und daher rechtlich unzulässig.

Unabhängig davon besteht selbstverständlich das Recht des behandelnden Arztes, sei es in freier Praxis oder im Krankenhaus, sich über den Tod eines Patienten Aufzeichnungen zu machen, die sich mit dem Inhalt des vertraulichen Teils der Todesbescheinigung decken können.

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 zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung In Bayern e. V., 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16/IV (Ärztehaus Bayern), Tel. (08 11) 47 74 01.

Formulare für diesen Befundbericht können über die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. angefordert werden.

Röntgenrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 14. April 1973 folgenden Beschluß gefaßt:

Zu den Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für den Erhalt der Berechtigung, Röntgenleistungen im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeit durchzuführen (Beschluß der VV der KVB vom 2. März 1963 – gültig ab 1. April 1963 – veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt" Heft 3/63, Seite 192) wird ergänzend beschlossen:

„Der Nachweis der fachlichen Voraussetzungen im Sinne des § 15 Absatz 2 BMV-Ä kann durch die Vorlage einer Bescheinigung der Ärztekammer über die fachgebundene Röntgentätigkeit während der Weiterbildung in einem Fachgebiet erbracht werden.

Im übrigen gelten die einschlägigen Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns."

Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung - RöV)

Die Bundesregierung hat am 1. März 1973 die RöV verkündet. Sie ist im „Bundesgesetzblatt" I/Nr. 18, Seite 173, veröffentlicht und tritt am 1. September 1973 in Kraft. Die RöV enthält eine Reihe von Bestimmungen welche die Anwendung von Röntgenstrahlen durch den Arzt in seiner Berufsausübung betreffen. Die Verordnung schreibt die Auslage des Wortlautes ihrer Bestimmungen zwingend vor. Der vollständige Text der Verordnung mit den erforderlichen Formularen usw. steht bei den einschlägigen Verlagen bereits zur Verfügung.

Davon ist insbesondere jene von Interesse, welche die Vorlage einer Bescheinigung über die Teilnahme an einer Veranstaltung über den Strahlenschutz bei der Anwendung von Röntgenstrahlen vorschreibt. Die Richtlinien für solche Veranstaltungen sind zur Zeit Gegenstand von Beratungen der zuständigen Bundesministerien.

Who's who in medicine

Die Firma Who's who – Book & Publishing GmbH, Ottobrunn, wendet sich an einzelne Ärzte mit dem Angebot, ihre Personalien in die Ausgabe „Who's who in medicine" aufzunehmen. Dieses Verzeichnis stellt ebenso wie die von „Diners-Club" angebotene Eintragung in die Veröffentlichungen dieser Gesellschaft nach Auffassung der Bayerischen Landesärztekammer eine Anpreisung ärztlicher Tätigkeit dar, und bedeutet damit einen Verstoß gegen das in der Berufsordnung festgelegte Werbeverbot des Arztes, wie auch gegen das Verbot sich als Arzt außer in amtlichen Verzeichnissen in Sonderverzeichnissen mit werbenden Charakter aufnehmen zu lassen.

Ihre Patientin denkt nur noch an ihr Baby ...

Denken Sie an beide: an Mutter und Kind. Verschreiben Sie Ihren Patientinnen während der Schwangerschaft und Stillzeit Neocalcit®-Präparate, denn sie enthalten, was Mutter und Kind jetzt brauchen: Calcium und Vitamine.

Neocalcit® mit Vitamin D_3
und
Neocalcit® comp.
mit den Vitaminen A B_1 C D_3

Zusammensetzung
Neocalcit®
1 Tablette (1 g Pulver) enthält Calcium citric. 300 mg, Calcium phosphoric. 20 mg, Vitamin D_3 300 I. E.
Neocalcit® comp.
1 Tablette (1 g Pulver) enthält zusätzlich Vitamin-A-acetat 300 I. E., Vitamin-B_1-chloridhydrochlorid 0,3 mg, Vitamin C 10 mg.
Vitamin D_3 fördert die Calcium-Resorption im Magen-Darm-Trakt.
Indikationen
Neocalcit® und Neocalcit® comp. sind besonders angezeigt zum Knochenaufbau im Kindesalter, in der Schwangerschaft und Stillzeit, zur Rachitisprophylaxe, bei verzögerter Kallusbildung, Appetitlosigkeit, körperlicher Erschöpfung, allergischen Erkrankungen, Infektionsanfälligkeit und während der Rekonvaleszenz.
Kontraindikationen
Hyperkalzämie, Hyperkalzurie
Dosierung und Anwendung
Erwachsene und Schulkinder nehmen bis zu 3mal täglich 2 Tabletten oder einen Teelöffel voll Pulver vor den Mahlzeiten ein; Kleinkinder erhalten dem Alter entsprechend 1/3 – 2/3 dieser Mengen, am besten in Brei oder Milch.
Handelsformen und Preise m. MWSt.

Neocalcit®		Neocalcit® comp.	
Packung mit 50 Tabletten	DM 2,30	Packung mit 50 Tabletten	DM 3,30
Peckung mit 50 g Pulver	DM 2,30	Packung mit 50 g Pulver	DM 3,30
Packung mit 400 Tabletten	DM 12,80	Packung mit 400 Tebletten	DM 18,40
Packung mit 400 g Pulver	DM 12,80	Packung mit 400 g Pulver	DM 18,40



Dr. R. Pfleger
Chemische Fabrik GmbH & Co
Bamberg

Prüfungsordnung für die Abschlußprüfung der Arzthelferin-Lehrlinge

Aufgrund der Beschlüsse ihres Berufsbildungsausschusses für „Arzthelferinnen" vom 6. Dezember 1972 und 16. April 1973 erläßt die Beyerische Lendesärztekemmer als zuständige Stelle hiermit gemëß §§ 41 Satz 1, 58 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl I S. 1112), geändert durch das Gesetz vom 12. März 1971 (BGBl I S. 185) unter Berücksichtigung der Richtlinien des Bundesausschusses für Berufsbildung vom 9. Juni 1971 und 2. November 1971 die folgende Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferin:

I. Abschnitt
Prüfungseusschüsse

§ 1 Errichtung

(1) Für die Abnahme der Abschlußprüfung errichtet die Bayerische Landesärztekemmer einen Prüfungsausschuß (§ 36 Satz 1 BBiG).

(2) Bei Bedarf, insbesondere bei einer großen Anzahl von Prüfungsbewerbern können mehrere Prüfungsausschüsse errichtet werden.

§ 2 Zusammensetzung und Berufung

(1) Der Prüfungsausschuß besteht aus mindestens drei Mitgliedern. Die Mitglieder müssen für die Prüfungsgebiete sachkundig und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignet sein (§ 37 Abs. 1 BBiG).

(2) Dem Prüfungsausschuß gehören els Mitglieder Beauftragte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer in gleicher Zahl sowie mindestens ein Lehrer einer berufsbildenden Schule an. Mindestens zwei Drittel der Gesamtzahl der Mitglieder sind Beauftregte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. Von dieser Zusammensetzung darf nur abgewichen werden, wenn endernfells die erforderliche Zehl von Mitgliedern des Prüfungsausschusses nicht berufen werden kann (§ 37 Abs. 5 BBiG).

(3) Die Mitglieder haben einen oder mehrere Stellvertreter (§ 37 Abs. 2 BBiG).

(4) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder werden von der Bayerischen Landesärztekammer für drei Jahre berufen (vgl. § 37 Abs. 3 Satz 1 BBiG).

(5) Die Arbeitnehmermitglieder werden auf Vorschleg der im Bereich der Beyerischen Landesärztekammer bestehenden Gewerkschaften und selbständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- und berufspolitischer Zwecksetzung berufen (§ 37 Abs. 3 Satz 2 BBiG).

(6) Lehrer von berufsbildenden Schulen werden im Einvernehmen mit der Schulaufsichtsbehörde oder der von ihr bestimmten Stelle berufen (vgl. § 37 Abs. 3 Satz 3 BBiG).

(7) Werden Mitglieder nicht oder nicht in ausreichender Zahl innerhalb einer von der Bayerischen Lendesärztekemmer gesetzten engemessenen Frist vorgeschlagen, so beruft die Bayerische Landesärztekammer insoweit nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 37 Abs. 3 Satz 4 BBiG).

(8) Die Mitglieder und stellvertretenden Mitglieder der Prüfungsausschüsse können nach Anhören der an ihrer Berufung Beteiligten eus wichtigem Grund abberufen werden (§ 37 Abs. 3 Satz 5 BBiG).

(9) Die Tëtigkeit im Prüfungsausschuß ist ehrenamtlich. Für bare Auslagen und für Zeitversäumnis ist, soweit eine Entschädigung nicht von anderer Seite gewährt wird, eine engemessene Entschädigung zu zahlen, deren Höhe von der Bayerischen Lendesärztekammer mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern festgesetzt wird (§ 37 Abs. 4 BBiG).



§ 3 Befangenheit

(1) Bei der Zulassung und Prüfung dürfen Prüfungsausschußmitglieder nicht mitwirken, die mit dem Prüfungsbewerber verheiratet oder verheiratet gewesen oder mit ihm in gerader Linie verwandt oder verschwägert oder durch Annahme an Kindesstatt verbunden oder in der Seitenlinie bis zum dritten Grade verwandt oder bis zum zweiten Grade verschwägert sind, auch wenn die Ehe, durch welche die Schwägerschaft begründet ist, nicht mehr besteht.

(2) Mitwirken soll ebenfalls nicht der ausbildende Arzt, soweit nicht besondere Umstände eine Mitwirkung zulassen oder erfordern.

(3) Prüfungsausschußmitglieder, die sich befangen fühlen, oder Prüfungsteilnehmer, die die Besorgnis der Befangenheit geltend machen wollen, haben dies der Bayerischen Landesärztekammer mitzuteilen, während der Prüfung dem Prüfungsausschuß.

(4) Die Entscheidung über den Ausschluß von der Mitwirkung trifft die Bayerische Landesärztekammer, während der Prüfung der Prüfungsausschuß.

(5) Wenn infolge Befangenheit eine ordnungsgemäße Besetzung des Prüfungsausschusses nicht möglich ist, kann die Bayerische Landesärztekammer die Durchführung der Prüfung einem anderen Prüfungsausschuß, erforderlichenfalls einer anderen zuständigen Stelle übertragen. Das gleiche gilt, wenn eine objektive Durchführung der Prüfung aus anderen Gründen nicht gewährleistet erscheint.

§ 4 Vorsitz, Beschlußfähigkeit, Abstimmung (§ 38 BBiG)

(1) Der Prüfungsausschuß wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter. Der Vorsitzende und sein Stellvertreter sollen nicht derselben Mitgliedergruppe angehören.

(2) Der Prüfungsausschuß ist beschlußfähig, wenn zwei Drittel der Mitglieder, mindestens drei, mitwirken. Er beschließt mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

§ 5 Geschäftsführung

(1) Die Bayerische Landesärztekammer regelt im Einvernehmen mit dem Prüfungsausschuß dessen Geschäftsführung, insbesondere Einladungen, Protokollführung und Durchführung der Beschlüsse.

(2) Die Sitzungsprotokolle sind vom Protokollführer und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen. § 25 Abs. 5 bleibt unberührt.

§ 6 Verschwiegenheit

Die Mitglieder des Prüfungsausschusses haben über alle Prüfungsvorgänge gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu wahren. Dies gilt nicht gegenüber dem Berufsbildungsausschuß. Ausnahmen nach Satz 1 bedürfen der Einwilligung der Bayerischen Landesärztekammer.

Mit zeitgemäßer Komposition

Azur®

Azur®
gegen Schmerzen

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

3mal tägl. 1-2 Tablettan
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
Propyphanazon 150 mg, Coffein 50 mg
Codein. phosphoric. 15 mg, Acidum phanylaethylbarbituricum 25 mg
2-Dimathylamino-aathanol-bitartrat 25 mg

3mal tägl. 1-2 Tablettan
Bei Überdosierung kann die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt werden.

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

Kontraindikation:
Schwere Nierenschäden
Pyrazolon-Allergie, Blutdyskrasien

Steiner & Co. Deutsche Arzneimittel Gesellschaft Berlin West

Literatur und Ärztemuster auf Wunsch

II. Abschnitt
Vorbereitung der Prüfung

§ 7 Prüfungstermine

(1) Die Bayerische Landesärztekammer bestimmt in der Regel die für die Durchführung der Prüfung maßgebenden Termine. Diese Termine sollen auf den Ablauf der Berufsausbildung und des Schuljahres abgestimmt sein.

(2) Die Bayerische Landesärztekammer gibt diese Termine einschließlich der Anmeldefristen rechtzeitig, mindestens zwei Monate vorher bekannt.

(3) Wird die Abschlußprüfung mit einheitlichen überregionalen Prüfungsaufgaben durchgeführt, sind einheitliche Prüfungstage anzusetzen, soweit die Durchführbarkeit sichergestellt werden kann.

§ 8 Zulassungsvoraussetzungen für die Abschlußprüfung

(1) Zur Abschlußprüfung ist zuzulassen (§ 39 Abs. 1 BBiG),

1. wer die Ausbildungszeit zurückgelegt hat oder wessen Ausbildungszeit nicht später als zwei Monate nach dem Ende des Monats der mündlichen Prüfung endet,
2. wer an vorgeschriebenen Zwischenprüfungen teilgenommen hat und das vorgeschriebene Berichtsheft geführt hat und
3. wessen Berufsausbildungsverhältnis in das Verzeichnis der Berufsausbildungsverhältnisse eingetragen oder aus einem Grund nicht eingetragen ist, den weder der Auszubildende noch dessen gesetzlicher Vertreter zu vertreten hat.

(2) Körperlich, geistig oder seelisch Behinderte sind zur Abschlußprüfung auch zuzulassen, wenn die Voraussetzungen des Abs. 1 nicht vorliegen (Vergl. § 48 Abs. 3 Nr. 2 BBiG).

§ 9 Zulassungsvoraussetzungen in besonderen Fällen (§ 40 BBiG)

(1) Der Auszubildende kann nach Anhören des ausbildenden Arztes und der Berufsschule vor Ablauf seiner Ausbildungszeit zur Abschlußprüfung zugelassen werden, wenn seine Leistungen dies rechtfertigen.

(2) Zur Abschlußprüfung ist auch zuzulassen, wer nachweist, daß er mindestens vier Jahre in dem Beruf der Arzthelferin tätig gewesen ist. Hiervon kann abgesehen werden, wenn durch Vorlage von Zeugnissen oder auf andere Weise glaubhaft dargetan wird, daß der Bewerber Kenntnisse und Fertigkeiten erworben hat, die die Zulassung zur Prüfung rechtfertigen.

(3) Zur Abschlußprüfung ist ferner zuzulassen, wer in einer berufsbildenden Schule oder in einer sonstigen Einrichtung ausgebildet worden ist, wenn diese Ausbildung der Berufsausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf entspricht.

§ 10 Anmeldung zur Prüfung

(1) Die Anmeldung zur Prüfung hat schriftlich nach den von der Bayerischen Landesärztekammer bestimmten Anmeldefristen und Formularen durch den ausbildenden Arzt mit Zustimmung des Auszubildenden zu erfolgen.

(2) In besonderen Fällen kann der Prüfungsbewerber selbst den Antrag auf Zulassung zur Prüfung stellen. Dies gilt insbesondere in Fällen gemäß § 9 und bei Wiederholungsprüfungen, falls ein Ausbildungsverhältnis nicht mehr besteht.

(3) Örtlich zuständig für die Anmeldung ist die Bayerische Landesärztekammer, wenn in den Fällen des § 8 und § 9 Abs. 1 die Ausbildungsstätte, in den Fällen des § 9 Abs. 2 und 3 die Arbeitsstätte oder, soweit kein Arbeitsverhältnis besteht, der Wohnsitz des Prüfungsbewerbers in Bayern liegt.

(4) Der Anmeldung sind beizufügen

a) in den Fällen des § 8

eine Bescheinigung über die Teilnahme an vorgeschriebenen Zwischenprüfungen

das Abschlußzeugnis der allgemeinbildenden Schule in beglaubigter Abschrift,

das Versetzungszeugnis in die zweite Klasse,

das Zwischenzeugnis und ggfs. das Abschlußzeugnis der Oberstufe der Berufsschule in beglaubigter Abschrift,

eine Bescheinigung einer anerkannten Hilfsorganisation über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs in erster Hilfe von mindestens 8 Doppelstunden im letzten Ausbildungsjahr oder ähnliche Nachweise,

ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise,

ein tabellarischer Lebenslauf

b) in den Fällen des § 9

Tätigkeitsnachweise oder glaubhafte Darlegung über den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten im Sinne des § 9 Abs. 2 oder Ausbildungsnachweise im Sinne des § 9 Abs. 3,

das Abschlußzeugnis der allgemeinbildenden Schule in beglaubigter Abschrift,

soweit vorhanden Zeugnisse einer weiterführenden Schule in beglaubigter Abschrift,

eine Bescheinigung einer anerkannten Hilfsorganisation über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs in erster Hilfe von mindestens 8 Doppelstunden im letzten Jahr oder ähnliche Nachweise,

ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise,

ein tabellarischer Lebenslauf.

(5) Bei der Anmeldung zur Prüfung hat der ausbildende Arzt die Prüfungsgebühr zu entrichten. In den Fällen des § 9 Abs. 2 und 3 hat der Prüfling die Prüfungs-

URICOPATHIE



Dosierung: 1 Tablette täglich.

Hinweis: Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbesondere zu Beginn der Behandlung, mindestens 1,5 bis 2 Ltr. Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen. Bei Steindiathese empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den annähernd neutralen Bereich von pH 6,4 – 6,8, speziell bis zur Normalisierung der Serumharnsäurewerte.

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100mg Benzbromaronum

Kontraindikationen: Mittelschwere bis schwere Niereninsuffizienz. Bei niereninsuffizienten Patienten mit einer glomerulären Filtratrate unter 20 ml/min bzw. bei Serumkreatininwerten über ca. 3,5 mg % ist eine ausreichende serumharnsäuresenkende Wirkung von URICOVAC nicht mehr mit Sicherheit zu erwarten.
Obwohl URICOVAC in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

Handelsformen: OP mit 30 Tabletten = 1 Monatspackung DM 29,– m. MwSt., AP mit 300 Tabletten.

LABAZ GMBH
Pharmazeutische Präparate · 4000 Düsseldorf · Postfach 5126

gebühr zu bezahlen. Sie beträgt für die Abschlußprüfung DM 100,— und für die Wiederholungsprüfung DM 50,—.

§ 11 Entscheidung über die Zulassung

(1) Über die Zulassung zur Abschlußprüfung entscheidet die Bayerische Landesärztekammer. Hält sie die Zulassungsvoraussetzungen nicht für gegeben, so entscheidet der Prüfungsausschuß (§ 39 Abs. 2 BBiG).

(2) Die Entscheidung über die Zulassung ist dem Prüfungsbewerber rechtzeitig unter Angabe des Prüfungstages und -ortes einschließlich der erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel mitzuteilen.

(3) Eine ablehnende Entscheidung ist dem Auszubildenden schriftlich unter Angabe der Gründe mitzuteilen; der ausbildende Arzt ist von der Entscheidung zu benachrichtigen.

(4) Die Zulassung kann vom Prüfungsausschuß bis zum ersten Prüfungstag, wenn sie aufgrund von gefälschten Unterlagen oder falschen Angaben ausgesprochen wird, widerrufen werden.

III. Abschnitt
Durchführung der Prüfung

§ 12 Prüfungsgegenstand

(vgl. § 35 BBiG)

(1) Durch die Abschlußprüfung ist festzustellen, ob der Prüfungsteilnehmer die erforderlichen Fertigkeiten beherrscht, die notwendigen praktischen und theoretischen Kenntnisse besitzt und mit dem ihm im Berufsschulunterricht vermittelten, für die Berufsausbildung wesentlichen Lehrstoff vertraut ist.

(2) Inhalt, Ziel und Gliederung der Prüfung sind durch die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung vom 12. Januar 1965 erlassenen Berufsordnungsmittel, insbesondere durch die Prüfungsanforderungen für den Lehrberuf „Arzthelferin" bestimmt.

§ 13 Gliederung der Prüfung

(1) Die Prüfung gliedert sich in einen schriftlichen sowie einen mündlichen und praktischen Teil.

(2) Soweit körperlich, geistig oder seelisch Behinderte an der Prüfung teilnehmen, sind deren besonderen Belange bei der Prüfung zu berücksichtigen.

§ 14 Prüfungsaufgaben

(1) Der Prüfungsausschuß beschließt auf der Grundlage der Prüfungsanforderungen die Prüfungsaufgaben.

(2) Der Prüfungsausschuß ist gehalten, überregional erstellte Prüfungsaufgaben zu übernehmen.

§ 15 Nichtöffentlichkeit

(1) Die Prüfungen sind nicht öffentlich. Vertreter der obersten Landesbehörden und der Bayerischen Landesärztekammer können anwesend sein. Der Prüfungsausschuß kann im Einvernehmen mit der Bayerischen Landesärztekammer andere Personen, zum Beispiel Mitglieder und stellvertretende Mitglieder des Berufsbildungsausschusses als Gäste zulassen.

(2) Die in Abs. 1 bezeichneten Personen sind nicht stimmberechtigt und haben sich auch sonst jeder Einwirkung auf den Prüfungsablauf zu enthalten.

(3) Bei der Beratung über das Prüfungsergebnis dürfen nur die Mitglieder des Prüfungsausschusses anwesend sein.

§ 16 Leitung und Aufsicht

(1) Die Prüfung wird unter Leitung des Vorsitzenden vom gesamten Prüfungsausschuß abgenommen.

(2) Bei schriftlichen Prüfungen regelt die Bayerische Landesärztekammer im Einvernehmen mit dem Prüfungsausschuß die Aufsichtsführung, die sicherstellen soll, daß der Prüfungsteilnehmer die Arbeiten selbständig und nur mit den erlaubten Arbeits- und Hilfsmitteln ausführt. Die Prüfungsaufgaben sollen dem Aufsichtsführenden im verschlossenen Umschlag übergeben werden, der erst bei Prüfungsbeginn zu öffnen ist.

(3) Praktische Übungen sind von mindestens zwei, nicht der gleichen Gruppe angehörenden Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu überwachen; diese werden vom Prüfungsausschuß bestimmt.

(4) In den Fällen der Absätze 2 und 3 ist über den Ableuf eine Niederschrift zu fertigen.

§ 17 Ausweispflicht und Belehrung

Die Prüfungsteilnehmer haben sich auf Verlangen des Vorsitzenden oder des Aufsichtsführenden über ihre Person auszuweisen. Sie sind vor Beginn der Prüfung über den Prüfungsablauf, die zur Verfügung stehende Zeit, die erlaubten Arbeits- und Hilfsmittel, die Folgen von Täuschungshandlungen und Ordnungsverstößen zu belehren.

§ 18 Täuschungshendlungen und Ordnungsverstöße

(1) Teilnehmer, die sich einer Täuschungshandlung oder einer erheblichen Störung des Prüfungsablaufs schuldig machen, kann der Aufsichtsführende von der Prüfung vorläufig ausschließen.

(2) Über den endgültigen Ausschluß und die Folgen entscheidet der Prüfungsausschuß nach Anhören des Prüfungsteilnehmers. In schwerwiegenden Fällen, insbesondere bei vorbereiteten Täuschungshandlungen, kann die Prüfung für nicht bestanden erklärt werden. Das gleiche gilt bei innerhalb eines Jahres nachträglich festgestellten Täuschungen.

§ 19 Rücktritt, Nichtteilnahme

(1) Der Prüfungsbewerber kann nach erfolgter Anmeldung rechtzeitig vor Beginn der Prüfung durch schriftliche Erklärung zurücktreten. In diesem Fall gilt die Prüfung als nicht abgelegt.

(2) Tritt der Prüfungsbewerber nach Beginn der Prüfung zurück, so können bereits erbrachte, in sich abgeschlossene Prüfungsleistungen nur anerkannt wer-

den, wenn ein wichtiger Grund für den Rücktritt vorliegt (z. B. im Krankheitsfalle durch Vorlage eines ärztlichen Attestes).

(3) Erfolgt der Rücktritt nach Beginn der Prüfung oder nimmt der Prüfungsbewerber an der Prüfung nicht teil, ohne daß ein wichtiger Grund vorliegt, so gilt die Prüfung als nicht bestanden.

(4) Über das Vorliegen eines wichtigen Grundes entscheidet der Prüfungsausschuß.

IV. Abschnitt
Bewertung, Feststellung und Beurkundung des Prüfungsergebnisses

§ 20 Bewertung

(1) Die Bewertung der Leistungen des Prüflings richtet sich nach § 21. Die Gesamtleistung des Auszubildenden in der Berufsschule und in der praktischen Ausbildung beim ausbildenden Arzt ist bei der Bewertung zu berücksichtigen.

(2) Die schriftlichen, mündlichen und praktischen Leistungen werden in den einzelnen Prüfungsfächern getrennt bewertet. Das Mittel dieser Noten ergibt die Bewertungsnote für das jeweilige Prüfungsfach.

(3) Als Endbewertung sind nur ganze Noten zulässig.

(4) Die schriftlichen Arbeiten werden von dem Fachlehrer für das jeweilige Prüfungsfach korrigiert und vorbewertet. Die endgültige Bewertung obliegt dem Prüfungsausschuß.

(5) Ergeben sich bei der Bewertung der Prüfungsleistungen eines Prüflings erhebliche Unterschiede gegenüber der in der Berufsschule gezeigten Gesamtleistung, so hat der Prüfungsausschuß vor seiner Entscheidung die Prüfungsleistungen durch weitere Maßnahmen nachzuprüfen.

(6) Ergibt die schriftliche Prüfung ein Versagen des Lehrlings auf Teilgebieten derart, daß daraufhin die Gesamtprüfung nicht mehr bestanden werden kann, so kann der Prüfling von der weiteren Prüfung ausgeschlossen werden.

Die Prüfung gilt dann als nicht bestanden.

§ 21 Bewertungsmaßstab

(1) Die Prüfungsleistungen sind wie folgt zu bewerten:

1 = sehr gut
2 = gut
3 = befriedigend
4 = ausreichend
5 = mangelhaft
6 = ungenügend

(2) Der Bewertungsmaßstab ist vor der Prüfung vom Prüfungsausschuß festzulegen und zu protokollieren.

(3) Bei programmierter Prüfung ist eine der Prüfungsart entsprechende Bewertung vorzunehmen.

(4) Jede Prüfungsleistung ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses getrennt und selbständig zu beurteilen und zu bewerten.

§ 22 Prüfungsgebiet A

(1) Im Prüfungsgebiet A (Fachkunde, Hilfe in der Sprechstunde und Hilfeleistung bei der Behandlung) werden die Noten für folgende Prüfungsfächer getrennt ermittelt:

1. Aufsatz mit fachkundlichem Thema
2. Fachkundliche Fragen
   a) schriftlich
   b) mündlich
3. Praktische Übungen
   a) allgemein
   b) Labor

(2) Die Prüfung im Teil A ist bestanden, wenn in allen Prüfungsfächern mindestens die Note 4 erreicht wurde, darunter muß sich das Teilgebiet Labor befinden.

§ 23 Prüfungsgebiet B

(1) Im Prüfungsgebiet B (Verwaltungsarbeiten) werden die Noten für folgende Prüfungsfächer getrennt ermittelt:

1. Rechnen
   Praxisnahe rechnerische Aufgaben
2. Buchführung
   Aufgaben aus der praktischen Buchführung des Arztes.
3. Ärztliches Abrechnungswesen
4. Büroarbeiten
   Festzustellen ist das Mittel aus den Bewertungsnoten für
   a) Schriftverkehr
   b) Bürokunde

(2) Die Prüfung im Teil B ist bestanden, wenn in den Fächern 2 mit 4 mindestens die Note 4 erreicht wurde.

§ 24 Ergänzungsfach „Kurzschrift und Maschinenschreiben"

(1) Kurzschrift

Geschwindigkeitsprobe:

Der Prüfling hat zwei Ansagen von je fünf Minuten Dauer in der Geschwindigkeit von 100 Silben in der Minute aufzunehmen. Zwischen den beiden Ansagen ist eine Pause von drei Minuten einzulegen. Beide Ansagen sind unverzüglich hand- oder maschinenschriftlich zu übertragen.

Übertragungszeit: handschriftlich 80 Minuten
maschinenschriftlich 60 Minuten.

Das Stenogramm ist auf Wiederlesbarkeit und Silbenleistung zu beurteilen.

Bei der Übertragung sind deren Richtigkeit, die formgerechte Gestaltung und die Unterschriftsreife zu werten.

(2) Maschinenschreiben

Der Prüfling hat einen Brief im Umfang von 1200 Anschlägen nach einer vorliegenden Vorlage innerhalb von 15 Minuten formgerecht zu schreiben. Zur Nieder-

schrift ist ein Briefblatt DIN A 4 nach DIN 676 zu benutzen. Die „Regeln für Maschinenschreiben (DIN 5008)" sind anzuwenden.

(3) Das Ergänzungsfach wird getrennt für Kurzschrift und Maschinenschreiben bewertet.

§ 25 Gesamtbewertung

(1) Der Prüfungsausschuß stellt gemeinsam die Ergebnisse der einzelnen Prüfungsleistungen sowie das Gesamtergebnis der Prüfung fest.

(2) Die Prüfung ist bestanden, wenn sowohl der Teil A als auch der Teil B der Prüfung bestanden wurde.

(3) Die Gesamtnote ergibt sich aus dem Mittel der Bewertung der Teile A und B der Prüfung.

(4) Unbeschadet des § 28 Abs. 2 Satz 1 kann der Prüfungsausschuß bestimmen, daß in bestimmten Prüfungsfächern oder Prüfungsgebieten (§§ 22 bis 24) eine Wiederholungsprüfung nicht erforderlich ist.

(5) Über den Verlauf der Prüfung einschließlich der Feststellung der einzelnen Prüfungsergebnisse ist eine Niederschrift zu fertigen. Sie ist von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses zu unterzeichnen.

(6) Der Prüfungsausschuß muß dem Prüfungsteilnehmer am letzten Prüfungstag mitteilen, ob er die Prüfung bestanden oder nicht bestanden hat. Hierüber ist dem Prüfungsteilnehmer unverzüglich eine vom Vorsitzenden zu unterzeichnende Bescheinigung auszuhändigen. Dabei ist als Termin des Bestehens bzw. Nichtbestehens der Tag der letzten Prüfungsleistung einzusetzen.

§ 26 Prüfungszeugnis

(1) Über die Prüfung erhält der Prüfungsteilnehmer von der Bayerischen Landesärztekammer ein Zeugnis (§ 34 BBiG).

(2) Das Prüfungszeugnis enthält
die Bezeichnung „Prüfungszeugnis"
die Personalien des Prüfungsteilnehmers
die Bezeichnung „Arzthelferin"
das Gesamtergebnis der Prüfung
das Datum des Bestehens der Prüfung
die Unterschriften des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses und des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer oder seines Beauftragten mit dem Siegel.

(3) Bei Bestehen der Ergänzungsprüfung (§ 24) ist eine Bescheinigung über die Leistungen in Kurzschrift und Maschinenschreiben zu erteilen.

(4) Daneben erteilt die Bayerische Landesärztekammer nach bestandener Prüfung den Helferinnenbrief.

§ 27 Nicht bestandene Prüfung

(1) Bei nicht bestandener Prüfung erhalten der Prüfungsteilnehmer und sein gesetzlicher Vertreter sowie der ausbildende Arzt von der Bayerischen Landesärztekammer einen schriftlichen Bescheid. Darin ist anzugeben, in welchen Prüfungsteilen ausreichende Leistungen nicht erbracht worden sind und welche Prüfungsleistungen in einer Wiederholungsprüfung nicht mehr wiederholt zu werden brauchen (§ 25 Abs. 4).

(2) Auf die besonderen Bedingungen der Wiederholungsprüfung gemäß § 28 ist hinzuweisen.

V. Abschnitt
Wiederholungsprüfung

§ 28 Wiederholungsprüfung

(1) Eine nicht bestandene Abschlußprüfung kann zweimal wiederholt werden (§ 34 Abs. 1 Satz 2 BBiG).

(2) Hat der Prüfungsteilnehmer bei nicht bestandener Prüfung in einem Prüfungsteil mindestens ausreichende Leistungen erbracht, so ist dieser Teil auf Antrag des Prüfungsteilnehmers nicht zu wiederholen, sofern dieser sich innerhalb von zwei Jahren — gerechnet vom Tage der Beendigung der nicht bestandenen Prüfung — zur Wiederholungsprüfung anmeldet. Das gleiche gilt, wenn nach Bestimmung des Prüfungsausschusses gemäß § 25 Abs. 4 in bestimmten Prüfungsfächern oder Prüfungsgebieten eine Wiederholung nicht erforderlich ist.

(3) Die Prüfung kann frühestens zum nächsten Prüfungstermin wiederholt werden.

(4) Die Vorschriften über die Anmeldung und Zulassung (§§ 8 bis 11) gelten sinngemäß. Bei der Anmeldung sind außerdem Ort und Datum der voraufgegangenen Prüfung anzugeben.

VI. Schlußbestimmungen

§ 29 Rechtsmittel

Maßnahmen und Entscheidungen der Prüfungsausschüsse sowie der Bayerischen Landesärztekammer sind bei ihrer schriftlichen Bekanntgabe an den Prüfungsbewerber bzw. Teilnehmer mit einer Rechtsmittelbelehrung zu versehen. Diese richtet sich im einzelnen nach der Verwaltungsgerichtsordnung und den Ausführungsbestimmungen des Freistaates Bayern.

§ 30 Prüfungsunterlagen

Auf Antrag ist dem Prüfungsteilnehmer Einsicht in seine Prüfungsunterlagen zu gewähren. Die schriftlichen Prüfungsarbeiten sind zwei Jahre, die Anmeldungen und Niederschriften gemäß § 25 Abs. 5 sind zehn Jahre aufzubewahren.

§ 31 Inkrafttreten, Genehmigung

Die Prüfungsordnung wurde gemäß § 41 Satz 3 BBiG vom Bayerischen Staatsministerium des Innern mit Schreiben vom 25. Mai 1973 — Nr. I E 9-5370/45-1/73 — genehmigt. Sie tritt nach ihrer Verkündung im „Bayerischen Ärzteblatt" am 12. Juni 1973 in Kraft.

München, 14. Mai 1973

Bayerische Landesärztekammer
Professor Dr. Sewering
Präsident



Das ist das 370.942.375. Zäpfchen ®Spasmo-Cibalgin compositum der 370.942.375. Therapieeinsatz bei starken Schmerzen und Spasmen

Zusammensetzung

	Amino-phenazon	Diallyl-barbitur-säure	Tresen-tin®-6H	Codein-phosphat
Drag.	0,220 g	0,030 g	0,025 g	0,020 g
Zäpfch.	0,500 g	0,050 g	0,050 g	0,040 g

Indikationen Krampf- und Schmerzzustände im Bereich der Gallenwege, des Magen-Darm-Trakts sowie des Urogenitalsystems; Migräne, Dysmenorrhoe.
Postoperative und posttraumatische Schmerzen; zur Schmerzlinderung in der Gynäkologie und in der Geburtshilfe, in der zahnärztlichen Praxis.

Kontraindikationen Akute intermittierende Porphyrie, akute Intoxikation durch Alkohol, Schlafmittel u. ä., für längere Anwendung auch schwere Nieren-, Leber- und Myokardschäden; Atemdepression bei Asthma bronchiale und Lungenemphysem.

Zu beachten Aufgrund individuell unterschiedlicher Ansprechbarkeit des Patienten kann das Reaktionsvermögen, besonders bei gleichzeitiger Alkoholeinnahme – z. B. im Straßenverkehr –, beeinflußt werden. Ein länger dauernder, peusenloser Gebrauch ist im allgemeinen zu vermeiden; gegebenenfalls sind periodische Blutbildkontrollen angezeigt.
Spasmo-Cibalgin compositum ist nicht für Kinder bestimmt. Für die Pädiatrie wurden ®Cibalen und ®Cibalen S entwickelt.

Handelsformen und Preise
Dragées 20 Stück – DM 6,55
Zäpfchen 5 Stück – DM 4,80; 10 Stück – DM 8,85
Anstaltspackungen

2732

Pharmazeutika CIBA · Büro München ☎ 0811/345523 · 8 München 40 · Franz-Joseph-Str. 14

Rechtsfragen

Zusammenschluß von Ärzten (§ 17 BO); Bekanntgabe eines Zusammenschlusses von Ärzten an die Öffentlichkeit (§ 24 Abs. 6 BO)

Das Landesberufsgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht hatte am 22. März 1973 als oberstes ärztliches Berufsgericht in Bayern eine grundsätzliche Entscheidung zu der Frage zu treffen, ob ein „Zusammenschluß von Ärzten" in freier Praxis diese seine Zusammenarbeit der Öffentlichkeit bekanntgeben darf.

Im konkreten Fall ging es darum, daß die betroffenen Ärzte, die in einem Hause einzeln niedergelassen sind, ihre Zusammenarbeit als „Ärztekollegium" bezeichneten und diese Bezeichnung auf einem Schild am Hauseingang, auf Briefbogen und auf Rezeptvordrucken verwandten. Nach ihrer Auffassung üben die Betroffenen sowohl aufgrund der zwischen ihnen bestehenden vertraglichen Vereinbarung als auch aufgrund der tatsächlichen Gestaltung dieser Zusammenarbeit eine „fachärztliche Zusammenarbeit in freier Praxis" aus, in der „– aufeinander abgestimmt – die Arbeit des einen Kollegen die des anderen zwingend notwendig macht". Der Patient komme zwar zunächst in eine der selbständig arbeitenden Praxen, je nach den auftretenden Problemen werde er aber dann – mit seinem Einverständnis – einem anderen Kollegen „zugewiesen" und von diesem weiter behandelt. Die Zusammenarbeit der Ärzte werde auch noch besonders in täglichen Besprechungen, die sich auf die einzelnen konkreten Fälle bezögen, praktiziert. Durch die gewählte Bezeichnung „Ärztekollegium" solle der Patient auf die gegenüber üblichen Praxisgemeinschaften besonders intensivierte und vermehrte Zusammenarbeit der Betroffenen, also auf eine besondere Struktur der hier gegebenen Praxisgemeinschaft hingewiesen werden.

Sowohl der zuständige Ärztliche Kreisverband wie die Bayerische Landesärztekammer haben die beteiligten Ärzte wiederholt darauf hingewiesen, daß die Praxisbezeichnung „Ärztekollegium" nach der Berufsordnung unzulässig sei. Da die Abmahnung keinen Erfolg hatte, erteilte der Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes den Betroffenen eine „Belehrung" gemäß Art. 19 Abs. 1 KaG. Dieser Mitteilung an die Betroffenen war eine Rechtsmittelbelehrung beigefügt, nach der die Betroffenen gegen den Beschluß des Kreisverbandes beim Berufsgericht für die Heilberufe den Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens gegen sich selbst stellen könnten. Da die Betroffenen weder die „Belehrung" des Kreisverbandes befolgten noch die Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens gegen sich selbst beantregten, stellte der Kreisverband von sich aus den Antrag auf Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens gegen die Betroffenen. Das Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg hat die betroffenen Ärzte durch Urteil vom 6. Dezember 1972 von dem Vorwurf der Verwendung einer unzulässigen Praxisbezeichnung freigesprochen. Gegen dieses Urteil hat der zuständige Ärztliche Kreisverband Berufung eingelegt.

Das Landesberufsgericht hat das Urteil des Berufsgerichts Nürnberg aufgehoben und gegen die betroffenen Ärzte je wegen einer Berufspflichtverletzung der Verwendung einer unzulässigen Praxisbezeichnung trotz Abmahnung und Belehrung durch die Berufsvertretung die berufsgerichtliche Maßnahme der Warnung erkannt. Den betroffenen Ärzten wurden auch die Kosten des Verfahrens beider Rechtszüge auferlegt. Das Landesberufsgericht hat im übrigen das Verhalten der betroffenen Ärzte objektiv auch als einen Verstoß gegen das Werbeverbot gekennzeichnet.

Urteil des Lendesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Beyerischen Obersten Lendesgericht vom 22. März 1973 – Az: LBG - Ä - 1/73 –.
(rechtskräftig)

Leitsätze:

1. Bewertet der Ärztliche Kreisverband eine Berufspflichtverletzung zunächst als „leichteren Fall" und versucht er durch eine „Belehrung" Abhilfe zu schaffen, so ist er bei weiteren Verstößen, insbesondere bei weiterer Nichtbeachtung der Belehrung nicht allein auf das Ordnungsstrafverfahren angewiesen. Der Kreisverband kann vielmehr dann unmittelbar beim Berufsgericht die Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens beantragen.
2. Eine Praxisgemeinschaft von Fachärzten darf sich auch dann nicht als „Ärztekollegium" bezeichnen, wenn im Gesellschaftsvertrag über die gemeinsame Nutzung von Räumen und Praxiseinrichtungen hinaus eine intensive kollegiale Zusammenarbeit durch gegenseitige Beratung und Förderung in der Fortbildung vereinbart ist.

Aus den Gründen:

. . .

III

Die rechtliche Würdigung ergibt:

1. Zur Zulässigkeit des berufsgerichtlichen Verfahrens
Art. 19 KaG bestimmt:

„(1) Läßt sich ein Mitglied eine Verletzung der Berufspflichten zuschulden kommen, so hat es der Vorstand

seines Ärztlichen Kreisverbandes in leichteren Fällen zu belehren. Gegen ein Mitglied, das trotz der Belehrung sein Verhalten nicht ändert oder wiederholt gegen die Berufspflichten verstößt, kann der Vorstand des Bezirksverbandes oder ein hierfür bestellter Ausschuß durch Beschluß eine Ordnungsstrafe bis zu DM 100,– verhängen. Gegen den Beschluß, der schriftlich zu begründen ist, kann das Mitglied innerhalb eines Monats nach der Zustellung Beschwerde bei der Landesärztekammer einlegen.

(2) Wird der Beschwerde nicht oder nicht in vollem Umfang stattgegeben, so kann das Mitglied innerhalb eines Monats nach Zustellung der Beschwerdeentscheidung die Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens beantragen . . .

(3) Läßt sich ein Mitglied eines Ärztlichen Kreisverbandes eine schwere Verletzung der Berufspflichten zuschulden kommen oder setzt es trotz Ordnungsstrafe sein berufswidriges Verhalten fort, so ist der Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes verpflichtet, Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens zu stellen.

. . . "

Art. 37 KaG bestimmt:

„(1) Die Verletzung der Berufspflichten durch Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker wird im berufsgerichtlichen Verfahren verfolgt, soweit nicht das Beschlußverfahren nach Art. 19 Abs. 1 zur Anwendung kommt.

(2) . . . "

Die betroffenen Ärzte legen diese Bestimmungen dahin aus, daß der Kreisverband mit der ihnen erteilten Belehrung den behaupteten Verstoß als leichteren Fall bewertet habe. Nach der Erfolglosigkeit der Belehrung hätte der Kreisverband lediglich die Möglichkeit gehabt, die Angelegenheit dem Vorstand des Bezirksverbandes vorzulegen, der dann von seiner Ordnungsstrafbefugnis hätte Gebrauch machen können. Eine solche Vorlage mache § 13 Ziffer 1 der Satzung des Ärztlichen Kreisverbandes X. dem Kreisverband bzw. seinem Vorstand ausdrücklich zur Pflicht, da die Satzung insoweit bestimme: „Ändert das Mitglied trotz der Belehrung sein Verhalten nicht oder verstößt es wiederholt gegen die Berufspflichten, so ist die Angelegenheit dem Vorstand des Bezirksverbandes Mittelfranken vorzulegen". Wenn nun hier der Kreisverband die Möglichkeit einer etwaigen Ahndung durch den Bezirksverband im Ordnungsstrafverfahren nicht ausgeschöpft, sondern unmittelbar nach erfolgloser Belehrung den nur für schwerere Fälle oder für den Fall weiterer Verstöße trotz Ordnungsstrafe vorbehaltenen Antrag auf Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens gestellt habe, so bedeute dies eine unzulässige Verkürzung der Rechte der Betroffenen. Dem berufsgerichtlichen Verfahren stehe, wenn auch hier im Verfahren nach § 19 Abs. 1 KaG nur eine Belehrung ausgesprochen worden sei, das Verbot der

TAMPO-VAGAN®

Vaginalkapseln C-N

Indikationen: Fluor vaginalis, besonders bakterieller Genese. Eitriger Fluor post abortum, postoperative Behandlung von Portio und Vagina, Pruritus.

Kontraindikationen: Soorkolpitie, Lues; Allergieneigung gegen Inhaltsstoffe.

Zus.: 1 Kapsel enthält: Hydrocortisonezetat 5 mg, Neomycinsulfat 5 mg, Sulfanilamid 400 mg, Sulfathiazol 100 mg, Grundmasse ad 3 g.

Packung mit 8 Kapseln DM 6,95

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

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

AGM AKTIENGESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE 1 BERLIN

Doppelbestrafung „ne bis in idem" entgegen. An seine, der Belehrung zugrundeliegende Auffassung, daß es sich hier um einen leichteren Fall handle, sei der Kreisverband gebunden gewesen, so daß sein Antrag auf Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens unzulässig sei.

Dieser Auffassung der betroffenen Ärzte vermag das Landesberufsgericht nicht zu folgen.

Das Kammergesetz vom 15. Juli 1957 ist von der früher geltenden Regelung der Bekanntmachung über das Verfahren bei den ärztlichen und zahnärztlichen Berufsgerichten (Berufsgerichtsordnung) vom 5. November 1951 (BayBS II S. 63) hinsichtlich des „Vorverfahrens" des Kreisverbandes bzw. des Bezirksverbandes insofern abgegangen, als es in Art. 19 Abs. 1 Satz 2 die Möglichkeit eröffnet hat, daß der Bezirksverband gegen den Arzt, der einer „Belehrung" nicht folgt, eine Ordnungsstrafe verhängt, während nach der früheren Regelung (§ 13 Abs. 2 der Berufsgerichtsordnung) bei Nichtbeachtung einer „Warnung" der Bezirksverband unmittelbar den Antrag auf Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens zu stellen hatte. Diese Änderung sollte aber, wie sich allein schon aus der gewählten „Kann"-Vorschrift des Art. 19 Abs. 1 Satz 2 KaG, aber auch aus dem in Art. 44 Abs. 1 Nr. 1 KaG normierten uneingeschränkten Antragsrecht der zuständigen Berufsvertretung ergibt, ersichtlich keine Pflicht zur Durchführung des Ordnungsstrafverfahrens begründen, sondern lediglich zur Entlastung der Berufsgerichte ein neben das berufsgerichtliche Verfahren tretendes einfaches und formloses Verfahren für die Fälle ermöglichen, in denen weder schwere Verfehlungen zu ahnden noch grundsätzliche standesrechtliche Fragen zu klären sind. Sonach erachtet es das Landesberufsgericht in Übereinstimung mit der Rechtsansicht des angefochtenen Urteils des Berufsgerichts für rechtlich zulässig, daß hier der Kreisverband den Versuch unternommen hat, dem nach seiner Auffassung standeswidrigen Verhalten der Betroffenen durch eine „Belehrung" zu begegnen und daß er dann, als sich auch diese – nach vorangegangenen Abmahnungen ausgesprochene – Belehrung als wirkungslos erwiesen hatte, die weitere Verwendung der nach seiner Meinung unzulässigen Praxisbezeichnung als wiederholte und damit als eine schwere Berufspflichtverletzung durch seinen Antrag auf Einleitung des berufsgerichtlichen Verfahrens weiterverfolgt hat. Daß eine „Belehrung" im Sinne des Art. 19 Abs. 1 Satz 1 KaG, der keine Ordnungsstrafe nach Satz 2 dieser Bestimmung gefolgt ist, als solche nur eine mißbilligende Äußerung, aber noch keine Disziplinarstrafe darstellt, welche eine weitere Verfolgung im berufsgerichtlichen Verfahren ausschließen würde, hat das Landesberufsgericht bereits früher und zwar in seinem Urteil vom 6. November 1969 LBG Ä 2/69 („Bayerisches Ärzteblatt" 1970, 193) unter Hinweis auf die vergleichbaren Regelungen des Art. 5 Abs. 3 BayDStO und § 11 Abs. 3 WDO ausgesprochen. Hieran hält das Landesberufsgericht fest; der allgemeine Rechtsgrundsatz „ne bis in idem" (vgl. dazu für den Bereich des Kriminalstrafrechts Art. 103 Abs. 3 GG) wird daher durch eine berufsgerichtliche Ahndung trotz vorangegangener, nicht engefochtener „Belehrung" nicht verletzt. Soweit § 13 Ziffer 1 der Satzung des Kreisverbandes X. eine Verpflichtung des Kreisverbandes normiert, alle Fälle, in denen seine Belehrungen nicht befolgt werden, an den Bezirksverband vorzulegen, ist diese Bestimmung wegen Widerspruchs mit der dargelegten gesetzlichen Regelung des Kammergesetzes unbeachtlich.

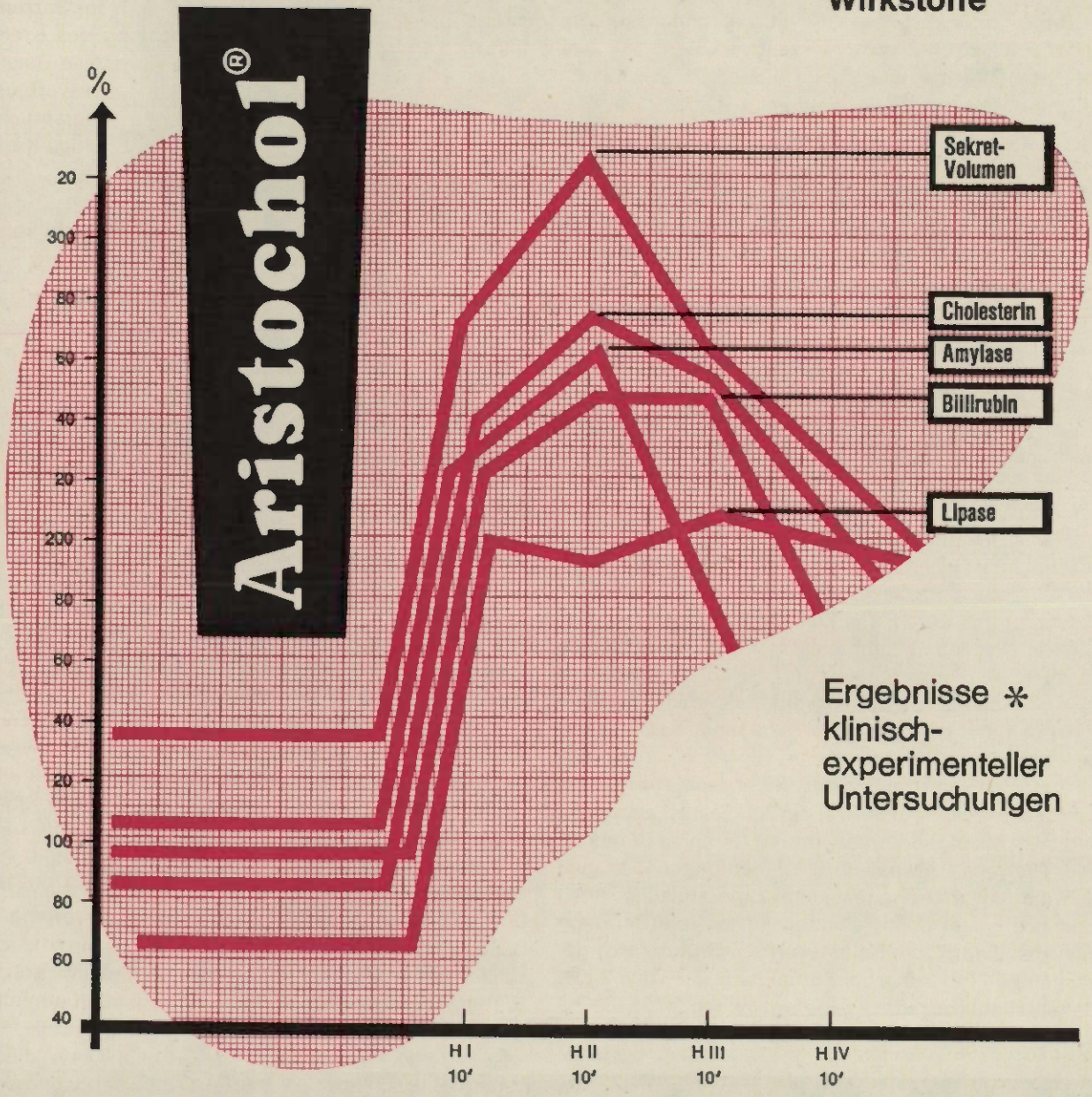
2. Zur Verfassungsmäßigkeit der hier in Betrecht kommenden Bestimmungen der Berufsordnung

Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner „Facharztentscheidung" (Beschluß des Ersten Senats vom 9. Mai 1972 – 1 BvR 518/62 - 1 BvR 308/64 - NJW 1972, 1504) klargestellt, daß die von den Ärztetagen beschlossenen und von den Ärztekammern erlassenen Berufsordnungen, die rechtlich als Satzungen autonomer Berufsverbände zu werten sind, grundsätzlich jedenfalls insoweit keinen Bedenken unterliegen, als sie Berufsausübungsregelungen normieren, welche nicht in die freie berufliche Betätigung selbst eingreifen und weder den Kern der auf die Dauer angelegten Lebensentscheidung des einzelnen Berufsangehörigen noch das Interesse der Allgemeinheit an der Art und Weise der Tätigkeit der Berufsangehörigen berühren. In den für das Satzungsrecht freigegebenen Bereich fallen sonach eindeutig die Regelungen, welche – vorkonstitutionellem Standesgewohnheitsrecht entsprechend – dem Arzt jegliche Werbung und Anpreisung untersagen, die Bekanntmachung der Niederlassung regeln und einheitliche Anweisungen für die Praxisschilder wie für die Praxisbezeichnung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln enthalten.

Verfassungsrechtlich unbedenklich ist es aber auch, wenn die ärztlichen Berufsordnungen (in Bayern § 17 Abs. 2 BO) verlangen, daß bei allen Formen gemeinsamer Berufsausübung niedergelassener Ärzte die freie Arztwahl gewährleistet sein muß. Denn diese Regelung entspricht dem traditionellen Berufsbild des niedergelassenen Arztes und den berechtigten Belangen der Allgemeinheit. Sie kann zwar eine Einschränkung der ärztlichen Berufsausübung insofern bedeuten, als damit im Ergebnis Zusammenschlüsse von niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen auf die sogenannten „Praxisgemeinschaften" beschränkt werden, also auf Einzelpraxen, die aufgrund einer Vereinbarung der an dem Zusammenschluß beteiligten Ärzte oder Fachärzte Praxisräume, diagnostische oder therapeutische Einrichtungen sowie das Hilfspersonal (Arzthelferinnen, medizinisch-technische Assistentinnen, Röntgenassistentinnen, Laboranten, Arztsekretärin) gemeinsam nutzen bzw. verwenden. Darüber hinausgehende Zusammenschlüsse, bei denen

So wirkt

Optimaler Effekt durch standardisierte Wirkstoffe



Ergebnisse * klinisch-experimenteller Untersuchungen

Das zuverlässige Cholagogum

Aristochol® Tropfen

Nach einem Spezialverfahren hergestelltes Perkolat mit standardisiertem Wirkstoffgehalt:
Curcumin 10 mg %
Cheildonin 5 mg %
100 ml Perkolat aus:
Herb. Chelidon. 20 g,
-Millefol. 17 g, -Absinth. 5 g
Flor. Stoechad. 15 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Rad. Taraxac. c. Herb. 17 g
Cort. Frangul. 3 g
Rhiz. Curcum. xanth. 8 g

Dosierung:
3mal täglich 15-20 Tropfen

O.P. Flasche mit 20 ml DM 5,40
O.P. Flasche mit 50 ml DM 10,65

Aristochol® Konzentrat Granulat

100 g Granulat enthalten:
Gesamttrockenextrakt aus
Herb. Chelidon.
Rhiz. Curcum. xanth. } 3,265 g
Fruct. Card. Mar.
Aloe 5,55 g
Penkreetin 1,5 g
Eingestellt auf:
Chelidoniumalkaloide mindestens 20 mg %
Curcumin mindestens 12,5 mg %
Aloin mindestens 1,5 g %

Dosierung:
1mal täglich 1 Beutel

O.P. mit 24 Btl. zu 1,5 g DM 6,50
O.P. mit 75 Btl. zu 1,5 g DM 17,70

Aristochol® Tee-Konzentrat

In 100 g Tee-Konzentrat:
4,2 g Extract. alcc. ex
Herb. Absinth. 1,2 g
Herb. Chelidon. 2 g
Fruct. Anial atellet. 5,3 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Flor. Chamomill. 10 g
Rhiz. Curcum. xanth. 10 g
Herb. Milletol. 10 g
Fol. Menth. pip. 16 g
Acid. escorbic. 1 g
Aromatic. et
Corrigent. ad 100 g

Dosierung:
3mal täglich 1 Teelöffel

O.P. Tube mit 100 g DM 4,80

Aristochol® Spasmolyticum

Eine Manteltablette enthält:
30 mg Extr. Herb. Chelidon. alcc.
(entspr. mind. 0,15 mg Gesamtalkaloide)
13 mg Extr. Rhiz. Curcum. xanth. alcc.
(entspr. mind. 0,1 mg Curcumin)
7 mg Extr. Fruct. Cardui Mar. alcc.
10 mg Propanthelin-bromid
10 mg Aethylpepaverin. hydrochlor.
15 mg Natriumdioctylsultosuccinat

Kontraindikation:
Glaukom, Prostatahypertrophie

Dosierung:
3mal täglich 1-2 Manteltabletten

O.P. (Durchdrückpackung)
zu 50 Manteltabletten DM 8,50

Steiner & Co.
Deutsche
Arzneimittel
Gesellschaft
Berlin West

Literatur
auf Wunsch

* J. Ch. Beumann
K. Heintze
H. W. Muth
Arzn.-Forsch. 21
98 - 101 (1971)

der Patient nicht mehr den Arzt seines Vertrauens frei wählen könnte, sondern sich mit der Inanspruchnahme eines Arztes, der sich mit Ärzten anderer Fachrichtungen zur gemeinsamen Berufsausübung zusammengeschlossen hat, zugleich in die Behandlung eines ärztlichen Kollektivs begeben würde, sind nach dem geltenden Satzungsrecht zu Recht verboten, weil dies vom hergebrachten Berufsbild des niedergelassenen Arztes abweichen würde. Es wäre allein dem Gesetzgeber überlassen, im Wege einer grundsätzlichen Änderung des Arztrechts durch neue statusbildende Regelungen derartige neue Entwicklungen zu ermöglichen.

3. Zur rechtlichen Wertung des Zusammenschlusses der betroffenen Fachärzte und zur zugelassenen Bezeichnung dieses Zusammenschlusses

Der Zusammenschluß der betroffenen fünf Fachärzte ist, wie sich aus dem von ihnen vorgelegten Gesellschaftsvertrag und aus ihrem eigenen Vortrag über die tatsächliche Durchführung ihrer Berufsausübung ergibt, eine Praxisgemeinschaft mit teilweise gemeinsamen Räumen, Praxiseinrichtungen und Hilfspersonal, nicht aber eine anders- oder neuartige kollektive Gemeinschaft, die eine von anderen Praxisgemeinschaften abweichende Bezeichnung rechtfertigen würde. Wesentlich für diese Beurteilung ist vor allem der Umstand, daß durch den Zusammenschluß, wie dies auch in § 1 des Gesellschaftsvertrages ausdrücklich normiert ist, der Grundsatz der freien Arztwahl und das individuelle Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und dem einzelnen Arzt nicht berührt werden. Jeder der fünf betroffenen Ärzte übt seinen Beruf unter seinem Namen in völliger fachlicher Unabhängigkeit aus, liquidiert allein für seine Leistungen und trägt allein die Verantwortung für seine Diagnose und Therapie. Unwesentlich ist demgegenüber, daß sich die fünf Ärzte gegenseitige Unterstützung durch eine gegenüber dem Patienten kostenfreie Beratung (§ 4 Abs. 2 des Gesellschaftsvertrages) und durch gegenseitige Förderung bei Fortbildung (§ 5 Abs. 3 des Gesellschaftsvertrages) zugesagt haben.

Mit dieser Zusage bzw. mit der Verwirklichung dieser Zusage erfüllen die betroffenen Ärzte nur allgemeine Standespflichten, namentlich die Pflicht zu kollegialem Verhalten (§ 12 BO), zu gegenseitigem Beistand (§ 13 BO) und zu beruflicher Fortbildung (§ 5 BO). Daß sie sich in ihrem Gesellschaftsvertrag ausdrücklich zur Erfüllung dieser Pflichten bekannt und Maßnahmen zur Erleichterung der Erfüllung dieser Pflichten im Rahmen ihres Zusammenschlusses vorgesehen haben, ist durchaus anerkennenswert, vermag aber den Zusammenschluß nicht als eine besondere Art der ärztlichen Zusammenarbeit zu charakterisieren; insbesondere kann daraus kein Recht auf eine besondere Bezeichnung ihres Zusammenschlusses hergeleitet werden.

4. Zur Berufspflichtverletzung der Betroffenen

Sonach war die Forderung des Ärztlichen Kreisverbandes, die zu Recht beanstandete, § 24 Abs. 6 der Berufsordnung widersprechende Praxisbezeichnung „Ärztekollegium am ... Platz" zu unterlassen, durchaus berechtigt. Die Betroffenen haben dadurch, daß sie trotz der wiederholten Hinweise des Kreisverbandes und der Landesärztekammer und sogar auch noch entgegen der ihnen erteilten ausdrücklichen „Belehrung" die unzulässige Praxisbezeichnung weiterverwendet haben, in vorwerfbarer Weise, und zwar mit Wissen und Wollen aller Tatumstände, also vorsätzlich den Verboten des § 24 Abs. 6 BO, aber auch des § 25 Abs. 1 Satz 2 BO und des § 26 BO zuwidergehandelt. Soweit sich die Betroffenen auf einen Irrtum über die Verbindlichkeit dieser Bestimmungen der Berufsordnung auch für ihren Zusemmenschluß berufen und damit einen Verbotsirrtum geltend machen, war dieser Irrtum verschuldet und läßt daher den Vorsatz unberührt. Wenn die Betroffenen die eingehenden, jeweils mit einer klaren Begründung versehenen Hinweise des Kreisverbandes und der Landesärztekammer für unrichtig gehalten haben, war von ihnen zu verlangen, die beanstandete Praxisbezeichnung bis zu einer abschließenden Klärung zu unterlassen und eine solche Klärung durch einen eigenen Antreg auf Einleitung

Passiorin Drageea
1 Oragaa anthält:

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

Passiorin liq.

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

Bei Angst-, Spannungs- und Unruhazuständen, als Tagessedativum:
1–2 Taalöffal bzw. 2–3 Orageea 3 mal täglich
Bai Einschlafstörungen: 2–4 Teelöffal bzw. 3–6 Orageas vor dem Schlafengehen
Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Drageas:

Packung mit	50 Orageas	OM 4.25
Kurpackung mit	250 Orageas	OM 16.–

Passiorin liq.:

Flascha mit ca.	100 ml	OM 5.80
Kurpackung mit ca.	500 ml	OM 23.80



Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum.
SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München
Passiorin

des berufsgerichtlichen Verfahrens gegen sich selbst herbeizuführen. Auf diese Möglichkeit sind sie sogar auch noch ausdrücklich anläßlich der vom Kreisverband erteilten „Belehrung" hingewiesen worden.

Objektiv stellt das Verhalten der betroffenen Ärzte zugleich auch noch ein unzulässiges und standesunwürdiges Anpreisen ihrer Tätigkeit gegenüber der Öffentlichkeit und damit einen Verstoß gegen § 19 BO dar. Entgegen der Meinung der Verteidigung hat das Landesberufsgericht das Verhalten der Betroffenen auch unter diesem Gesichtspunkt zu prüfen, da sich sein Urteil gemäß dem nach Art. 64 KaG sinngemäß anzuwendenden § 264 StPO mit dem ihm durch den Antrag des Kreisverbandes und den Eröffnungsbeschluß des Berufsgerichts unterbreiteten Sachverhalt als einheitlichem Lebensvorgang (BGHSt 16, 200, 202; BayObLGSt 1965, 46, 48) befassen muß, ohne an die rechtliche Beurteilung gebunden zu sein, die dem Antrag und dem Eröffnungsbeschluß zugrundeliegt. Wie das Landesberufsgericht mehrfach, zuletzt in seinem Urteil vom 11. November 1971 LBGZ 1/71 (Zahnärztliche Mitteilungen 1972, 73; Anw.Bl. 1972, 64) ausgesprochen hat, unterliegt der Arzt einem sehr weitgehenden Werbeverbot, das die Pflicht umfaßt, in der Öffentlichkeit auch schon den Anschein der Werbung zu vermeiden. Er darf daher, wie auch der Rechtsanwalt, auf seinem Praxisschild, auf Briefbogen und Vordrucken nur die ihm selbst zustehende Berufsbezeichnung führen (vgl. dazu für den Rechtsanwalt das Verbot, seine Praxis als „Rechtsanwalts- und Steuerberatungsbüro" zu bezeichnen, auch wenn ihm selbst die Bezeichnung „Fachanwalt für Steuerrecht" gestattet ist; EGH Stuttgart, Ehrengerichtliche Entscheidungen Bd. IX S. 201). Die Praxisbezeichnung „Ärztekollegium" weist werbend auf eine angebliche Sonderstellung hin, wie sie die betroffenen Fachärzte aufgrund ihrer „kooperativen Zusammenarbeit" – allerdings, wie oben dargelegt, zu Unrecht, für sich in Anspruch nehmen. Diese Praxisbezeichnung ist daher, wie die Bezeichnung einer Anwaltspraxis als „Anwaltskollektiv" (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 8. November 1971 NJW 1972, 297) objektiv als irreführende Werbung zu qualifizieren.

Aufgrund der glaubhaften Einlassung der betroffenen Ärzte, namentlich aber auch im Hinblick auf ihr Bemühen, über den Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) eine Bewilligung ihrer gewählten Praxisbezeichnung zu erhalten, kann das Landesberufsgericht jedoch nicht die Überzeugung gewinnen, daß sie sich des werbenden Charakters der Praxisbezeichnung bewußt waren. Es liegt daher insoweit ein Verbotsirrtum vor, von dem nicht erwiesen werden kann, daß er verschuldet war. Sonach ist als Berufspflichtverletzung lediglich die Verwendung einer unzulässigen Praxisbezeichnung trotz Abmahnung und Belehrung durch die Berufsvertretung zu ahnden. Als berufsgerichtliche Maßnahme erscheint die Maßnahme der Warnung als ausreichend, da es sich um den ersten standesrechtlichen Verstoß der Betroffenen handelt und weil das Landesberufsgericht zu der Überzeugung gelangt, daß der Verstoß nicht auf unlautere Beweggründe zurückzuführen ist.

Das freisprechende Ersturteil ist aufzuheben.

Poellinger, München

Brief aus Bonn

Die Tatsache, daß der Deutsche Gewerkschaftsbund im letzten Jahr ein gesundheitspolitisches Programm entwickelt hat, hat die Deutsche Angestellten Gewerkschaft nicht ruhen lassen. Sie ist zum Wettstreit angetreten und hat jetzt ihrerseits in Bonn ein „Memorandum zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung" präsentiert. Der Titel klingt anspruchsloser als die Vorlage des DGB, der Rahmen wird aber ebenso weit gesteckt. Wenn bewußt von der Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversiche-

ferro - B_{12} - EHRL



Zusammensetzung:
1 Dragee enthält:
150 mg Ferro-glukonat
15γ Vitamin B^{12}
2 mg Folsäure

O.P. zu 20 Dragees DM 3,90
O.P. zu 50 Dragees DM 6,40

Zur hochwirksamen preisgünstigen oralen Anämie-Therapie mit dem gut verträglichen und schnell resorbierbaren Fe^{++}-glukonat

EHRL & CO., Arzneimittel KG, 8 München 66



®Adelphan-Esidrix

bei allen Formen und nahezu allen Stadien primärer und sekundärer Hypertonie

®Elfanex

besonders bei herzkranken Hochdruckpatienten und in allen Fällen, bei denen eine Kaliumverarmung nicht auszuschließen ist

CIBA

Adelphan-Esidrix

Zusammensetzung:
0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin + 10 mg Hydrochlorothiazid pro Tablette

Dosierung:
Behandlungsbeginn im allgemeinen mit 2–3mal 1 Tablette pro Tag. Zur Dauerbehandlung genügen gewöhnlich 1–2 Tabletten pro Tag.

Zu beachten:
Während der Behandlung mit Adelphan-Esidrix kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßenverkehr – beeinflußt werden.

Bei Patienten mit latentem oder manifestem Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoffwechsel zu überwachen.

Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel überwacht werden, gegebenenfalls ist die Gabe von Urikosurika erforderlich.

Lassen Begleiterkrankungen oder Zweitmedikationen eine vermehrte Kaliumausscheidung vermuten, wird die Verordnung von Elfanex empfohlen. Bei stärkeren Kaliummangelzuständen ist eine medikamentöse Substitutionsbehandlung mit einem Kaliumpräparat erforderlich.

Handelsformen und Preise:

Tabletten	20 Stück	DM 4,85
	50 Stück	DM 11,20
Anstaltspackungen		

Ellanax

Zusammensetzung:
0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin + 10 mg Hydrochlorothiazid + 300 mg Kaliumchlorid retard pro Dragée

Dosierung:
Durchschnittlich 1–2 Dragées täglich. Falls erforderlich, kann die Dosis vorübergehend erhöht werden, bis der Blutdruck auf den gewünschten Wert gesenkt ist. Erhaltungsdosis 1–2 Dragées täglich. Dragées nach den Mahlzeiten einnehmen.

Zu beachten:
Während der Behandlung mit Ellanex kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßenverkehr – beeinflußt werden.

Bei Patienten mit latentem oder manifestem Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoffwechsel zu überwachen.

Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel überwacht werden, gegebenenfalls ist die Gabe von Urikosurika erforderlich.

Sollten trotz der Behandlung mit Elfanex stärkere Kaliummangelzustände auftreten, ist eine zusätzliche medikamentöse Substitutionsbehandlung mit einem Kaliumpräparat erforderlich.

Handelsformen und Preise:

Dragées	20 Stück	DM 5,15
	50 Stück	DM 11,95
Anstaltspackungen		

1731

rung gesprochen wird, so macht schon dies deutlich, daß die DAG sehr betont am heutigen gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung festhalten will. Dies sagt zwar auch der DGB, die Akzentunterschiede sind aber sehr deutlich zu sehen.

Die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft betont mit großem Nachdruck, daß die Ersatzkassen in ihrer heutigen autonomen Stellung erhalten bleiben sollen. Die Angestellten sähen die Ersatzkassen als die Träger ihrer Krankenversicherung an, heißt es. „Die DAG tritt für die Erhaltung aller bestehenden Ersatzkassen unter Anpassung der Mitgliederstruktur an die heutigen verwaltungstechnischen und soziologischen Verhältnisse ein." Das ist deutlich. In dem Memorandum wird den Politikern auch klargemacht, daß zur selbständigen Stellung der Ersatzkassen eben auch deren Finanzautonomie gehört. Ein Finanzausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung wird abgelehnt. Die Angestellten-Gewerkschaft weiß, daß es im Arbeitsministerium und in der Koalition Überlegungen gibt, die Beitragsunterschiede zwischen den Kassen und Kassenarten zu verringern. Minister Arendt hat dieses Thema vor etwa einem halben Jahr auf dem Ortskrankenkassentag angesprochen. Erster Ansatzpunkt für solche Bestrebungen wäre wohl der Versuch, die unbefriedigende Regelung der Rentner-Krankenversicherung, durch die die Kassen so unterschiedlich belastet werden, zu verbessern. Die DAG macht deutlich, daß man dieses Problem nicht zu Lasten der Ersatzkassen durch einen Finanzausgleich regeln kann. Sie spricht sich daher dafür aus, daß die Kosten der Rentner-Krankenversicherung grundsätzlich zu 80% von der Rentenversicherung übernommen werden. Die Kassen werden heute im Durchschnitt mit knapp 40% der Kosten belastet.

Die Vorschläge der DAG zielen auf die Verbesserung der Leistungen, die Ausweitung des Finanzspielraums, die Stärkung der Selbstverwaltung sowie auf die Struktur der ärztlichen Versorgung. Das läßt sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Krankenversicherung soll schrittweise zu einem System der Gesundheitssicherung ausgebaut werden. Dazu gehört vor allem die Ausweitung der Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten. Präzise Forderungen werden hier nicht erhoben. Von erheblichem sozialpolitischen Gewicht sind die Vorschläge zur Verbesserung des Krankengeldes, das von den Krankenkassen heute nach dem Auslaufen des Lohn- und Gehaltfortzahlungs-Anspruchs – im Regelfall nach sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit – in Höhe von etwa 75% des Arbeitsentgelts gewährt wird. Dieses Krankengeld soll künftig dem Nettoverdienst entsprechen. Freiwillig Versicherten, deren Einkommen die Beitrags- und Pflichtgrenze übersteigen, sollen die Möglichkeit erhalten, bei zusätzlichen Beitragsleistungen auch ein zusätzliches Krankengeld zu erhalten. Allen Versicherten wird ein zeitlich unbefristeter Anspruch auf Krankenhauspflege zugebilligt. Zahnersatz

und Kieferorthopädie sollen grundsätzlich in die kassenärztliche Versorgung einbezogen werden. Die Rezeptblattgebühr soll gestrichen werden. Für die Ärzte ist von Bedeutung, daß die DAG allen Versicherten das Wahlrecht zwischen Sachleistung und Kostenerstattung einräumen will, was ein wesentlicher Unterschied gegenüber dem DGB ist.

2. Die Einnahmen der Kassen sollen durch die Erhöhung der Pflicht- und Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Beitragsgrenze in der Rentenversicherung verbessert werden. Beitragspflichtig würden dann in diesem Jahr alle Einkommen bis DM 2300,– monatlich; jeder der mehr als DM 1725,– verdient, hätte mehr zu zahlen. Über die Beiträge würde damit die Umverteilung ausgeweitet. Der Fortfall der Krankenscheinprämie, über den der Bundestag noch in diesem Jahr entscheiden wird, brächte im Jahr eine Ersparnis von knapp 400 Millionen DM für die Kassen. Eine finanzielle Entlastung erhofft sich die DAG auch von der Neuordnung der Rentner-Krankenversicherung.

3. Mit großem Nachdruck wird dafür plädiert, die Rechte der Selbstverwaltung zu vergrößern. So sollten prinzipiell alle gesetzlich vorgesehenen Leistungen nur als Mindestleistungen angesehen werden. Den Versicherten soll überdies die Möglichkeit gegeben werden, die Kasse zu wechseln. In die Selbstverwaltungen sollen aber nur die Vertreter der Versicherten und nicht auch die der Arbeitgeber entsandt werden. Die Konsequenz, daß dann die Versicherten auch den Beitrag allein zu zahlen hätten, wird allerdings nicht gezogen.

4. Die DAG bekennt sich zur freiberuflichen Tätigkeit der Ärzte, allerdings mit der Einschränkung, daß auf „dirigistische Maßnahmen" nur solange verzichtet werden könne, wie die kassenärztlichen Vereinigungen auch tatsächlich eine gute ärztliche Versorgung gewährleisten. Dazu sei es erforderlich, umfassende Bedarfspläne aufzustellen, woran die Länder und die Kassen zu beteiligen seien. Die Technisierung der Medizin führe auch zu einer Konzentration der ärztlichen Versorgung. Trotzdem dürften die Menschen in akuten Fällen nicht zu lange auf Hilfe warten. Durch die Technik dürfe das Arzt-Patient-Verhältnis nicht beeinträchtigt werden.

Es wird allerdings die Auffassung vertreten, daß es unwirtschaftlich sei, alle Praxen nach dem neuesten Stand der Technik auszustatten. Deshalb wird für ärztliche Kooperationen eingetreten. In die Planung der apparativen Infrastruktur müßten die vorhandenen Kapazitäten der Krankenhäuser und des vertrauensärztlichen Dienstes einbezogen werden. Apparative Zentren werden befürwortet, die sowohl von Ärzten, wie von Krankenhäusern oder vom Staat betrieben werden könnten. Dabei sollten nicht ideologische Aspekte den Ausschlag geben sondern die optimale Versorgung der Patienten. Allerdings werden kommerzielle Diagnose-Zentren abgelehnt. Die Beziehungen von Ärzten und Kassen sollen wie bisher vertraglich geregelt werden. Das gilt auch für die Honorare und die Gebührenordnung. An der E-Adgo wird festgehalten.

Manche Einzelvorschläge mögen den Widerspruch der Ärzteschaft auslösen; in vielen wichtigen Punkten aber gibt es eine gemeinsame Basis, was in und außerhalb Bonns nicht nur mit Beifall aufgenommen werden dürfte.

bonn-mot

Kongresse

6. Bad Reichenhaller Kolloquium

vom 15. bis 17. Juni 1973

Thema: Moderne Therapie broncho-pulmonaler Krankheiten

Freitag, 15. Juni 1973

Nachmittag

Zur Therapie der respiratorischen Insuffizienz mit Noleptan

A. Zimmer, Biberach:
Pharmakokinetik und Metabolismus von Noleptan am Menschen

H.-D. Renovanz, Biberach:
Einführung und ausgewählte neue klinische Prüfungsergebnisse mit Noleptan

F. Felix, Bonn:
Computerszintigraphische Untersuchungen beim obstruktiven Syndrom

R. Schindl, Linz:
Hustensedierung und Atemfunktion bei respiratorischer Funktionsminderung durch Noleptan

C. F. Michel, Gießen:
Der Einfluß von Noleptan auf den Sauerstoffpartialdruck im fetalen Blut

L. Grabow, Duisburg:
Noleptan in der Anästhesiologie

F. R. Weist, Nürnberg:
Blutgasanalytisch kontrollierte Therapie mit Noleptan in der Alterschirurgie

K. Bühlmeyer, München:
Einfluß von Noleptan auf pathologische Blutgaswerte bei zyanotischen Säuglingen mit kongenitalen Herzfehlern

O. Wieser, Klagenfurt:
Quantitative Messungen des Hustens

Samstag, 16. Juni 1973

Vormittag

Akute Erkrankungen der Atmungsorgane

a) Akute broncho-pulmonale Störungen der Atmung

v. Wichert, Hamburg:
Die Behandlung des Status asthmaticus

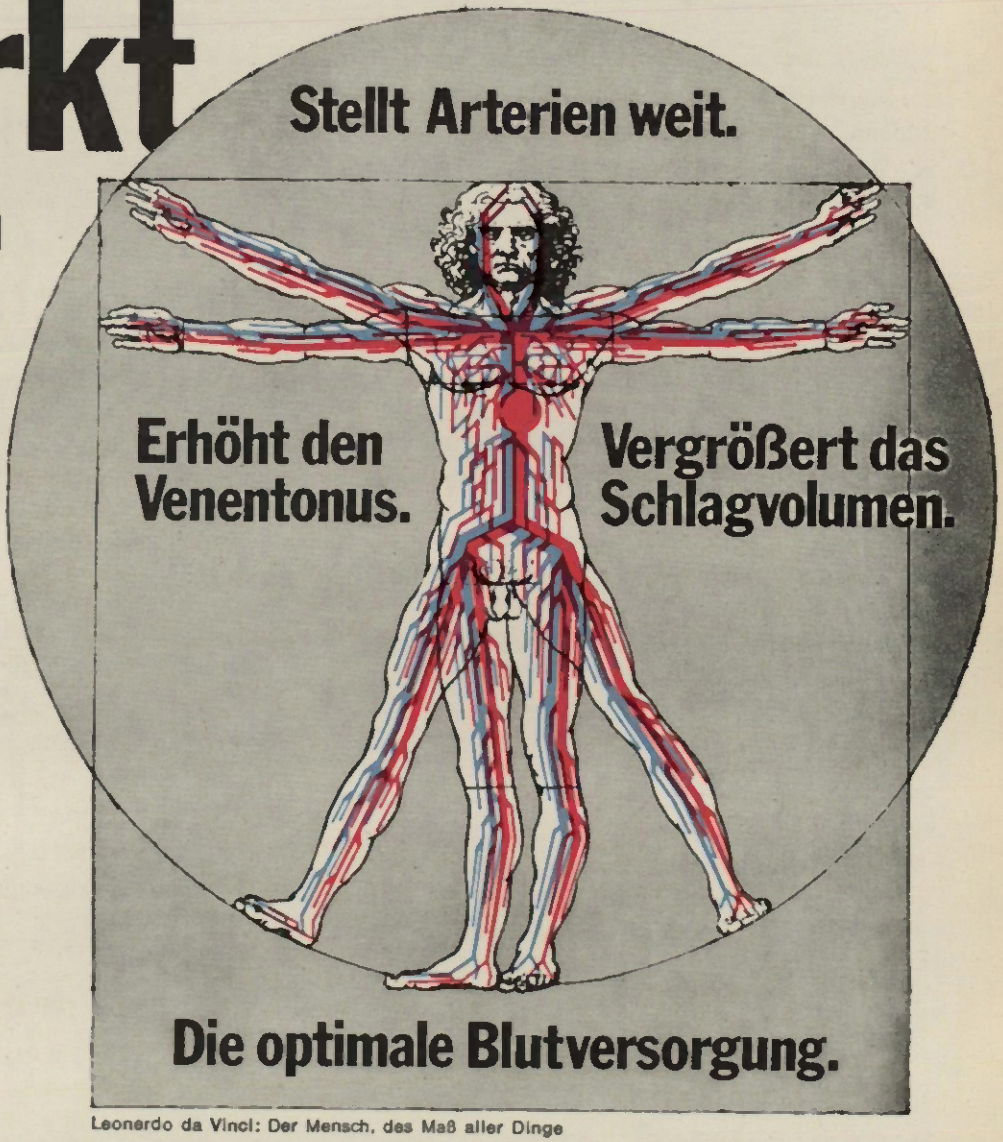
Keller, Basel:
Die Behandlung des dekompensierten Cor pulmonale

neu von Nattermann

Defluina®

bewirkt mehr

gegen arterielle Durchblutungs-störungen.



Leonardo da Vinci: Der Mensch, das Maß aller Dinge

Indikationen: Durchblutungsstörungen (Peripher, coroner, cerebral), Vasoneurosen (M. Raynaud, Akrocyanose, Erythromelalgie). **Kontraindikationen:** Dekompensierte Herzinsuffizienz, Klappenstenosen des Herzens, starke Einengung der Lungenstrombahn. **Gebrauchsanleitung:** Tabletten: nach Vorschrift des Arztes 1–4 Tabletten pro Tag, in besonderen Fällen bis zu 6 Tabletten einnehmen. Tropfen: bis zu 30 Tropfen 3 x täglich nach ärztlicher Verordnung einnehmen.

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Raubasinhydrochlorid 2 mg, Dihydroergocristinmethansulfonat 0,2 mg, Dihydroergolaminmethansulfonat 0,05 mg. 30 ml Tropfen enthalten: Raubasin 240 mg, Dihydroergocristinmethansulfonat 24 mg, Dihydroergotaminmethansulfonat 6 mg. **Packungsgrößen:** 50 Tabletten DM 15,90; 100 Tabletten DM 28,90; Klinikpackung 500 Tabletten; 30 ml Tropfen DM 21,90; Klinikpackung 300 ml. (Apoth.-Verk.-Preise m. MwSt.)

NATTERMANN

Bühlmann, Zürich:
Die Behandlung des Lungenödems

Fruhmann, München:
Die Behandlung des Lungenödems nach Reizgas-Inhalation

Matthys, Ulm:
Die Behandlung des Lungenödems bei Entrinkungsunfällen

Miczoch, Wien:
Diagnostik und Therapie der Lungenblutung

Morawetz, Wien:
Diagnostik und Therapie der Lungenembolie

Meyer-Sydow, Frankfurt:
Chemotherapie akuter broncho-pulmonaler Infektion

Nachmittag

b) Akute extrapulmonale Störungen der Atmung

Trendelenburg, Homburg:
Diagnostik und Therapie des Pneumothorax

Konletzko, Ulm:
Saugdrainage mit dünnen Plastikkathetern

Maassen, Essen:
Indikation zur chirurgischen Behandlung

Sluiter, Groningen:
Die Therapie der Ateminsuffizienz bei neuromuskulären Erkrankungen

v. Clarmenn, München:
Die Therapie der Ateminsuffizienz bei Vergiftungen

c) Die praktische Durchführung der Beatmung

Heitmann, Erlangen
Technik der Intubation am ateminsuffizienten Patienten

Wolff, Basel:
Neue Aspekte der Respirationstechnik

Foitzik, Hamburg:
Aerosol- und Physiotherapie während der Beetmung

Sonntag, 17. Juni 1973

Vormittag

Langzeitbehandlung der chronischen Bronchitis

Herzog, Basel:
Indikation und Technik der Aerosoltherapie

Ulmer, Bochum:
Indikation und Dauer der Chemotherapie

Schmidt, Reichenhall:
Indikation und Kontraindikation zur Kortikosteroidtherapie

Werner, Pinneberg:
Diagnostik und Therapie allergischer Faktoren

Schüren, Berlin:
Kardiale Therapie

Auskunft: Obermedizinaldirektor Dr. med. O. P. Schmidt, Chefarzt des Klinischen Sanatoriums Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9

Symposion Epidemiologie und epidemiologische Methodik

vom 25. Juni bis 6. Juli 1973

Vom 25. Juni bis 6. Juli 1973 findet ein Symposion Epidemiologie und epidemiologische Methodik in der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, München, statt.

Für Interessenten besteht in begrenztem Umfang die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung bezüglich der Reise- und Unterhaltskosten durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Es wird gebeten, die entsprechenden Formulare bei der Bayerischen Akademie anzufordern.

Die Teilnahme am Symposion selbst ist kostenlos.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (0811) 38501.

Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (0811) 21 84 259-260.

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 7./8. Juli, am 29./30. September und am 24./25. November 1973 in Deisenhofen bei München

Das Bayerische Rote Kreuz veranstaltet an der Landesschule des BRK in Deisenhofen bei München, Linienstraße 53–55, drei Wochenendlehrgänge für Ärzte und Zahnärzte zum Thema „Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort".

Die Lehrgänge beginnen samstags um 13.00 Uhr und enden sonntags um 12.30 Uhr.

Das Ziel dieser Lehrgänge ist, Ärzten und Zahnärzten die Kenntnisse zu vermitteln, die bei akuten Notfällen, vor allem bei Verkehrsunfällen, erforderlich sind.

Schwerpunkt: Schockerkennung und erste ärztliche Maßnahmen sowie Herz-Lungen-Wiederbelebung. Neben der Theorie werden besonders die praktischen Anwendungen geübt.

Die Lehrgangsgebühr beträgt DM 30,– (einschließlich Unterrichtsmaterial, Mittagessen und Kaffee).

Auskunft und Anmeldung: Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinalabteilung, 8000 München 22, Wagmüllerstraße 16, Telefon (08 11) 22 33 21 oder 22 21 95

Kurs für Laborhelferinnen

vom 29. Oktober bis 9. November 1973

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen wird vom 29. Oktober bis 9. November 1973 an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg durchgeführt.

Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen Tätigkeit im Laborbereich.

Anmeldungen: Bayerische Lendesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 87).

Es gibt viel mehr „Augen-Patienten", als man glaubt...

z. B. ältere Menschen, deren müde Augen oft nicht einmal mehr der Tageszeitung oder dem Fernsehprogramm gewachsen sind.



Ein Fall für Ger in der Ophtiole®

das lokale Vitamin-Tonikum

Ger in der Ophtiole®
behebt Ermüdungserscheinungen
bei altersmüden Augen
und verbessert die Tonuslage.

z. B. Berufstätige, deren Augen ständig stark beansprucht werden. Kopfschmerzen, Müdigkeit und leichte Sehstörungen sind oft ein Hinweis für eine Überanstrengung der Augen.



Ein Fall für Asthenopin® in der Ophtiole®

das Ziliarmuskeltonikum

Asthenopin® in der Ophtiole®
verbessert die Nahsehleistung,
wirkt belebend bei überanstrengten Augen.

Ger in der Ophtiole®

Zusammensetzung: Vitamin A 9100 I.E., Vitamin B_1 0.018 g, Vitamin B_2 0,0013 g, Natriumpantothenat 0,0136 g, Aesculin 0.009 g, Digitalin deutsch 0,0018 g, Natriumjodid 0,018 g, Borsäure 0,136 g/10 ml.
Indikationen: Kräftigung der Augenmuskulatur bei funktionellen Sehstörungen, Ermüdungs- und Altersbeschwerden; grauer Altersstar.
Dosierung und Anwendung: 2–3mal täglich während 2–3 Monaten 1–2 Tropfen in jedes Auge träufeln.
Handelsform: Ophtiole® zu 10 ml DM 2.90 m. Mwst.

Asthenopin® in der Ophtiole®

Zusammensetzung: Isotonische, borsäuregepufferte Augentropflösung von Pilocarpinhydrochlorid 0,02 g und Kaliumjodid 0,05 g/10 g.
Indikationen: Verbesserung des Nahsehvermögens bei akkommodativer Asthenopie, Erleichterung der beruflichen Nahseharbeit bei Erschöpfungszuständen und vegetativer Dystonie.
Dosierung und Anwendung: Vor dem Schlafengehen 1–2 Tropfen in jedes Auge träufeln.
Handelsform und Preis: Ophtiole® zu 10 ml DM 2,80 m. Mwst.

dr. mann-Augentropfen in der Ophtiole®
für die tägliche Praxis

dr. mann 1 berlin 20

4/73

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1973*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im März wurden Scharlacherkrankungen etwas häufiger als im Februar gemeldet. Auf 100000 Einwohner trafen durchschnittlich 80 Fälle gegenüber 76 im Vormonat, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Dagegen erkrankten im Berichtsmonat etwas weniger Menschen an übertragbarer Hirnhautentzündung, und zwar der sonstigen, nicht durch Meningokokken, sondern meist durch Viren erregten Formen.

Ein leichter Anstieg war im März bei der Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) zu verzeichnen, nämlich von 12 Fällen im Februar auf 17 Fälle, jeweils auf 100000 Einwohner. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) sank dagegen von 38 Fällen im Februar auf 33 im März je 100000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. März 1973 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		8		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Obertragbare Kinderlähmung		Obertragbare Hirnhautentzündung Meningokokken-Meningitis		Obertragbare Hirnhautentzündung übrige Formen		Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa Salmonellose		Enteritis infectiosa übrige Formen		Botulismus	
	E[1]	ST[2]	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	–	–	221	–	–	–	6	–	7	–	–	–	2	–	1	–	3	–	62	–	–	–	–	–
Niederbayern	–	–	61	–	–	–	2	1	–	–	–	–	1	–	–	–	1	–	13	–	12	–	–	–
Oberpfalz	–	–	34	–	–	–	2	–	2	1	–	–	–	–	–	–	–	–	26	–	–	–	–	–
Oberfranken	–	–	81	–	–	–	2	–	11	–	1	1	–	–	–	–	–	–	12	–	–	–	–	–
Mittelfranken	–	–	111	–	–	–	3	–	13	–	–	–	1	–	–	–	1	–	16	–	–	–	–	–
Unterfranken	–	–	93	–	–	–	3	–	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	–
Schwaben	–	–	58	–	–	–	3	–	5	1	–	–	2	–	1	–	–	–	5	–	1	–	–	–
Bayern	–	–	659	–	–	–	21	1	43	2	1	1	6	–	2	–	5	–	139	–	13	–	–	–
München	–	–	95	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	34	–	–	–	–	–
Nürnberg	–	–	56	–	–	–	1	–	10	–	–	–	1	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	–
Augsburg	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	10	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fürth	–	–	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24
	Hepatitis infectiosa		Ornithose Psittacose		Ornithose (übrige Formen)		Bang'sche Krankheit		O-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf										Verdachtsfälle von Tollwut[3]
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	97	1	–	–	4	1	1	–	1	–	3	–	1	2									11
Niederbayern	22	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Oberpfalz	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	–	–	–									9
Oberfranken	15	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–									–
Mittelfranken	24	1	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–									3
Unterfranken	29	–	–	–	–	–	2	–	1	–	2	–	–	–									9
Schwaben	56	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–									3
Bayern	275	2	–	–	4	1	4	–	6	–	9	–	1	2									35
München	45	–	–	–	3	1	–	–	1	–	2	–	–	–									2
Nürnberg	9	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Augsburg	20	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Regensburg	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–
Würzburg	2	–	–	–	–	–	1	–	1	–	–	–	–	–									2
Fürth	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–									–

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

Kongreßkalender

De die Termine der Kongreese menchmal geändert werden, empfehlen wir, euf jeden Fell vor dem Besuch einer Tagung eich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsetelle in Verbindung zu eetzen.

Juli 1973

1. – 6. 7. in Amsterdam:

16. Internationeler Kongreß für Urologie. Auskunft: Holland Organizing Centre, 16 Lange Voorhoul Den Haag, Niederlende.

3. – 6. 7. in Bralislave:

Chirurgenkongreß der Tschechoslowekischen Chirurgischen Geselleeheft. Auskunft: Tschechische Medizinische Gesellschalt, Sokolská 31, Preg 2.

14. – 15. 7. in Kiel:

Informetions- und Einführungskurs in die Chirotherepie von Wirbelsäule und Gelenken. Auskunfl: Sekreterial der Deutschen Geselischaft für Menuelle Medizin e. V., 4700 Hamm, Ostenallee 80.

14. – 17. 7. in Genf:

Jahreetegung der Schweizerischen Gesellscheft für Pädietrie. Auskunft: Dr. P. K r e f l , Kinderspitel, CH-8032 Zürch, Steinwiesenstreße 75.

15. – 20. 7. in Brüssel:

8. Weltkongreß der Internalioneien Diabetee-Geeellscheft. Auskunft: Dr. G. P i r e r t , B-1180 Brüssel, 234 B, Av. Churchill.

16. – 28. 7. in Devoe:

fII. Internetioneler Seminerkongreß für prektieche Medizin (Themen: Prävention, Therepie, Rehabilitation). Auskunft: Kongreßbüro der Bundeeärztekemmer, 5000 Köln 41, Poetlach 410 220.

21. – 22. 7. in Pörtschach:

Inlormetione- und Einführungskure in die Chirotherepie von Wirbelsäulen und Gelenken. Auskunft: Sekreteriat der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin e. V., 4700 Hemm, Ostenallee 80.

22. – 27. 7. in München:

VII. Fortbildungskure für prektische Dermalologie und Venerologie. Auskunft: Privatdozent Dr. D. P e t z o l d , Dermalologische Universitätskliniik, 8000 München 2, Frauenlobstraße 9.

30. 7. – 11. 8. in Bedgeetein:

If. Internetionaler Seminerkongreß für praktische Medizin (Themen: Prävention, Therepie, Rehabilitetion). Auskunit: Kongreßbüro der Bundesärztekemmer, 5000 Köln 41, Postlach 410 220.

August 1972

1. – 7. 8. in Kumreut:

V. Internetioneiee Sympoeion für Analytische Gruppentherepie. Auskunft: Deutsche Akedemie lür Psychoenalyse, 1000 Berlin 15, Wielendstreße 27–28.

12. – 18. 8. in Moskeu:

7. Weltkongreß für Gynäkologie und Geburtehilfe. Auskunft: Deutsches Reisebüro, 6000 Frenkfurt, Eschersheimer Landstreße 25–27.

19. – 25. 8. in Norderney:

Fortbildungsverenstaltung der Ärztekemmer Nordrhein. Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, 4000 Düsseldorf, Tersteegenstraße 31.

26. 8. – 1. 9. in Karlsruhe:

Deutscher Therepiekongreß und Heilmittelauseteilung. Auskunft: Dr. med. P. H o f f m a n n , Wissenschaftliches Kongreßbüro, 7500 Kerlsruhe, Kaiserellee 30.

26. 8. – 9. 9. in Ischia:

6. Internationales Rheumaeymposion. Auskunft: Kongreßdienst Deulscher Kassenarztverband, 2000 Hamburg 73, Postfach 730 420.

27. 8. – 8. 9. in Meren:

Internationeler Fortbildungskongreß der Bundesärztekemmer (Theme: Umwelt ele Schickeel, ele Schadensquelle und eis Therepieeneetz). Auskunit: Kongreßbüro der Bundeeärztekemmer, 5000 Köln 41, Postfech 410 220.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma **Kerl Engelherd, Frenkfurt,** beigefügt.

„Bayerlachea Ärztablatt", Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87, Schriftleitar: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschriff eracheint monetlich.

Leserbriefe stellen kaine Meinungsäußarung des Herausgebers odar der Schriftleitung dar. Dee Recht auf Kürzung bleibt vorbehalten.

Bazugapreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Poatzeitungagabühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedabeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 51-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt"). Anzeiganverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenatraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82 / 41 - 48, Fernschreiber: 05 / 23 662, Telegrammedresse: atlas-press. Für dan Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschingar, München.
Druck: Druckerei und Verlag Hana Zauner jr., 8060 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere daa Recht der Varbreitung, Varvielfältigung und Mikrophotographie aowie daa Recht dar Übersatzung in Fremdsprechan für alle varöffentlichtan Baiträga vorbahalten.

Nachdruck, auch auszugawaise, nur mit Genehmigung dea Varlags. Rücksendung nicht varlangter Manuskripta erfolgt nur, wenn vorberaitetar Umschleg mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen odar auszugswaiaan Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünache nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
Labortechnik, Hämodialyse

Berelung
Projektierung
Finanzierung
Kundendienst

EEG
Echo-EEG
EKG
EMG

Röntgen- und elektromedizinische Apparale - Arzt- und Krenkenheusbedarf

KURT PFEIFFER

Nürnberg – Frenkfurt

85 NÜRNBERG 1

Gießbühlstreße 7/Ecke Meriensiraße, Ruf (09 11) 20 39 03/04

Beim

Nervenkrankenhaus des Bezirks Schwaben in Günzburg

ist die Stelle des

Leitenden Direktors

wegen Ruhestandsversetzung des bisherigen Stelleninhabers im Herbst 1973 neu zu besetzen. Diese Stelle ist im Stellenplan nach BesGr. A 16/B 3 bewertet. Ambulanz und Nebentätigkeit nach Vereinbarung. Das Nervenkrankenhaus verfügt über rund 1160 Betten. Hiervon entfallen 1070 euf die Psychiatrie, 50 euf die Neurologie und 40 auf die Neurochirurgie. Dem Nervenkrankenhaus ist ein Klinikum mit allen modernen epparativen und labormäßigen Einrichtungen angegliedert. Die ärztliche Betreuung obliegt 37 Ärzten. Zum Nervenkrankenhaus gehören Werkstätten und ein Gutshof. Dienstwohnung steht zur Verfügung. Die Stadt Günzburg mit allen Schulen ist außerordentlich verkehrsgünstig en der Autobahn-/Bundesbahnstrecke Stuttgert–München zwischen Ulm und Augsburg gelegen.

Bedingungen: Erstklassige wissenschaftliche und klinische Ausbildung in der Psychiatrie und Neurologie, langjährige Erfahrung in einem Nervenkrankenhaus, Facharztanerkennung, gute Organisationsfähigkeit, eusgeprägte Persönlichkeit mit der Fähigkeit im Umgang mit Menschen, Habilitation und Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst erwünscht. Über eine enge Zusammenerbeit mit der Universität Ulm sind Verhandlungen im Gange. Bei entsprechender Qualifikation des Bewerbers ist vorgesehen, daß dieser zum Honorarprofessor und persönlichen Ordinarius der Universität Ulm ernennt werden kann.

Bewerbungen werden bis 10. Juli 1973 en die **Regierung von Schwaben – Verwaltung des Bezirks – 8900 Augsburg, Hefnerberg 14,** erbeten.

Beizufügen sind: Handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten und Belege über akademische Grade, beglaubigte Abschriften von Prüfungszeugnissen und Zeugnissen über die bisherige ärztliche Tätigkeit, Nachweise über die Berufung in das Beamtenverhältnis und die Festsetzung des BDA. Anzugeben ist, wer der derzeitige Dienstherr ist und bis wenn der Dienst angetreten werden kann. Ferner wolle eine Erklärung über das Einverständnis zur Anforderung des Personalaktes beim jetzigen Dienstherrn beigefügt werden. Persönliche Vorstellung nur nach Aufforderung.

Ihre Chance

bei der Bundesanstalt für Arbeit

Gute Aufstiegsmöglichkeiten als Arbeitsamtsarzt zum

Medizinaldirektor

in einem vielseitigen und selbständigen Arbeitsgebiet bei den Arbeitsämtern Ingolstedt, Memmingen, Pessau, Pferrkirchen

Die Dienstleistungen der Bundesenstelt dienen dem Einzelnen wie der Geselleschaft. Die Miterbeiter in den Arbeitsämtern eind Partner der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer. Arbeitsplätze mit geeigneten Arbeitnehmern zu besetzen und Arbeitslosigkeit zu verhindern, gehört zu den wichtigsten Aufgaben. Der Arbeitsemtserzt ist els im arbeitsmedizinischen Bereich tätiger Arzt durch sein Gutechten für die Arbeitsberetung, insbesondera die berufliche Förderung, Arbeitsvermittlung, Berufsberatung und Arbeitslosenversicherung hierbei wesentlich beteiligt. Besondere Bedeutung kommt seiner sechverständigen Mitwirkung in Fragen der Rehebilitation körperlich, geistig und eeelisch behinderter Personan zu. Außerdem gehört zu seinem Aufgabenbereich die sechverständige Beretung der Amtsleitung in ärztlichen, erbeits- und sozialmedizinischen Fregen und die Zusemmenarbeit mit ärztlichen Dienststellan außerhalb der Bundesanstalt sowie mit Fechärzten, Krankenhäusern, Kliniken und Instituten.

Voraussetzungen: Vierjährige Tätigkeit nech der vollen Approbetion, Praktische Erfehrungen in der ärztlichen Begutachtung eind erwünscht, eber nicht Bedingung.

Dotierung: Die Einstellung im Angestelltenverhältnis erfolgt bei Nechweis einer mindestens fünfjährigen ärztlichen Tätigkeit nech der Bestellung in VergGr I b MTA, enconsten in VergGr II MTA. Mie Möglichkeit der Höhergruppierung nach VergGr I e MTA ist gegeben. Bei Vorliegen der beamtenrechtlichen Voraussetzungen baldige Dbernehma in des Beamtenverhältnis els **Medizinalrat** (BesGr A 13); Beförderung zum **Medizinaloberrat** (BesGr A 14) im Rehmen der laufbehnrechtlichen Bestimmungen und zum **Medizinaldirektor** (BesGr A 15) bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen. Beamtete Bewerber warden durch Versetzung euch ale Medizineloberrat unmittelber übernommen.

Sozialleistungen: Reisekosten, Trennungsgeld, Umzugskosten, Beihilfen nach den für Bundesbeamte geltenden Bestimmungen, Unterstützung bei der Wohnraumbescheffung, verbilligter Mittegstisch, 5-Tege-Wocha.

Besonderheiten: Bei Interesse vorübergehende Tätigkeit bei einer Ausiandsdienststelle der Bundesenstelt, Ausübung einer Privatpraxis euf Antreg. Wissenschaftliche Fortbildung durch Entsendung zu Kongressen und anderen Verenstaltungen. Erlangung der Zusetzbezeichnung „Arbeitsmedizin" wird gefördet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlegen richten Sie bitte an

Präsident der Bundesanstalt für Arbeit

8500 Nürnberg
Freuentorgreben 33-35

Die **Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft**
sucht im Rahmen eines Teams von sechs Ärzten einen

Gesellschaftsarzt

der bereit ist, den direkten Patientenkontakt aufzugeben zugunsten einer sicheren Lebensstellung in München.
Medizinische Begutachtung von Lebensversicherungsrisiken, Literaturauswertung und Beratung von Gesellschaften des In- und Auslandes sind seine zukünftigen Aufgaben. Als Ausgangsbasis wäre eine internistische Weiterbildung für diesen jungen Kollegen von Vorteil.
Kontaktaufnahme unter Telefon (0811) 3891225 oder Zuschriften erbeten an den Chefarzt.

Münchener Rück
Munich Re

8000 München 40
Königinstraße 107

An der **chirurgischen Abteilung** des **Kreiskrankenhauses Burglengenfeld (Landkreis Schwandorf)** sind umgehend folgende Stellen zu besetzen:

1 Oberarzt
1 Assistenzarzt

Die chirurgische Abteilung umfaßt 75 Betten mit Allgemein- und Unfallchirurgie mit großer D-Arzt- und Überweisungsambulanz. Eine bauliche Erweiterung ist im nächsten Jahr beabsichtigt. Gesucht wird daher ein Oberarzt mit deutscher Facharztanerkennung und mit Erfahrung im D-Arztverfahren, in der Unfall- und Allgemeinchirurgie.

Geboten wird tarifliche Bezahlung mit allen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes, Vergütung von Ruf- und Bereitschaftsdienst sowie Beteiligung am Ärztepool.

Burglengenfeld (Stadt mit rund 10000 Einwohnern) liegt in reizvoller Lage des Naabtales, nur rund 25 km von der Universitätsstadt Regensburg entfernt mit günstigen Verkehrsverbindungen. Weiterbildende Schulen, wie Gymnasium und Realschule, sowie alle Sportmöglichkeiten sind am Ort. Außerdem besteht zur Kreisstadt Schwandorf (18 km) gute Busverbindung. Bei der Wohnraumbeschaffung ist der Landkreis behilflich. Umzugskosten werden erstattet.

Weitere Auskunft erteilt der Chefarzt der chirurgischen Abteilung, Dr. W. Bleckmann, Telefon (09471) 6363.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Landratsamt Schwandorf - Hauptverwaltung -, 8460 Schwandorf, Postfach 154.**

Für das **Kreiskrankenhaus Dettelbach** wird ein

Assistenzarzt

gesucht. Vergütung nach Gruppe II a BAT; Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfeberechtigung. Umzugs- und Reisekostenentschädigung wird gezahlt.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung (mit Zeugnissen, Lebenslauf und Lichtbild) beim **Landratsamt Kitzingen, 8710 Kitzingen, Kaiserstraße 4,** einzureichen.

Der **Landkreis Schwandorf** sucht für das **Kreiskrankenhaus Neunburg vorm Wald** (103 Betten) als Belegarzt

1 Facharzt
für Geburtshilfe und Gynäkologie

Neunburg vorm Wald liegt in landschaftlich schöner Lage im Oberpfälzer Wald und hat rund 5000 Einwohner, dazu ein Einzugsgebiet mit rund 20000 Einwohnern. Im Kreiskrankenhaus, dessen medizinische Ausstattung dem modernsten Stand entspricht, z. B. neueste Röntgenanlage mit Bildverstärker-Fernsehanlage und Apparatur für Mammographie, stehen nach den vertraglichen Bestimmungen Betten als Belegarzt zur Verfügung. Neunburg vorm Wald liegt von Regensburg 55 km, Weiden 45 km und Schwandorf 25 km entfernt. Realschule befindet sich am Ort. Gymnasien befinden sich in der näheren Umgebung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Landratsamt Schwandorf - Hauptverwaltung -, 8460 Schwandorf, Postfach 154.**

Die **Landkreisverwaltung Rottal/Inn in Pfarrkirchen** hat in **Simbach am Inn ein neues, modernes Krankenhaus** erstellt. Das Haus umfaßt 250 Betten; es wurde am 2. Mai 1966 bezogen. Für dieses Haus ist ab sofort die Stelle

1 Facharztes für Chirurgie
in Oberarztstellung

zu besetzen. Für die Besetzung dieser Stelle kommt nur ein gut qualifizierter Facharzt mit mehrjähriger Tätigkeit, umfassenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in Frage.

Die Einstellung erfolgt in Vergütungsgruppe I b BAT bzw. KAV-AT.

Die chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses umfaßt 79 Planbetten.

Ebenfalls wird für die chirurgische Abteilung zum sofortigen Eintritt

1 Medizinalassistent

gesucht. Die Vergütung erfolgt nach Verg.Gr. III BAT bzw. KAV-AT.

Simbach am Inn ist bayerisch-österreichische Grenzstadt mit ca. 10000 Einwohner, landschaftlich schön gelegen — 1 staatliches Gymnasium, 1 Mädchengymnasium, 1 Mädchenmittelschule. Der Landkreis Rottal/Inn hat rund 100000 Einwohner.

Bewerbungen werden erbeten an die **Landkreisverwaltung Rottal/Inn — Personalabteilung —, 8340 Pfarrkirchen, Postfach 80.**

WEIDEN/OPF
DIE WACHSENDE STADT

Städtisches
Krankenhaus
Weiden i. d. Opf.

Für unsere im Aufbau befindliche **Anästhesieabteilung** (Leitender Arzt: OMR Dr. Tewrel) stellen wir sofort oder später ein

2 Assistenzärzte (-ärztinnen)

Die neue Abteilung soll alle operativen Fächer des Hauses versorgen.

Wir bieten:
Vergütung nach BAT II/Ib
Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes
Geregelte Arbeitszeit
Entschädigung des Bereitschaftsdienstes
Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir behilflich

Das Städtische Krenkenhaus Weiden i. d. OPf. ist ein Schwerpunktkrankenhaus der Nordoberpfalz mit sechs Fachbereichen und 630 Betten.

Bewerbungen en den Ärztlichen Direktor, Herrn Obermedizinaldirektor Dr. Weiß erbeten.

Die Kurklinik

der Landesversicherungsanstalt Württemberg

Bad Kissingen

bietet einem

Assistenzarzt (-ärztin)

vielseitiges klinisches Tätigkeitsfeld, das sich besonders zur Vorbereitung auf die internistische Fachpraxis eignet,

moderne diagnostische Einrichtungen: klin.-chem. Labor, Röntgen-Fernsehen, Endoskopie, EKG, große Fachbibliothek,

Ermächtigt zur Weiterbildung in Innerer Medizin von 2 Jahren,

Vergütung nach BAT IIa/Ib, Ortsklasse S, zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung,

5-Tage-Arbeitswoche mit günstigen Arbeitszeiten und Bereitschaftsdienstbedingungen,

zusätzliche Altersversorgung und Beihilfeberechtigung im Krankheitsfall,

günstig gelegene Unterkünfte, evtl. Werkdienstwohnung und preisgünstige Hausverpflegung,

des anspruchsvolle Unterhaltungsprogramm des Staatsbades, vielseitige sportliche Möglichkeiten in reizvoller Umgebung, alle Schulen am Ort.

Bewerbungen erbittet der Chefarzt der Kurklinik:
Dr. med. G. Kunde, 8730 Bad Kissingen, Kurhausstraße 9

Beim

Kreiskrankenhaus Kelheim

das zur Zeit von 210 auf 360 Betten erweitert wird, ist zum 1. 6. 1973 die Stelle

1 Assistenzarztes (-ärztin)

für die

chirurgische Abteilung

zu besetzen.

Die Vergütung erfolgt nach Verg.Gr. II BAT, zusätzlich Bereitschaftsdienstvergütung und Gutachtertätigkeit. Kelheim ist eine aufstrebende Industriestadt, hat Gymnasium, in unmittelbarer Nähe Realschulen, Frei- und Hallenbad am Ort und liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung an der Einmündung der Altmühl in die Donau.

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

**Herrn Ärztlichen Direktor Dr. Frei,
8420 Kelheim, Hemeuer Straße 50.**

Das **Kreiskrankenhaus Krumbach (Schw.)** – 228 Betten – mit neuerrichtetem modernen Funktionstrakt sucht für die chirurgische Abteilung – 120 Betten – **sofort**

1 Assistenzarzt

Geboten wird: Vergütung und Abgeltung des Bereitschaftsdienstes nach Tarif, Nebeneinnahmen durch Chefarztzulage und Gutachten, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfe nach den Beihilfevorschriften, gutes Betriebsklima usw. Schöne Wohnung ist vorhanden. Weiterbildung vier Jahre. Krumbach (Schw.) ist Zentrum Mittelschwabens mit sämtlichen weiterführenden Schulen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lichtbild, Lebenslauf, Zeugnisse usw.) erbeten an **Herrn Chefarzt Dr. med. Helmut Saurier, 8908 Krumbach (Schw.), Kreiskrankenhaus.**

Das **Kreiskrankenhaus Weal (Schwaben)** sucht zum sofortigen Eintritt einen

Assistenzarzt (-ärztin)

Waal liegt nahe Kaufbeuren, 70 km westlich von München. Das Krankenhaus ist ein Allgemeinkrankenhaus mit 70 Betten. Besoldung nach BAT II, Bereitschaftszulage und Nebeneinnahmen.

Bewerbungen erbeten an die **Kreiskrankenhausverwaltung, 8939 Waal, Singoldstraße 22.**

Der Landkreis Chem sucht für seine beiden neuen Krankenhäuser in Chsm (200 Betten) und Roding (235 Betten), je drei Fachabteilungen (Chirurgie, Innere, Gynäkologie- und Geburtshilfe), einen

Facharzt für Anästhesie

bei tariflicher Vergütung nach BAT I b und weiterer Vereinberungen.

Bewerbungen sind an den **Ärztlichen Direktor des Kreiskrenkenhausae 8495 Roding/Opl.** zu richten.

BUNDESKNAPPSCHAFT

Für die **neurologisch-psychiatrische Abteilung** des **Knappschefte-Krenkanheusee in Hamm** (Westfalen) suchen wir zum Irühestmöglichen Zeitpunkt einen (eine)

Assistenzarzt (-ärztin)

Geboten wird im Rahmen einer eul Teamarbeit ausgerichteten, nach modernen Gesichtspunkten eingerichteten und geleiteten Abteilung eine umfessende Aus- und Weiterbildung (EEG, Echoenzephalographie, EMG, Hirnszintigramm, Konfrastmitteldiagnostik).

Vergütung erfolgt nach II a/I b KnAT/BAT; dazu kommen elle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes. Umfangreiche Nebeneinnehmen durch Vergütung des Bereitschaftsdienstes, Gutachtertätigkeit usw. sind möglich.

Ledige Bewerber können auf Wunsch in einem neu eingerichteten Personalbeu preisgünstig wohnen. Bei Verheirateten sichern wir Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung zu.

Wenn Sie an einer Mitarbeit bei uns interessierf sind, oder sich zunächst näher über Ihren neuen Arbeitsplatz informieren wollen, wenden Sie sich bitte en **Herrn Cheferzt Dr. med. Plogstles, Hemm (Wastfalen), Kneppscheits-Krenkenhaus, Telefon (0 23 81) 28 09 91.**

An der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krenkananetsilen Bayreuth (210 Betten, Chefarzt: Oberstadtmedizinaldirektor Dr. Weber) sind

zwei Assistenzarztstellen

und

zwei Medizinalassistentenstellen

zu besetzen. Die Chirurgische Klinik ist zur Fecharztweiterbildung voll ermächtigt. Das Krankengut besteht etwa zur Hälfte aus Patienten der Allgemeinchirurgie, zur Hälfte aus Unfallverletzten, eo daß eine umfessende allgemeinchirurgische und unfallchirurgische Ausbildung gewährleistet wird. Auf dem Gebiet der Unfallchirurgie erfolgt Ausbildung nach den derzeit modernsten Methoden. Es besteht außerdem reichlich Gelegenheit, sich mit dem D-Arzt- und Verletzungsartenverfahren vertraut zu machen.

Geboten werden: Vergütung für Assistenzärzte nach den tariflichen Bestimmungen des BAT; für Medizinalassistenten nech den entsprechenden Tarifverträgen, Bereitschaftsdienstvergütung (Stufe D), zusätzliche Altersversorgung, Nebeneinnehmen durch Gutachtertätigkeit, Unterstützung bei der Wohnraumbescheffung.

Die Festspielstadt Bayreuth liegt in landschefflich schönster Lage in Oberfranken mit sehr guten Sommer- und Wintersportmöglichkeiten. Sämtliche weiterführenden Schulen sind am Ort. Bayreuth ist Standorf der 6. Bayerischen Landesuniversität.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlegen (Lebenslaul, Zeugnisabschriften, Nachweisen über die bisherige Tätigkeit) werden umgehend erbeten an: **Stadt Bayreuth — Personalamt —, 8580 Bayreuth, Postfach 2840.**

An der **chirurgischen Abteilung** des **Kreiskrankenheuses Nabburg** (Landkreis Schwandorf) sind umgehend lolgende Stellen zu besetzen:

1 Assistenzarzt (BAT II a)

1 Medizinalassistent (BAT III)

Die chirurgische Abteilung ist für vier Jahre zur Facherztweiterbildung zugelassen und ermöglicht vieiseitige Fortbildung der allgemeinen und Unfallchirurgie. Das Kreiskrankenheus ist als Unfallkrenkenheus zum BG-Heilverfehren zugelassen. An die chirurgische Abteilung ist noch eine gynäkologisch-geburtshilfliche Station angeschlossen.

Ferner wird für die **interne Abteilung** ab soforf gesucht:

1 Assistenzarzt (BAT II a)

1 Medizinalassistent (BAT III)

Es bestehen umfessende Weiterbildungsmöglichkeiten in der Inneren Medizin einschließlich Endoskopie, Röntgen- und Radioisopendiegnostik. Die interne Abteilung ist für drei Jahre Facharztweiterbildung zugelassen.

Geboten wird tarifliche Bezahlung mit allen Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes zuzüglich Bereitschaftsdienstzulage, Chelarztzulage und Nebeneinnehmen durch Berichte und Gutachten, geregelte Arbeitszeit und gutes Betriebsklima

Weiterführende Schulen wie Gymnesium und Reelschule sind am Ort. Die Kreisstadt Schwandorf ist von Nabburg eus in einer viertel Stunde, die Stadt Regensburg ein einer dreiviertel Stunde und die Stadt Nürnberg in einer Autostunde zu erreichen.

Im Personalwohngebäude ist derzeit eine Arztwohnung frei. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich. Umzugskosten werden erstettet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Landratsamf Schwandorf - Hauptverweltung -, 8460 Schwandorf, Postfach 154.**

Im **Städtischen Marienkrankenhaue Amberg** (631 Betten) ist euf der **Anästhesieabteilung** (Chefarzt Dr. Rudoll Bialek) ab 1. Juli 1973

eine Assistentenstelle

zu besetzen. Die Anästhesieabteilung versorgt 320 operative Betten, in den Fächern Chirurgie mit Thoraxchirurgie und Gefäßchirurgie, Gynäkologie, Urologie, Augen und HNO, die Narkosezahl beträgt ca. 5500 jährlich. Die Abteilung besitzt eine eigene Intensivatation mit acht Betten und ist zur vollen Facherztweiterbildung zugelassen. Promotionsmöglichkeit gegeben.

Die apparative Ausstattung ist sehr gut.

Neben dem Chefarzt aind fünl Stellen besetzt. Die Vergütung richtet sich nach BAT II mit allen üblichen Vorteilen des öffentlichen Dienetes, der Bereitschaftsdienst wird in Einzelvergütung nach Gruppe C bezehlt, dazu vier Tage wissenscheftlicher Urlaub pro Jahr. Chefarztzulage je nach Ausbildungsstand.

Bewerbungen werden erbeten an daa **Personalamf der Stadt, 8450 Amberg, Retheus.**

Große orthopädisch-chirurgische Fachpraxis in München-Nymphenburg sucht versierten

Assistenten oder Assistentin

zur Mitarbeit.

Vorhanden: großes Röntgeninstitut, physio-chiro-therapeutische Abteilung, Herdforschungs- und Bäderabteilung, Belegbetten in Privatklinik.

Angenehmes Arbeitsklime, gute Bezahlung.
Praxiseigener Kindergarten vorhanden.
Wohnmöglichkeit gegeben.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf unter Nr. 331/190 en die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Am **Krankenhaus der Stadt Amberg**, modernes Schwerpunktkrankenhaus mit 650 Betten und allen Fachabteilungen, ist ab sofort oder später die Stelle einer

Röntgenassistentin

zu besetzen. Die zentrale Röntgen- und Strahlenabteilung verfügt über die modernsten technischen Einrichtungen in Röntgendiagnostik, Nuklearmedizin und Strahlentherapie.

Das Aufgabengebiet umfaßt:

Umfangreiche allgemeine Diagnostik für alle Fachabteilungen des Hauses sowie alle gängigen Spezialuntersuchungen wie Angiographien, Mammographien, Tomographien, Lokalisations- und Funktionsuntersuchungen in der Isotopendiagnostik usw.

Geboten werden:

Vergütung je nach Ausbildung und Berufsjahren VI b/Vc BAT, hinzu kommen alle im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen. Bereitschaftsdienst sowie Sonnabend- und Sonntagsdienst werden nach den zur Zeit geltenden Bestimmungen des BAT vergütet. Unterbringung und Verpflegung kann auf Wunsch im Hause gewährt werden.

Amberg (50 000 Einwohner), Zentrum der Oberpfalz, liegt in reizvoller Umgebung. Die Stadt bietet alle Möglichkeiten zur Erholung und Entspannung mit einem weiten Spektrum zur Freizeitgestaltung (Schwimmen, Tennis, Reitsport, Sportfliegerei, Wandern, Eisstadion, mehrere Skilifte in unmittelbarer Nähe).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Personalamt der Stadt, 8450 Amberg, Rathaus.**

Das **Kreiskrankenhaus München-Pasing** sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

medizinisch-technische Assistentinnen für die Röntgenabteilung

Die Arbeitsbedingungen richten sich ausschließlich nach den für den öffentlichen Dienst geltenden tariflichen Bestimmungen. Wohnmöglichkeit für Alleinstehende auf dem Krankenhausgelände (Personalwohngebäude).

Bewerbungen und Anfragen erbitten wir an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses München-Pasing, 8000 München 60, Steinerweg 5, Telefon (08 11) 8 89 21.**

Das **Kreiskrankenhaus München-Pasing** sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

medizinisch-technische Assistentinnen für das klinisch-chemische Labor

Die Arbeitsbedingungen richten sich ausschließlich nach den für den öffentlichen Dienst geltenden tariflichen Bestimmungen. Wohnmöglichkeit für Alleinstehende auf dem Krankenhausgelände (Personalwohngebäude).

Bewerbungen und Anfragen erbitten wir an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses München-Pasing, 8000 München 60, Steinerweg 5, Telefon (08 11) 8 89 21.**

Das **Kreiskrankenhaus Schongau/Obb. (Voralpenland)**, Neubau mit sieben Fachabteilungen und 305 Betten, sucht für sofort oder später

1 staatlich geprüften Krankenpfleger

für Stationsdienst. Möglichkeit für Weiterbildung in Narkose- und Operationsdienst ist vorhanden. Geboten werden Vergütung nach Kr IV LkrAT (BAT) Ortsklasse A mit Aufstiegsmöglichkeiten bei Bewährung. Geregelte Arbeitszeit, Unterkunft und Verpflegung sind eine Selbstverständlichkeit. Zusätzliche Altersversorgung und Beihilfetätigkeit nach den gesetzlichen Bestimmungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses, 8920 Schongau, Marie-Eberth-Straße 6.**

Am **Stadtkrankenhaus Traunstein/Oberbayern** ist ab 1. Mai 1973

eine chirurgische Assistentenstelle

neu zu besetzen. Das Stadtkrankenhaus Traunstein ist ein Schwerpunkt-Krankenhaus. Es verfügt über 450 Betten, davon 150 Betten auf der chirurgischen Abteilung, mit modernsten apparativen Einrichtungen, Intensiv-Pflegestation, modernste Röntgen- und Strahlenabteilung, erstklassig eingerichtetes Labor. Es werden sämtliche Allgemeinchirurgische und Unfallchirurgische Eingriffe durchgeführt, jährlich über 3000 Operationen. Die Abteilung ist zum berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren zugelassen und besitzt die volle Facharztweiterbildungsmöglichkeit.

Wir bieten: Bezahlung nach Verg.Gr. III b BAT, Beihilfengewährung nach den tariflichen Vorschriften im Krankheitsfall sowie beamtenähnliche Altersversorgung, Weihnachtszuwendung und vermögenswirksame Leistungen.

Traunstein liegt in unmittelbarer Nähe des Chiemsees, mitten im landschaftlich reizvollen Chiemgau, wenige Autominuten entfernt von der Autobahn München-Salzburg. Zuschriften mit den üblichen Bewerbungsunterlagen sind zu richten an das **Personalamt der Stadt, 8220 Traunstein, Stadtplatz 39, Tel. (08 61) 49 01.**

Am **Kreiskrankenhaus Schongau** ist baldmöglichst die Stelle einer versierten

medizinisch-technischen Assistentin

im Labor zu besetzen. Die Einstufung erfolgt entsprechend dem BAT.

Geboten werden angenehme Arbeitsbedingungen in einem gut ausgestatteten Labor, ausreichendes Hilfspersonal steht zur Verfügung.

Geeignete Unterkünfte und Verpflegung werden ebenfalls geboten.

Das Kreiskrankenhaus Schongau ist ein vor wenigen Jahren neu erbautes Haus mit insgesamt 305 Betten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses 8920 Schongau, Marie-Eberth-Straße 8.**

Mitarbeiter für Pneumologische Praxis in süddeutscher Großstadt gesucht. Weiterbildungsmöglichkeit. Bronchologische und funktionsdiagnostische Kenntnisse erwünscht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/199 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

HNO

Suche für ein bis zwei Jahre Weiterbildungsmöglichkeit bei einem zur FA-Weiterbildung ermächtigten **HNO-Arzt.**

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/204 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

D-Arzt-Praxis oder Assoziation sucht Fachärztin für Chirurgie.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/173 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Deutsche Fachärztin für Chirurgie sucht Oberarztstelle.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/173 A an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Facherzt für Innere Medizin, beamtet - A 15 -, mehrjährige Tätigkeit in der Rehabilitation sucht aus persönlichen Gründen neue Position.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/200 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Junger deutscher Arzt sucht zur Mitte 1973 oder später Mitarbeit in anerkannter Allgemeinpraxis (Frau kann als Arzthelferin mittätig sein).

Zuschriften arbeten unter Nr. 331/199 A an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.