



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mittellungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 7

Lärmschädigungen des Gehörs *

von Erich Hoffmann

Im Rahmen des Themas „Lärmschädigungen des Gehörs“ sollen Lärmschwerhörigkeit und Lärmtaubheit besprochen werden. Diese Erkrankung wird nach der Liste der 7. Berufskrankheitenverordnung (BKVO) unter der laufenden Nr. 26 in gleicher Weise wie die übrigen Berufskrankheiten entschädigt. Extraaurale Lärmschädigungen unterliegen nicht dem Schutz der BKVO.

Durch das Dauergeräusch, das mit Beginn des Maschinenzeitalters im 19. Jahrhundert seinen Anfang nahm und dem der arbeitende Mensch mit fortschreitender Industrialisierung in immer höherem Maße ausgesetzt wurde, wurden an das menschliche Ohr Bedingungen herangetragen, die als unphysiologisch zu bezeichnen sind und die bis dahin in der Entwicklungsgeschichte nichts Vergleichbares hatten. Unphysiologisch sind diese Bedingungen deshalb, weil das menschliche Ohr die Eigenschaft hat, von Tonreizen, die aus allen Richtungen kommen, immer nur den en Intensität stärksten Reiz wahrzunehmen. Die Umweltgeräusche unterliegen aber einem ständigen Wechsel von Frequenzen und Intensitäten, erlauben also dem Ohr Erholungspausen. Demgegenüber ist der moderne Industriearbeiter an seinem Arbeitsplatz einem monotonen, an Intensität und Frequenz weitgehend gleichartigen Geräusch ausgesetzt. Es ist eine Tatsache, daß gerade in den letzten Jahren die Berufskrankheit der Lärmschwerhörigkeit immer häufiger gemeldet und auch in stetigendem Maße entschädigt wird. Die absolute Zahl dieser Erkrankungsfälle ist — gemessen an anderen Berufskrankheiten — zwar weniger ins Auge fallend; sie verzeichnen aber die prozentual stärkste Zunahme unter allen Berufskrankheiten.

Wes ist Lärm?

Lärm kann man als einen anhaltenden stationären Schallvorgang, im allgemeinen mit Geräuschcharakter, definieren. Schall führt in einem Luftraum zu einer

Druckschwankung, die sich wellenförmig ausbreitet. Diese Druckschwankungen werden Schalldruck genannt. Bewegt sich der Schall in einem bestimmten Intensitäts- und Frequenzbereich, wird er vom menschlichen Ohr gehört. Dieser Bereich liegt zwischen 16 und 20000 Hz, wobei besonders gut die Töne zwischen 1000 und 6000 Hz gehört werden. Infraschall, das sind Töne unter 16 Hz, werden als Vibration wahrgenommen, der Ultraschallbereich über 20000 Hz wird in der Medizin zu therapeutischen Zwecken verwendet. Es ist darüber hinaus seit langem bekannt, daß das menschliche Ohr für verschiedene Frequenzen unterschiedlich empfindlich ist. So können also zwei Geräusche mit gleichem Gesamtschallpegel, jedoch von unterschiedlicher Frequenzzusammensetzung verschieden laut empfunden werden. So werden z. B. tiefe Töne weniger laut empfunden als hohe Töne. Man hat deshalb ursprünglich als internationale Einheit für die im statistischen Mittel empfundene Lautstärke das Phon festgesetzt. Auch in Deutschland war nach der Richtlinie — VDI 2058 — „Beurteilung und Abwehr von Arbeitslärm“ das DIN-Phon gültig. In neuerer Zeit wurde aufgrund internationaler Vereinbarung die Angabe in DIN-Phon durch die Maßeinheit für den physikalischen Schalldruck, das Dezibel, ersetzt. Es handelt sich hier um ein Maß, welches in einem logarithmischen Verhältnis zu den Schalldrucken steht. Rein meßtechnisch unterscheidet man dB (A), dB (B) und dB (C). Im Hinblick auf die Beurteilung der Schädlichkeit von Lärm ist aber nur das dB (A) von Bedeutung. Diese Größe bewertet die in einem Geräusch enthaltenen tiefen Frequenzteile geringer als das DIN-Phon. Dies entspricht demnach nicht nur einer häufig zu beurteilenden Eigenschaft des Lärms, nämlich der Lästigkeit, sondern eignet sich dadurch auch zur näherungsweise Beurteilung der Gehörschädlichkeit. In der Praxis wird heute für ärztliche Fragestellungen fast ausschließlich nur noch nach dB A gemessen. Die nunmehr gültige Richtlinie — VDI 2058 — legt ebenfalls die dB (A)-Werte zugrunde. Da der Zeitfaktor, also die Einwirkungsdauer von

*) Nach einem Vortrag, gehalten vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin am 1. März 1973 in München.

Geräuschen auf den Menschen, auf die ich im weiteren Verlauf noch zu sprechen kommen werde, von ausschlaggebender Bedeutung für die Frage einer möglichen Schädigung ist, sehen neu entwickelte Verfahren Umrechnungen schwankender Geräuschpegel, d. h. also zeitweise auftretender wechselnder Geräusche, in Dauergeräuschpegel, die sogenannten äquivalenten Dauerschallpegel, vor. Diese Pegel sind die Grundlage für die in den Lärmschutzvorschriften festgelegten Immissionsrichtwerten. In der Industrie haben wir es im allgemeinen mit sogenannten Breitbandgeräuschen zu tun. Es handelt sich hier um Geräusche, die praktisch das ganze Frequenzspektrum umfassen, also weniger schädigende tiefe und wesentlich schädlichere höhere und hohe Frequenzen enthalten.

Anatomisch-physiologische Grundlagen

Die Schallwellen bringen das Trommelfell in Schwingung und werden durch die Gehörknöchelchen über das Mittelohr verkleinert, aber energiereicher auf das Innenohr übertragen. Hier gehen die Schwingungen in der Flüssigkeit des Innenohres, die durch die Schallwellen in Bewegung gebracht wird, bis an die Spitze der Schnecke und gelangen dann im äußeren Flüssigkeitsraum wieder zum Rundfenster zurück. Die Schnecke ist durch die Basilarmembran in zwei Räume geteilt. In dieser Basilarmembran befinden sich die schallempfindlichen Zellen, in welchen die mechanischen Druckschwankungen des Schalls in nervöse Impulse umgewandelt werden. Dabei wird jede schallempfindliche Zelle entsprechend ihrer Eigenfrequenz vorwiegend bei einer bestimmten Tonfrequenz gereizt. Dieser Reiz wird einer einzelnen Nervenfaser übermittelt, die ihrerseits im Hörnerv verlaufend die Impulse ins Gehirn weiterleitet. In der Hirnrinde = Hörinde wird die Summe der ankommenden nervösen Impulse integriert und als „gehört“ oder „verstanden“ wahrgenommen. Die wesentliche Rolle für die Höreindrücke spielt also die Schnecke. Wie schon gesagt, beantwortet hier jede schallempfindliche Zelle die Einwirkung einer bestimmten Tonfrequenz. Auch heute noch nicht falsch ist die Vorstellung, daß in der Schnecke in einer Spirale auf einer mikroskopisch kleinen Harfe all die unendlich vielen Töne, die wahrgenommen werden können – wahrgenommen werden können ungefähr 300 000 Töne verschiedener Höhe und Intensität – auf kleinen Seiten, die zur Schwingung gebracht werden, untergebracht sind. Es wäre dies also ein Resonanzvorgang, wie er auch in der HELMHOLTZ'schen Resonanztheorie entwickelt wurde. Tatsächlich werden auch die tiefen Töne an der Schneckenspitze und die hellen oder hohen Töne in der Schneckenbasis wahrgenommen. Die vorher schon erwähnte Flüssigkeitsbewegung der Peri- und Endolymphe, also der Innenohrflüssigkeit, richtet sich nach der Tonhöhe. Es werden Wellen erzeugt, die ihr Maximum da haben, wo die entsprechende Harfensalte sitzt. Begleitet werden diese Wellen rechts und links

von zwei kleinen Wirbelchen. Dringt nun ein feiner Ton in das Ohr ein, so sind diese Wirbelchen klein, bei größerer Intensität sind sie wesentlich stärker (BÉKÉSY). Auf der Basilarmembran erhebt sich das sogenannte CORTISCHE Organ. Seine äußeren und inneren Haarzellen sind die Sinnesendzellen, die den Schall in Nervenerregungen für den Hörnerv umwandeln. Diese Haarzellen des CORTISCHEN Organs gehen bei der Lärmschädigung zugrunde, wobei die äußeren Haarzellen empfindlicher sind als die inneren. Man war früher der Ansicht, daß dieses Zugrundegehen der Haarzellen eine Druckwirkung sei. Dies gilt auch heute noch für Schalldrucke über 140 dB.

Die Schädigung der Haarzellen durch den „normalen“ Industrielärm ist nach heutiger Auffassung aber Folge einer Stoffwechsellerschöpfung des Innenohres innerhalb der Sinneszellen, morphologisch gesehen also in den Mitochondrien. Diese sind die Träger der Oxydationsfermente, sie liefern die Energie für die Umwandlung der mechanischen Schallenergie in nervöse Impulse. Während der Lärmexposition entsteht eine Hypoxydose. Sie beruht darauf, daß unter diesen Bedingungen der Sauerstoffverbrauch im Sinnesorgan größer ist als der Sauerstofftransport. Diese Hypoxydose kann bei Fehlen entsprechender Erholungs- bzw. Regenerationspausen zur Anoxydose und damit zum – irreversiblen – Absterben der Sinneszellen führen. Bei 4000 Hz treten diese stoffwechselbedingten Störungen am frühesten und ausgeprägtesten in Erscheinung, denn hier (bei 4000 Hz) wird ein Maximum an Energie auf der Basilarmembran wirksam. Das Charakteristikum einer Lärmschädigung des Gehörorganes ist demnach die Schalleitungsstörung. Eine Schalleitungsstörung, also eine Erkrankung im Mittelohrbereich, kann in keinem Falle durch Lärmeinwirkung verursacht sein.

Wie und wann kommt es zur Lärmschädigung des Innenohres?

Es ist allgemein bekannt, daß nach dem Aufenthalt in einem Lärmbetrieb eine vorübergehende Vertäubung der Ohren besteht, deutlich erkennbar daran, daß man sich nach Verlassen eines derartigen Betriebes mit leuterer Stimme unterhält, als dies sonst der Fall ist. Diese Vertäubung geht aber in allen Fällen nach kurzer Zeit wieder vorbei und das Hörvermögen ist wieder normal. Es können also starke und wiederholte Lärmreize zu Hörverlusten führen, die zunächst nur vorübergehender Natur sind.

Es ist eine Tatsache, daß nach einer Blendung der Augen diese nicht fähig sind, bei einer geringen Lichtstärke zu sehen. Erst nach einer gewissen Zeit der Gewöhnung an die Dunkelheit ist das Sehen wieder möglich. Die Hörschärfe verhält sich hier ähnlich. Bei einer Belastung des Gehörs durch Schall verschlechtert es sich, in der Ruhe erholt es sich wieder. Diese Hörermüdung ist eine ganz normale physiologische Erscheinung. Man spricht hier von einem *z e i t w e i l*

lligen Schwellenabfall und sinngemäß anstelle des Begriffes Erholung von einer Schwellenrückbildung. Wenn das Ohr die Möglichkeit hat, den zeitweiligen Schwellenabfall wieder vollständig zurückzubilden, ist eine Schädigungsmöglichkeit durch Lärm nicht gegeben. Es sind deshalb die Einwirkungsdauer und die Intensität sowie der Frequenzbereich eines Geräusches für eine Schädigung des Innenohres im Sinne einer Lärmschwerhörigkeit von ausschlaggebender Bedeutung. Wie bereits erwähnt, werden Frequenzbereiche von 1000 bis 6000 Hz vom menschlichen Ohr am leichtesten bzw. besonders gut gehört. Bei entsprechender Lärmintensität ist aber auch der Frequenzbereich von 1000 bis ca. 4000 Hz für das menschliche Ohr besonders schädlich.

Es ist in diesem Zusammenhang interessant, daß eine besondere Anfälligkeit für Gehörschäden im Alter von 35 bis 40 Jahren besteht, wobei Männer anfälliger sind als Frauen. Nicht unerwähnt bleiben darf aber auch eine individuelle Lärmempfindlichkeit, die offenbar in der Anlage begründet sein muß. Es wäre sonst nicht zu erklären, daß selbst in ausgesprochenen Lärmbetrieben Arbeiter engetroffen werden, die selbst nach jahrelanger Exposition keine Hörverluste aufweisen. Ganz allgemein gilt aber, und dies ist eindeutig nachgewiesen, daß Lärm bei Überschreiten einer bestimmten Lärmpegelgrenze eine pathogene Wirkung auf das Gehörorgan hat. Wenn auch über die kritische Lärmpegelgrenze, bei der die Lärmschädigung des Innenohres auftritt, noch keine gesicherte einheitliche Auffassung vorliegt, so kann doch als allgemein feststehend gelten, daß Dauerschallpegel von mehr als 90 dB (A) bei jahrelanger Exposition zu einer Schädigung des Innenohres führen. Diese Grenze ist auch in der neuen Richtlinie – VDI 2058 – festgelegt worden. Die Zeit bis zum Auftreten der Innenohrschwerhörigkeit und der Grad der Hörstörung wird durch die Stärke, Einwirkungsdauer und Frequenzzusammensetzung des Lärmes bestimmt. Es ist ganz klar, daß ein Lärm mit vorwiegend hohen Frequenzen – besonders schädlich ist hochfrequenter Impulslärm – schon bei geringerer Intensität und in kürzerer Zeit schädigender wirken kann als ein Lärm mit vorwiegend niedrigen Frequenzen. So haben auch die durch GRANDJEAN, Zürich, aufgestellten Grenzwerte von 85 dB bei Lärm mit vorwiegend hohen Frequenzen von mehr als 1000 Hz und von 95 dB bei Lärm mit vorwiegend niedrigen Frequenzen von weniger als 1000 Hz ihre volle Berechtigung. Diese Grenzen (kritische Lärmpegelgrenzen) sollten in der Praxis auch bei der Begutachtung zugrunde gelegt werden.

Zurückkommend auf den vorher erwähnten zeitweiligen Schwellenabfall und die Schwellenrückbildung ist hier weiter zu erwähnen, daß die Schwellenrückbildung, also die Erholung des Gehörorganes, anfangs rasch verläuft und dann immer langsamer wird. Weiterhin ist die Zeit für die Schwellenrückbildung abhängig vom Ausmaß des Schwellenabfalles. So benötigt

ein T.T.S. (temporary threshold shift – das ist die auch in Deutschland gebräuchliche Abkürzung für den zeitweiligen Schwellenabfall –) von 10 dB zur Rückbildung etwa 30 Minuten, während ein T.T.S. von 20 dB zur Rückbildung bereits acht Stunden braucht. Wenn demnach bei einem T.T.S. über 10 dB die Erholung nicht vollständig ist und noch bei unvollständigem Erholungsvorgang eine erneute Lärmbelegung auftritt, die wiederum zu einem T.T.S. führt, führt die Summation der kleinen nicht rückgebildeten Reste zur bleibenden Schwerhörigkeit. Allerdings ist das Gehör doch so widerstandsfähig, daß seine Verschlechterung durch Lärm nicht endlos fortschreitet. Damit stimmt auch die Beobachtung überein, daß der bleibende Hörverlust in den ersten Jahren einer Lärmarbeit rascher zunimmt als in den späteren Jahren. Nach derzeitiger Auffassung soll nach etwa 15 Jahren eine sogenannte Sättigung erreicht sein.

Es wurde bisher von der Lärmschwerhörigkeit bei langdauernder Einwirkung eines Dauerlärmes, dessen Pegel über der kritischen Lärmpegelgrenze liegt, gesprochen mit der Folge der chronischen Lärmschwerhörigkeit. Es gibt aber noch eine andere Form der Innenohrschwerhörigkeit durch Lärm, und zwar nach *akutem Lärmtrauma*. Dieses akute Lärmtrauma kann in einem hohen Knall oder in einer Explosion bestehen. Dieser Schädigung liegt eine plötzliche Zerstörung der betreffenden Anteile des CORTischen Organs durch den intensiven Schalldruck zugrunde. Während bei der chronischen Lärmschwerhörigkeit die Gehörminderung beidseitig auftritt, kommt sie beim Knall einseitig vor, beim Explosions-trauma doppelseitig. Die Knalltraumafolgen neigen dabei zur Rückbildung, bei den Explosionstreumafolgen ist eine Progredienz möglich. Bei der chronischen Lärmschwerhörigkeit tritt ein Fortschreiten nach Aufhören der Exposition nicht ein.

Bei der Beurteilung der Lärmschwerhörigkeit, wie sie in der Berufskrankheitenverordnung verstanden wird, darf auch nicht vergessen werden, daß ein normaler Alterungsprozeß im Bereich des Gehörorganes, der bereits jenseits des 20. Lebensjahres einsetzt, zu einer Abnahme des Gehörvermögens führt. Dies kann bei älteren Menschen zu nicht unerheblichen Schwierigkeiten bei der Abgrenzung lärmbedingter und altersphysiologischer Innenohrschädigung führen. Nach neueren Erkenntnissen ist unter Berücksichtigung dieses Umstandes eine lärmbedingte Taubheit außerordentlich selten.

Die Diagnose der Lärmschwerhörigkeit

Der Hörverlust bei Lärmschwerhörigkeit findet sich immer bei Frequenzen über 1000 Hz. Da für die Festlegung der Hörschwelle und damit die Diagnose einer Schwerhörigkeit irgendwelcher Art nur die audiometrische Untersuchung geeignet ist, sind die Charakteristika der Lärmschwerhörigkeit auch nur aus dem entsprechenden Kurvenverlauf im Audiogramm er-

kennbar. So ist das typische Zeichen des Hörverlustes bei Lärmschwerhörigkeit die Senke bei c5, also bei 4000 Hz. Hier setzt die Lärmschädigung in jedem Falle ein.

Bei der Lärmschwerhörigkeit im ersten Stadium findet sich diese Senke bei 4000 Hz. Im übrigen Tongebiet besteht normales Gehör. Das Sprachverständnis ist nicht beeinträchtigt.

Im zweiten Stadium der chronischen Schwerhörigkeit ist die Hörsenke vertieft und zu den benachbarten Frequenzen hin verbreitert. Die Umgangssprache ist dabei nur wenig, die Flüstersprache dagegen schon deutlich beeinträchtigt.

Im dritten Stadium der chronischen Lärmschwerhörigkeit erscheint eine stark absinkende Hörkurve, wobei bereits bezüglich der Umgangssprache eine hochgradige Schwerhörigkeit vorliegt und Flüstersprache überhaupt nicht mehr gehört wird.

Es ist noch zu erwähnen, daß neben dem Ton-Audiogramm, das zwar für sich allein geeignet ist, Lärmgeschädigte herauszutesten, für die exakte Diagnosestellung auch noch die Sprach-Audiometrie und die Recruitmentmessung notwendig ist. Durch die Recruitmentmessung kann die Differentialdiagnose gegenüber einer retrocochlearen Innenohr- oder Schallempfindungshörstörung getroffen werden. Ich möchte es bei dieser Andeutung bewenden lassen, zumal die exakte Diagnostik in jedem Falle dem HNO-Facharzt überlassen bleiben muß.

Was kann zur Verhütung einer Lärmschädigung getan werden?

Da es von seiten des Gehörorgans eine objektive Gewöhnung an Lärm nicht gibt, diese vielmehr nur subjektiv sein kann, ergeben sich zur Verhütung einer Lärmschädigung folgende Konsequenzen für den arbeitsmedizinisch orientierten Arzt, wobei hier in erster Linie der Werksarzt angesprochen wird.

1. Kenntnis der Lärmverhältnisse an den Arbeitsplätzen des Betriebes. Diese Kenntnis ist nur durch Feststellung der Lärmpegel mit Frequenzanalysen zu erhalten.
2. Audiometrische Testuntersuchungen vor Beginn der Lärmarbeit, wobei hier die Sleb-Audiometrie (Prüfung im Bereich von 2000 bis 4000 Hz) an sich völlig ausreicht. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß ein vorgeschädigtes Gehörorgan — erwähnt sei hier als Beispiel eine gehemmte Pneumatisation — keiner beruflichen Lärmexposition ausgesetzt werden sollte, da in einem solchen Falle eine erhöhte Anfälligkeit für eine Lärmschwerhörigkeit besteht.
3. Audiometrische Kontrolluntersuchungen. Die Abstände, in denen diese Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden sollen, richten sich dabei nach dem Dauerlärmpegel. Es dürfte genügen, bei Pe-

geln zwischen 85 und 105 dB alle drei Jahre, bei Pegeln über 105 dB in Abständen von einem Jahr zu kontrollieren. Sollte sich bei der Kontroll-Audiometrie zeigen, daß eine beginnende Innenohrschädigung vorliegt, ist die Frage eines Arbeitsplatzwechsels zu ventilieren.

4. Die Rückbildungszeit eines T. T. S. führt zu der theoretischen Forderung, daß die Lärmbelastigung belungeschütztem Gehörorgan nur so lange dauern darf, als die Schwellenabwanderung bei 4000 Hz 10 dB nicht überschreitet. Diese Forderung führt zwangsläufig zu limitierten Arbeits- oder Verweilzeiten an Orten mit besonders hoher Lärmintensität. So könnten beispielsweise in Lärmbetrieben nach jeweils zwei Stunden 15 Minuten Pause eingelegt werden, d. h. also drei Pausen à 15 min/Schicht. Dabei kann das Umgebungsgeräusch im sogenannten „Lärmpausenbereich“ bis 70 dB gehen.
5. Falls die Verhältnisse eine limitierte Arbeits- oder Verweilzeit bei hoher Lärmintensität nicht erlauben, ist das Tragen von individuellem Gehörschutz zu fordern. Gehörschutzmöglichkeiten gibt es einmal in Form von Gehörschutzwatte. Ihr Anwendungsbereich liegt bei Lärmpegeln über 85 dB bis ca. 115 dB. Der Effekt ist eine Senkung um etwa 20 dB. Im gleichen Bereich und noch über 115 dB hinaus sind Gehörschutzstöpsel oder -pfropfen zu empfehlen. Der Effekt der Pegelsenkung geht hier bis maximal 30 dB, wobei auch eine Kombination von Gehörschutzwatte und -stöpseln bzw. -pfropfen möglich ist.

Bei tieffrequentem Lärm unter 100 Hz und bei hochfrequentem Lärm über 10000 Hz ist das Tragen von Gehörschutzklappen (mit Kopfbügeln) oder Lärmschutzhelmen erforderlich. Es ist hier von Bedeutung, daß auch die Schalleitung über das knöchernen Schädelskelett vermindert werden muß.

Es ist an sich selbstverständlich, daß vor diesen individuellen Lärmschutzmaßnahmen alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden sollten, durch technische Maßnahmen (z. B. Lärminderung an der Quelle, Lärmdämmung im Raum u. ä.) die Geräuscheinwirkung zu mindern und sie im Idealfalle unter die kritische Lärmpegelgrenze von 85 bis 90 dB (A) zu bringen. Naturgemäß sind diesen Möglichkeiten Grenzen gesetzt. Schließlich darf nicht übersehen werden, daß insbesondere bei der Anordnung des Tragens von Gehörschutz in der Praxis die Durchführung auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen kann und auch stößt. So wird beispielsweise über die Lästigkeit von Gehörschutzwatte und -stöpseln oder -pfropfen, über Verständigungsschwierigkeiten mit Arbeitskollegen oder über ein Unvermögen, akustische Warnsignale rechtzeitig zu hören, geklagt, sowie eine — subjektive — „Gewöhnung“ an den Arbeitslärm geltend gemacht und damit der — unrichtige — Beweis für die Unschädlich-

keit des einwirkenden Lärms zu führen versucht. Diesen Argumenten kann nur durch ständige Aufklärung über die tatsächlichen Gegebenheiten begegnet werden, wobei gerade in der Wiederholung ein Erfolg zu erwarten ist. Aus der praktischen Erfahrung heraus vertrete ich den Standpunkt, daß ein gutes Resultat

berelits dann gegeben ist, wenn es gelingt, etwa 50% der Belegschaft in einem Lärmbetrieb zum Tragen von Gehörschutzmitteln zu bringen.

Literatur auf Anforderung beim Verfasser.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Erich Hoffmann, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, 8000 München 40, Winzererstraße 9

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg (Komm. Leiter: Professor Dr. Dr. E. Weinig)

Die Stellung des ärztlichen Gutachters im heutigen Strafrecht¹

von Günther Reinherdt

Der Gutachter im Strafprozeß lebt nicht frei von Belastungen und Konflikten. Dies zeigen spektakuläre Gerichtsprozesse der letzten Jahre, in denen der Vorwurf von Fehlurteilen infolge falscher Begutachtung erhoben wurde²). Dies zeigte sich auch kürzlich im Strafverfahren gegen den Entführer eines Großkaufmanns, wo sich der Vorsitzende gegen die Feststellung eines der Gutachter wandte, es müßten dem Angeklagten die Voraussetzungen des § 51 Abs. 2 StGB zugestimmt werden; diese Entscheidungen, hieß es, seien allein Sache des Gerichtes.

Solche Vorkommnisse geben die Berechtigung, die Stellung des Gutachters im heutigen Strafrecht in einigen Punkten zu erörtern. Dabei soll nicht allein die Frage des Standortes des Sachverständigen innerhalb des Strafverfahrens besprochen werden, z. B. der Unterschied zwischen den Aufgaben des Gutachters und denen des Zeugen. Wichtiger noch ist die zweite Frage, welchen Beitrag der Gutachter zur Bildung der richterlichen Überzeugung zu leisten hat. Eingegangen werden soll auch auf das Spannungsverhältnis zwischen Richter und Gutachter, das sich vielfach in foro und in der juristischen Literatur zeigt.

Unterscheidungsmerkmale zwischen Zeugen und Sachverständigen

Der Zeuge bekundet von ihm selbst beobachtete Tatsachen	Der Sachverständige übermittelt Erfahrungssätze oder zieht Schlußfolgerungen
Der Zeuge ist nicht ersetzbar	Der Sachverständige ist ersetzbar
	Der Sachverständige kann abgelehnt werden. (§ 74 StPO)
	Der Sachverständige kann Akteneinsicht, Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten beantragen (§ 80 StPO)

Tabelle 1

Wenden wir uns zunächst der Frage zu, wie sich der sachverständige Gutachter vom Zeugen unterscheidet. In dem folgenden Schema (Tab. 1) sind die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zwischen dem Zeugen und dem Sachverständigen gegenübergestellt. Der Zeuge bekundet eigene Beobachtungen; Schlußfolgerungen aus solchen Beobachtungen soll er nicht ziehen. Der Sachverständige dagegen übermittelt Erfahrungssätze und zieht Schlußfolgerungen, er wertet dazu die Beobachtungen von Zeugen und auch die Ergebnisse eigener Untersuchungen. Ein zweites Unterscheidungsmerkmal besteht darin, daß der Zeuge nicht ersetzbar (fungibel) ist, der Sachverständige dagegen vom Gericht ausgewählt wird und gewöhnlich ersetzbar ist. Der Sachverständige kann auch abgelehnt werden und im Gegensatz zum Zeugen kann der Gutachter Akteneinsicht, Vernehmung von Zeugen und Beschuldigten beantragen.

Die beiden Unterscheidungsmerkmale des Gutachters gegenüber dem Zeugen, die Möglichkeit abgelehnt zu werden, und andererseits die Möglichkeit zur umfassenden Information zeigen die Nähe des Sachverständigen zum Richter. In § 74 StPO heißt es: „Ein Sachverständiger kann aus denselben Gründen, die zur Ablehnung eines Richters berechtigen, abgelehnt werden.“ Ablehnungsgründe sind neben verwandtschaftlichen Beziehungen zu einem Beschuldigten vor allem Gründe, die geeignet sind, Mißtrauen gegen die Unparteilichkeit eines Gutachters zu begründen.

Ohne Zweifel steht von allen Beteiligten im Strafprozeß der Gutachter dem Richter am nächsten. Dies hat einen geschichtlichen Hintergrund. Das ältere gemeine Deutsche Recht bezeichnete den Sachverständigen als den *Judex facti*, den Richter über die Beweismittel. Mit der Einführung der unkontrollierten freien Beweiswürdigung durch die Gerichte, besonders durch die Reichsprozeßgesetze von 1879, wurde des Sachverständigengutachten zum bloßen Beweismittel. Nachdem aber durch die rechtliche Entwicklung diese Art der Beweiswürdigung wieder verschwand, wurde der Sachverständige, wie es heute heißt, zum Richtergehilfen.

¹) Nach einem Vortrag anlässlich des neuro-psychiatrischen Kolloquiums der Universitäts-Nervenkl. Erlangen am 30. Januar 1973.

²) Vgl. PETERS, K.: Fehlerquellen im Strafprozeß, C. F. Müller, Karlsruhe, 1970.

Der Gutachter im heutigen Strafrecht hat weitgehend die gleichen Überlegungen anzustellen wie der Richter. Der Gutachter muß Beweisumstände (Beobachtungen von Zeugen, eigene Untersuchungsbefunde) mit Hilfe seines Erfahrungswissens wissenschaftlich und kritisch würdigen. Er muß, ebenso wie der Richter, Schlußfolgerungen ziehen, er darf auch Wertungen vornehmen. Die Bezeichnung „Richtergehilfe“ ist keine Abwertung für den Gutachter, sondern soll vielmehr die Nähe seines Aufgabenbereiches zu dem des Richters zeigen. Eine logische Konsequenz daraus ist, daß der Sachverständige, ebenso wie der Richter, unbefangen, unparteiisch sein muß. Der Bundesgerichtshof hat in einer seiner Entscheidungen¹⁾ die formelle Frage nach der Stellung des Sachverständigen im Prozeß folgendermaßen umschrieben: „Der Sachverständige ist ein Gehilfe des Richters. Er hat dem Gericht den Tatsachenstoff zu unterbreiten, der nur aufgrund besonders sachkundiger Beobachtungen gewonnen werden kann und das wissenschaftliche Rüstzeug zu vermitteln, das die sachgemäße Auswertung ermöglicht.“

Das nachfolgende Schema (Tab. 2) nach JESSNITZER²⁾ bringt eine Zusammenstellung der Beweisumstände, die dem Sachverständigen die Grundlage für sein Gutachten geben. Es lassen sich unterscheiden

Grundlagen des Sachverständigengutachtens

- a) Naturwissenschaftliche Wahrnehmungen des Sachverständigen am Körper und am Verhalten einer Person (z. B. bei ärztlichen Untersuchungen)
- b) Naturwissenschaftliche Wahrnehmungen des Sachverständigen am Tatort
- c) Der Inhalt von Krankengeschichten und ärztlichen Gutachten
- d) Angaben über das Verhalten einer Person (Alkoholeinfluß-Fahrweise)

Tabelle 2

die Wahrnehmungen des Sachverständigen am Körper und am Verhalten einer Person, z. B. bei ärztlichen Untersuchungen. Andere Beweisumstände sind Wahrnehmungen des Sachverständigen am Tatort, dazu gehören besonders die Untersuchungen mit Methoden der sogenannten somatischen gerichtlichen Medizin. Weiterhin wird die Sachkunde des Sachverständigen benötigt für die Auswertung des Inhalts von Kran-

kengeschichten und ärztlichen Gutachten, und schließlich muß er oft die Angaben von Zeugen über das Verhalten einer Person, z. B. über die Fahrweise unter Alkoholeinfluß, bewerten. Der Gutachter hat also den Tatsachenstoff für den Richter zu analysieren. Die Bezeichnung *Judex facti*, Richter über die Beweismittel, für den Gutachter im Strafrecht ist somit auch heute nicht ganz unberechtigt.

Wenden wir uns nun dem zweiten Fragenkomplex zu, welchen Beitrag der Gutachter zur Bildung der richterlichen Überzeugung zu leisten hat. In dem oben zitierten Urteil des Bundesgerichtshofes heißt es: „Der Sachverständige ist weder berufen noch in der Lage, dem Richter die Verantwortung für die Feststellungen abzunehmen, die dem Urteil zugrundegelegt werden.“ Obwohl gewissermaßen Sachverständige und Richter gleichberechtigte Instanzen sind, muß der Richter das Gutachten auf seine Überzeugungskraft hin prüfen. § 261 StPO sagt dazu: „Über das Ergebnis der Beweisaufnahme entscheidet das Gericht nach seiner freien, aus dem Inbegriff der Verhandlung geschöpften Überzeugung.“

Gerade darin, daß dem Richter ein Urteil über etwas abverlangt wird, was sein eigenes Fachwissen überschreitet, liegen aber die Ursachen von Schwierigkeiten und Spannungen. Diese Spannungen wurden vor allem rasch gesteigert durch die schnelle Entwicklung der empirischen Wissenschaften einschließlich Psychologie und Technologie. LEFERENZ hat dazu 1961 auf einer Tagung der Kriminalbiologischen Gesellschaft in Wien³⁾ ausgeführt: „Diese Entwicklung mußte nun aber beinahe zwangsläufig aus der sachlich kühlen Atmosphäre neutraler wissenschaftlicher Erörterung zu den mitunter recht gefühlsbetonten Reaktionen und Gegenreaktionen führen, denen wir neuerdings in der Literatur begegnen, wobei naturgemäß der Affekt auf der frustrierten juristischen Seite am lebhaftesten ist, während die Sachverständigen ihrer letztlichen Unentbehrlichkeit völlig gewiß, eher mit einiger allerdings naiven Verständnislosigkeit die Argumente und die ihres Erachtens inadäquate Aufregung der Juristen registrieren.“

Die Lage des Richters ist allerdings auch nicht einfach. Schon die Entscheidung ist schwierig, wann er einen Sachverständigen zuziehen muß. Der Richter muß sein Urteil schriftlich so begründen, daß es einer Revision standhält und ein Revisionsgrund kann u. a. der sein, daß es dem Gericht an der nötigen Sachkunde fehlte. Durch Entscheidungen des Reichsgerichtes⁴⁾ hat sich die feste Rechtsprechung gebildet, daß das Gericht sich eigene Sachkunde nur dann zutrauen darf, wenn es diese nach der Erfahrung des Lebens auch haben kann. Der Richter lebt daher im Zustand der Unsicherheit. Er kann nicht wissen, ob ihm das Revisionsgericht später die eigene Sachkunde glauben wird oder nicht. Um ein Urteil revisionssicher zu machen, ziehen viele Richter auch in einfachen Fällen Gutachter zu.

¹⁾ BGHSt. Bd. 7, S. 238.

²⁾ JESSNITZER, K.: Der gerichtliche Sachverständige. 3. Aufl. Heymanns, Köln-Berlin-Gonn-München, 1966 (4. Aufl. 1973).

³⁾ LEFERENZ, H.: Richter und Sachverständiger. In: Kriminalbiologische Gegenwartsfragen, Hft. 5, hrsg. von Th. Würtenberger und J. Hirschmann, Enke, Stuttgart, 1962, S. 1.

⁴⁾ RGSt, Bd. 61, S. 273.

Der Strafrechtler Heimit MAYER kritisierte diese Situation folgendermaßen: „Begrifflicherweise versuchen die Untergerichte möglichst sicher zu gehen. Damit wird die geringe Zahl der vorhandenen geeigneten Sachverständigen überfordert. Theoretisch ist der Sachverständige im Gegensatz zum Zeugen fungibel. Praktisch liegt jedoch die Last der Begutachtung in manchen großen Bezirken auf den Schultern eines einzigen Mannes oder seines Institutes. So gewinnt möglicherweise ein einzelner Mann, der gar kein Richter ist, einen einzigartigen Einfluß auf die strafrechtliche Rechtsprechung.“¹⁾

Soweit die Öffentlichkeit die Unsicherheit der Richter und die Bedeutung der Gutachter wahrnimmt, sind ihr Schlagworte wie jenes von der „Prädominanz der Sachverständigen“ nicht zu verdenken. GERCHOW²⁾ meint dazu aber, in Wahrheit gehe es nicht um den Gutachter, wir lebten nicht so sehr in einer Krise des Sachverständigenbeweises, als in erster Linie in einer Zeit der Krise der richterlichen Urteilsbildung, die sekundär eine Krise des Sachverständigenbeweises nach sich ziehe.

Besonders groß ist das Spannungsverhältnis zwischen Richter und Gutachter, wenn der Gutachter die Sprache des Richters nicht versteht und dieser sich nicht in medizinisch-naturwissenschaftliche Sachverhalte hineinzudenken vermag, oder dort, wo sich der Richter mit gegensätzlichen wissenschaftlichen Meinungen auseinandersetzen muß, von denen jede den Anspruch der Wahrheit erhebt. Die methodologischen Probleme und ihre Auswirkungen bei der Begutachtung im Rahmen psychiatrischer Untersuchungen hat GÖPPINGER sehr gut herausgearbeitet³⁾. Da der Richter die wissenschaftlichen Methoden in der Regel nicht beherrscht, besteht die Gefahr, daß er die Verantwortung für das Urteil dem Gutachter überträgt. SARSTEDT⁴⁾ hat festgestellt, daß das Verhältnis zwischen Richter und Gutachter dazu verleiten könne, die Verantwortung von dem einen auf den anderen zu schieben. Der Sachverständige meine, der Richter trage die Verantwortung für das Urteil, der Richter aber laufe Gefahr, die Verantwortung für den Urteilspruch auf den Sachverständigen abzuschieben und am Ende könne ein Urteilspruch stehen, für den weder der eine noch der andere echte Verantwortung tragen.

Derartige Schwierigkeiten treten verständlicherweise besonders dann auf, wenn es um einen komplizierten Zusammenhang geht. Hier droht die Gefahr des Mißverständnisses, je weniger verständlich die Sprache des Gutachters ist. Die Folge kann sein, daß sich der Richter nicht mehr die Mühe macht, den Inhalt eines Gutachtens nachzuprüfen. Um die Schwierigkeiten zu mindern, muß das Gutachten also vor allem verständlich sein. Je verständlicher es ist, desto weniger besteht die Gefahr, daß der Richter vom Sachverständigen überfordert wird. Weiter sind die Unterschiede der Denkweise zu beachten. In der Medizin sind die biologischen Grenzen vielfach fließend, der Richter sucht Grenzen, z. B. Grenzwerte der Blutalkoholkonzentration, von denen ab die Zurechnungsfähigkeit erheblich vermindert oder gar aufgehoben ist. Angesichts solcher Verständigungsschwierigkeiten hat der BGH⁵⁾ ausgeführt: „Je weniger sich der Richter auf die bloße Autorität des Sachverständigen verläßt, je mehr er den Sachverständigen nötigt, ihn, den Richter über allgemeine Erfahrungen zu belehren und mit möglichst gemeinverständlichen Gründen zu überzeugen, desto vollkommener erfüllen beide ihre verfahrensrechtliche Aufgabe. Es ist ein häufig vorkommender Verfahrensfehler, daß der Richter den Sachverständigen kurzerhand nach dem Ergebnis seiner Beurteilung befragt. Der Richter darf sich eine fachliche Entscheidung nicht einfach von dem Sachverständigen abnehmen lassen.“

Bei schwierigen fachlichen Entscheidungen wird sich der Richter die Frage vorlegen, ob ein einzelner Gutachter ausreicht. Nach der Strafprozeßordnung kann die Einholung eines weiteren Gutachtens dann abgelehnt werden, wenn die Sachkunde des bisherigen Gutachters nicht zweifelhaft ist, wenn sein Gutachten nicht von unzutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen ausgeht, keine Widersprüche enthält und auch ein anderer Sachverständiger nicht über Forschungsmittel verfügt, die denen eines früheren Gutachters überlegen erscheinen (§ 244 StPO). Nicht selten kann die Einholung eines zweiten Gutachtens statt zur Klärung zur Verwirrung führen. In einfacheren Fällen, wenn in einer schwierigen Frage nur ein unwidersprochenes Gutachten vorliegt, darf sich die richterliche Prüfung darauf beschränken, ob der Gutachter ein erprobter und zuverlässiger Vertreter seines Faches ist und ob auf seine Sachkunde vertraut werden kann. Dazu ein Zitat⁶⁾ des BGH: „Findet er“ (ergänze der Richter) „die fachlichen Äußerungen des Sachverständigen überzeugend und stellt er deshalb mit ihrer Hilfe eine bestimmte körperliche, geistige und seelische Verfassung des Angeklagten zur Tatzeit fest, so hat er sich doch selbständig seine Auffassung darüber zu bilden, welche Bedeutung sie für die tatsächliche und rechtliche Beurteilung der Tat hat.“ In anderen Fällen, wenn Gutachten mit sich widersprechenden Schlußfolgerungen erstattet wurden, muß der Richter

¹⁾ MAYER, H.: Der Sachverständige im Strafprozeß. Festschr. f. E. MEZGER, hrsg. von K. Englisch und R. Meurech. Beck, München-Berlin, 1954, S. 455.

²⁾ GERCHOW, J.: Bemerkungen zur sog. Krise des Sachverständigenbeweises. Arch. Kriminol. 134, 125 (1964).

³⁾ GÖPPINGER, H.: Methodologische Probleme und Ihre Auswirkungen bei der Begutachtung. In: Kriminobiologische Gegenwertfragen, Heft 5, hrsg. v. Th. Würtenberger und J. Hirschmann, Enke, Stuttgart, 1962, S. 110.

⁴⁾ SARSTEDT, W.: Was erwartet die Praxis von einem neuen Strafrecht. In: Justiz im Wandel der Gesellschaft. Hrsg. von G. W. Heinemann und W. Sarstedt. Kreuz Verlag, Berlin-Stuttgart, 1968.

⁵⁾ BGHSt., Bd. 8, 113 II, 118.

⁶⁾ BGHSt., Bd. 7, 238.

letztlich eigenverantwortlich entscheiden, welches Gutachten ihn mehr zu überzeugen vermag.

In diesem Zusammenhang soll auf ein Problem eingegangen werden, das bei forensisch tätigen medizinischen Gutachtern häufig diskutiert wird. Das Problem lautet, wie sich der Gutachter zur Frage nach der strafrechtlichen Verantwortlichkeit äußern soll. Es ist in der juristischen Literatur keineswegs unwidersprochen, daß der sachverständige Gutachter über rechtliche Begriffe, wie jene in § 51 StGB, urteilen dürfe. SARSTEDT vertritt die Meinung¹⁾, daß der Sachverständige nicht dazu berufen sei, dem Richter seine Ansichten über § 51 Abs. 1 und 2 mitzuteilen, sondern daß es Aufgabe des Sachverständigen sei, dem Gericht den Befund und die Erfahrungen über Leute mit solchen Befunden zu schildern. Alles andere sei Sache des Gerichtes, würde man einen anderen Weg wählen, so käme man zu dem Ergebnis, daß letzten Endes nicht der Richter darüber entscheide, ob die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 oder 2 StGB gegeben sind, sondern der Sachverständige. Tatsächlich besteht die Gefahr, daß der Sachverständige in der Qualifikation eines Beschuldigten zu weit geht²⁾. Entgegen der Meinung von SARSTEDT ist es in der Praxis bei Gutachten über die Einsichts- und Steuerungsfähigkeit gewöhnlich aber doch so, daß der Richter den Gutachter fragt, ob der Angelegte nun zurechnungsfähig sei oder nicht. Der BGH hat es entgegen anderen juristischen Auffassungen zugelassen, daß der Gutachter die rechtliche Frage der Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 StGB beurteilt, und erklärt³⁾: „Dies schließt freilich nicht aus, daß der Sachverständige sich auch darüber äußert, wie er die rechtliche Frage der Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 StGB beurteilt.“ Der BGH folgt, wie die Entscheidung erkennen läßt, u. a. der Auffassung des Strafrechtlers MAYER. Nach H. MAYER hat der Sachverständige „auch das richterliche Werturteil über die Zurechnungsfähigkeit vorzubereiten und selber ein solches Werturteil dem Richter vorzuschlagen“⁴⁾. Um Erörterungen zu vermeiden über die Frage der Wahrscheinlichkeit eines solchen Werturteils, die bis zu der Frage gehen können, ob die eine oder andere Möglichkeit sicher auszuschließen sei, wird der ärzt-

liche Gutachter häufig zu dem Hinwels genötigt sein, daß es in der Kategorie des Verstehens einen Beweis in naturwissenschaftlichem Sinne nicht gibt. Ein Persönlichkeitsentwurf oder eine Tatmotivation können mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit weder bewiesen noch widerlegt werden (LEFERENZ⁵⁾). Seine Unparteilichkeit läßt der Sachverständige wohl dann am besten erkennen, wenn er die Gründe aufzählt, die für die eine oder andere Alternative sprechen. Ein reines Ausweichen vor derartigen Fragen wird dagegen unter Umständen zu peinlichen Diskussionen führen, die die Spannungen zwischen der Medizin als Seinswissenschaft und der Rechtslehre als Sollenswissenschaft vermehren. Der Gutachter muß sich im klaren sein, daß für den ärztlichen Sachverständigen ein Täter Objekt empirischer Feststellungen sein kann, für den Richter aber stets verantwortlich handelndes Subjekt ist.

Die Zukunft wird die Probleme um die Stellung des Gutachters im Strafprozeß nicht verkleinern. Eine Lösung von Problemen wäre z. B. im Bereich psychiatrischer Fragestellung dann zu finden, wenn der Gutachter sich nicht mehr zur Frage der Schuldfähigkeit äußern müßte, sondern nur zur Frage der Behandlungsfähigkeit eines Straftäters. Für das anglo-amerikanische Recht hat derartige Vorschläge MENNINGER⁶⁾ gemacht und FALK⁷⁾ hat sie aufgegriffen.

Die Autoren empfehlen ein Mitwirken des psychiatrischen und psychologischen Sachverständigen nicht bei der Urteilsfindung, sondern bei der Frage der zweckmäßigen Behandlung eines Rechtsbrechers. Demgegenüber wird der Strafrechtsreform-Entwurf der BRD⁸⁾ die Zusammenarbeit zwischen Richter und den vorwiegend psychiatrisch tätigen Gutachtern nicht erleichtern. Abgesehen davon, daß ein Schuldgedanken festgehalten wird, soll durch den Entwurf die Erforschung der Persönlichkeit eines Straftäters noch höheres Gewicht erhalten. Der Gutachter wird damit wahrscheinlich noch schwerer zu entbehren sein.

Zusammengefaßt läßt sich sagen: Der ärztliche Gutachter kann im heutigen Strafrecht, wie NÜCHTERLEIN⁹⁾ ausgeführt hat, Bedrohung oder Stütze der richterlichen Unabhängigkeit sein. Wenn der Gutachter den Richter in die Lage versetzt, auch über zunächst unverständlich erscheinende Vorgänge urteilen zu können, dann kann seine Tätigkeit zu einem von allen Beteiligten anerkannten Resultat führen. Von Seiten der Rechtspflege werden zwei Forderungen vorrangig an den ärztlichen Gutachter gestellt, sie lauten: Zuverlässigkeit und Unparteilichkeit. Aus der Sicht des ärztlichen Gutachters sei hinzugefügt, daß es nicht schaden mag, wenn der Gutachter in den Gerichtssaal dazu auch etwas von den Gedanken ärztlicher Humanität trägt.

Ansch. d. Verf.: Privatdozent Dr. med. G. Reinhardt, Institut für Rechtsmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Universitätsstraße 22

¹⁾ SARSTEDT, e. a. O.

²⁾ Dazu auch HIRSCHBERG, M.: Das Fehlurteil im Strafprozeß. Kohlhammer, Stuttgart, 1960.

³⁾ MAYER, H., e. a. O.

⁴⁾ LEFERENZ, H., e. a. O.

⁵⁾ MENNINGER, K.: The Crime of Punishment. Viking Press, 1968.

⁶⁾ FALK, A.: An Israeli Legal-Psychiatric Dilemma. J. forensic. Med. 18, 39 (1971).

⁷⁾ Entwurf eines Strefgesetzbuches (StGB) E 1962 — Bundestagsvorlage.

⁸⁾ NÜCHTERLEIN, M.: Der Sachverständige — Bedrohung oder Stütze der richterlichen Unabhängigkeit. Vortrag bei der Tagung der Richterkademie, Würzburg, Oktober 1971.

Euglucon[®] 5



**Insulin-Freisetzung im Rhythmus
der Mahlzeiten**

**Körpereigenes Insulin,
wenn es gebraucht wird**

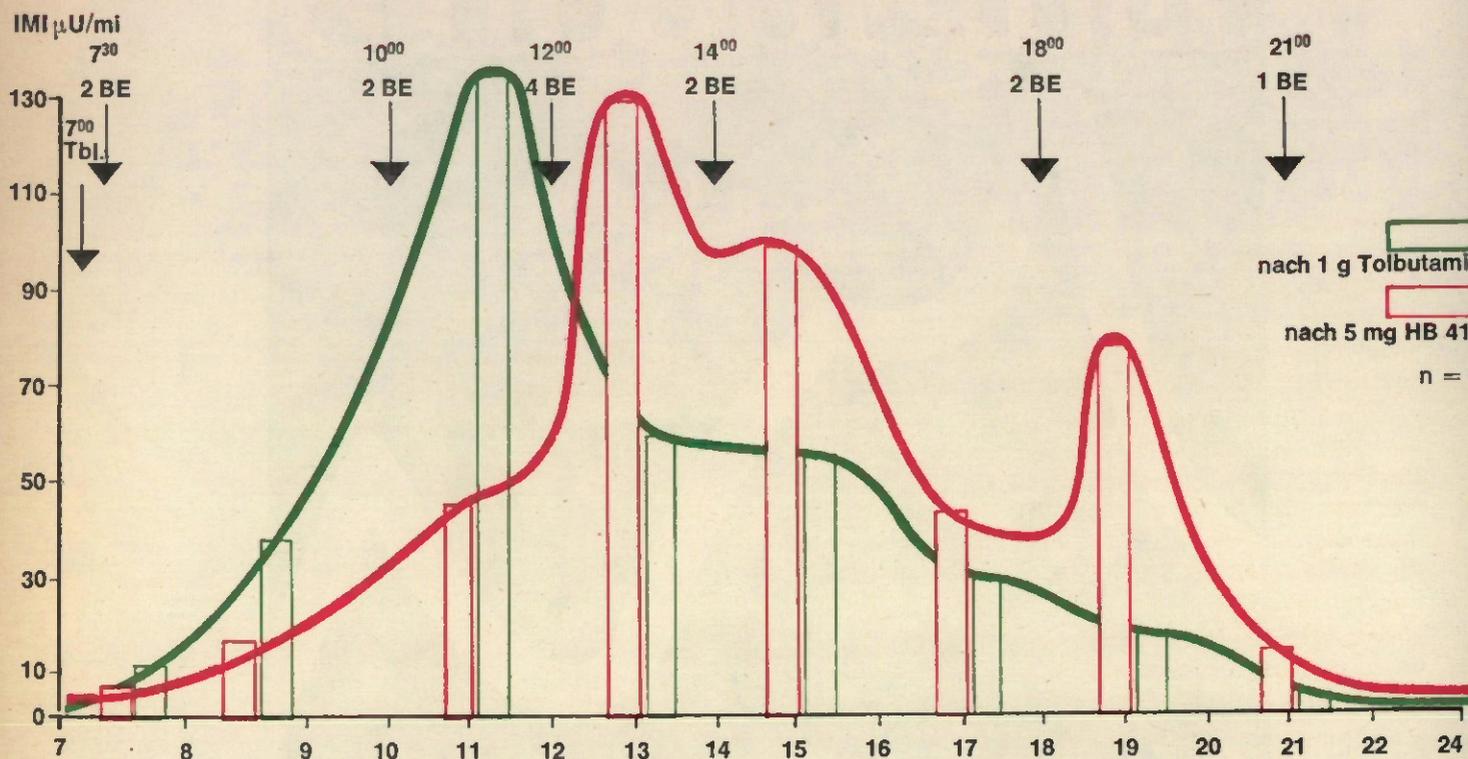
Bessere Einstellungsergebnisse



Euglucon 5[®]

kann mehr

Insulin - Freisetzung im Rhythmus der Mahlzeiten



Immunologisch meßbares Insulin (IMI) beim Altersdiabetiker (n = 7) nach einmaliger morgendlicher Gabe von Tolbutamid bzw. Glibenclamid.

mod. n. Rothenbuchner, G. et al. Heilkunst 84,8 : 215 (1971)

... daß HB 419 (Euglucon 5) den physiologischen Rhythmus der Insulinsekretion besser imitiert als Tolbutamid. Demnach

ist die stärkste Insulinausschüttung nach HB 419 im Anschluß an die Hauptmahlzeit zu beobachten."

Körpereigenes Insulin, wenn es gebraucht wird

Indikation: Erwachsenen- und Altersdiabetes, sofern eine Diätbehandlung allein nicht ausreicht.

Kontraindikationen: Insulinmangeldiabetes, schwere azidotische Stoffwechseidekompensation, Preeklampsie und Koma diabeticum, deutlich eingeschränkte Nierenfunktion, Nebennierenrindensuffizienz, Schwangerschaft.

Nebenwirkungen: Unverträglichkeiten von seiten des Magen-Darm-Trakts (Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl), Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut und passagere Veränderungen des hämatopoetischen Systems (Leukopenie, Thrombocytopenie) werden nur selten beobachtet und klingen nach Absetzen des Präparates rasch ab.

Hinweise: Auch nach Verabreichung von Euglucon 5 können hypoglykämische Reaktionen auftreten. Diese können durch zehntausende Faktoren begünstigt werden: Überdosierung, Diätfehler (Nahrungskarenz), Nierenfunktionsstörungen, schwere Lebererkrankungen,

Nebennierenrindensinsuffizienz, Alkohol und einige Pharmaka (siehe wiss. Prospekt). Eine unter der Therapie mit Euglucon 5 nach einigen Wochen auftretende Verbesserung der Glukosetoleranz kann eine Dosisreduzierung erforderlich machen. Patienten mit deutlichen Zeichen einer Cerebralsklerose und nicht kooperative Patienten sind generell stärker hypoglykämiegefährdet. In diesen Fällen empfiehlt sich die Ersteinstellung auf Diper® – besonders bei übergewichtigen Patienten – oder auf Tolbutamid (Artosin®, Rastinon® Hoechst).

Zusammensetzung und Handelsformen:

1 Oblong-Tablette Euglucon 5 enthält 5 mg N-4-[2-(5-Chlor-2-methoxybenzamido)-äthyl]-phenylsulfonyl-N'-cyclohexylharnstoff (Glibenclamid).
 DP mit 28 Oblong-Tabletten DM 17,80
 DP mit 112 Oblong-Tabletten DM 54,40
 AP mit 500 Oblong-Tabletten



Weitere Informationen enthalten die wissenschaftlichen Prospekte.



Erster Erfahrungsbericht über Gesundheitsvorsorge

Die Bundesregierung hat ihren ersten Bericht über Erfahrungen mit der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten als Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie den zusätzlich von den Krankenkassen gewährten Maßnahmen der Vorsorgehilfe vorgelegt.

Die Berichterstattung erfolgte gemäß dem Auftrag des Bundestages vom 4. November 1970 im Zusammenhang mit dem Zweiten Krankenversicherungs-Änderungsgesetz, durch das die Gesundheitssicherung erstmals in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen aufgenommen worden war.

Mit Wirkung vom 1. Juli 1971 erhielten rd. 35 Mio. Kleinkinder, Frauen und Männer einen gesetzlichen Anspruch auf ärztliche Untersuchungen zur Früherkennung bestimmter Krankheiten.

Der Erfahrungsbericht der Bundesregierung, der von Bundesarbeitsminister Arendt vorgelegt wurde, basiert auf Mitteilungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der zuständigen Minister und Senatoren der Länder. Miteinbezogen wurde auch die Einstellung der Bevölkerung zur Früherkennung, die im Rahmen einer repräsentativen Mehrthemenumfrage ermittelt wurde. Insgesamt wurden in der Zeit vom 13. September bis 21. Oktober 1972 2000 Personen ab 14 Jahren befragt, davon 380 Männer und 793 Frauen im anspruchsberechtigten Alter sowie 365 Personen, in deren Haushalt anspruchsberechtigte Kinder lebten.

Eine abschließende Beurteilung des „Erfolges“ der Einführung von gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten aufgrund der vorliegenden Daten wird in dem Bericht nicht gegeben. Der Bericht weist darauf hin, daß aufgrund des vom Bundestag seinerzeit beschlossenen Termins – 31. Dezember 1972 – zur Vorlage des Berichts die Ergebnisse von höchstens einem dreiviertel Jahr, teilweise sogar nur eines halben Jahres gesammelt bzw. verwertet werden konnten. Aufgrund der bereits vorliegenden Ergebnisse könne jedoch davon ausgegangen werden, daß trotz schwieriger Anlaufphase das gesundheitspolitische Ziel – Erweiterung der Gesundheitsvorsorge – erreicht worden sei.

Der Bericht enthält u. a. nachstehende interessante Feststellungen:

Die Früherkennungsuntersuchungen auf Krebs wurden von Frauen und Männern, je nach Stellung im Beruf, Schulbildung und Alter unterschiedlich in Anspruch genommen.

Die Inanspruchnahmequote der weiblichen Mitglieder ohne Rentner – in der Regel erwerbstätige Frauen – lag deutlich über derjenigen der mitversicherten Frauen. Die Inanspruchnahmequote der älteren Frauen war ausgesprochen niedrig.

Im einzelnen betrug die Inanspruchnahmequote

- der weiblichen Mitglieder (ohne Rentner) 1971 29,3 v. H. (1,6 Mio. Untersuchungen bei 5,5 Mio. Anspruchsberechtigten);
- der mitversicherten Frauen 26,7 v. H. (1,8 Mio. Untersuchungen bei 6,7 Mio. Anspruchsberechtigten);
- der weiblichen Rentner 7,1 v. H. (0,5 Mio. Untersuchungen bei 7,5 Mio. Anspruchsberechtigten);
- aller anspruchsberechtigten Frauen 20,1 v. H. (3,95 Mio. Untersuchungen bei 19,7 Mio. Anspruchsberechtigten).

Die Inanspruchnahmequote bei den Männern (hier wurden die Ergebnisse aus der Zeit vom 1. Juli 1971 bis 31. März 1972 auf einen Ein-Jahreszeitraum hochgerechnet) lag erheblich niedriger als bei den Frauen.

Inanspruchnahmequote

- der männlichen Mitglieder (ohne Rentner) 14,0 v. H. (535 000 Untersuchungen bei 5,1 Mio. Anspruchsberechtigten);
- der männlichen Rentner 9,0 v. H. (210 000 Untersuchungen bei 3,1 Mio. Anspruchsberechtigten);
- aller anspruchsberechtigten Männer 12,1 v. H. (745 000 Untersuchungen bei 8,2 Mio. Anspruchsberechtigten).

Der Bericht weist darauf hin, daß bei einem Vergleich der Inanspruchnahmequoten bei Frauen und Männern besonders berücksichtigt werden müsse, daß die Altersstruktur der Berechtigten – Frauen haben einen gesetzlichen Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen vom Beginn des 30. Lebensjahres an, bei Männern beginnt der Anspruch mit Beginn des 45. Lebensjahres – unterschiedlich ist. Bei gleichen Altersgruppen unterscheidet sich die Inanspruchnahmequote bei Frauen und Männern nur geringfügig.

Die Inanspruchnahmequote der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder läßt sich laut Bericht noch nicht sicher ermitteln. – Für Säuglinge und Kleinkinder besteht bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres ein gesetzlicher Anspruch auf insgesamt sieben Früherkennungsuntersuchungen. – Wenn man die ersten beiden Untersuchungen außer Betracht lasse, die regelmäßig nach der Geburt in der Klinik erfolgten, würden die weiteren fünf Untersuchungen bei 25 bis 35 v. H. der Berechtigten vorgenommen.

Bei den Kinderuntersuchungen sind nach dem Bericht bei ein Viertel bis ein Drittel aller Fälle, steigend mit dem Lebensalter, aufgrund von Verdachtsbefunden weitere Maßnahmen zur Klärung veranlaßt worden. Aus den Zahlen über die Verdachtsbefunde selbst allerdings noch keine Aussage über den Umfang der tatsächlich festgestellten Gesundheitsschäden bei Kindern möglich.

Bei den im zweiten Halbjahr 1971 durchgeführten Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen wurde in ca. 97 v.H. der Fälle ein unauffälliger Befund hinsichtlich des Genitalkrebses und des Krebses der Mamma sowie in über 99 v.H. der Fälle ein unauffälliger Befund hinsichtlich des Rektumkrebsses erhoben, bei ca. 26 v.H. der Untersuchungen wurden bisher unbekannte behandlungsbedürftige Nebenbefunde festgestellt.

Die Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Männer erbrachten in über 98 v.H. der Fälle einen unauffälligen Befund hinsichtlich des Rektumkrebsses und in ca. 14,5 v.H. der Fälle unbekannte behandlungsbedürftige Nebenbefunde.

Die Weiterbetreuung von Personen, bei denen verdächtige Befunde aufgedeckt worden sind, ist laut Bericht im allgemeinen reibungslos erfolgt. Zukünftig werde aber der Frage verstärkt Bedeutung zukommen, ob für die Betreuung von Kindern eine ausreichende Zahl von speziellen Behandlungseinrichtungen zur Verfügung stehe.

Die zur Durchführung der Früherkennungsmaßnahmen notwendigen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie sonstige notwendige vertragliche Bestimmungen sind nach Feststellung der Bundesregierung rechtzeitig vor Inkrafttreten des Gesetzes wirksam geworden. Nach übereinstimmenden Berichten habe sich die Entscheidung des Gesetzgebers bewährt, die Ausgestaltung der Einzelheiten der Untersuchungsprogramme für die Krankheitsfrüherkennung dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zu übertragen.

Die Sicherstellung der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten gehört — so betont auch der Bericht — zur kassenärztlichen Versorgung. Um hierfür eine möglichst große Zahl von Ärzten zu gewinnen, seien zusätzlich Nicht-Kassenärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen ermächtigt worden.

Im ersten Viertel 1972 haben danach im Bundesgebiet an den Früherkennungsuntersuchungen die Ärzte wie folgt teilgenommen (Zahl der Ärzte, die entsprechende Leistungen abgerechnet haben):

- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen: 13 352 Kassenärzte, 378 beteiligte Ärzte (leitende Krankenhausärzte nach § 368 a Abs. 8 RVO), 228 zusätzlich ermächtigte Ärzte;
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern: 22 407 Kassenärzte, 786 beteiligte Ärzte, 294 zusätzlich ermächtigte Ärzte;
- Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen bei Kindern: 15 792 Kassenärzte, 295 beteiligte Ärzte, 1131 zusätzlich ermächtigte Ärzte (ohne die in Krankenhäusern allgemein aufgrund des Bundesmantelvertrages — Ärzte für die Neugeborenen-Erstuntersuchung und Neugeborenen-Basisuntersuchung — ermächtigten nachgeordneten Krankenhausärzte).

Nach Berichten haben sich die Dokumentationsblätter zur Darstellung der Untersuchungsabläufe und zur Aufzeichnung der Untersuchungsergebnisse bewährt. Eine Verlaufskontrolle des einzelnen Verdachtfalles sei vor allem wegen fehlender Versicherungsnummer nicht erfolgt.

Die für eine Auswertung der Untersuchungsergebnisse notwendigen Vorarbeiten sind nach Mitteilung der Bundesregierung von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen in Angriff genommen worden. Für den Erfahrungsbericht der Bundesregierung hätten Summenstatistiken mit Angaben über Zahl und Untersuchungsfälle und Befundergebnisse zur Verfügung gestanden. Die mit einer weitergehenden medizinisch-wissenschaftlichen Auswertung verbundenen Fragen würden gegenwärtig in Zusammenarbeit mit einem wissenschaftlichen Beratergremium bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geprüft.

Die Aufwendungen der Krankenkassen für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten machen laut Bericht einen relativ kleinen Anteil am Gesamtaufwand der Krankenversicherung aus. Für das zweite Halbjahr 1971 sind rd. 3,5 Mio. Fälle von Früherkennungsuntersuchungen ausgewiesen, davon entfielen rd. 2,1 Mio. Fälle auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Frauen, rd. 0,5 Mio. Fälle auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen für Männer und rd. 0,9 Mio. Fälle auf Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Für diese Leistungen wurden in dem angegebenen Zeitraum rd. 84 Mio. DM von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung aufgewendet; das waren 0,55 v.H. der gesamten Leistungsausgaben dieses Halbjahres. Im ersten Vierteljahr 1972 wurden rd. 1,87 Mio. Fälle von Früherkennungsuntersuchungen für Männer, Frauen und Kinder abgerechnet und hierfür etwa 51,5 Mio. DM aufgewandt; das waren 0,63 v.H. der gesamten Leistungsausgaben dieses Vierteljahres.

Die Krankenkassen haben bereits vor der Einführung dergesetzlichen Früherkennungsuntersuchungsmaßnahmen zur Verhütung von Krankheiten gewährt. Im Jahre 1970 waren dies rd. 1,1 Mio. Geschwulstfrüherkennungsuntersuchungen, für die sie insgesamt 21,9 Mio. DM = 0,09 v.H. der gesamten Leistungsausgaben in diesem Jahr ausgaben. Dagegen wurden im gleichen Jahr nur 60 000 Vorsorgeuntersuchungen anderer Art (ohne Untersuchungen der Mutterschaftsvorsorge) durchgeführt, die einen Aufwand von 1,4 Mio. DM erforderten.

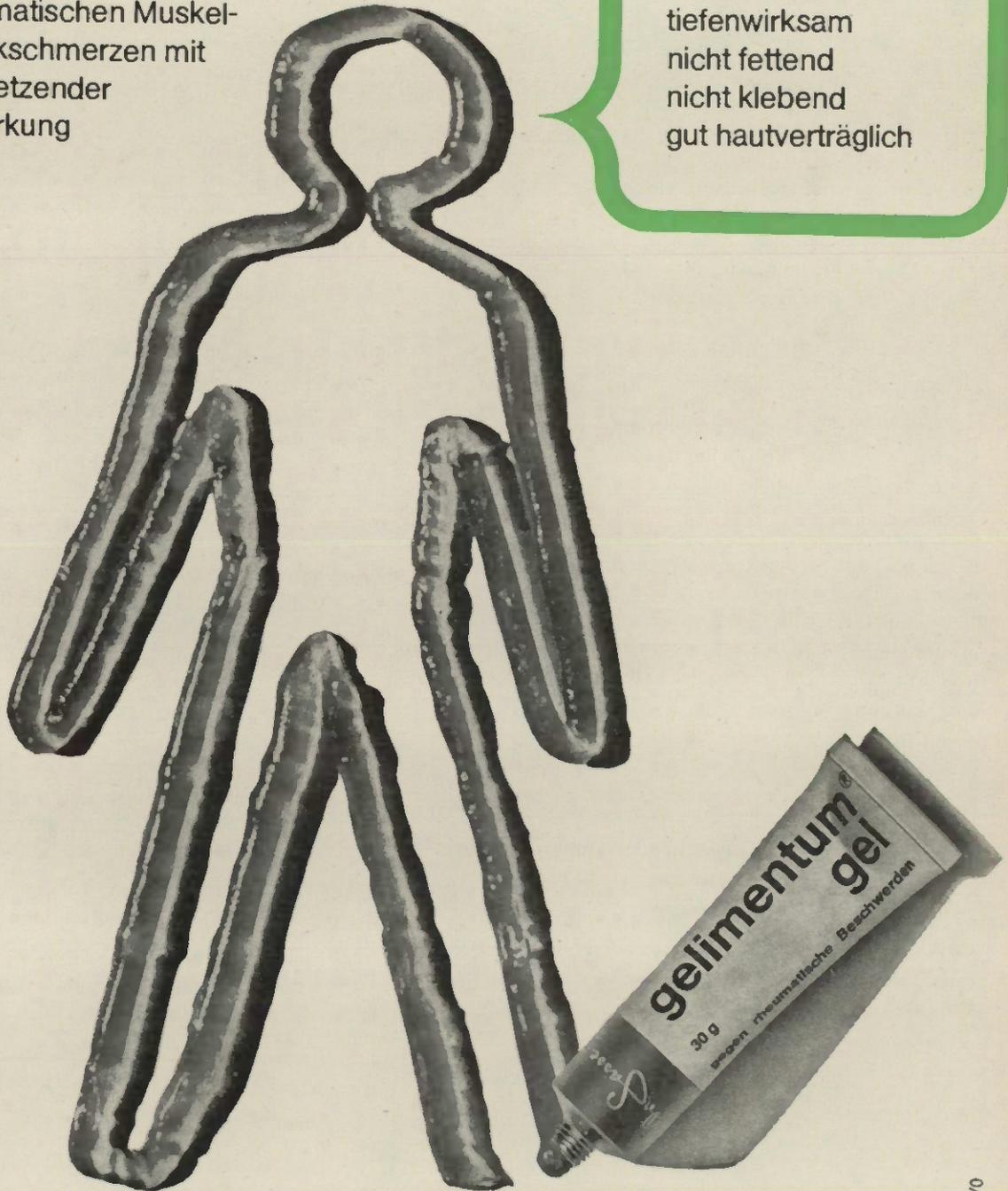
Abschließend wird im Bericht der Bundesregierung erklärt, daß die Ergebnisse in weitere Überlegungen zum Ausbau der Gesundheitsvorsorge in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen würden. Der Erfahrungsbericht werde auch der Sachverständigenkommission mit der Bitte zugeleitet, für eine Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Früherkennung von

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



Zusammensetzung

100 g Gel enthalten: Äthylenglykolmonosallylat 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 Reiz-

therapie günstig beeinflusst werden. Hierzu gehören: Arthrosen, Osteochondrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen, Bandscheibenschäden, Ischialgien, Neuralgien, Arthritiden im nicht akut entzündlichen Stadium, Sehnen-scheidenentzündungen, 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

Krankheiten und der Gesundheitsvorsorge Vorschläge zu machen. Wegen der großen Bedeutung dieser Maßnahmen für die Volksgesundheit beabsichtige die Bundesregierung außerdem darauf hinzuwirken, daß sich die Wissenschaft noch stärker als bisher diesem Bereich zuwende.

Bundesarbeitsminister Arendt nahm die Vorlage dieses Erfahrungsaustauschberichts zum Anlaß eines eindringlichen Appells an die Bevölkerung, die jetzt gebotenen Chancen zur Gesundheitssicherung mehr als bisher zu nutzen.

(aus „Bonner Informationsdienst“ Nr. 9/1973)

Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen

Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen

Die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen (AAA), Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1, gibt folgenden am 28. März 1973 abgeschlossenen neuen Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen bekannt:

Gehaltstarifvertrag

Zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1,

und

.....*)

Wird zur Ergänzung von §§ 8 und 11 des Manteltarifvertrages vom 18. August 1971 folgender Gehaltstarifvertrag geschlossen:

§ 1

Gehaltstabelle für vollbeschäftigte Arzthelferinnen

1. Berufsjahr	DM 905,—
2. Berufsjahr	DM 935,—
3. Berufsjahr	DM 965,—
4. Berufsjahr	DM 995,—
5. Berufsjahr	DM 1025,—
6. Berufsjahr	DM 1055,—
7. Berufsjahr	DM 1085,—
8. Berufsjahr	DM 1115,—

Für jeweils zwei weitere Berufsjahre steigt das Gehalt um DM 30,—, höchstens jedoch bis zum 26. Berufsjahr.

§ 2

Ausbildungsvergütung

(1) Die Ausbildungsvergütung beträgt:

im 1. Halbjahr monatlich	DM 240,—
im 2. Halbjahr monatlich	DM 260,—
im 3. Halbjahr monatlich	DM 280,—
im 4. Halbjahr monatlich	DM 300,—

*) Es wurden vier gleichlautende Tarifverträge abgeschlossen:

(a) mit dem Berufsverband der Arzthelferinnen, 4152 Kempen, Ludwig-Jehn-Straße 20

(b) mit der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft, 2000 Hamburg 36, Karl-Muck-Platz 1

(c) mit der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr, Hauptvorstand, 7000 Stuttgart 1, Theodor-Heuss-Straße 2

(d) mit dem Verband der weiblichen Angestellten e. V., Hauptverwaltung, Hannover, Königstraße 21

(2) In besonderen Fällen kann auf Antrag der Sorgeberechtigten eine geringere Ausbildungsvergütung vereinbart werden.

§ 3

Zuschläge

(1) Für Mehr-, Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeit sind Zuschläge zu zahlen, die nach Arbeitsstunden berechnet werden. Dabei wird ein Stundensatz von 1/187 des Monatsgehalts zugrunde gelegt.

(2) Der Zuschlag beträgt je Stunde:

a) für Mehrarbeit	25 %
b) für Sonn- und Feiertagsarbeit	50 %
c) für Arbeiten am Neujahrstag, am 1. Mai sowie an den Oster-, Pfingst- und Weihnachtsfeiertagen	100 %
d) für Nacharbeit	50 %

(3) Besteht für dieselbe Zeit Anspruch auf mehrere Zuschlagssätze, so ist nur der höchste Zuschlag zu zahlen.

§ 4

Inkrafttreten und Laufzeit

(1) Dieser Gehaltstarifvertrag tritt am 1. April 1973 in Kraft. Er ersetzt den Gehaltstarifvertrag vom 17. Mai 1972.

(2) Dieser Gehaltstarifvertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gekündigt werden, frühestens zum 31. März 1974.

Band 27 unserer Schriftenreihe

STEMPLINGER:

Alkoholikerfibel für den Arzt

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

Ein neuer Tarifvertrag für Arzthelferinnen

Rückwirkend ab 1. April 1973 in Kraft

Terifverhandlungen zwischen der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen (AAA) einerseits und dem Berufsverband der Arzthelferinnen, der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft, der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr und dem Verband der weiblichen Angestellten andererseits, haben am 28. März 1973 in Düsseldorf zu einem Erfolg geführt. Die Tarifpartner einigten sich im Verlaufe der mehrstündigen Verhandlungen auf eine Erhöhung der tariflichen Mindestgehälter für Arzthelferinnen und Auszubildende. Die Notwendigkeit zur Veränderung der Gehälter wurde mit den inzwischen gestiegenen Lebenshaltungskosten im vergangenen Jahr sowie mit der wohl nicht zu erwartenden Eindämmung der inflationären Preisentwicklung im laufenden Jahr begründet.

Das Anfangsgehalt für Berufsanfänger(-innen) beträgt somit nach abgeschlossener Berufsausbildung — sowohl in der Stadt wie auf dem Land — monatlich DM 905,—.

Bis zum achten Berufsjahr ist dann anschließend eine jährliche Steigerung um DM 30,— bis auf DM 1115,— vorgesehen.

Eine weitere Steigerung — ebenfalls um DM 30,— gibt es jeweils nach zwei weiteren Berufsjahren, höchstens jedoch bis zum 26. Berufsjahr.

Das tarifliche Endgehalt, das frühestens im Alter von 43 Jahren erreicht werden kann, beträgt nach der mit dem 1. April 1973 gültigen Regelung DM 1385,— monatlich.

Auch die Vergütung der Auszubildenden wurde angehoben. Die im ersten Halbjahr tätige Auszubildende erhält laut Tarifvertrag DM 240,—. Halbjährlich erhöht sich sodann diese Grundvergütung um jeweils DM 20,—, so daß zu Beginn des letzten Ausbildungshalbjahres den Auszubildenden DM 300,— zu zahlen sind.

Keine Ortsklassen mehr

Eine Besonderheit des vorliegenden Tarifwerkes ist der Wegfall der Ortsklasseneinteilung.

Auf der Grundlage der Ortsklasseneinteilung des öffentlichen Dienstes, die das regionale Gefälle des Bundesgebietes zwischen Stadt und Land durch die beiden Ortsklassen A und S aufzufangen suchte, wurde in der Vergangenheit die Gehaltsberechnung vorgenommen. Der Arbeitgeber, der Arbeitsplätze in einem ländlichen Gebiet zur Verfügung stellte, war danach berechtigt, ein um beispielsweise DM 25,— niedriger liegendes Monatsgehalt zu zahlen.

Die Ergebnisse der Terifverhandlungen des öffentlichen Dienstes zeigen, daß man dort bereit war, die nicht mehr zeitgemäße Regelung der Einteilung in verschiedene Ortsklassen fallenzulassen. Begründet wurde dies durch die weitgehende Nivellierung der Lebensumstände in Stadt und Land. Auch in den Terifverhandlungen der ärztlichen Arbeitgeber mit den Verhandlungspartnern wurde die Forderung nach Wegfall der Ortsklasseneinteilung erhoben. Die Arbeitgeberseite konnte sich schließlich im Ergebnis dem Wunsch nach Fortfall der Klasseneinteilung nicht verschließen, zumal jetzt auch nicht mehr des Ortsklassenverzeichnis des öffentlichen Dienstes zur Verfügung steht, dem die Zugehörigkeit zur Ortsklasse des jeweiligen Praxisstandortes entnommen werden konnte.

Für den Arzt, der bislang seine Praxis in einem Ort betrieb, der unter die Einteilung nach Klasse A fiel, hat diese Regelung zur Konsequenz, daß er eine um weitere DM 25,— erhöhte Steigerungsrate, bezogen auf die Situation vor den Tarifabschlüssen, zu tragen hat.

Die dem Tarifvertrag zugrunde liegende Staffelung nach Berufsjahren geht davon aus, daß die Arzthelfe-

(Fortsetzung Seite 668)

Passlorin Dragees

1 Oragee enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. succ.	60,0 mg
Extr. Salicis aquos. succ.	133,0 mg
Extr. Crataeg. spir. succ.	12,0 mg
Aneurin	0,3 mg

Passlorin liq.

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

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

1–2 Teelöffel bzw. 2–3 Oragees 3 mal täglich

Bei Einschlafstörungen: 2–4 Teelöffel bzw. 3–6 Oragees vor dem Schlafengehen

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passlorin Dragees:

Packung mit 50 Oragees	OM 4,25
Kurpackung mit 250 Oragees	OM 16,—

Passlorin liq.:

Flasche mit ca. 100 ml	OM 5,80
Kurpackung mit ca. 500 ml	OM 23,60

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passlorin®

Malaria-Prophylaxe

Medikamente und Dosierungen *

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

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

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

** Internationaler nicht geschützter Name

Warum

ist die Anamnese gerade bei Herzglykosid-Unverträglichkeit so wichtig?

Darum:

The image shows two medical history forms. The top form is for Siegfried Schlemann, born 16.11.1916, with a handwritten note 'Herzglykoside?' and 'Laxantienabusus'. The bottom form is for Renate Schlosser, born 9.5.42, with a handwritten note 'Laxantienabusus'.

**Weil Laxantienabusus Kaliummangel verursacht.
KCl-retard Zyma erhöht die Glykosid-Toleranz
durch Beseitigung des Kaliummangels.
Ohne Reizung des Magen-Darm-Traktes.**

Durch das Verheimlichen von Abführmittel-Mißbrauch bleibt eine Ursache für die erhöhte Kalium-Ausscheidung oft unentdeckt. Aber nicht nur Laxantienabusus, sondern auch Saluretika, Antihypertonika und andere kaliuretisch wirkende Medikamente sind dafür verantwortlich. Was dann fehlt, ist das richtige Komplementär-Salz: KCl-retard Zyma.

KCl-retard Zyma gibt sein Kaliumchlorid in 4 bis 5 Stunden ganz allmählich ab. Also keine zu hohen lokalen Konzentrationen im Magen-Darm-Trakt - 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®

rin mit einem Lebensalter von 18 Jahren (nachdem sie vor der Ärztekammer die Abschlußprüfung bestanden hat) in den Beruf eintritt.

Die Frage wird oft aufgeworfen, in welchem Rahmen sich die Vergütung für diejenigen Angestellten bewegen soll, die ohne Ausbildungsabschluß in der Praxis des niedergelassenen Arztes tätig sind. Grundsätzlich sollte bei einer Einstufung darauf geachtet werden, daß eine Besserstellung des Angestellten ohne Lehrzeit gegenüber der geprüften Arzthelferin vermieden wird. Die Arbeitsbedingungen für die ungeprüfte Helferin können sich prinzipiell an die Arbeitsbedingungen der geprüften Arzthelferin anlehnen. Eine verbindliche Aussage für die Einstufung sollte jedoch von dem Grad der Qualifikation und dem Leistungsstand der Beschäftigten abhängig gemacht werden.

Anwendungsbereich

Die Normen des Tarifvertrages gelten unmittelbar zwingend nur für die Mitglieder der vertragschließenden Organisationen. Somit müßten sowohl Arzthelferinnen in einem tariffähigen Berufsverband oder einer Gewerkschaft als auch der arbeitgebende Arzt Mitglied der ärztlichen Arbeitgebervereinigung sein. Durch die Rechtsprechung der Arbeitsgerichte, die bei Entscheidungen zu arbeitsrechtlichen Streitigkeiten die bestehenden Tarifverträge zugrunde legen, wird der Anwendungsbereich aber über den Rahmen des Tarifvertragsgesetzes hinaus ausgedehnt.

In den Erläuterungen zu den alljährlich abgeschlossenen Tarifverträgen (vgl. dazu „Deutsches Ärzteblatt“ Heft 23/1972) haben die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen sowie der Vorstand der Bundesärztekammer wiederholt empfehlend darauf hingewiesen, daß die vorgelegten Tarifverträge (Gehalts- wie Manteltarifvertrag) bei der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferin normierend herangezogen und entsprechend Anwendung erfahren sollten.

Abzüge

Der Vollständigkeit halber darf hier noch einmal darauf verwiesen werden, daß die ausgehandelten Tarifgehälter Bruttogehälter sind. Das heißt, daß von dem vertraglich vereinbarten Arbeitsentgelt alle zulässigen Lohnabzüge vorgenommen werden dürfen, soweit im

individuellen Arbeitsvertrag keine andere Regelung getroffen worden ist. In Abzug gebracht werden darf also der entsprechende Prozentsatz der Lohnsteuer sowie 50% der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und Sozialversicherung (Renten- und Arbeitslosenversicherung).

In der Vergangenheit mußten vom Arbeitgeber die vollen Beiträge zur Sozialversicherung allein getragen werden, wenn die Auszubildendenvergütung eine bestimmte Grenze (1972: DM 210,—) nicht übersteigt. Im Jahr 1973 liegt diese Grenze bei DM 230,—. Da die vertraglich vereinbarte Anfangsauszubildendenvergütung höher als DM 230,— im Monat liegt, nämlich bei DM 240,—, kommt diese Regelung nach dem Abschluß der neuen Tarifverträge im Jahre 1973 nicht mehr zum Tragen. Der Arbeitgeber kann also die Beiträge zur Sozial- und Krankenversicherung in der rechtlich zulässigen Höhe von der Vergütung in Abzug bringen. Sollte jedoch eine geringere als die nach dem Tarifvertrag zustehende Auszubildendenvergütung mit dem Sorgeberechtigten vereinbart worden sein — wozu der Tarifvertrag in § 2 Abs. 2 ausdrücklich berechtigt — so kann das zur Folge haben, daß der Arbeitgeber wieder allein beitragspflichtig ist. Diese Regelung hat für die Sozialversicherung (Arbeitslosen- und Rentenversicherung) Gültigkeit, nicht jedoch für die gesetzliche Krankenversicherung. Hier ist eine Beitragshälfte bereits dann vom Auszubildenden zu tragen, wenn sein Gehalt DM 65,— im Monat übersteigt.

Der durch die Krankenkassen erhobene Gesamtbeitrag — bestehend aus dem Beitrag zur Kranken-, Renten- und Arbeitslosenversicherung — müßte somit aufgliedert werden. Auch die sogenannten „Sachbezugswerte“, etwa Kost und Wohnung der Arzthelferin im Arzthaus, können außerdem (vom Nettogehalt) abgezogen werden. Das zuständige Finanzamt sowie die Krankenkasse erteilen Auskunft über diese Werte, die im übrigen regional verschieden sind.

Rechnerische Korrektur

Eine rechnerische Korrektur des Divisors für Mehr-, Sonntags-, Feiertags- und Nacharbeit, der nach den Wochenarbeitsstunden zu berechnen ist, fand ebenfalls Niederschlag in dem neu abgeschlossenen Tarifvertrag. Neuerdings wird somit ein Stundensatz von 1/187 des Monatsgehalts bei der Berechnung der Mehrarbeitsvergütung in Ansatz gebracht.



RECORSAN-HERZSALBE

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

Con nervos, coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pectanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g, Valerian. 17g, Tinct. Corv. 0,8g

-Castor. 0,6g, Camph. 10g, Menthol. 0,5g, Nicotth. 0,155g. • DR 30g DM 450

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Laufzeit des Vertrages

Der vorliegende Gehaltstarifvertrag tritt mit dem 1. April 1973 rückwirkend in Kraft. Als Laufzeit sind wieder zwölf Monate vorgesehen. Der Gehaltstarifvertrag kann somit zum 31. März 1974 unter Einhaltung der Fristen gekündigt werden.

Stobrawa

(aus „Deutsches Ärzteblatt“ Heft 20 vom 17. Mai 1973)

Abschlußprüfung für Arzthelferin-Lehrlinge

Die Abschlußprüfung für Arzthelferin-Lehrlinge, welche an den Berufsschulen Bayerns im zweiten Drittel des Monats Juli beendet sein werden und nach der im Juni-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlichten Prüfungsordnung durchgeführt werden, werfen bei vielen Lehrherrn die Frage auf, wann das Lehrverhältnis beendet ist. Das Berufsbildungsgesetz (BBiG) enthält darüber eindeutige Vorschriften.

Nach § 14 Abs. 1 endet das Ausbildungsverhältnis mit dem Ablauf der Ausbildung. § 14 Abs. 2 bezieht sich auf die Beendigung des Ausbildungsverhältnisses, wenn der Zeitpunkt der Prüfung vor dem im Lehrvertrag vereinbarten Ende der Ausbildung liegt. Hier bestimmt das BBiG klar, daß das Ausbildungsverhältnis mit dem Bestehen der Abschlußprüfung endet. Diese Vorschrift stellt das höherrangige und damit verbindliche Recht gegenüber der im Lehrvertrag getroffenen Vereinbarung dar.

Nach der neuen Prüfungsordnung erhält die geprüfte Arzthelferin vom Prüfungsausschuß am letzten Tag der Prüfung eine Bescheinigung darüber, ob sie die Prüfung bestanden hat oder nicht. Diese dient auch der Unterrichtung des Ausbilders über diesen Tatbestand.

Mit dem auf den letzten Prüfungstag folgenden Tag beginnt bei bestandener Prüfung ein Arbeitsverhältnis, auch wenn es zwischen der Arzthelferin und dem Arzt noch nicht vereinbart worden ist. Damit verbunden ist der Anspruch auf Zahlung eines Gehaltes auf den der Gehaltstarif für Arzthelferinnen vom 1. April 1973 („Deutsches Ärzteblatt“ 1973, Heft Nr. 20, Seite 1315 und 1316 sowie 1366) Anwendung finden sollte. Der Gehaltsanspruch besteht auch für den Rest des Monats, in dem die Prüfung bestanden wurde, und zwar für die entsprechende Anzahl der Kalendertage.

Das ohne vertragliche Vereinbarung zustande gekommene Arbeitsverhältnis ist unbefristet und kann erstmals sechs Wochen zum Ende des nächsten Quartals gekündigt werden.

Da dem Ausbilder mit der schriftlichen Zulassung seines Lehrlings zeitgerecht der Termin der Abschlußprüfung seitens der Bayerischen Landesärztekammer bekanntgegeben worden ist, bestand für ihn die Möglichkeit, dem Lehrling gemäß § 8 Abs. 1 des Lehrvertrages sechs Wochen vorher mitzuteilen, ob er ihn



Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke
zur konservativen Behandlung von

Sinusitiden

Sinupret® Schleimhautaktives Sinulogikum

Zusammensetzung: Mac. ax.: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,8 g in 100 g. - 1 Dragee enthält: Rad. Gentian. 0,006 g, Flor. Primul. 0,018 g, Herb. Rumic. acet. 0,018 g, Flor. Sambuc. 0,018 g, Herb. Verben. 0,018 g, Vitamin C 0,010 g.
Indikationen: Akute, subakute und chronische Sinusitiden; Rhinosinusitis; Sinobronchitis; sinogene Kopfschmerzen; Ozeana. Zur Infektprophylaxe beim bronchitischen Syndrom.
Kontraindikationen, Nebenwirkungen: keine.
Dosierung: Kinder erhalten 3mal täglich 1/2 Teelöffel oder 1 Dragee, Erwachsene 3mal täglich 1 Teelöffel voll oder 2 Dragees. Steigerung der Dosis ist möglich und unbedenklich.
Handelsformen: Sinupret O. P. zu 100 ml DM 6.35
Sinupret O. P. zu 60 Dragees DM 6.35



BIONORICA KG · NÜRNBERG

nach bestandener Prüfung weiter beschäftigen will. Das Entsprechende gilt für den ArzthelferIn-Lehrling bzw. für dessen Erziehungsberechtigte.

Ist die Weiterbeschäftigung der Arzthelferin ohne oder mit Vertrag nicht beabsichtigt, so empfiehlt es sich, rechtzeitig den Urlaubsanspruch zu regeln, der sich überwiegend nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz richtet. Er beträgt danach 24 Werktagen (einschließlich Samstag). Der gleiche Urlaubsanspruch steht nach dem Manteltarifvertrag auch den nicht mehr unter dieses Gesetz fallenden Auszubildenden bzw. Beschäftigten zu. Dem ArzthelferIn-Lehrling bzw. der Arzthelferin steht nach einer Ausbildung bzw. Beschäftigung von mehr als sechs Monaten der volle Jahresurlaub zu. Wird die Ausbildung bzw. Beschäftigung im laufenden Jahr beendet, so sind für jeden Monat zwei Werktagen Urlaub zu gewähren. Kann der Urlaub nur in der Berufsschulzeit gegeben werden, so ist für jeden Berufsschultag einschließlich Pausen ein weiterer Urlaubstag zu gewähren. Der Urlaubsanspruch auf die volle Zahl der Urlaubstage kommt nur dann in Betracht, wenn das Beschäftigungsverhältnis über die Dauer von sechs Monaten im Jahr bei demselben Arbeitgeber fortgesetzt wird.

Bei nicht bestandener Prüfung sieht die Prüfungsordnung eine zweimalige Wiederholungsmöglichkeit, frühestens nach sechs Monaten bzw. nach einem Jahr vor. Das Recht, eine Verlängerung der Lehrzeit bis zur nächsten Wiederholungsprüfung zu verlangen, haben nach dem BBiG nur der Lehrling bzw. dessen Erziehungsberechtigte. Der Ausbilder kann dieses Verlangen nur aus zwingenden Gründen ablehnen.

Die Prüfungen sind für den Lehrling bzw. für die Mitarbeiterin des Arztes im Falle der ersten Wiederholungsprüfung nach einem halben Jahr entsprechend der einschlägigen Bestimmung des BBiG gebührenfrei. Die Prüfungsgebühr haben, falls eine solche erhoben wird, der Lehrherr bzw. der Arbeitgeber zu entrichten. Dies gilt jedoch nicht für die zweite Wiederholungsprüfung. Für diese ist die Prüfungsgebühr vom Prüfling zu bezahlen.

Der Abschluß neuer Lehrverträge sollte bis spätestens 1. September des Kalenderjahres erfolgen. Die Verträge sind dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband unverzüglich zur Genehmigung in vierfacher Ausfertigung vorzulegen, damit über den Lehrherrn die Bayerische Landesärztekammer das mit monatlichen Eintragungen zu führende Berichtsheft dem Auszubildenden (Lehrling) übersenden kann.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß das Mindesteintrittsalter nach dem geltenden Berufsbild für den Lehrberuf der Arzthelferin das vollendete 16. Lebensjahr ist. Die Lehrzeit beträgt dann zwei Jahre. Im Einzelfall können jüngere Mädchen in ein Lehrverhältnis von zwei Jahren durch Lehrvertrag genommen werden, wenn ein anderer Arzt bestätigt, daß sie die körperliche und geistige Reife für diesen Beruf besitzen und sie eine besonders gute schulische Qualifi-

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

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

**„Schnelldiagnostik und Soforttherapie“
„Krebs-Früherkennung“**

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

kation vorweisen. Als Schulbildung ist mindestens der qualifizierte Abschluß der Volksschule erforderlich. Mit Mädchen unter 16 Jahren wird daher in der Regel der Abschluß eines Vorvertrages dringend empfohlen, der, wenn dieses Lebensjahr nicht bis zum Jahresende erreicht ist, mit den Erziehungsberechtigten und der Interessentin für den Lehrberuf der Arzthelferin für ein Jahr abgeschlossen werden sollte, um eine vorbereitende Unterrichtung in der hierfür geschaffenen Vorklasse an der zuständigen Berufsschule für das gesamte Vorschuljahr zu ermöglichen und die mit dem Übertritt in eine Fachklasse unter dem Schuljahr verbundenen Schwierigkeiten sowohl für die Interessentin als auch für die Lehrkräfte der Schule zu vermeiden. Mit dem einjährigen Vorvertrag und dem anschließenden zweijährigen Lehrvertrag erfüllt die Jugendliche auch die erforderliche Anzahl von Schuljahren im Rahmen der gesetzlichen Schulpflicht.

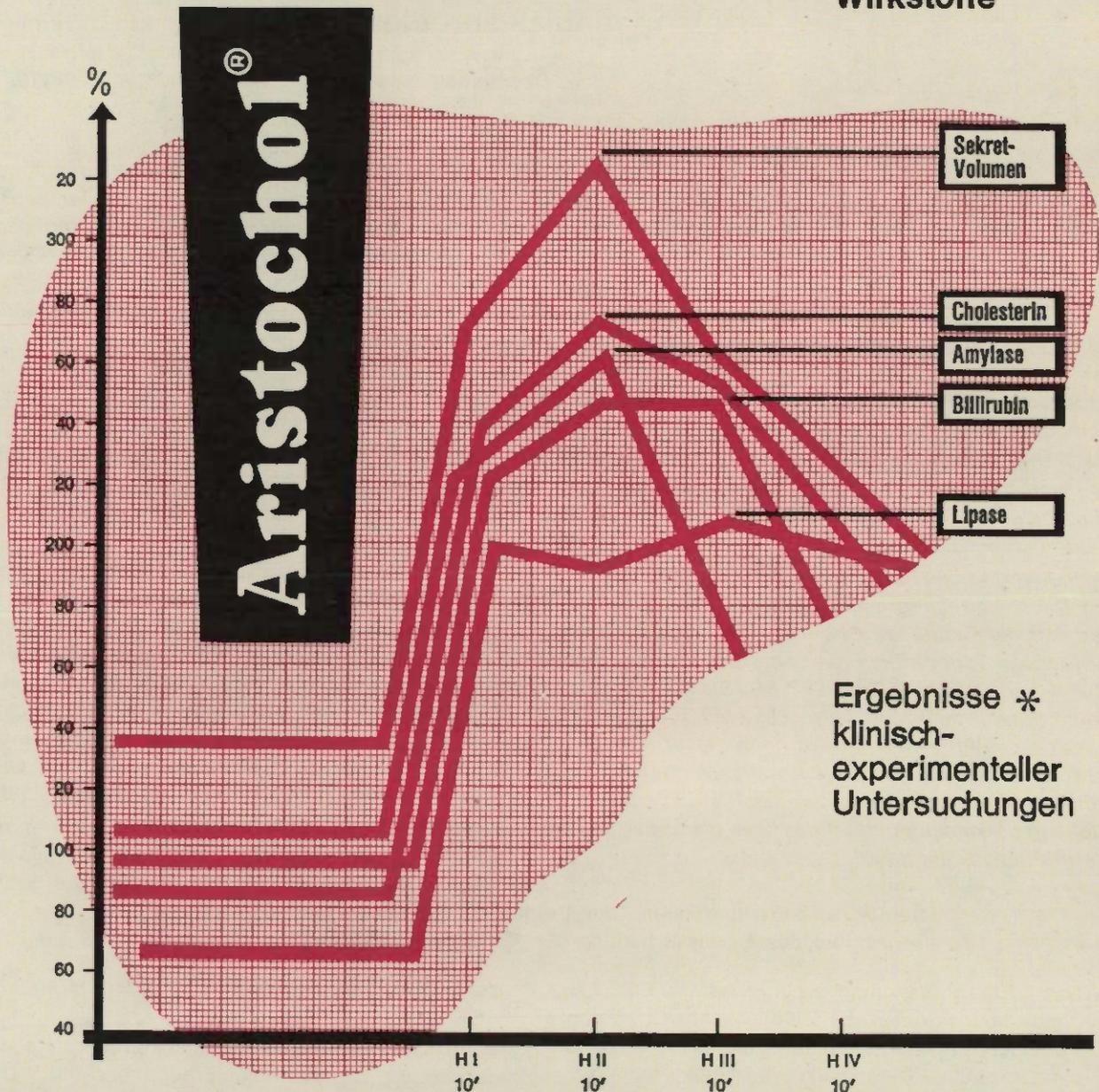
Der Abschluß eines dreijährigen Lehrvertrages ist grundsätzlich nicht zulässig. Es bestehen jedoch keine rechtlichen Einwendungen, wenn der Ausbilder und die Erziehungsberechtigten sowie der Lehrling in Kenntnis des Anspruchs auf einen zweijährigen Lehrvertrag (sofern die Voraussetzungen dafür gegeben sind) beim Vorliegen besonderer Umstände sich auf eine dreijährige Lehrzeit einigen. Für den Abschluß eines Vorvertrages und des Lehrvertrages stehen bei den Ärztlichen Kreisverbänden Vertragsvordrucke zur Verfügung.

Die Ausbildung von Umschülerinnen richtet sich ebenfalls nach dem Berufsbild der Arzthelferin. Hier kann die Lehrzeit entsprechend der Regelung im BBiG in Übereinstimmung mit der einschlägigen Bekanntmachung der Bundesanstalt für Arbeit und mit Genehmigung des zuständigen Ärztlichen Kreisverbands bei zweijähriger Lehrzeit bis zu einem halben Jahr verkürzt werden. Die UmschülerIn muß sich jedoch der Abschlußprüfung in vollem Umfang unterziehen.

Dr. S I u k a

So wirkt

Optimaler Effekt
durch
standardisierte
Wirkstoffe



Das zuverlässige Cholagogum

Aristochol® Tropfen

Nach einem Spezialverfahren hergestelltes Perkolat mit standardisiertem Wirkstoffgehalt:
Curcumin 10 mg %
Chelidonin 5 mg %
100 ml Perkolat aus:
Herb. Chelidon. 20 g,
-Miliefoi. 17 g, -Absinth. 5 g
Flor. Stoechad. 15 g
Fruct. Card. Mer. 10 g
Rad. Tarax. c. Herb. 17 g
Cort. Frangul. 3 g
Rhiz. Curcum. xanth. 6 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:
Gesamt-trockenextrakt aus
Herb. Chelidon. } 3,265 g
Rhiz. Curcum. xanth. }
Fruct. Card. Mar. }
Aloe 5,55 g
Pankreatin 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. sicc. ex
Herb. Absinth. 1,2 g
Herb. Chelidon. 2 g
Fruct. Anisi stellat. 5,3 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Flor. Chamomill. 10 g
Rhiz. Curcum. xanth. 10 g
Herb. Miliefoi. 10 g
Foi. Menth. pip. 16 g
Acid. ascorbic. 1 g
Aromatic. et
Corrigent. ad 100 g

Dosierung:
3mal täglich 1 Teelöffel

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

Aristochol® Spasmolyticum

Eine Manteltablette enthält:
30 mg Extr. Herb. Chelidon. sicc.
(entapr. mind. 0,15 mg Gesamtaikaloide)
13 mg Extr. Rhiz. Curcum. xanth. sicc.
(entapr. mind. 0,1 mg Curcumin)
7 mg Extr. Fruct. Cardul Mar. sicc.
10 mg Propanthelin-bromid
10 mg Aethiypepaverin. hydrochlor.
15 mg Natriumdiocetyl-sulfosuccinat

Kontraindikation:
Glaukom, Prostatahypertrophie

Dosierung:
3mal täglich 1-2 Manteltabletten

D.P. (Durchdrückpackung)
zu 50 Manteltabletten DM 6,50



Steiner & Co.
Deutsche
Arzneimittel
Gesellschaft
Berlin West

Literatur
auf Wunsch

* J. Ch. Beumann
K. Heintze
H. W. Muth
Arzn.-Forsch. 21
96 - 101 (1971)

Das Appendizitisproblem

Dr. A. WEIDINGER, Vorsitzender des Landesverbandes Bayern des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen:

Professor Dr. SEWERING veranlaßte in seiner Eigenschaft als Präsident der Bayerischen Landesärztekammer Ende Dezember 1972 im Hinblick auf den in der Bildzeitung am 13. Dezember 1972 erschienenen Artikel über oben genanntes Problem eine Umfrage an sämtliche zur chirurgischen Weiterbildung ermächtigten Chefarzte in Bayern. Ende Januar 1973 beauftragte er mich mit der Analyse des Umfrageergebnisses unter Berücksichtigung der Doktorarbeit aus dem Institut für Sozialmedizin an der Technischen Universität Hannover. Der Leiter dieses Institutes, Professor PFLANZ, hatte durch Fräulein LICHTNER die in den Jahren 1966/67 in sämtlichen Krankenanstalten Hannovers durchgeführten Blinddarmoperationen nach verschiedenen Gesichtspunkten bearbeiten lassen. Das Ergebnis dieser Umfrage belastete mit den darin enthaltenen Schlußfolgerungen in erheblichem Maße die deutschen Chirurgen und verunsicherte durch eine seit Ende Dezember 1972 entstandene, sich über mehrere Monate hinziehende Pressewelle die Öffentlichkeit. Diesbezüglich hatte sich Herr Pflanz dann Ende Februar 1973 in einem Artikel im „Niedersächsischen Ärzteblatt“ geäußert. Auch diese Stellungnahme war bei der Bearbeitung des Themas zu berücksichtigen.

Die letzten Antworten der bayerischen Kollegen gingen erst Anfang April ein. Erfreulicherweise haben sich von den 236 Chirurgen 160 Kollegen der Mühe einer teilweise sehr ausführlichen Beantwortung unterzogen. Dafür möchte ich ihnen auch im Namen von Herrn Sewering herzlich danken. Meine Arbeit wird in Bälde fertiggestellt sein und im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht werden.

Nachdem dieses Thema durch Anregung von Herrn Pflanz auch Gegenstand einer wissenschaftlichen Sitzung am Deutschen Chirurgenkongreß war, sahen sich die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen zur Abgabe einer gemeinsamen Stellungnahme veranlaßt. Diese wurde in den letzten Tagen durch die damit beauftragten Herren (für die Deutsche Gesellschaft Professor Dr. WACHSMUTH und Professor Dr. REIFFERSCHIED, für den Berufsverband Präsident Dr. MÜLLER-OSTEN und meine Person) erarbeitet. Sie ist nachstehend abgedruckt, berücksichtigt ausschließlich die wissenschaftlichen Aspekte des Problems und wurde in dieser Form der Presse übergeben. Bei der abschließenden Pressekonferenz nach Beendigung des Kongresses am Samstag, den 2. Juni wurde von seiten der wissenschaftlichen Referenten wie auch von seiten des Berufsverbandes in berufspolitischer Beziehung noch zu diesem Thema Stellung genommen und an dem aus chirurgischer Sicht unsachlichen und unverantwortlichen Vorgehen von Herrn Pflanz Kritik geübt.

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e. V.:

1. Das für die Behandlung der Appendizitis Entscheidende liegt in der Anzeigestellung zur Operation. Voraussetzung für den Operationsentscheid ist eine sorgfältige Diagnostik, die bei der Appendizitis eine weltweit diskutierte Problematik in sich birgt. Das kommt dadurch deutlich zum Ausdruck, daß Perioden mit weiter gestellter Operationsanzeige (z. B. USA 1930 bis 1955 mit genereller Präventivappendektomie) mit solchen enger gestellter (ebenfalls USA seit etwa 1955) abwechseln.
 2. Dem gegenüber hat die Deutsche Chirurgie in der Frage der Operations-Indikation stets eine besonnene Mittelstellung eingenommen und diese Haltung in früheren Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie — zuletzt 1954 und 1961 — ebenso befestigt wie auf ihrem diesjährigen Kongreß.
 3. Die internationale Mortalitäts-Statistik der WHO könnte als Maßstab für die Richtigkeit der Indikationsstellung der Deutschen Chirurgen herangezogen werden.
- Vergleiche internationaler Statistiken führen jedoch ebenso wie die regionaler Erhebungen unter Umständen zu bedeutsamen Fehlschlüssen.
- Als solche haben sich erwiesen:
- a) Die in einzelnen Ländern sehr häufig simultan oder parallel — z. B. neben einer Gallenblasenoperation — durchgeführte Appendektomie. Die aus der Grundkrankheit resultierenden Sterbefälle fehlen dann in der Mortalitäts-Statistik nach Appendektomie. Die Simultan-Operierten entgehen der Gefahr einer im höheren Lebensalter wesentlich gefährlicheren Appendizitis.
 - b) Die alimentär bedingte geographisch unterschiedliche Appendizitis-Häufigkeit hat für das ehemalige deutsche Reichsgebiet besondere Bedeutung.

4. Daraus leitet sich für die Anzeigestellung der Appendektomie folgendes ab:

- a) Die in Deutschland relativ höhere Mortalität an Appendizitis ist zum größten Teil durch die oben genannten Faktoren zu erklären.
- b) Die ebengewogene, im Zweifelsfall eher weiter gestellte Operations-Indikation schützt den jugendlichen Patienten vor der im Alter lebensbedrohlichen Appendizitis.
- c) Das Sicherheitsbedürfnis des in einem sozial hochentwickelten Land wie der Bundesrepublik Deutschland lebenden Menschen drückt sich nicht zuletzt in der schon bei relativ leichtem Bauchschmerz oft von Patienten an Hausarzt und Chirurgen nicht selten mit Nachdruck hergetragenen Bitte aus, den Wurmfortsatz zu entfernen und damit keine Gefährdung des Kranken eintreten zu lassen.

E.-K.-Frey-Preis verliehen

Der von Bayer Leverkusen für Verdienste um die Inhibitor-Forschung gestiftete und mit DM 10 000,- dotierte E.-K.-Frey-Preis wurde in diesem Jahr anlässlich der 79. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin von deren Vorsitzenden Herrn Professor Begegnung verliehen. Preisträger ist Herr Professor Dr. Günther BLÜMEL, München.

Professor Blümel ist Inhaber des Lehrstuhls für Experimentelle Chirurgie an der Chirurgischen Klinik der Technischen Universität München und Direktor des entsprechenden Institutes, das weitgehend nach seinen Plänen erstellt und interdisziplinär ausgerichtet wurde.

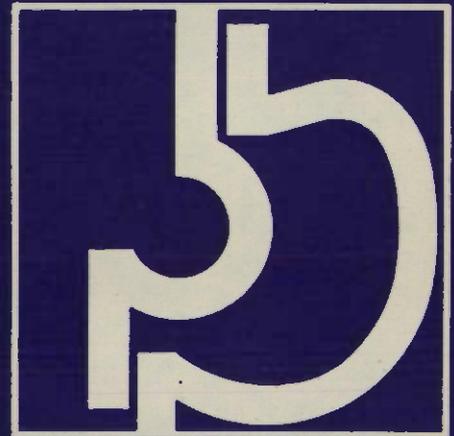
Der Preis wurde ihm verliehen für Arbeiten auf dem Gebiet des traumatisch-hämorrhagischen Schocks unter besonderer Berücksichtigung der Fettembolie und der damit verbundenen Lungenveränderungen.

Herr Professor Blümel war maßgeblich beteiligt an der Aufdeckung der antithromboplastischen Wirkung der natürlichen Proteinase-Inhibitoren und verschiedener Inhibitorwirkungen bei der experimentellen Pankreatitis.

Ab 1964 widmete sich Herr Professor Blümel ausschließlich der Forschung in der Chirurgie.

Neben der Mitentwicklung neuer, rein chirurgisch-operativer Methoden, wie der nahtlosen Anastomosierung kleinster Blutgefäße, war er maßgeblich beteiligt an der Aufdeckung der Möglichkeiten und dem Nachweis der Mechanismen der Lysierbarkeit alter menschlicher Blutgerinselfibrin. Diese Erkenntnis spielt heute auch in der Internistischen Therapie eine große Rolle.

Ein weiteres Arbeitsgebiet befaßt sich mit den Pathomechanismen des posttraumatischen Geschehens, den biologischen Aktivitäten in Frakturhämatomen und deren mögliche Beeinflussung reparativer Knochenvorgänge.



bisuc[®]

Magentabletten

bismutum succus- Magentherapie in moderner Konzeption

- Rasche Schmerzbefreiung durch nachteilige Säurebindung
- Maximale Pepsin-Inaktivierung
- Intenser Schleimhautschutz

1 Tablette enthält:	
Bismut. aluminic.	200 mg
Succus Liquiritiae	300 mg
Magnes. carbonic.	400 mg
Natr. bicarbonic.	200 mg
Cortex Frangulae	25 mg
Fructus Foeniculi	10 mg

Dosierung:
3x täglich 1-2 Tabletten zerkleinert nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einnehmen

OP. mit Tabl. Nr. XXIV DM 3,75
OP. mit Tabl. Nr. XLVIII DM 6,50
OP. mit Tabl. Nr. CXX DM 15,25

Kontraindikationen:
Bei der angegebenen Dosierung nicht bekannt



Trommedorff

H. Trommedorff
Arzneimittelfabrik · Aachen



Herzinfarkt Soforthilfe

Soforthilfe

steht bei kaum einem anderen Krankheitsgeschehen so im Vordergrund wie beim akuten Myokardinfarkt. 600 000 Rezidivbedrohte und jährlich 125 000 Koronartote erfordern die äußersten Anstrengungen zur Morbiditäts- und Mortalitätsenkung. Beim Akutgeschehen bestimmen rasche Schock- und Schmerzbekämpfung sowie Ruhigstellung des Kranken den weiteren Verlauf.

Gerade die mit Valium Roche erzielbare Minderung emotionaler Erregungszustände – also Dämpfung massiver Angst und Distanzierung des Schmerzes – wird sich über eine Senkung des Katecholaminspiegels O₂-sparend auswirken und so die Bemühungen in der Schockbekämpfung nachhaltig unterstützen.

Auch um einen durch Hyperventilation ausgelösten Kollaps zu verhindern, ist die sofortige Injektion von Valium Roche angezeigt. Die Dosierung beträgt dabei:

Initial	Tagesdosis	Weiterbehandlung
i. m.; ausnahmsweise langsam i. v.	1–2 mal i. m. am 1. Tag	oral und/oder rektal
		morgens ●
		mittags ● - ● ●
		abends ● - ● ● zu 5 mg
+ gezielte Standardtherapie	oder	● zu 10 mg

«Mit Valium Roche wird die Herzaktion ökonomischer und die Tendenz zur Vasokonstriktion geringer» (1).

Valium® Roche

(entspannend, sedierend, vegetativ stabilisierend, muskelrelaxierend)

(1) Haas, D., Anschütz, F., Vorträge und Diskussionsbeiträge auf der 2. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Internistische Intensivmedizin, Nürnberg, Oktober 1970, ref.: Selecta 14, 21, 2044–45 (1972).

Valium® Roche

Wie nach den verschiedensten intramuskulären Injektionen wird auch nach Valium Roche eine Erhöhung der Creatin-Phosphokinase (CPK) auftreten. Diese ist nur dann relevant, wenn bei differentialdiagnostischen Befunderhebungen der CPK-Wert entscheidende Bedeutung erlangt. Transaminasenwerte erfahren keine Änderung.

Hinweise:

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

Für die parenterale Verabreichung von Valium Roche genügt in den meisten Fällen die im.-Applikation. Sollte sich die iv.-Gabe als notwendig erweisen, so ist eine Vene mit großem Lumen zu wählen und die Injektion sehr langsam (ca. 0,5–1 ml pro Minute) auszuführen. Bei zu schneller Injektion oder zu kleinem Lumen droht das Risiko einer Thrombophlebitis. **Eine intraarterielle Injektion muß wegen Nekrosegefahr mit Sicherheit vermieden werden.** Valium Roche ist stets allein zu injizieren, da es in der Mischspritze mit zahlreichen Medikamenten inkompatibel ist. Valium Roche bleibt in 5- bis 10-prozentiger Glukose-Infusionslösung oder 0,9-prozentiger Natriumchlorid-Infusionslösung genügend lange ohne Ausfällung von Wirksubstanz gelöst, wenn folgendes beachtet wird: Die Ampullenlösung (nicht mehr als 4 ml) muß dem gesamten Volumen der Infusionslösung, welches 250 ml nicht unterschreiten soll, unter gleichzeitigem guten Vermischen zugesetzt und mit der Infusion unverzüglich begonnen werden.

Bei kreislaufunfähigen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Valium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Oosierung ist bei Patienten mit hirnanorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit kardialer und/oder respiratorischer Insuffizienz der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten sollte man in der ambulanten Praxis auf die parenterale Applikation in der Regel verzichten (Ausnahme Notfalltherapie, z.B. Myokardinfarkt im., Krampffzustände iv.). Unter Klinikbedingungen kann Valium Roche dieser Patientengruppe auch parenteral verabreicht werden. Dabei ist bei iv.-Gabe im allgemeinen niedrig zu dosieren und langsam zu injizieren. Wegen der Möglichkeit des Auftretens einer leichten Blutdrucksenkung, oder in Einzelfällen einer kurzdauernden Beeinträchtigung der Atmung, sollten Maßnahmen für zirkulatorische bzw. respiratorische Unterstützung vorgesehen werden. Während der Frühschwangerschaft sollte Valium Roche – entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter – nur bei zwingender Indikation angewendet werden. Dieser Hinweis ist rein vorsorglich; nachteilige Erfahrungen liegen nicht vor.

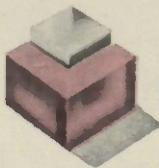
Kontraindikation: Myasthenia gravis.

Valium Roche: 7-Chlor-1,3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on.

20 Tabl. Valium 5 Roche OM 5,50 m.U.5t.

20 Tabl. Valium 10 Roche OM 8,85 m.U.5t.

5 Ampullen Valium 10 Roche OM 8,60 m.U.5t.



Partner in der Herz-Kreislauf-Therapie

Hoffmann-La Roche AG · 7889 Grenzach

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Versorgung 1973

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am **8. September 1973** und am **24. November 1973**, in München 80, Mühlbauerstraße 16, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Versorgung.

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils gegen 16.30 Uhr.

Anmeldungen für den Einführungslehrgang am **8. September 1973** sind bis zum **24. August 1973**, für den Einführungslehrgang am **24. November 1973** bis zum **9. November 1973** an die KVB Landesgeschäftsstelle, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16/III, zu richten.

Die Einzahlungen der Teilnehmergebühr von DM 15,- werden auf das Konto der Landesgeschäftsstelle Nr. 00 65 0440 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse in München unter dem Vermerk „Einführungslehrgang“ erbeten.

Es besteht die Möglichkeit, daß sowohl am **8. September 1973** wie auch am **24. November 1973** mittags im Casino des Ärztehauses ein Menü eingenommen werden kann, wofür jeweils am Tag der Veranstaltung DM 10,- erhoben werden.

25 Jahre Ärztliche Fortbildung in Regensburg

Die unmittelbar nach der Währungsreform in Regensburg ins Leben gerufenen „Ärztlichen Fortbildungskurse“ wurden mit zum Schrittmacher der ärztlichen Fortbildung. Doch über 25 Jahre hinweg hat die Regensburger Ärztliche Fortbildung Modellcharakter behalten. Das trifft für die Auswahl der Vortragenden und das Angebot an medizinischen Themen zu, das in seiner Vielseitigkeit und durch die Ausgewogenheit der Lehrmeinungen als ein Abbild des jeweiligen Forschungsstandes bezeichnet werden kann. Die dem Kollegium für ärztliche Fortbildung in Regensburg angehörenden führenden Mediziner gewährleisten durch ihre Mitarbeit bei der Vorbereitung des Fortbildungsprogramms, daß den Tagungsteilnehmern ein breites Spektrum neuester Forschungsergebnisse dargeboten wird. Auf diese Weise sind einseitige Lehrmeinungen und etwaige Gruppeninteressen zuverlässig ausgeschaltet.

Seit der Begründung der Regensburger Fortbildungsveranstaltungen, Professor Dr. Dietrich JAHN, nicht

mehr am Leben ist, wählt das Kollegium einen von Jahr zu Jahr wechselnden Jahresvorsitzenden als Leiter der jeweiligen Fortbildungstagungen. Im Jubiläumsjahr 1973 wurde der Tübinger Internist Professor Dr. Hans Erich BOCK zum Präsidenten und damit zum Tagungsleiter gewählt. Die Auswahl der Referenten — rund 900 medizinische Forscher, Kliniker und namhafte Praktiker kamen bisher zu Wort — erfolgt nach Gesichtspunkten der Qualifikation und der pädagogischen Eignung, damit die auf wenige Tage konzentrierte Arbeit für die Teilnehmer so effektiv wie möglich sein kann. Besonders wissen die Ärzte, die

zur Fortbildung nach Regensburg kommen, auch die Gelegenheit zu ausgiebigen Diskussionen mit den Referenten zu schätzen.

Zum Ergebnis der 25jährigen Arbeit zählt aber auch, daß bisher rund 50000 Ärzte aus dem Inland und dem deutschsprachigen Ausland das Regensburger Fortbildungsangebot genutzt haben, daß bisher 150 Hauptthemen und 19 Seminare abgehalten wurden und daß zur Förderung des medizinischen Nachwuchses der Homburg-Preis durch das Chemie-Werk Homburg gestiftet worden ist, ein Preis, den das Kollegium alle zwei Jahre für Forschungsarbeiten vergibt.

Ärztstatistik Bayern (5-Jahresvergleich 1967 bis 1972) (Stand: 1. Januar 1973)

Die Bayerische Landesärztekammer veröffentlicht nachstehend die Ärztestatistik für den Freistaat Bayern nach dem Stand vom 1. Januar 1973. Es ergeben sich daraus eine Reihe von sehr aufschlußreichen Informationen für die Beurteilung und Prognose der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung in Bayern. Gegen alle Behauptungen ist die Gesamtzahl der Ärzte allein von 1967 bis 1972 wiederum um 21% gestiegen (Anstieg seit 1950 um 44% gegenüber einer Bevölkerungszunahme in der gleichen Zeit von 18%).

Trotz eines Rückgangs der Zahl der Allgemeinärzte um 2% zeigt die Aufschlüsselung, daß in der freien Praxis immer noch 54% Allgemeinärzte 46% Fachärzten gegenüberstehen. Wir werden aber alle Anstrengungen unternehmen müssen, um gerade des Interesse an der Allgemeinmedizin beim ärztlichen Nachwuchs zu fördern, um den Anteil der Allgemeinärzte nicht nur zu halten, sondern nach Möglichkeit anzuheben.

Auch düstere Vorhersagen, der ärztliche Nachwuchs sei am Aussterben, werden durch die Statistik widerlegt. Die Zahl der Ober- und Assistenzärzte hat um

68% zugenommen. Von der Gesamtzahl der Krankenhausärzte entfallen 88% auf Oberärzte, Assistenzärzte und Medizinalassistenten, 12% auf leitende Ärzte. Wir haben also — wie auch eine Altersgliederung der Ärzte zeigt, die wir vor kurzer Zeit veröffentlichten konnten — sehr starke Nachwuchsjahrgänge, welche in einigen Jahren auch für die freie Praxis zur Verfügung stehen werden.

Die für sich allein gesehen ungünstige Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte ist dadurch bedingt, daß gerade die Jahrgänge der etwa 38- bis 48jährigen besonders schwach besetzt sind. Gerade diese Jahrgänge stellen aber die „junge Gruppe“ der niedergelassenen Ärzte. Um so erfreulicher ist es, daß die Gesamtstatistik eine gute Nachwuchslage erkennen läßt, was uns in einigen Jahren in die Lage versetzen wird, Schwierigkeiten zu beseitigen, die uns heute Sorge bereiten.

Die — sei es aus Unkenntnis oder Absicht — immer wieder in die Öffentlichkeit hineingetragene Beunruhigung und Angst, wir stünden vor einem katastrophalen Ärztemangel, hat keinen sachlichen Boden.

ferro - B₁₂ - EHRL



Zusammensetzung:

1 Dragee enthält:
150 mg
Ferro-glukonat
15γ Vitamin B¹²
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**

1. Übersicht

	1967		1972		Arztgruppen	Veränderung in %
	m	w	m	w		
	14 458	3 976	17 075	5 270	Gesamtzahl Ärzte und MA	+ 21
	18 434		22 345			
Freie Praxis	4 416	765	4 191	894	Allgemeinärzte	- 2
	5 181		5 085			
	2 816	507	3 677	722	Fachärzte	+ 33
	3 323		4 399			
Krankenhausärzte	750	15	954	61	Leitende Ärzte	+ 32
	765		1 015			
	2 966	1 005	4 910	1 768	O.-Ärzte und Assistenzärzte	+ 68
	3 971		6 678			
	910	295	517	126	Medizinalass.	- 47
1 205		643				
	985	183	792	172	Ärzte bei Behörden oder öffentl. rechtl. Körperschaften	- 17
	1 168		964			
	150	29	289	92	Ärzte in sonstiger hauptberuflich ebhängiger Tätigkeit	+ 112
	179		381			
	200		213		Sanitätsoffiziere der BW	+ 6
	200		213			
	1 265	1 080	1 532	1 435	ohne ärztliche Tätigkeit	+ 28
	2 345		2 967			

3. Aufschlüsselung nach Tätigkeitsbereichen 1972

Gesamtzahl 22 345 Ärzte und MA	Gesamtanteil	davon
e) Freie Praxis 9 484	43,0 %	
Allgemeinärzte		54,0 %
Fachärzte		46,0 %
b) Krankenhausärzte 8 336	37,0 %	
Leitende Ärzte		12,0 %
Oberärzte und Assistenzärzte		80,0 %
Medizinalassistenten		8,0 %
c) Ärzte bei Behörden (einschließlich Bundeswehr) 1 177	5,0 %	
d) Ohne ärztliche Tätigkeit 2 967	13,0 %	
e) Sonstige ärztliche Tätigkeit (Pharmazeutische Industrie, Medizinjournalisten usw.) 381	2,0 %	

2. Niedergelassene Kassenärzte

1967	1970	1972	Arztgruppen	Veränderung in %
	4 913	5 085	Allgemeinärzte	
	3 598	4 399	Fachärzte	
8 253	8 511	9 484	Gesamtzahl	+ 16

4. Zahl der ausgesprochenen Facharztanerkennungen

Fachgebiete	männlich (davon Ausländer)	weiblich (davon Ausländer)
Anästhesie	16 (3)	16 (3)
Augenheilkunde	15 (1)	5
Chirurgie	40 (8)	4
(Teilgebiet Kinderchirurgie)	(3)	(-)
(Teilgebiet Unfallchirurgie)	(27)	(-)
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	38 (4)	6
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	13 (1)	4
Dermatologie und Venerologie	8	8
Innere Medizin	101 (11)	32 (1)
(Teilgebiet Gastroenterologie)	(8)	(-)
(Teilgebiet Kardiologie)	(11)	(-)
(Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde)	(2)	(-)
Mund- und Kieferchirurgie	1	-
Kinderheilkunde	25 (1)	26 (3)
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	-
Labordiagnostik	6	1 (1)
Lungen- und Bronchialheilkunde	7 (1)	3 (2)
Neurologie/Psychiatrie	24	8
Nur Psychiatrie	2	-
Neurochirurgie	3	-
Orthopädie	21 (2)	1
Pathologische Anatomie	3	1
Pharmakologie	1	-
Radiologie	14 (2)	7 (1)
Urologie	14 (2)	-
Insgesamt	353 (36)	122 (11)

Personalia



Dr. Hönig 65 Jahre

Abteilungsleiter Dr. jur. Wolfgang HÖNIG wird am 17. Juli 1973 65 Jahre. Dr. Hönig ist seit Mai 1961 Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung. In dieser Eigenschaft hat er mit den Organen der Selbstverwaltung hervorragend zusammengearbeitet und entscheidend dazu beigetragen, daß dieses Versorgungswerk weiter ausgebaut werden konnte. Vor allem war es möglich, die Versorgungsleistungen entscheidend zu verbessern, den Schutz der Frühberufsuntfähigen auszubauen und die laufenden Renten zu dynamisieren. Dr. Hönig hat sich dadurch um die bayerische Ärzteschaft sehr verdient gemacht.

Landespolitik

Beratung des Haushalts des bayerischen Sozialministeriums

Auszüge aus der Haushaltsrede des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung Dr. PIRKL vor dem Bayerischen Landtag

„Unter dem Ziele, das Arbeitsleben zu humanisieren, stehen auch unsere Überlegungen zur **Verbesserung der werksärztlichen Versorgung**. Wir müssen dazu kommen, daß

1. die Arbeitnehmer mehr als bisher auf ihre physische und psychische Eignung für eine beabsichtigte Beschäftigung untersucht werden – nach Möglichkeit schon im Vorhinein –,
2. wiederholte Untersuchungen zur Früherkennung arbeitsbedingter Gesundheitsschäden durchgeführt werden,

Ordensverleihungen an bayerische Ärzte

Sozialminister Dr. PIRKL überreichte nachstehenden Ärzten das ihnen vom Bundespräsidenten verliehene Bundesverdienstkreuz Erster Klasse:

Medizinaldirektor Dr. med. Emil ARTMANN, Berchtesgaden

Obermedizinaldirektor Dr. med. Karl HABICHT, Berchtesgaden

Obermedizinaldirektor a. D. Dr. med. Kurt SCHWÄDT, Bayreuth

Am 30. Mai 1973 wurde folgenden Kollegen der Bayerische Verdienstorden durch den Bayerischen Ministerpräsidenten Dr. GOPPEL verliehen:

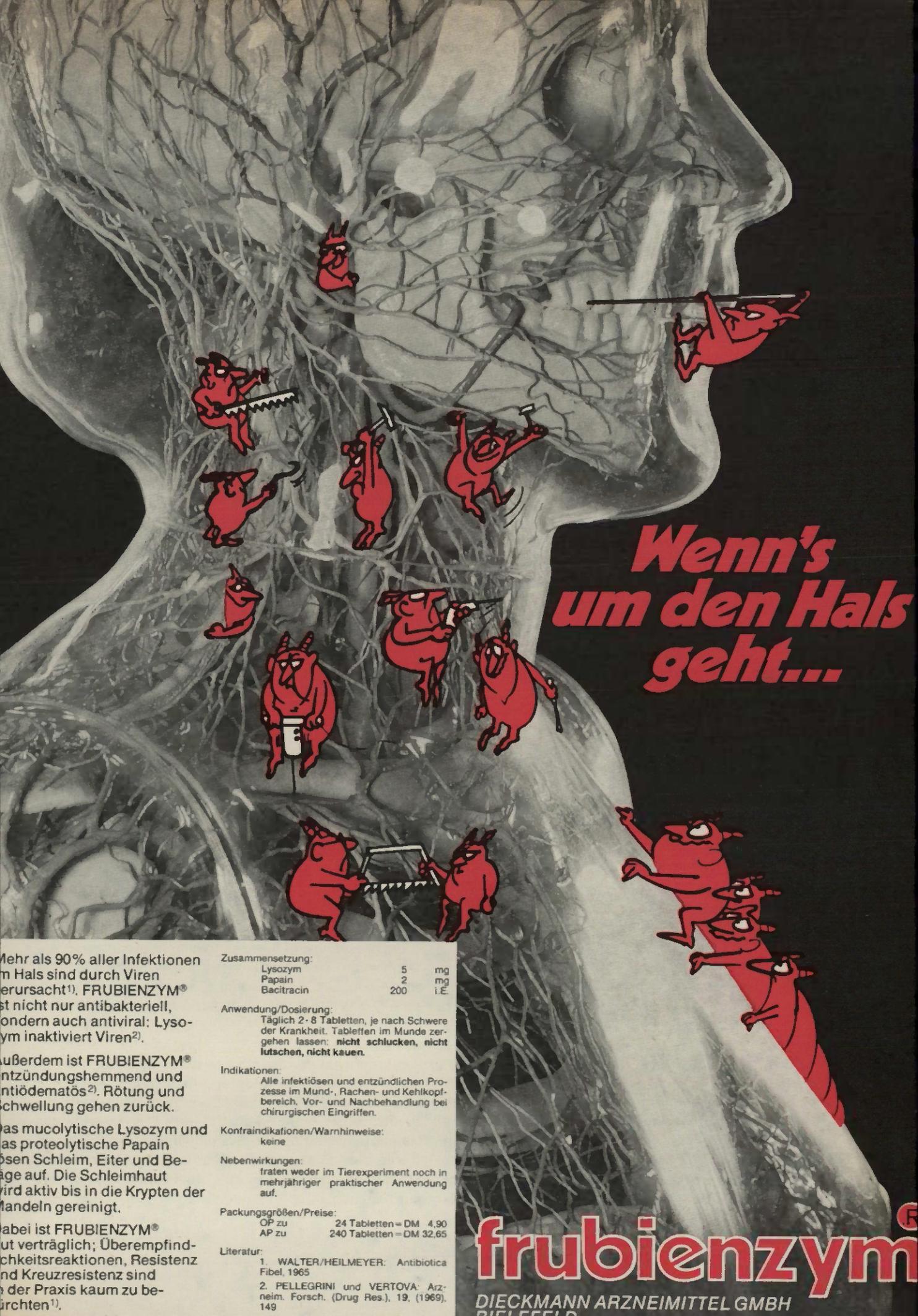
Professor Dr. Horst WULLSTEIN, Würzburg

Dr. med. Franz ZECH, Grassau

Ehrenvolle Berufung von bayerischen Ärzten

Bei der diesjährigen Generalversammlung der World Federation of Public Health Associations in Genf wurde der Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Obermedizinaldirektor Dr. Alfred BÖHM, München, Mitglied des Bayerischen Landesgesundheitsrates, zum Vizepräsidenten gewählt. Mit dieser Wahl ist die Übernahme des Amtes des Präsidenten ab 1974 verbunden.

Senator Ministerialrat Dr. Bernhard KLÄSS, M. P. H., Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, wurde als Mitglied des Exekutiv-Ausschusses, dem er als Vertreter der Bundesrepublik seit der Gründung 1967 angehört, erneut bestätigt.



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

Mehr als 90% aller Infektionen im Hals sind durch Viren verursacht¹⁾. FRUBIENZYM® ist nicht nur antibakteriell, sondern auch antiviral: Lysozym inaktiviert Viren²⁾.
 Außerdem ist FRUBIENZYM® entzündungshemmend und antioedematos²⁾. 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 beobachten¹⁾.

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

Anwendung/Dosierung:
 Täglich 2-8 Tabletten, je nach Schwere der Krankheit. Tabletten im Mund 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
 DIELEFELD

235 000 gewerblichen Betrieben mit zusammen über 3 Millionen Beschäftigten waren leider nur 172 Betriebe werksärztlich versorgt. Bei den Großbetrieben, also den Betrieben mit mehr als 1000 Beschäftigten, sieht es günstiger aus. Hier gibt es in 48% der Betriebe eine werksärztliche Versorgung.

Trotz dieser Schwierigkeiten hoffe ich, die werksärztliche Versorgung schrittweise verbessern zu können. Beide Sozialpartner sind hier sehr aufgeschlossen und werden in nächster Zeit ihre Bemühungen ebenfalls verstärken. Auch der Bayerische Senat hat — was ich hier mit Dank erwähnen möchte — den Ausbau der werksärztlichen Versorgung für sehr wichtig erachtet.

Die nächsten Schritte bei diesem Ausbau werden sein:

1. Eine gezielte Werbung bei den Betrieben, insbesondere bei solchen mit gesundheitsgefährdenden Arbeitsvorgängen,
2. die Anregung und Förderung der Einrichtung unterbetrieblicher stationärer oder mobiler Werksarztstationen oder Werksarztzentren durch Klein- und Mittelbetriebe,
3. die finanzielle Förderung einer Modelleinrichtung, welche von der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin vorbereitet wird."

...

„Gestatten Sie mir nun weitere Bemerkungen zu meinen gesundheitspolitischen Zuständigkeiten.

An erster Stelle steht hier das **Krankenhauswesen**. Ausmaß und Schwierigkeit der Aufgaben, denen sich mein Haus dabei gegenüber sieht, werden noch nicht überall voll erkannt. Ich appelliere deshalb an jede Kollegin und jeden Kollegen in diesem Hohen Hause, jenen außerordentlichen Stellenwert, den sie der Krankenhausversorgung in ihrem eigenen Stimm- oder Wahlkreis beimessen, auch zur Grundlage aller Krankenhaus-Entscheidungen im Parlament zu machen. Anders wird es uns nicht gelingen, jene unbestreitbar notwendigen Fortschritte in unserem Krankenhauswesen zu erzielen, die der Staatsbürger dringender von uns erwartet als so manche andere Maßnahme, die im Augenblick vielleicht den Schein besonderer Opportunität trägt.

Neben der Fülle überwiegend völlig neuer Aufgaben, die das Krankenhausfinanzierungsgesetz dem für das Krankenhauswesen zuständigen Ministerium bringt, ist eine in der Vergangenheit noch nie dagewesene **Flut von Anträgen** auf fachliche Prüfung und Billigung von zum Teil großen und größten Krankenhausprojekten auf uns zugekommen. Dies hat drei höchst verständliche Ursachen. Einmal öffnen sich jetzt jene Schleusen, hinter denen sich die fast zwei Jahre lang zurückgehaltene Initiative der Krankenhausträger im Zuge der Gebietsreform mächtig aufstaut. Ferner hat eine Reihe von Krankenhausträgern erforderliche Projekte während der ebenfalls fast zweijährigen Be-

ratung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Schublade liegen lassen. Auch diese Bremswirkung ist nunmehr entfallen. Schließlich entfaltet das Prinzip der Vollfinanzierung, welches das Krankenhausgesetz mit all seinen Problemen für die Länder neu einführte, selbstverständlich enorm stimulierende Wirkung. Mit diesen Problemen müssen wir jetzt fertig werden.

Für eine erfolgreiche **Weiterentwicklung** unseres bayerischen Krankenhauswesens müssen wir einige Grundtendenzen berücksichtigen, in denen wir uns von den meisten anderen Bundesländern unterscheiden. Da ist einmal die **Trägerschaft**. In Bayern liegt der Schwerpunkt der stationären Versorgung erheblich stärker als anderswo bei der öffentlichen Hand. Sieht man von den Sonderkrankenhäusern und Kurkrankenhäusern ab, so ergibt sich ein Verhältnis von 59,9% der Hospitäler in öffentlicher zu 18,2% in freigemeinnütziger zu 21,9% in privater Hand. Wenn wir die Betten rechnen würden, würde dieses Verhältnis noch einprägsamer erscheinen. Die Krankenhaussituation in unserem Lande unterscheidet sich noch in einem weiteren wesentlichen Punkt gravierend von den durchschnittlichen Verhältnissen im Bundesgebiet. Als der größte Flächenstaat der Bundesrepublik zählt Bayern die meisten Krankenhäuser aller Bundesländer überhaupt. Das hat zur Folge, daß unsere Krankenhausversorgung häufig in kleinen und kleinsten Splittälern erfolgt. Wenn trotz der ständig zunehmenden Zahl großer und größter Krankenanstalten die durchschnittliche Bettenzahl pro Haus bei uns noch etwa 140 beträgt, so können Sie daraus ersehen, welche gewichtige Rolle diese kleinen Hospitäler in Bayern nach wie vor spielen.

Gleichwohl müssen wir uns gerade von diesen grundsätzlichen Feststellungen aus auch grundsätzlich entscheiden. Es handelt sich um die **regionalen Planungseinheiten**, um die Versorgungsstufen und die damit verbundenen Größenordnungen der Krankenhäuser und endlich um die Trägerschaft. Zu diesen drei Entscheidungspunkten darf ich nun einiges sagen. Was die Planungseinheiten betrifft, so bin ich der Meinung, daß wir getrost an die Landkreise und kreisfreien Städte anknüpfen sollten. Natürlich weiß ich, daß sich die Einzugsgebiete von Krankenhäusern nie mit kommunalen Grenzen völlig decken werden. Gleichwohl sind Landkreise und kreisfreie Städte schon von der, wie erwähnt, überwiegenden Trägerschaft, vor allem aber von der Transparenz für den Bürger und potentiellen Patienten her die vernünftigste und realistischste Planungsbasis für die Grundversorgungsstufe. Ich möchte es nicht einigen wenigen Sozialministern anderer Bundesländer gleich tun und noch eigene Krankenhausversorgungsgebiete als zusätzliche Regionen konstruieren. Dies brächte die Gefahr eines regionalen Systemwirrwarrs mit sich und würde die Initiative von unten, von den Kreisen und Städten her, ohne die es ja — weiß Gott! — nicht geht, nur hemmen.

Fazit, meine sehr verehrten Damen und Herren: keine spezifische Krankenhausregionalverfassung in Bayern! Das ist die Meinung des hier federführenden Ministers.

Auf dieser Linie liegt es auch, wenn ich der Auffassung bin, Krankenhäuser der zweiten Versorgungsstufe sollten sich grundsätzlich an den vorgeschlagenen Oberzentren befinden; zu diesen Standorten käme, je nach konkreter Situation, noch das eine oder andere Mittelzentrum hinzu. Krankenhausgesellschaft, kommunale Spitzenverbände, Spitzenverbände der freigemeinnützigen und der privaten Krankenträger sowie nicht zuletzt der gesetzlichen Krankenkassen werde ich in diesen Entscheidungsprozeß mit aller Aufgeschlossenheit einbeziehen. Das ist selbstverständlich.

Die zweite Frage, von der ich sprechen will, ist die nach der **Zahl der Versorgungsstufen**. Hier sehe ich keine Notwendigkeit, von dem auch heute zeitgemäßen Dreistufensystem abzugehen. Ich weiß, daß es Bundesländer gibt, die eine weitere Differenzierung durch Neuschaffung zusätzlicher Stufen erwägen. Wie mir scheint, ist dort ein Perfektionierungsdrang am Werk, der eine nachteilige und vor allem nicht ernsthaft notwendige Komplizierung herbeiführt. Auch in dieser Frage sollte uns Klarheit einiges wert sein. Nach meiner Konzeption wird es also bei Stufe 1 = Grund- oder Regelversorgung, Stufe 2 = Haupt- oder Schwerpunktversorgung und Stufe 3 = Zentral- oder Maximalversorgung bleiben, von Ergänzungs-Kliniken und Nachsorge-Krankenhäusern einmal abgesehen. Ich hoffe, daß dies ein Konzept ist, mit dem auch Sie, meine Damen und Herren, als die so oft Betroffenen einverstanden sein können.

Ein Wort zur **Größenordnung** unserer Grundversorgungshäuser, so wie ich diese planerisch sehe. Ich meine, daß wir hier aus Gründen der medizinischen Leistungsfähigkeit, der Gliederung in Fachabteilungen und der wirtschaftlichen Nutzung kostspieliger Einrichtungen prinzipiell 300 bis 400 Betten vorsehen sollten. Mit dieser Bettenzahl kann ein Einzugsbereich von 60 000 bis gut 80 000 Einwohnern versorgt werden.

Der Weg zu diesem Ziel wird indessen gerade in Bayern sehr behutsam gegangen werden müssen, d. h. die vielen kleineren Krankenhäuser in Bayern haben eine Funktion im gegenwärtigen Augenblick, und ihre Funktion ist auch sehr sorgfältig bei jedem einzelnen weiteren Schritt, den wir hier gehen, zu überdenken und zu überlegen.

Meine Damen und Herren, wenn ich dies so sage, denke ich natürlich gerade an Ostbayern und an die anderen dünnbesiedelten Gebiete. Ich möchte aber mit diesem Hinweis auf die Besonderheit der bayerischen Krankenhausstruktur nicht etwa das relativieren, was ich einfach von der zweckmäßigen Größenordnung eines modernen Krankenhauses sagen muß, denn eine optimale Versorgung setzt heute ein gut-

Mit
zeitgemäßer
Komposition

Azur[®]

Azur[®] gegen Schmerzen

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

3mal tägl. 1-2 Tabletten
O.P. mit 10 Tabl. DM 1,40
O.P. mit 20 Tabl. DM 2,30

Azur[®] compositum gegen starke Schmerzen

1 Tablette enthält: Paracetamol 200 mg
Propyphenazon 150 mg, Coffein 50 mg
Codein. phosphoric. 15 mg, Acidum
phenylethylbarbituricum 25 mg
2-Dimethylamino-ethanol-
bitartrat 25 mg

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

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

Kontraindikation:
Schwere Nierenschäden
Pyrazolon-Allergie, Blutdyskrasien

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



gegliedertes und mit modernsten Einrichtungen ausgestattetes Haus voraus und keiner, meine Damen und Herren, hat ein Interesse daran, wenn es wirklich einmal ernst wird, in einem aufgesplitterten Krankenhauswesen betreut zu werden, wenn dann die Leistung bei ihm eben nicht entsprechend auf der Höhe der Zeit, der Wissenschaft und der Technik ist.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, nun noch ein Wort zur derzeitigen Diskussion über die innere Struktur und **Organisation unserer Krankenhäuser**. Ich vermeide in diesem Zusammenhang ganz bewußt das Schlagwort vom sogenannten klassenlosen Krankenhaus. Ich meine, wenn selbst die sogenannten progressiven Kräfte in harten Debatten z. B. des Deutschen Ärztetages, schon seit Jahren diesem Modewort abgeschworen haben, sollten wir es nicht wieder aufwärmen. Gewiß tragen die Diskussionen in unserem Gesundheitswesen ganz allgemein unverkennbar gesellschaftspolitische Züge. Dies gilt besonders für Auseinandersetzungen eben auch um die innere Struktur unserer Hospitäler. Auch ist nicht zu leugnen, daß in einer Anzahl von Krankenhäusern noch Organisationsformen praktiziert werden, die als bald einer Verbesserung bedürfen. All das ändert jedoch nichts daran, daß ich es weder für fachlich geboten noch für politisch sinnvoll halte, es einigen anderen Bundesländern gleichtun zu wollen, und die innere Organisationsstruktur unserer Krankenhäuser durch gesetzlichen Zwang von Staats wegen zu diktieren.

Die Einstellung der Bayerischen Staatsregierung zur sogenannten inneren Krankenhausreform ist vielmehr geprägt vom Bekenntnis zu einer freiheitlichen Gesundheitspolitik, d. h. von einer Absage an eine Sozialisierung oder Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens.

Deshalb haben wir schon bei den Gesetzesberatungen zum Krankenhausgesetz erfolgreich dafür gekämpft, daß die finanzielle Förderung nicht mit obrigkeitlichen Eingriffen in die innere Struktur verbunden werden darf. Ich halte es für dringend notwendig, daß die scharfen gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen unserer Tage nicht auch noch ins Krankenhaus getragen werden. Dies könnte nur zu Lasten des Patienten gehen. Ideologegeschwängerte Atmosphäre ist das Gegenteil eines Heilklimas.

Das Bayerische Ausführungsgesetz zum Krankenhausgesetz wird demnach keine Reglementierung der inneren Struktur unserer Krankenhäuser bringen. Eindringliche und einmütige Briefe aller Spitzenverbände der verschiedenen Krankenhausträger bis hin zum Städteverband bestärken mich in dieser hier soeben vorgetragenen Haltung.

Meine Damen und Herren, d. h. also, unsere Devise wird sein: empfehlen statt befehlen und auch Rücksichtnahme auf die Entscheidung kommunaler Selbstverwaltungen, die sich auch in diesem Punkte zu bewähren hat und bewähren darf.

Auf dem Gebiete der **stationären Versorgung** trägt mein Haus schon bisher unmittelbare Verantwortung für die Versorgungskrankenhäuser und Kuranstalten und seit einiger Zeit für den Aufbau des Herzzentrums in München.

Für die Versorgung Querschnittgelähmter wird das Versorgungskrankenhaus Bayreuth zu einem Querschnittgeähmtenzentrum ausgebaut. Mit der Fertigstellung dieses 30-Millionen-Projektes ist, wie ich schon angekündigt habe, im nächsten Jahr zu rechnen.

Bei der Errichtung des deutschen **Herzzentrums** in München an der Lazarettstraße haben sich zwar unvorhergesehene Schwierigkeiten ergeben, dennoch wird im Sommer dieses Jahres der Ambulanzbetrieb aufgenommen. Daran wird sich die Inbetriebnahme des klinischen Teils anschließen. Damit werden erstmals in Europa die Fachrichtungen Herzchirurgie, Erwachsenen- und Kinderkardiologie sowie die Institute für Radiologie, Laboratoriumsdiagnostik und Anästhesiologie in einem Haus vereinigt sein.

Die bisher viel zu langen Wartelisten selbst bei dringenden Herzoperationen werden dann spürbar verkürzt werden können. Schon in der Anlaufphase können jährlich 600 Herzoperationen, 200 Herzschrittmacher-implantationen und 800 bis 1000 Herz-Katheteruntersuchungen durchgeführt werden. Hier, meine Damen und Herren, setzt sich Bayern auch in diesem gesundheitspolitischen Bereich an die Spitze in der Bundesrepublik Deutschland.

Was dieses Herzzentrum in seiner Einmaligkeit darstellt, ist ein eigens dafür errichtetes Zentrum, um auch den großen Steu bei den Universitäten mit abfangen zu helfen und in dieser kombinierten Form eine umfassende Herzbehandlung überhaupt zu ermöglichen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, die Probleme der Gesundheitsvorsorge, der Vorsorgeuntersuchungen und ähnlich schwerwiegende gesundheitspolitische Probleme darf ich hier nur als Stichwort nennen.

Daß natürlich auch das Stichwort der **kassenärztlichen Versorgung** hier nicht unerwähnt bleiben darf, ist für uns alle, die wir mit diesen Problemen zu tun haben, selbstverständlich. Meine Damen und Herren, ich besitze ebensowenig wie andere Bundesländer ein Patientenzertifikat, bei Aufrechterhaltung der ärztlichen Niederlassungsfreiheit, die ja grundgesetzlich garantiert ist, wie das Bundesverfassungsgericht in einem Grundsatzzurteil bestätigt hat, alle Wünsche der Bevölkerung und auch der Kollegen in diesem Hohen Hause zu erfüllen. Andererseits bitte ich nicht zu übersehen, daß wir mit dem Bayernprogramm schon einen deutlichen Erfolg erzielt haben.

Nicht unerwähnt möchte ich eber lassen, daß die Ärzteschaft selbst in jüngerer Zeit erhebliche eigene

Lassen Sie ihn mitspielen –

verschreiben Sie ihm Neocalcit®-Präparate, denn diese enthalten, was Kinder zum gesunden Heranwachsen brauchen: Calcium und Vitamine.

Neocalcit® mit Vitamin D₃
und
Neocalcit®comp.

mit den Vitaminen A B₁ C D₃

- * zur Calcium-Vitamin-Substitution
- * zur Rachitisprophylaxe
- * in der Rekonvaleszenz
- * bei körperlicher Erschöpfung, Infektionsanfälligkeit und Appetitmangel

Zusammensetzung

Neocalcit®

1 Tablette (1 g Pulver) enthält Calcium citric. 300 mg, Calcium phosphoric. 20 mg, Vitamin D₃ 300 I. E.

Neocalcit®comp.

1 Tablette (1 g Pulver) enthält zusätzlich Vitamin-A-acetat 300 I. E., Vitamin-B₁-chloridhydrochlorid 0,3 mg, Vitamin C 10 mg.

Vitamin D₃ fördert die Calcium-Resorption im Magen-Darm-Trakt.

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. Neocalcit® schmeckt nach Schokolade und wird deshalb von Kindern besonders gern genommen.

Kontraindikationen

Hyperkalzämie, Hyperkalzurie

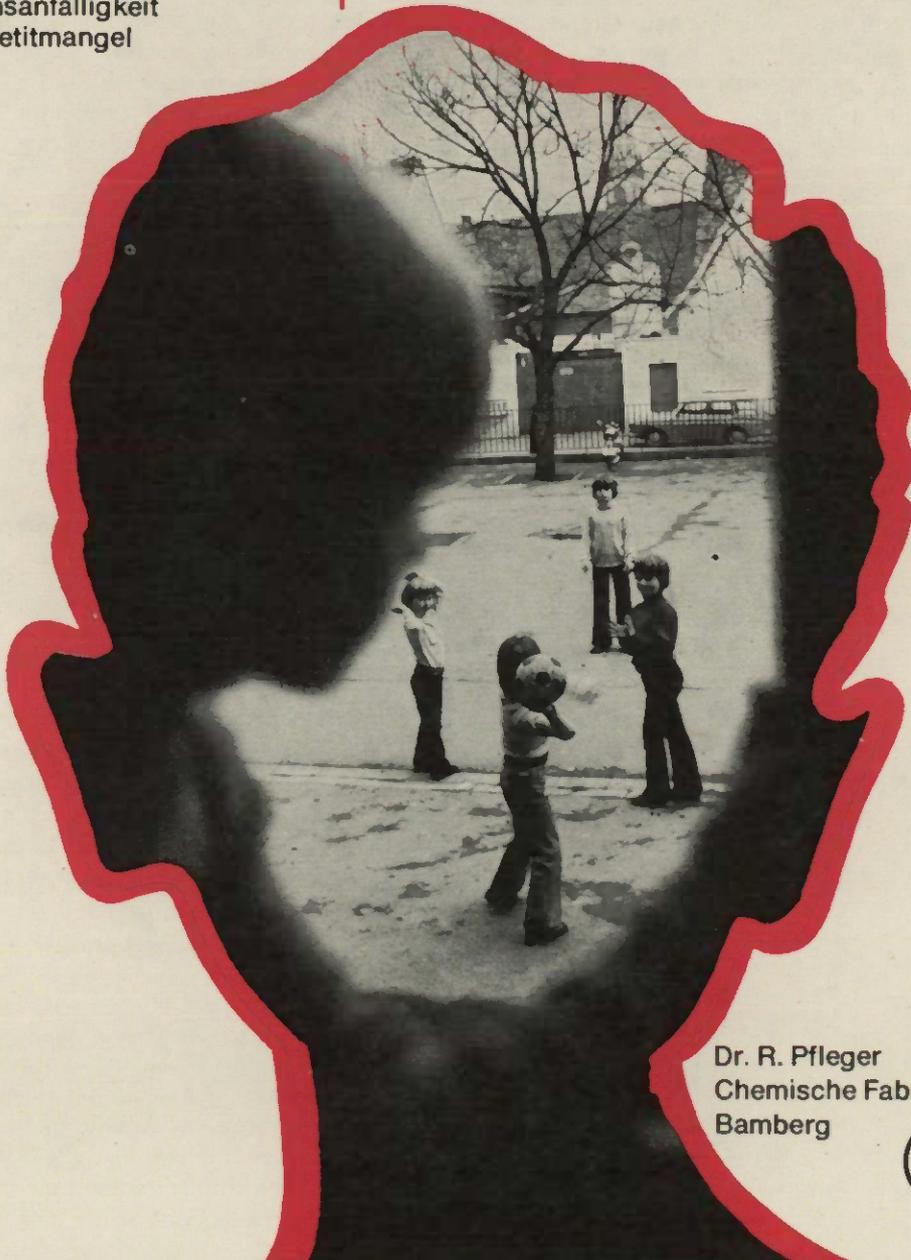
Handelsformen und Preise m. MWSt.

Neocalcit®

Packung mit 50 Tabletten	DM 2,30
Packung mit 50 g Pulver	DM 2,30
Packung mit 400 Tabletten	DM 12,80
Packung mit 400 g Pulver	DM 12,80

Neocalcit®comp.

Packung mit 50 Tabletten	DM 3,30
Packung mit 50 g Pulver	DM 3,30
Packung mit 400 Tabletten	DM 18,40
Packung mit 400 g Pulver	DM 18,40



Dr. R. Pflieger
Chemische Fabrik GmbH & Co
Bamberg



Anstrengungen auch finanzieller Art unternommen hat, um auftretende Engpässe möglichst rasch zu beseitigen.

Dabei darf man nicht verkennen, daß das Problem der kassenärztlichen Versorgung äußerst vielschichtig ist. Hier spielen Fragen wie die des Numerus clausus an den Universitäten, das schwindende Interesse der jungen Mediziner für eine Allgemeinpraxis und Probleme der Infrastruktur, um nur die wichtigsten zu

nennen, eine ganz entscheidende Rolle. Das heißt, den vielfachen Ursachen unserer Probleme in der ärztlichen Versorgung in manchen Gebieten unseres Landes müssen auch in diesem Falle Hilfen entgegengesetzt werden. Ich habe, meine sehr verehrten Damen und Herren, darüber schon eingehend diesem Hohen Hause berichtet und die Öffentlichkeit unterrichtet, so daß ich es mit diesen kurzen Bemerkungen bewenden lassen kann.“

Ausführungen von Professor Dr. SEWERING, MdS, im Bayerischen Senat zum Haushalt des Sozialministeriums

„Gestatten Sie mir einige Anmerkungen zu zwei Gutachtensbemerkungen, die hier vorgeschlagen werden. Die erste betrifft die Errichtung von **mobilen oder immobilien werksärztlichen Zentren** oder die Förderung von diesbezüglichen Plänen. Sie wissen, daß im Bundestag ein Gesetzentwurf wieder neu eingebracht wurde, der vorschreiben soll, daß alle Betriebe werksärztlich zu betreuen sind. Dieses Anliegen kann von ärztlicher Seite nur wärmstens unterstützt werden; denn in der heutigen Zeit ergibt sich aus den Besonderheiten des Arbeitsprozesses eine Fülle medizinischer Fragestellungen, die die Mitwirkung eines entsprechend geschulten Arztes in den Betrieben erforderlich machen. Problematisch ist dabei für uns Ärzte die Frage, wie man die Fülle der Kleinbetriebe am zweckmäßigsten ärztlich versorgen kann. Darüber hat sich in den letzten Jahren die Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in engster Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium eingehend Gedanken gemacht. Bei dieser Akademie, die jetzt bekanntlich neu konstituiert werden muß, besteht die Absicht, diese Überlegungen durchzusetzen und ein entsprechendes Modell zu entwickeln.

Es wurde schon die Frage angeschnitten: **mobil oder immobil?** Meine Damen und Herren, wir werden wohl einen Mittelweg wählen müssen.

Auf der einen Seite bin ich persönlich der Meinung, daß die werksärztliche Tätigkeit für Kleinbetriebe nicht völlig in einen Omnibus verlagert werden kann; das wäre weder für den Arzt eine befriedigende Arbeitsmöglichkeit noch für die Betriebsangehörigen eine sehr ansprechende Angelegenheit. Andererseits würden aber zentrale werksärztliche Einrichtungen, etwa rein geographisch angeordnet, für die Betriebe im weiteren Bereich Anmarschwege für die Betriebsangehörigen und damit wiederum eine Erschwerung der Versorgung mit sich bringen. Vor allem ließe sich dadurch ein enger Kontakt des Werksarztes, des Arbeitsmediziners, mit dem einzelnen Betrieb bzw. dem Arbeitsplatz nicht herstellen.

Deshalb glaube ich, daß man sich überlegen sollte, ob nicht möglicherweise auch in kleineren Betrieben zumindest räumliche Voraussetzungen für die Begegnung zwischen dem Werksarzt und dem Betriebs-

angehörigen zu schaffen wären. Eine derartige Verteilung der entsprechenden Räumlichkeiten würde dem Werksarzt die Begegnung am Arbeitsplatz im Betrieb selbst und damit auch die Überwachung des Arbeitsplatzes aus arbeitsmedizinischer Sicht ermöglichen. Ich hoffe, daß es möglich sein wird, in den nächsten Jahren ein solches Modell zu entwickeln und betriebsfähig zu machen, um auf diese Weise Erfahrungen zu sammeln und dann Empfehlungen für eine bestmögliche werksärztliche Versorgung geben zu können.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Frage gestellt, ob denn die **Zahl der Ärzte** überhaupt ausreiche, um in der Zukunft solche Aufgaben in Angriff zu nehmen und zu bewältigen. Meine Damen und Herren! Wir stehen zwar zur Zeit vor dem Problem, daß etwa zehn Jahrgänge unseres Berufsstandes — etwa zwischen dem 36. und dem 47. Lebensjahr — außerordentlich schwach besetzt sind, können aber feststellen, daß die Nachwuchsjahrgänge — 35 Jahre und jünger — außerordentlich stark besetzt sind, so daß uns in den kommenden Jahren wieder mehr Ärzte zur Verfügung stehen werden. Wenn entsprechende arbeitsmedizinische Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden, bin ich sicher, daß die Aufgabe des Arbeitsmediziners, des Werksarztes, auch genügend Nachwuchs anlocken wird.

Nun meine zweite Anmerkung: Der Senat empfiehlt, die Mittel für **Krebserkennung und Krebsbekämpfung** einschließlich der Betreuung von Nachbehandlungseinrichtungen auf DM 200 000,— zu erhöhen. Meine Damen und Herren! Als Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, die ich 1957 mit errichtet habe, bin ich für diese Anregung des Senats besonders dankbar. Diese Arbeitsgemeinschaft, der alle Träger der Kranken- und der Rentenversicherung, die Ministerien, welche mit solchen Aufgaben befaßt sind, und andere Kreise angehören, hat es sich ganz besonders zur Aufgabe gemacht, auf diesem Gebiet fördernd tätig zu sein. Wir haben als erste in der Bundesrepublik eine **Schule für zytologische Assistentinnen** aufgebaut und fortentwickelt, um für die Ärzte Helferinnen heranzubilden, die uns überhaupt erst

In die Lage versetzen, die so dringend notwendigen zytologischen, d. h. Zelluntersuchungen durchzuführen. Unsere Arbeitsgemeinschaft in Bayern stand wohl auch mit an der Spitze, als sie zwei **Krebskliniken**, Kliniken zur Vor- und Nachbehandlung von Tumorkranken, errichtete, nämlich in Trißl/Oberaudorf und in Oberstaufen. Dadurch wurde es möglich gemacht, Patienten mit solchen Krankheiten zu sozialen Bedingungen, d. h. zu Bedingungen, die unseres Sozialstaates und unserer Gesellschaft würdig sind, als Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln. Wir halten es für notwendig, dafür noch weitere Krankenbetten in Bayern zu schaffen; denn es muß alles getan werden, um Tumorkranke davor zu bewahren, in ihrer Not Opfer wirtschaftlicher Ausbeutung zu werden, indem sie irgendwelchen Angeboten nachgehen, von denen sie in ihrer Ausweglosigkeit Hilfe erwarten. Deshalb hat unsere Gesellschaft die Verpflichtung, entsprechende Kliniken zur Verfügung zu stellen, in denen der versicherte Kranke zu den gleichen Bedingungen wie in jedem Krankenhaus, also auf Kosten seiner Versicherungsgemeinschaft, behandelt werden kann. Unsere Arbeitsgemeinschaft hat es sich besonders angelegen sein lassen, die erwähnten beiden Kliniken zu fördern. Ich glaube, wir konnten auf diese Weise im Laufe der Jahre sehr viel Segensreiches tun.

Daneben betreiben wir eine **Aufklärung der Bevölkerung** und bemühen uns, die Vorsorge-Untersuchungen in das Bewußtsein der Frauen und der Männer zu bringen; denn die Beteiligung an den Vorsorge-Untersuchungen ist nach wie vor noch völlig unbefriedigend. Sie liegt alles in allem knapp bei 25% derer, die eigentlich angesprochen werden, und das ist erschreckend wenig. Deshalb müssen wir auch verstärkt Mittel in die Aufklärung und die Werbung investieren. Darüber hinaus betreiben wir auch eine sehr intensive Fortbildung der Ärzte auf diesem Gebiet."

Amtliches

Nachwahl eines Delegierten und zweier Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer im Stimmkreis Neumarkt/Opf. vom 7. bis 11. Mai 1973

Gemäß § 23 Abs. 2 der Wahlordnung wird hiermit das vorbezeichnete Wahlergebnis bekanntgegeben:

Delegierter:

Dr. Richter Werner, Allgemeinarzt,
8430 Neumarkt, Pelchenhoferstraße 17 a

Ersatzmänner:

Dr. Koch Fritz, Frauenarzt,
8430 Neumarkt, Schützenstraße 2

Dr. Oltersdorff Joachim, Oberarzt,
8430 Neumarkt, König Christophstraße 10

Als Stichtag für die Bekanntgabe dieses Wahlergebnisses habe ich gemäß § 23 Abs. 2 der Wahlordnung den **15. Juli 1973** festgesetzt.

Jeder Wahlberechtigte des Stimmkreises Neumarkt/Opf. kann gemäß § 25 Abs. 1 der Wahlordnung binnen 14 Tagen nach Bekanntgabe dieses Wahlergebnisses die Wahl wegen Verletzung der Wahlordnung bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16/IV, anfechten.

München, 24. Mai 1973

Landeswahlleiter

Poellinger
Rechtsanwalt



Dismenol®

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

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

**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



Neo-Tetravitol®

Breitgefächerte Vitamintherapie
Vitamine für 30 Tage in 1 Tube

Breitgefächerte Indikation:

Erhöhter Vitaminbedarf, z. B. während der Schwangerschaft und Stillzeit, im Wachstum, durch einseitige Ernährung, Infektionen oder Antibiotikatherapie.

Rationelle Vitamintherapie:

Vitamine für 1 Tag in 1 Teelöffel = DM 0,26

Niedrige Behandlungskosten:

Vitamine für 30 Tage in 1 Tube = DM 7,85

Kontraindikationen und Nebenwirkungen: Bisher nicht bekannt

Zusammensetzung: In 5 ml (1 Teelöffel): 2000 I.E. Vitamin A, 1,0 mg Vitamin-B₁-chloridhydrochlorid, 1,0 mg Vitamin-B₂-5'-phosphat-Natrium, 0,8 mg Vitamin-B₆-hydrochlorid, 8,0 mg Nicotinsäureamid, 50 mg Vitamin C, 400 I.E. Vitamin D₃, 2,5 mg Vitamin-E-acetat.

Handlungsform: Multivitaminkonzentrat in Geleeform Tube zu 150 ml

Satzungsänderung der KVB

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 14. April 1973 folgende Ergänzung der Satzung beschlossen, die inzwischen von der Aufsichtsbehörde – dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung – mit Entschließung Nr. II A 3/4684/26/73 vom 18. Mai 1973 genehmigt worden ist:

„§ 2 erhält folgenden neuen Absatz 2:

In Erfüllung der der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERNS nach § 368 n Absatz 1 Satz 1 RVO übertragenen Verpflichtung, die kassenärztliche Versorgung in Bayern sicherzustellen, trifft die KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS Maßnahmen zur Qualitätssicherung für ärztliche Sachleistungen. Der Vorstand erläßt zu diesem Zweck Richtlinien über die Auswahl der in die Qualitätssicherung einzubeziehenden Leistungen sowie über den Inhalt und die Durchführung der Qualitätssicherung.

Der bisherige Absatz 2 wird Absatz 3.

Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.“

Bekanntmachung der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern vom 17. Mai 1973 – Nr. I E 2 - 5126/1 - 6/73 –

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

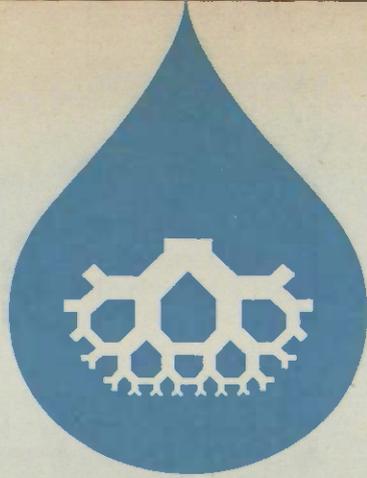
Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 1. Oktober 1973 bis 28. Februar 1974 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Zulassung zur Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst.

Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, ihr Gesuch bis spätestens 10. August 1973 bei der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, einzureichen. Bereits im amtsärztlichen oder landgerichtsärztlichen Dienst in Bayern tätige Ärzte brauchen kein Bewerbungsgesuch einzureichen; sie werden zu dem Lehrgang dienstlich abgeordnet.

Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizugeben:

1. Die Approbation als Arzt in Urschrift;
2. das Doktordiplom in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift;
3. Nachweise über die bisherige ärztliche Tätigkeit.

Eine Lehrgangsgebühr wird nicht erhoben.



der sanfte Zwang

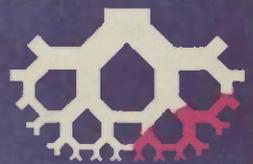
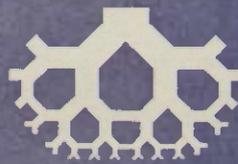
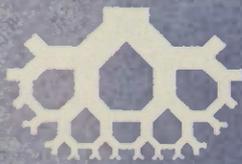
dehydro
sanoltri
unterbricht
die verhängnisvolle
Progredienz
in Richtung
ulcus cruris
an der für eine
medikamentöse
Therapie
am wirkungsvollsten
zugänglichen
Stelle:

mangelhafte
Gewebsdrainage

im Stadium
des Ödems

Stauungsdermatose

ulcus cruris



**dehydro
sanoltri**
das erste kaliumneutrale
Venodiureticum

Indikationen: Schmerzhaftige Stauungsbeschwerden und variköses bedingte Ödeme.
Zusammensetzung: 20 mg Triamteren · 10 mg 3-(*is*-Methylbenzyl)-6-chlor-7-sulfamoyl-3,4-dihydro-1,2,4-benzothiazin-1,1-dioxid (Diu 60) · 50 mg Hesperidin-Komplex, 80%ig (Citrus Flavonoide) · 2 mg Aneurinnitrat. **Kontraindikationen:** Schwere Leber- und Niereninsuffizienz, therapieresistente Hypo- und Hyperkaliämie, Sulfonamidüberempfindlichkeit. **Besonderer Hinweis:** Bei Langzeitbehandlung werden Harnzuckerkontrollen empfohlen. Bei Diabetikern ist eine Verschlechterung der Glukosetoleranz möglich. Bei Patienten mit harnsaurer Diathese werden Harnsäurekontrollen empfohlen, da Thiazide gelegentlich den Harnsäurespiegel im Blut erhöhen können. In den ersten drei Monaten der Schwangerschaft wird strenge Indikationsstellung empfohlen, obwohl bisher keine Anzeichen für eine teratogene Wirkung bekannt sind. **Dosierung:** Falls vom Arzt nicht anders verordnet, täglich morgens 1 Dragée nach dem Frühstück einnehmen. Wenn eine stärkere Wirkung erwünscht ist, kann die Dosis auf 2 Dragées morgens erhöht werden. **Erhaltungsdosis:** jeden 2. oder 3. Tag 1 Dragée nach dem Frühstück einnehmen. **Handelsform:** Packung mit 20 Dragées DM 14,50. **Sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH · 4019 Monheim/Rheinland**



Interviews für Zeitschriften - Werbeinserate

Im „Bayerischen Ärzteblatt“ sind seit Jahren immer wieder Urteile zum Thema der standeswidrigen Werbung eines Arztes für seine Praxis bzw. für sein Krankenhaus veröffentlicht worden (vgl. die Zusammenstellung in 1964/289, dazu weiter 1967/1006, 1968/376, 1969/184, 1971/282, 1971/1194, 1973/405). Es muß dazu vermerkt werden, daß solche Berufungsverfahren tatsächlich wiederholt gegen dieselben Ärzte notwendig wurden, daß aber die ganz überwiegende Zahl der Ärzte sich an das Verbot standeswidriger Werbung gebunden fühlt und es beachtet. Damit kann man feststellen, daß die communis opinio der Ärzte nach wie vor die Reklame für die eigene Praxis als standesunwürdig ablehnt.

Einen gewissen Höhepunkt erfährt die berufsgerichtliche Rechtsprechung in Bayern durch das nachstehend wiedergegebene **Urteil des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht in München vom 22. März 1973 (LBG - Ä - 3/71)**. Im vorliegenden Fall hat der beschuldigte Arzt und Sanatoriumsinhaber gegen ein Urteil des Berufsgerichts München Berufung eingelegt. Das Berufsgericht hatte gegen ihn auf einen Verweis und auf Geldbuße in Höhe von DM 2000,- erkannt, weil er drei Interviews für verschiedene Zeitschriften gegeben hatte. Dem Arzt wurde dabei vorgeworfen, daß er teils selbst reklamehafte Angaben über sein Wirken gemacht hatte, teils die marktschreierischen Übertreibungen des Journalisten nicht rechtzeitig verhindert hat. Im Verfahren vor dem Landesberufsgericht wurden weitere Verstöße des betreffenden Arztes in die Verhandlung und Entscheidung einbezogen; der Arzt hatte laufend Anzeigen in den verschiedensten Zeitungen für sein Sanatorium veröffentlicht. Darin warb der Betroffene für sein Sanatorium für „Frischzellenbehandlung“ mit dem Hinweis auf „eigens gezüchtete Bergschafe“ und zum Teil mit einer Fülle weiterer Angaben darüber, bei welchen Erkrankungen sich ein Aufenthalt in seinem Sanatorium empfehle. Dabei hat er teilweise seinen Namen angegeben, teilweise auch die Adresse seines Sanatoriums.

Das Landesberufsgericht hat als letzte Instanz die Berufung des Arztes kostenpflichtig zurückgewiesen und sein Verhalten mit Schärfe verurteilt.

Aus den Gründen:

...

III.

1. Durch die Aufgabe der . . . aufgeführten Zeitungsanzeigen hat der Betroffene gegen das in § 19 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in der ab 1. Januar 1971 geltenden Fassung (BayÄBl. Sondernum-

mer November 1970) enthaltene grundsätzliche Werbeverbot verstoßen. Unbedenklich erscheint zwar sein Hinweis auf die von ihm angewandte Therapie der Frischzellenbehandlung. Dagegen liegt eine unerlaubte Werbung darin, daß der Betroffene auf die Gewinnung der Frischzellen aus „eigens gezüchteten Bergschafen“ verweist, auch wenn diese Angabe der Wahrheit entspricht, und daß er sich entgegen § 19 Abs. 2 BO nicht auf die Anführung des Hauptindikationsgebietes seines Sanatoriums (etwa „Alterserscheinungen“ oder „Abbauerscheinungen“) beschränkt hat. Der berufswidrige Charakter der Werbung wird auch nicht dadurch in Frage gestellt, daß der Betroffene in einzelnen Annoncen seinen Namen und seine Arztbezeichnung nicht erwähnt hat. Zwar bestimmt § 19 Abs. 2 Satz 1 BO, daß dem Arzt auch jede mittelbare Werbung verboten ist, in der er Sanatorien, Institute, Kliniken oder andere Unternehmen veranlaßt, *unter seinem oder unter Hinweis auf seinen Namen für ihre Heilmittel, Heilmethoden oder Heilerfolge zu werben*; und nach § 19 Abs. 2 Satz 2 BO sind als mittelbare Werbung solche Anzeigen und Ankündigungen nicht anzusehen, in denen ein Sanatorium, Institut oder eine Klinik neben dem Hauptindikationsgebiet lediglich zutreffendenfalls den ärztlichen Inhaber oder leitenden Arzt *mit seinem Namen oder seiner Arztbezeichnung* angibt. Hier liegt jedoch, da das Sanatorium in A. dem Betroffenen selbst gehört und er auf diese Weise seine Praxis ausübt, ein Fall der „mittelbaren“ Werbung nicht vor.

Im übrigen wird eine verbotene Werbung nicht schon dadurch zu einer erlaubten, daß der werbende Arzt seinen Namen und seine Arztbezeichnung nicht in die Anzeige aufnehmen läßt, sofern das Publikum anderen Angaben wie etwa der Anschrift oder der Telefonnummer mit hinreichender Deutlichkeit entnehmen kann, von wem die Werbung ausgeht und daß es sich hierbei möglicherweise um einen Arzt handelt. Denn auch ein solches Vorgehen ist geeignet, die Achtung und das Ansehen, das der Ärztestand in der Öffentlichkeit genießt, herabzuwürdigen (vgl. § 1 Abs. 3 BO).

Der Senat hat keinen Zweifel, daß der Betroffene vorsätzlich gegen § 19 BO verstoßen hat; denn eine Werbung der hier beanstandeten Art ist dem Betroffenen bereits mit Urteil des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München vom 20. Januar 1971 (BG Ä 2/70) als Berufspflichtverletzung engeltastet worden; es wurde gegen ihn deswegen seinerzeit auf eine Warnung erkannt.

2. Die rechtliche Würdigung des vom Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

festgestellten und hier in Bezug genommenen Sachverhalts ergibt, daß der Betroffene auch in diesen Fällen (sc. Interviews für Zeitschriften) gegen § 19 Abs. 1 BO verstoßen hat. Sowohl seine in der Zeitschrift X. wiedergegebenen Äußerungen, die Erfolgsquote seiner Behandlung betrage 90%, die Behandlung wirke verjüngend und die Patienten fühlten sich wie neu geboren, als auch der Abdruck eines umfangreichen Indikationsverzeichnisses fallen ebenso unter das Werbeverbot der genannten Bestimmung der BO wie die Angabe der Erfolgsquote und der Abdruck von Dankschreiben früherer Patienten in der Artikelserie der Zeitschrift Y., die in beiden Zeitschriften veröffentlichten Lichtbilder des Betroffenen und schließlich die Herausstellung der Erfolge des Betroffenen in dem Bericht der Z-Zeitung vom 17./18. Oktober 1970.

Nach der Überzeugung des Senats hat der Betroffene insoweit zumindest bedingt vorsätzlich gehandelt; diese Überzeugung gründet sich darauf, daß sich der Betroffene auch hinsichtlich der aufgegebenen Zeitungsanzeigen (III 1) trotz früher erfolgter berufgerichtlicher Verurteilung bedenkenlos über die Grenzen der erlaubten Werbung hinweggesetzt hat. Zwar liegt dieses Verhalten nach den Vorfällen, die den Gegenstand des Verfahrens vor dem Berufsgewicht bildeten, es offenbart aber die innere Einstellung des Betroffenen zu diesen Fragen. Daß der Anstoß zu den Veröffentlichungen jeweils nicht vom Betroffenen ausgegangen ist, steht dem nicht entgegen; denn er hat darin jedenfalls eine willkommene Möglichkeit gesehen, sein Sanatorium und seine Behandlungsmethode in der Öffentlichkeit anzupreisen.

IV.

Die vom Berufsgewicht gegen den Betroffenen verhängten Maßnahmen hält das Landesberufsgewicht für angemessen. An einer Verschärfung sah es sich nur durch das Verbot der Schlechterstellung gehindert (Art. 59 Abs. 4 KaG). Im Falle künftiger weiterer Berufspflichtverletzungen wird gegen den Betroffenen noch erheblich strenger eingeschritten werden müssen ...

Poellinger, München

Brief aus Bonn

Die politische Landschaft der Bundesrepublik hat sich seit April verändert. Der Parteitag der SPD in Hannover hat deutlich gemacht, daß die stärkste Regierungspartei deutlich nach links gerückt ist. Die Konjunkturpolitik ist dramatisch verschärft worden, seit der Preisindex die Marke von 8% erreicht hat und ein weiterer Anstieg auf zweistellige Zahlen nicht mehr ausgeschlossen werden kann. Die Opposition ist in eine tiefe Führungskrise gestürzt; der Rücktritt Rainer Barzels vom Vorsitz der Bundestagsfraktion offenbarte dies. Und schließlich ist mit der Verabschiedung

Rationell und gezielt
therapieren!

ROWACHOL®

Komplex wirksam:

Hyperämisiertend, choleretisch,
spasmolytisch, antiphlogistisch,
bakteriostatisch

Indikationen:

Cholangitis, Cholezystitis,
Cholelithiasis

Spasmen und Dyskinesien
der Gallenwege

Postcholezystektomiesyndrom, mit
und ohne Leberbeteiligung

Juvenile Hyperbilirubinämie
chronische Pankreatitis

Stelnprophylaxe

Kontraindikation

für SPASMO-ROWACHOL Suppositorien:
Akute intermittierende Porphyrrie.

Dosierung:

4-5mal täglich 3-5 Tropfen, oder 3-4mal täglich
1 Kapsel. Bei Koliken 20-30 Tropfen, nach 20
Minuten evtl. nochmals die gleiche oder halbe
Menge. In schwereren Fällen bis zu 40 Tropfen
Rowachol und/oder 1-2 Spasmo-Rowachol Sup-
positorien.

Zusammensetzung:

Tropfen: Menthol 32 g, Menthon 6 g, α -Pinen 13,6 g,
 β -Pinen 3,4g, Borneol 5g, Camphen 5g, Zineol 2g, Ol.
Olivar. ad 100 g * 1 Kapsel (dünndarmtätlich): 0,1 g Row-
achol Tropfen * Rowachol comp.: wie Rowachol Tropfen,
zusätzlich 0,1 g Benzilsäure-2-dimethylaminoäthylester-
hydrochlorid.

1 SPASMO-ROWACHOL Suppositorium: Menthol 40 mg,
Menthon 9 mg, α -Pinen 20 mg, β -Pinen 5 mg, Borneol 7,5
mg, Camphen 7,5 mg, Zineol 3 mg, Äthylpapaverin-
hydrochlor. 40 mg, Benzilsäure-2-dimethylaminoäthyl-
esterhydrochlorid 0,5 mg, Natr. phenyl-dimethyl-
pyrazolon-methylamino-methansulfon. 750 mg.
Mass. supp. ad 2,3 g.

Handelsformen:

Tropfen: 5 ml 3,80, 10 ml 6,95, AP 100 ml
Kapseln: 30 St. 4,10, 50 St. 5,80, AP 500 St
comp.: 10 ml 6,95
Spasmo-Rowachol-Supp.: 5 St. 4,20, 25 St. 16,95

ROWA-WAGNER K.G. 506 BENSBERG

des Grundvertrages und dem Besuch des sowjetischen Parteichefs Breschnjew in Bonn der erste Abschnitt der Ostpolitik der Regierung Brandt/Scheel besiegelt. Ein Zurück gibt es da nicht mehr. Die ständigen Reibereien um den Status von Berlin machen aber deutlich, daß von einem normalen Nebeneinander der beiden deutschen Staaten wohl noch lange nicht gesprochen werden kann, ganz abgesehen davon, daß die unterschiedliche Auslegung der Berlin-Klauseln in den Vertragswerken für die Sowjets offenbar immer wieder der Hebel für politische Pressionen in Richtung Bonn ist.

Brandt hat vor einigen Monaten den Standort der Koalition als die „neue politische Mitte“ beschrieben. In Hannover hat der Kanzler seine Partei in diesem Koordinaten-Netz links von der „neuen Mitte“ angesiedelt. Das bedeutet aber zugleich, daß die SPD/FDP-Koalition linkslastig geworden ist, denn schließlich sind die Sozialdemokraten in dieser Koalition der bei weitem stärkere Partner. Seit der Verabschiedung des Godesberger Parteiprogramms im Jahre 1959 war die SPD bestrebt, sich dem Wähler als gemäßigt linke Volkspartei zu präsentieren. Dieses Kapitel in der Geschichte der Sozialdemokraten, das ihnen die Macht im Staate beschert hat, kann als abgeschlossen gelten. Das Godesberger Programm hat nach Auffassung von annähernd der Hälfte der Partei-Delegierten seine Schuldigkeit getan. Jetzt gilt es, die sozialistische Verheißung zu erfüllen. Im letzten Jahrzehnt haben es die Sozialdemokraten stets vermieden, sich als sozialistische Partei vorzustellen. Heute verzichtet nicht einmal die Führungsgarnitur der SPD darauf, im Juso-Stil von der Verwirklichung der sozialistischen Gesellschaftsordnung zu sprechen. Offensichtlich sind die Sozialdemokraten davon überzeugt, daß Sozialismus für die Mehrheit der Bürger kein Reizwort mehr ist.

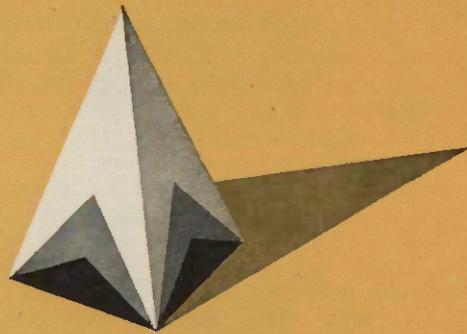
Auch in Hannover haben Brandt und die übrigen Sozialdemokraten aus der Führungsgruppe vermieden, für jedermann verständlich zu definieren, wie der demokratische Sozialismus aussehen soll. So meinte Brandt verschwommen, daß Sozialismus kein Endzustand, sondern eine Entwicklung sei. Entwicklung, wohin? Das blieb in Hannover offen. Dennoch ist die Marschrichtung angegeben worden. Die Sozialdemokraten sind z. B. dafür, daß der Staat seine Aktivitäten wesentlich ausweitet. Das kann nur zu Lasten des privaten Anteils an der Verwendung des Sozialprodukts gehen. Wenn es nach der SPD allein ginge, liefe praktisch jede zweite Mark durch die Hand des Fiskus und der Sozialversicherung. Das ist nur mit massiven Steuererhöhungen zu machen, die noch über die Beschlüsse des SPD-Steuerparteitages hinausgehen. Die Weichen dazu werden derzeit gestellt, auch wenn zunächst konjunkturpolitische Begründungen erhalten müssen.

Ein wachsender Staatsanteil würde natürlich den Charakter unserer Wirtschaftsordnung wesentlich verän-

dern. Die Quantität wird hier zur Qualität. Noch einschneidender sind aber andere Überlegungen, die mit dem Langzeitprogramm, das nun 1975 verabschiedet werden soll, verbunden werden. Die große Mehrzahl der Delegierten befürwortet eine staatliche Lenkung der privaten Investitionen. Gesellschaftlich erwünschte Investitionen sollen begünstigt werden. Hier wird einem hemmungslosen Dirigismus und Interventionismus das Wort geredet. Mahnungen des liberalen Wirtschaftspolitikers Klaus Dieter Arndt blieben ohne Echo. Er spielte eine ähnliche Rolle, wie sie auf dem Steuerparteitag noch Karl Schiller gespielt hatte. Arndt war auch der einzige, der es riskierte, an Karl Schiller zu erinnern. Der Auftrag des Parteitages an die neue Langzeit-Kommission enthält im übrigen einen Satz, der darauf hinausläuft, auch das jugoslawische Modell der Arbeiter-Selbstverwaltung in die Überlegungen einzubeziehen.

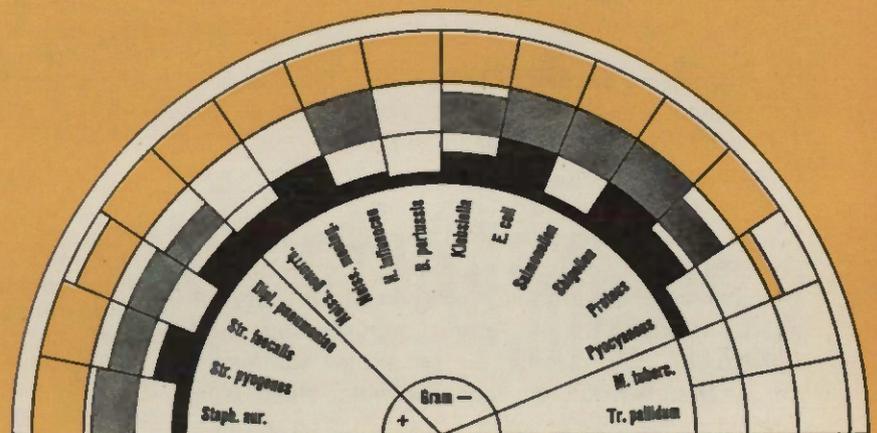
Am klarsten offenbarte freilich die Diskussion über die Vermögenspolitik die politische Richtung, die die Sozialdemokraten in Hannover eingeschlagen haben. Das Modell, für das sich die SPD entschieden hat, sieht wie folgt aus: Unternehmen mit einem steuerlichen Jahresgewinn von mehr als DM 400 000,— haben an einen zentralen Kapitalfonds Eigentumsanteile in Höhe von etwa 10 % dieses Gewinns zu übertragen. Arbeitnehmer erhalten Anteilscheine an dem Fonds, die allenfalls nach sieben Jahren an den Fonds zurückgegeben werden können; der Fonds entscheidet dann über den Preis. Die Zinserträge des Fonds werden dem Staat für Investitionen zur Verfügung gestellt. Der Fonds, der nach Lage der Dinge nur von den Gewerkschaften geleitet werden kann, soll auch die Stimmrechte für die Anteilspapiere ausüben. Das bedeutet, daß der Gewerkschaftsfonds in die Unternehmen hineinregieren und zumindest die wichtigen Investitionsentscheidungen beeinflussen soll. Gewerkschaftsbankier Hesselbach bezeichnete dies als den Beginn des Weges zur Arbeitnehmer-Selbstverwaltung; es gehe bei diesem Modell nicht um die Verwirklichung einer „Eigentumsmentalität“ oder die Schaffung eines neuen Mittelstandes. Paritätische Mitbestimmung, Vermögensbildung und Vergesellschaftung, verbunden mit der Ausweitung des Staatsanteils, das ist das Programm, auf das sich in Hannover die Sozialdemokraten verständigt haben. Es gibt zwar manchen Sozialdemokraten, dem dabei selbst angst und bange wird. Einen ernstzunehmenden Widerstand hat es in Hannover aber nicht gegeben.

Zwar waren Brandt und noch mehr Hellmut Schmidt bemüht, sich gegen die Partei-Linke abzugrenzen. Das blieben freilich Worte. Der linke Flügel hat in Hannover in der SPD den Durchbruch zur Macht geschafft; daran ist nicht zu zweifeln. Die Beschlüsse und die Diskussionen auf dem Parteitag haben dies fast noch deutlicher gemacht als die Ergebnisse der Vorstandswahlen. Ein Drittel der Vorstandsmitglieder



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

BACTRIM[®] ROCHE



BACTRIM
Trimethoprim
Sulfonamide

MEHR SICHERHEIT DURCH BREITES SPEKTRUM

Kontraindikationen

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

Verträglichkeit

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

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

Vorsichtsmaßnahmen

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

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

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

Packungen und Preise

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



Hoffmann-La Roche AG, 7889 Grenzach

sind engagierte Linke; der rechte Flügel ist im Vorstand praktisch nicht mehr vertreten. So kann es nicht überraschen, daß Politiker, die man bislang zur Partei-Mitte rechnen konnte, sich auf dem Parteitag als Linke gerierten, was z. B. für Minister Ehmke gilt. Die erwartete Grundsatzdebatte über die Gesundheitspolitik blieb aus. Der Verteidigungsetat und der Radikalen-Erlaß der Ministerpräsidenten waren wichtigere Themen. Wenige Diskussionsbeiträge ließen aber erkennen, daß der vorliegende gemäßigte Entwurf eines gesundheitspolitischen Programms keine Chancen mehr hat. Er sei angeblich zu stark von Standesvertretern der Ärzteschaft beeinflußt. Der Entwurf soll noch einmal überarbeitet werden, freilich von einer Kommission, in der der linke Parteiflügel stärker vertreten ist. Es bleibt abzuwarten, was dabei herauskommt. Sicher wird dann auch hier die linke Philosophie stärker in den Vordergrund treten.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Unser Confrère Landarzt Dr. med. Otto GLATZ, 8531 Langenfeld bei Neustadt/Alsch, Nr. 55, wurde am 7. November 1906 in Karlsbad geboren. Er entstammt einer alteingesessenen Familie und vielleicht spielt Wallensteins Astrologie mit herein. Im Dreißigjährigen Kriege wurden seine Vorfahren nach der Schlacht am „Weißen Berge“ wie alle namhaften Protestanten in Böhmen hin und her gejagt. Am Ende des ersten Weltkrieges brachten ihn die Kriegsergebnisse aufs Land. Der Bruder seiner Mutter, ein bekannter Mathematiker, war gefallen und sein Großvater wollte einen Bauer aus ihm machen. Sie einigten sich auf den Tierarzt, aber er wechselte wie seine beiden Großonkel, von denen eine Stadtpraxis frei wurde, später zur Medizin über. Nach dem Besuch des humanistischen Gymnasiums begann er mit 19 Jahren sein Studium in Wien, Prag und Berlin. Mit dem großen Hopfengute seiner Frau wäre er fast wieder zweigleisig gelaufen. Doch er wurde Landarzt in Schönhof, Bezirk Eger, und nach der Vertreibung in Langenfeld, seit nunmehr 25 Jahren.

Schon als Student war er Mitarbeiter von Studentenzeitungen wie den Burschenschaftlichen Blättern. Er veröffentlichte eine Broschüre aus der Gefangenschaft über Kulturpolitik im Sinne Spenglers und Toynbees. Grundstudien dazu werden für eine beabsichtigte Alterschrift weiterhin betrieben. Zahlreiche Gedichte in Zeitungen und Zeitschriften wurden von ihm veröffentlicht.

Dr. med. Robert P a s c h k e , 8535 Emskirchen

Aus dem lyrischen Schaffen von Glatz

Nach der Schlacht am Weißen Berge

(7. November 1620. Verlust der Königskrone, meine Vorfahren kämpften auf Seite Friedrichs von der Pfalz)

Noch frieret es in Feld und Walden;
im Bache klirrt das Spiegeleis!
Ein düster Schilf, Umweilgestalten
steht dicht, Graunebel steif und weiß!
Der Tag, er schreitet klebrig fort
im matten Lichte schwach erleuchtet!
Laut Gänseschnattern, mulmig Wort
weit, unhörbar ans Ohr uns kreichet!
Versoben Helle, Sonnenschein;
erstirbt Natur, gekeltert Wein!
Sich gegenteilig Kräfte regen,
die Kälte kommt, jung Volk bewegen!
Mit Eis, es sind bepackt die Schlitten,
mit Schnee die Mäntel überglänzt!
So kommt die junge Schar geschritten:
Pelzmütze, wunderbar bekränzt!
Matt scheint des Dorfes Licht erloschen,
ein fester Schnee drückt Friedhofswalm!
Im Ablaßbeutel friert der Groschen,
ein beißend Ruß biert Kerzenqualm!
Zwar ward all Gegend luthrisch worden,
doch Gegenreform klares Ziel:
es macht in Böhmen allerorten
für Menschenhorden kathol Ziel!
Eis, Wind umheult die Friedhofsmauer,
arm Leute kriegen Deputat;
die Fürsten liegen auf der Lauer
um reich Besitz, um große Saat!
Die Armen für die Reichen placken,
hier Hochmut, dort nur Schweiß im Nacken!
Gibt es den Himmel schon auf Erden:
nur Arm im Himmel selig werden!
Still ruhn Gebeine, die einst säten,
die sich als Mann, als Weib gerackt;
landlose Schnitter, die einst mähten:
für Latifundien Schweiß verlackt!
Zur Nacht barg sie die ruhmlos Scheune,
nur bitter Kälte hieß ihr Los!
Ein Stacheldraht, die dichten Zäune
ward Grenze hier für Knecht, für Boß!
Doch Sturm schon dräuet auf dem Dachel!
Kalt grillenlaut erstarrt der Frost!
Oh Arbeitsvolk, versklavt, erwache:
streif faulen Ruß tief in den Rost!
Noch wintert's hart, die Tore knarren!
Nach Kälte strömt lau Frühling ein!
Groß gütig Volk, wie lange harren?
Streif niedrig Pein aus deinem Sein!
Zeig volle Kraft aus deinem Sein!
Stoß Hinterlist in Todespein!
In Restaurion faul Dekadenz!
Für fleißig Volk: der Frühling Lenz!

Seelenlos klingt unser Zeit

Seelenlos klingt unser Zeit
Nüchtern ihr Gebaren!
Auszuseren stets bereit:
Intellekt nur wahren!
Fahren bis zum Mond hinauf,
Schießen mit Raketen!
Atomkrafts verderblich Lauf
Kann die Menschheit töten!
Der Fortschritt 'mechanisch gibt,
Technisch voll benommen!
Menschenseele fast erstirbt,
Glaubt sich gottvollkommen!

(Fortsetzung Seite 706)

neu
von Nattermann

Defluina[®] bewirkt mehr

gegen arterielle
Durchblutungs-
störungen.

Stellt Arterien weit.



Erhöht den
Venentonus.

Vergrößert das
Schlagvolumen.

Die optimale Blutversorgung.

Leonardo da Vinci: Der Mensch, das Maß aller Dinge

Indikationen: Durchblutungsstörungen (Peripher, coronar, cerebrä), 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, Dihydroergolaminmethansulfonat 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**

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1973*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Scharlacherkrankungen ging im April geringfügig zurück. Die auf 100 000 Einwohner berechnete Erkrankungsziffer sank von 80 im März auf 76 (jeweils umgerechnet auf ein Jahr). An übertragbarer Hirnhautentzündung, und zwar an nicht durch Meningokokken verursachten, meist virusbedingten Formen, erkrankten mehr Menschen als im Vormonat, die entsprechende Ziffer stieg von 5 auf 10 Fälle je 100 000 Einwohner.

Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) wurden im April in fast gleicher Zahl wie im März gemeldet. Die Ziffer je 100 000 Einwohner nahm von 17 auf 16 ab. Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) sank von 33 Fällen im März auf 30 im April, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. April 1973 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellosis										übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellosis		übrige Formen			
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	-	-	215	-	-	-	5	1	19	-	1	1	1	-	1	-	7	-	46	-	6	-	-	-
Niederbayern	-	-	42	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	7	-	21	-	3	-	-	-
Oberpfalz	-	-	37	-	-	-	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	88	-	-	-	1	-	24	-	1	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-
Mittelfranken	-	-	96	-	-	-	2	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	67	-	-	-	6	2	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	81	-	-	-	2	-	9	-	-	-	1	-	-	-	-	-	16	-	1	-	-	-
Bayern	-	-	626	-	-	-	19	3	81	-	2	1	2	-	1	-	14	-	132	-	10	-	-	-
München	-	-	96	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	6	-	19	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	33	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	10	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	11	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				O-Fleber		Toxoplasmose		Wundsterrkrepf												Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾	
			Palttucose		übrige Formen																			
			E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST			
Oberbayern	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	
Niederbayern	30	1	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Oberpfalz	31	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Oberfranken	20	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mittelfranken	26	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Unterfranken	19	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Schwaben	43	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	
Bayern	247	3	-	-	1	-	1	-	6	-	1	-	32											
München	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	
Nürnberg	11	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Augsburg	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Regensburg	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Würzburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fürth	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

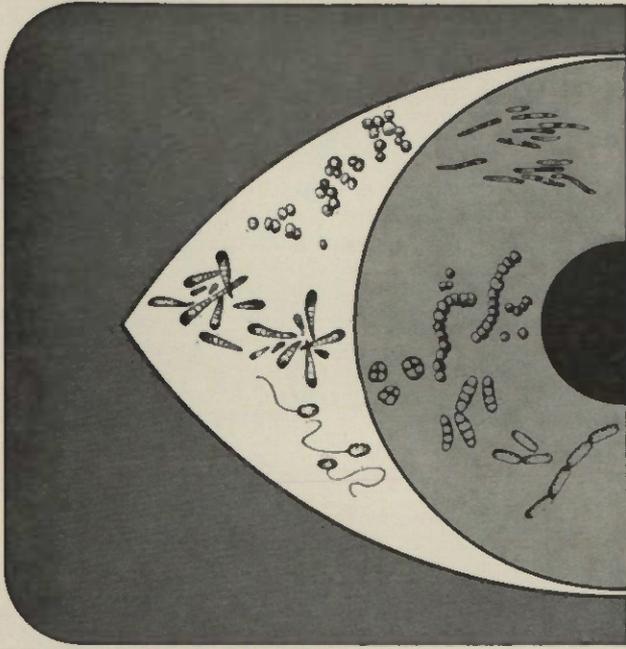
¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

²⁾ „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

³⁾ „ST“ = Sterbefälle.

⁴⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

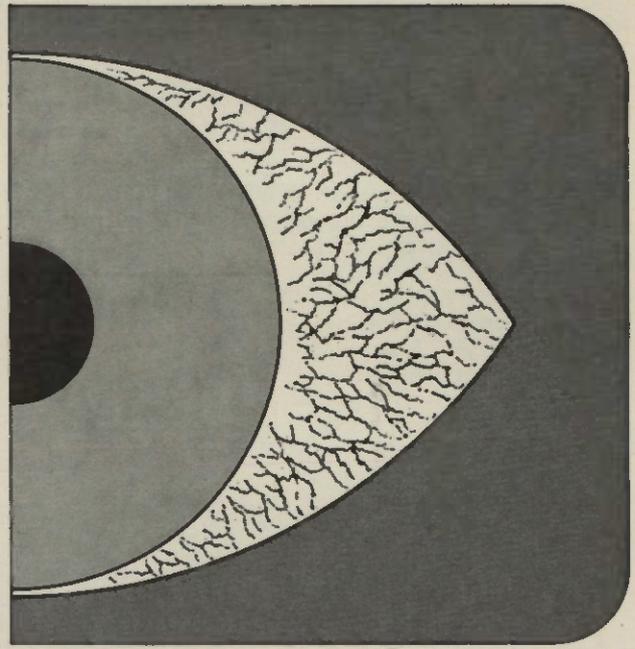
Für jede Augenentzündung die richtige Therapie . . .



Bei bakteriellen
Entzündungen

Corti in der Ophtiole®

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



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

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, okuläre 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.

Vidisept in der Ophtiole®

Zusammensetzung: Natrium-aethylmercurithiosalicylicum (Thiomersal, Mercuriothiolat-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

„Gott in uns“ und was du tust
 Bultmann nennt erhaben!
 Im Verstand du stetig ruhst,
 Drin klein Seele laben!
 Groß Geheimnis Allnatur
 Mensch erdreist zu kennen!
 Fast der Schöpfung auf der Spur
 Glaubst er im Rasenrennen!
 Sehnsucht nach dem großem Glück
 'Menschen tiefstes Streben!
 Seelenloser Welt entrückt!
 Magisch Zauber leben!
 So wollt es der Goethe groß:
 Himmel Erd durchdringen!
 Tief Geheimnis 'Menschenschoß
 Goeth in Gret besingen!
 Erdenmensch Instinktgefühl
 Birgt des Weibes Schoßel
 Bei tief Trieb und Wirrgefühl
 Neues Leben sproße!

So wird überwunden Tod!
 Fortgepflanzt es keimel!
 Ausgestanden Sündennot!
 Harmonien reine!
 Wer als Arzt die Gnade hätt:
 Helf Geburtenwerken!
 Sieht im Niederkunftenbett
 Groß Geheimnis bergen!
 Heilig sei der Frauenleib!
 'Zwei Moral aufkommen!
 Haremshalter Unzucht treib:
 'Frauen niemals frommen!
 Quellen UR aus Menschenall
 Springt aus Weibes Schoßel
 Scheint erhaben allemal,
 Gibt dem Mensch das Große!
 Tiefgang heutger Menschenspur:
 Well' in Talessohle;
 Strebt zum Ende der Kultur!
 Menschheit sich erhole!

Kongresse

52. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 21. bis 23. September 1973

Thema: Pharmakotherapie mit neuen Wirkstoffen —
Kongreßleiter: Professor Dr. A. Schretzenmayer,
 Augsburg

Kongreßort: Kongreß- und Konzerthalle, Augsburg,
 Gögginger Straße 10

Freitag, 21. September 1973

16.00 Uhr:

Laborkurs

16.00 Uhr:

Klinische Visiten in den Augsburger Kliniken

20.00 Uhr:

Filmabend

Samstag, 22. September 1973

Thema I: Grundlagen und Grundfragen

9.00—9.30 Uhr:

Prof. Dr. F. Gross, Heidelberg

Pharmakokinetik und Pharmakodynamik in Ihrer Bedeutung für die tägliche Praxis

9.30—10.00 Uhr:

Dr. K. H. Kimmel, Göttingen

Bewertung und Erfassung von Nebenwirkungen in der ambulanten Praxis

10.00—10.30 Uhr:

Prof. Dr. F. Gross, Heidelberg

Verstärkte, verminderte und unerwünschte Wirkungen bei Kombination von Arzneimitteln

Thema II: Antibakterielle Chemotherapie

11.00—11.30 Uhr:

Dr. M. Plempe, Leverkusen

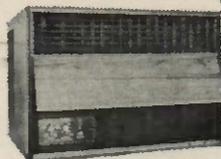
Neue Prinzipien gegenüber grampositiven und gramnegativen Keimen

11.30—12.10 Uhr:

Dr. Ch. Virchow, Davos-Wolfgang

Neue Prinzipien bei der Tuberkulosetherapie (pharmakologisches und klinisches Referat)

**Gegen schlechte Luft gibt es eine
 sichere
 Medizin.**



AIR CONDITION. Klimegeräte, die Ihr Ordinationszimmer und Ihr Wartezimmer angenehm temperieren und überall saubere, frische Luft geben. Keine Hitze, keine stickige Schwüle. Keine Müdigkeit, Konzentrationslosigkeit. **AUCH BEI GRÖSSTER HITZE** — Air condition verschafft die Atmosphäre, in der Sie immer kühlen Kopf bewahren. Schneller und leichter Einbau auch ohne Fenster- oder Meiereinbau. Eigener Kundendienst. Günstige Preise (ab DM 899,-). Kostenlose und unverbindliche Fachberatung.

HACO-FRYS GmbH
 8012 Ottobrunn bei München
 Rudolf-Diesel-Str. 20-22, Tel. 6 01 35 91



14.00–15.15 Uhr:
Podiumsgespräch

Thema III: Die „Pille“ als Pharmakon und Prophylaktikum

Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Gesprächspartner: Univ.-Doz. Dr. Pöldinger, Wien

Sonntag, 23. September 1973

Thema IV: Pharmakotherapeutische Erfahrungen in Klinik und Praxis

9.00–9.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. Schlierf, Heidelberg
Pharmakologische Beeinflussung des Fettstoffwechsels

9.30–10.00 Uhr:

Prof. Dr. R. Hild, Pforzheim
Beeinflussung der koronaren, zerebralen und peripheren Durchblutung durch gefäßaktive Medikamente

10.00–10.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. K. H. Rahn, Aachen
Alpha- und Beta-Rezeptoren in Klinik und Praxis

11.00–11.30 Uhr:

Dr. Chr. Virchow, Davos-Wolfgang
Neue Hottrends bei der Asthmatherapie

11.30–12.00 Uhr:

Univ.-Doz. Dr. W. Pöldinger, Wien
Psychiatrische Pharmakotherapie in Klinik und Praxis

14.00–15.30 Uhr:

Podiumsgespräch
Thema V: Pharmakotherapie im Kindesalter
Prof. Dr. G. A. von Harnack, Düsseldorf
Einführung

Doz. Dr. H. von Bernuth, Düsseldorf
Die medikamentöse Behandlung der Krampfleiden im Kindesalter

Dr. L. Rupprecht, Düsseldorf
Immunsuppressive und zytostatische Behandlung maligner Erkrankungen im Kindesalter

Prof. Dr. G. A. von Harnack, Düsseldorf
Antibiotika-Therapie im Kindesalter

Während des gesamten Kongresses findet eine pharmazeutisch-medizinisch-technische Ausstellung im

Foyer, Mozartsaal und Fuggerzimmer der Kongreßhalle statt.

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 2 27 77

Klinische Fortbildung in Bayern 1973

Fortbildungsveranstaltung „Problem der Herz-Schrittmacher-Therapie“

am 21. Juli 1973 in München

Am 21. Juli 1973 findet eine Fortbildungsveranstaltung „Problem der Herz-Schrittmacher-Therapie“ statt.

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 12.00 Uhr

Ort: Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. Hans Blömer), 8000 München 80, Ismaninger Straße 22, Hörsaal D, Telefon (08 11) 41 40 / 23 50

Rundtischgespräch: Problem der Herz-Schrittmacher-Therapie (Indikation, Methoden, Patienten-Überwachung) anschließend Diskussion.

Anmeldeschluß: 15. Juli 1973

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87, Apparat 95

2. Fortbildungstagung für Klinische Zytologie

vom 28. Oktober bis 3. November 1973 in München

Vom 28. Oktober bis 3. November 1973 findet am Institut für Klinische Zytologie der Technischen Universität München die 2. Fortbildungstagung für Klinische Zytologie statt.

Anmeldeschluß: 31. Juli 1973

Auskunft: Dr. med. M. Droese, Institut für Klinische Zytologie der Technischen Universität München, 8000 München 80, Prinzregentenplatz 14, Telefon (08 11) 47 60 67

**Wer Geld hat,
braucht
den richtigen
Anlageberater.**



**Und
Sie?**

Die Anlageberater der Sparkasse kennen sich aus. Sie haben eine große Anlagepalette für Sie bereit. Besonders natürlich solche Anlagen, die mit dem guten Namen der Sparkassenorganisation verbunden sind: Sparkassenbriefe und Sparkassenobligationen, festverzinsliche Wertpapiere der Landesbanken, Investmentfonds der DEKA, Immobilienfonds.

wenn's um Geld geht
Sparkasse

Kongreßkalender

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

September 1973

1. — 7. 9. in Marsailia:

VIII. Internationaler Kongreß für Elektroenzephalographie und Klinische Neurophysiologie. Auskunft: Mma. Dr. G. C. Lairy, Laboratoire d'E.E.G., Hôpital Henri Rousselle 1, Rue Cabanis, F - 75 Paris 14^e.

1. — 8. 9. in Barcelona:

10. Internationaler Kongreß für Neurologie. Auskunft: Dr. J. M. Espadaler, Hospital da la Cruz Roja, Dos da Mayo 30, Barcelona.

2. — 8. 9. in Marktredwitz:

Tennis-Ärzte-Turnier. Auskunft: Dr. Flickantschar, 8950 Marktredwitz.

2. — 8. 9. in Wien:

4. Internationale Konferenz über angeborene Mißbildungen. Auskunft: Holland Organizing Centre, 16 Lange Voorhout, Den Haag, Niederlande.

2. — 14. 9. in Athen:

9. Internationaler Kongreß für Tropenmedizin und Malaria. Auskunft: Professor J. Papavassiliou, Dept. of Microbiology University, Athen 609.

2. — 15. 9. in Grado:

VII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. (Thema: Diagnostisch-therapeutische Anliegen der Praxis.) Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410220.

2. — 15. 9. in Velden:

Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin. Auskunft: Dr. Victor Harth, 8600 Bamberg, Hainstraße 9.

3. — 15. 9. in Pörschach:

22. Internationales Fortbildungsseminar für die ärztliche Praxis. Auskunft: Dr. G. Blume, 6530 Bingen, Mainzer Straße 3.

5. — 7. 9. in Bratislava:

XVIII. Tschechoslowakischer Pädiatrischer Kongreß. Auskunft: Slowakische Medizinische Gesellschaft, Mickiewiczova 18, Bratislava.

5. — 12. 9. in Borkum:

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4-6.

6. — 8. 9. in Linz:

XIII. Gemeinsame Tagung der Deutschen, Schweizerischen und Österreichischen Gesellschaften für Anästhesiologie und Reanimation. Auskunft: Institut für Anästhesiologie, Allgemeines Krankenhaus, A - 4020 Linz.

8. — 9. 9. in Linz:

Symposion der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion. Auskunft: Professor Dr. med. S. Seidl, 6000 Frankfurt, Sandholstraße 1.

9. — 22. 9. in St. Moritz:

3. Sportärztlicher Fortbildungskurs für Ärzte und Sportärzte des Deutschen Sportärztebundes e. V. Auskunft: Dr. Kurt Wabar, 4970 Bad Oeynhausen, Klosterstraße 23.

10. — 12. 9. in Salzburg:

3. Internationales Symposion über Diabetes mellitus. Auskunft: Sakrariat Wien Medizinische Akademie, A-1010 Wien, Stadiongasse 6-8.

10. — 13. 9. in Strbské Plaso:

Europäische Konferenz über Kinderneurologie. Auskunft: Slowakische Medizinische Gesellschaft, Mickiewiczova 18, Bratislava.

10. — 21. 9. in Neutrauchburg:

Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie. Auskunft: Dr. med. Karl Sall, 7972 Isny.

11. — 15. 9. in Essan:

Gemeinschaftskongreß der Deutschen Gesellschaft für Angiologie und der Japanischen Gesellschaft für Angiologie. Auskunft: Dr. H.-J. Wllp, 4300 Essan, Hufelandstraße 55.

12. — 15. 9. in Timmandorfer Strand:

12. Tagung der Akademie für Ärztliche Fortbildung. Auskunft: Professor Dr. W. Haïm, 1000 Berlin 65, Augustanburger Platz 1.

13. — 15. 9. in Prag:

Symposion über die Therapie von Verbrennungen. Auskunft: Tschachische Medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, Prag 2.

15. — 22. 9. in Freudenstadt:

45. Kongreß für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. med. H. Hafarkamp, 6500 Mainz, Adam-Karrilon-Straße 13.

16. — 22. 9. in Aachen:

60. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie. Auskunft: Professor Dr. A. Hopf, Vorstand der Orthopädischen Klinik der Rhein.-westl.-Technischen Hochschule, 5100 Aachen, Goethestraße 27-39.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma **Karl Engelhard, Frankfurt, beigalügl.**

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0811) 47 60 87, Schriftleiter: Gr. med. Willy Reichstein, vertreten durch Dr. med. Lothar Sluke. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 51-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 61, 55 82 / 41 - 48, Fernschreiber: 05 / 23 662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner Jr., 8060 Dechau.

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

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

Ihre wissenschaftlich fundierte Meinung wird mit über unsere Forschungs-Aktivitäten entscheiden

Als angesehenes forschendes Unternehmen der deutschen pharmazeutischen Industrie mit einem internationalen Programm – Sitz Universitätsstadt im Rhein-Main-Neckar-Raum – bauen wir unsere Klinische Forschung systematisch aus. Heute suchen wir einen gebildeten

Mediziner als Fachreferatsleiter Klinische Forschung herzwirksamer Glykoside

Die Aufgabe umfaßt im Schwerpunkt Planung, Einleitung, Überwachung und kritische Auswertung der klinischen Prüfung der betreuten Präparate, die aus unserer Forschung stammen. Sie schließt die Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung von medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten und ähnlich verantwortungsvolle Aufgaben ein und setzt eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Disziplinen unserer Forschung und anderen Unternehmensbereichen voraus.

Als zukünftigen Inhaber dieser Position, die zu den Schlüsselfunktionen unseres Hauses zählt, stellen wir uns einen approbierten, möglichst promovierten Arzt vor. Industrieerfahrung ist nicht unbedingt erforderlich, wohl aber Neigung und Befähigung zur selbständigen und kritischen Bearbeitung wissenschaftlicher Probleme und brauchbares Arbeitsenglisch. Darüber hinaus sollten ihn persönliche Aufgeschlossenheit, überzeugendes Auftreten und die Fähigkeit auszeichnen, Vertrauen zu gewinnen und zu pflegen.

Die Position ist mit verantwortlicher Unabhängigkeit ausgestattet, von vornherein gut dotiert und nach dem Format Ihres Inhabers ausbaufähig. Sie bietet die Gewähr, durch regelmäßige Besuche von Kongressen und Symposien des In- und Auslandes sich auf dem neuesten Stand der Wissenschaft zu halten.

Sie sehen: Eine große Aufgabe, um die zu bewerben es sich lohnt.

Übrigens: Wenn Ihre Interessen nicht auf dem Gebiete der herzwirksamen Glykoside liegen, sondern im Bereich der Psychopharmaka, wir expandieren auch in diesem Bereich und suchen zu denselben günstigen Konditionen den **Leiter des Fachreferats Psychopharmaka**.

Bewerbungen erbeten unter Nr. 331/236 an den Verlag oder unter Stichwort „Fachreferatsleiter Klinische Forschung herzwirksamer Glykoside“ über **Personalberatung E. THEURER, 6140 Bensheim, Postfach 86**. Bitte fügen Sie die Unterlagen bei, die uns einen Überblick über Ihre Erfahrungen und über Ihren Werdegang geben und die uns die Beurteilung Ihrer Eignung ermöglichen. Absolute Diskretion und Einhaltung von Sperrvorschriften bezüglich der Weiterleitung zugesichert.

Am Städt. Krankenhaus Forchheim-Otr. mit 293 Betten, 3 Hauptfachabteilungen und 2 Belegarztabteilungen, sind für die **Innere Abteilung** mit 100 Betten ab 1. 8. 1973 zu besetzen:

1 Oberarzt

Facharzt, Vertreter des Chefarztes
Erfahrung in der Endoskopie erwünscht

Vergütung je nach Vorbildung BAT I b/1 a, sämtliche Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes, Rubereitschaftsvergütung nach Tarif, fest vereinbarte Nebeneinnahmen.

2 Assistenzärzte (-innen)

Vergütung nach BAT II/1 b, Sämtliche Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes, Bereitschaftsdienstvergütung nach Tarif, fest vereinbarte Nebeneinnahmen.

Umzugskosten und Trennungsgeld werden in jedem Falle nach der staatlichen Regelung gewährt.

Forchheim, ca. 24 000 Einwohner, ist Eingangstor zur Fränkischen Schweiz, hat alle weiterführenden Schulen und liegt neben der Universitätsstadt Erlangen-Nürnberg.

Bewerbungen erbeten mit üblichen Unterlagen an **Med. Dtr. Dr. W. Albert, Innere Abteilung des Städtischen Krankenhauses, 8550 Forchheim, Telefon (0 91 91) 7 81**

ALLGÄU

Stadtkrankenhaus, 8940 Memmingen

Für die **Innere Abteilung** wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt ein

Oberarzt

gesucht. Die Innere Abteilung umfaßt rund 90 Betten und ist mit 5 Planassistenten und 1 Medizinalassistenten besetzt. Volle Facharztweiterbildung. Die Röntgendiagnostik wird selbständig durchgeführt, ferner Endoskopie, Isotopendiagnostik, Hämodialyse, Kardioversion, Intensivüberwachung usw. Das Haus wird derzeit auf 420 Planbetten erweitert.

Die Vergütung erfolgt nach Vereinbarung (BAT). Nebeneinnahmen durch Gutachtertätigkeit, Rubereitschaft, Unterricht an der Pflegeschule und Chefarztzulage werden zugesagt. Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung. Sämtliche Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes (zusätzlich Altersversorgung, Trennungsschadigung, Umzugskosten usw.).

Die kreisfreie Stadt Memmingen (36 000 Einwohner) liegt zwischen der Schwäbischen Alb und den Allgäuer Alpen, zwischen München und dem Bodensee. Autobahnanschluß. Alle weiterführenden Schulen am Ort. Vielseitige Freizeitmöglichkeiten.

Interessenten, die die Facharztanerkennung für Innere Medizin besitzen und den Chefarzt voll vertreten können, werden gebeten, ihre Bewerbung zu richten an die

Verwaltung des Stadtkrankenhauses 8940 Memmingen, Bismarckstraße 23, Telefon (0 83 31) 79 55

**Den Sommer
zu genießen,
ist die Kunst,
der Hitze
aus dem Weg
zu gehen**

Sommergenuß ohne Hitzestreß. Durch Klimatisierung. Schneller und kostengünstiger, als Sie vielleicht glauben. Und wirksamer, als Sie sich vorstellen können: Ihre Räume werden zu einer Dase der Kühla, der gereinigten und antfeuchteten Luft.

In Wohlbefinden investieren. Schon knapp über tausend Mark. Mit form-schönen, eleganten Geräten. Die sich jedem Raum anpassen. Leise sind. Sich spielend leicht bedienen lassen. Eine lange Lebensdauer haben. Keinerlei Wartung bedürfen. Eben perfekt sind rundherum.

So wie unsere Beratung —
unsere Montage — unser Service.

Rufen Sie an, wenn Ihnen der Sommer lieb und Ihre Arbeitskraft (und Ihre Arbeitskräfte) was wert sind.

WILFRIED WIEGAND

Kälta- und Klimatechnik
8012 Dttobrunn, Dttosstraße 37 a
Telefon (08 11) 6 01 41 84

Privatnervenklinik Gauting

Vorortnähe München, in landschaftlich schöner Lage
intime Atmosphäre, keine geschlossene Abteilung

Leitender Arzt Dr. Philipp Schmidt
alle neuzzeitlichen Behandlungsmethoden
8035 Gauting, Bergstraße 50, Telefon (08 11) 8 50 60 51

Die Heilung v. Hautleiden u. -schäden

Ekzem, Psoriasis, Lichen, Dermatitis, Neurodermitis, Pruritus, Prurigo, Crusta lactea, Favus, Pityriasis sowie von Intertrigo, Dekubitus, Traumen und Ulcera durch

BEFELKA-OEL

Ist von überzeugender Eindringkraft

Ärztmuster durch:
BEFELKA-ARZNEIMITTEL
4500 Osnabrück, Postfach 1351

Zus.: Öl. Hyperici 10 g,
Öl. Calend. 5 g, Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g,
Öl. Viol. tric. 3 g, med.
Weißöl 75 g, Arom.
50 ml DM 3.90
mit MWST und größer

Die moderne Arztpraxis

Einrichtungsvorschläge kostenlos. In meinen Ausstellungsräumen finden Sie Anregung für individuelle Praxisgestaltung. Verabredungen auch zum Wochenende möglich.

Bewährter Kundendienst seit 25 Jahren und ebenso lange Erfahrung garantiert Ihnen eine sorgfältige fachliche Beratung.

W. Körber, Inh. J. Pongratz, Arzt-, Krankenhaus- u. Laborbedarf
8360 Deggendorf, Graßlinger Straße 108, Telefon (09 91) 59 72

Spezialklinikhaus für alle
Erkrankungen der Atmungsorgane

**KLINIK
ST. BLASIEN**

Leitende Ärzte:
Dr. F. Brecke - Dr. E. Polz

Differentialdiagnostik und Therapie auch schwerer Formen spezifischer und unspezifischer Lungen- und Atemwegkrankungen.

3 getrennte, modern eingerichtete Abteilungen: 1. Intensivbehandlung unspezifischer Lungen- und Bronchialkrankheiten. 2. Tuberkulose. 3. Leichtkranke und Erholungssuchende. Alle Abteilungen mit Ein- und Zweibettzimmern, vorwiegend mit Balkon, z.T. mit Dusche und WC.

Privatpatienten (beihilfefähig), Sozialkostenträger, RVO-Kassen.

Eigentümer: Sanatorium St. Blasien GmbH, 7822 St. Blasien (Hochschwarzwald)
Postfach 99 - Fernruf-Sammelnr. (0 76 72) 3 31

Zolghadar

Inh. Humbert Saemmer



TEPPICHE
aus PERSIEN
und CHINA

München Maximilianstr. 33 u. 34
Ingolstadt Theresienstr. 28

Flügel Pianos



in
höchster
Vollendung

Piano-Lang

München, Kautlingerstraße 28/1
(S- u. U-Bahn Marienplatz)
und Landsberger Straße 336
(hier eigener Parkplatz)
Augsburg, Maximilianstraße 65
Frankfurt, Stiftstraße 32
Regensburg, Neuhausstraße 4
Würzburg, Theaterstraße 18

Gegen Enuresis nocturna

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

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. sacch. 50 mg, Sojalezithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhois arom. 5 mg, Extr. Humull lupull 2,5 mg, Extr. chinae 2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg. Keine Kontraindikation, keine Nebenwirkung! 35 Tabl. 8,20 DM, 300 Tabl. 36,10 DM. Ärztmuster durch: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, 8024 München-Delsenhofen, Am Alten Weg 20

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

7891 Uhlingen

Süd-schwarzwald, 700.
Moderner Neubau in son-
niger Lage, 25 Kd., 0-13 J.
Tägl. Gymnastik-Unterricht.
Ständige ärztl. Betreuung
im Hause.



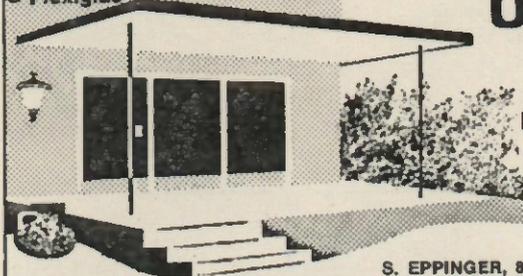
Ltg.: Frau Dr. med. E. Rias-Schede



KLEINTRESOR
feuersicher
Einbautresora ab
DM 272,-
Katalog „BY“ freil
W. Dreisörner
6000 Frankfurt/M. 50
Postfach 50 10 49

Werbung
bringt
Erfolg

⊗ Plexiglas



Kostenlose Information von:

ÜBERDACHUNGEN

für Terrasse · Balkon · Haustür
Wintergärten · Trennwände etc.

· KUPFERVORDÄCHER ·

Erstkl. in Gestaltung, Material u. Verarbeitung

Etwas Besonderes nach Maß!



HIRSCHFELD
vertreten in 32 Städten

S. EPPINGER, 8021 Naurad, Ammersee-str. 63, Tel. (08 11) 7 55 56 45
H. LINN, 8500 Nürnberg, Friedrichstr. 17, Tel. (09 11) 55 18 94

An der Chirurgischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Bayreuth (210 Betten, Chefarzt: Oberstadtmedizinaldirektor Dr. Weber) ist die Stelle eines

2. Oberarztes

zu besetzen. Der Bewerber soll Facharzt für Chirurgie sein und über besondere Erfahrung auf dem Gebiet der Unfallchirurgie verfügen, da das chirurgische Krankengut etwa zur Hälfte aus Unfallverletzten und zur Hälfte aus Patienten der Allgemeinchirurgie besteht. Für die Durchführung der verschiedenen Osteosyntheseverfahren steht ein eigener Operationstrakt mit besten Einrichtungen zur Verfügung.

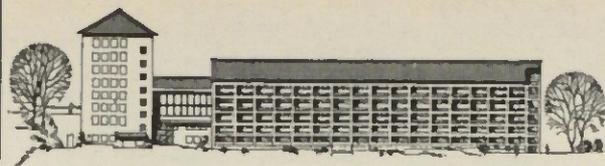
An der Chirurgischen Klinik sind 2 Oberarztstellen und 11 Assistenzarztstellen vorhanden.

Geboten werden: Vergütung nach VergGr. I a BAT, Nebeneinnahmen durch Zuwendungen des Chefarztes, Rufbereitschaftsvergütung und Gutechertätigkeit. Die Stadt Bayreuth ist bei der Wohnungssuche behilflich.

Die Festspielstadt Bayreuth liegt in landschaftlich schönster Lage in Oberfranken mit sehr guten Sommer- und Winterportmöglichkeiten. Sämtliche weiterführenden Schulen sind am Ort. Darüber hinaus ist Bayreuth zum Standort der 6. Bayerischen Landesuniversität bestimmt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisbeschriften, Nachweisen über die bisherige Tätigkeit) werden umgehend erbeten an:

Stadt Bayreuth – Personalamt –
6580 Bayreuth, Postfach 2840.



1 Internisten

als neuen Mitarbeiter für onkologische Fachklinik mit 240 Betten (vor wenigen Jahren bezogenes modernes Haus mit großem Labor und gut ausgestatteter Röntgenabteilung) gesucht.

Geregelte Dienstzeit, großzügige Vergütung. Befriedigende Regelung der Wohnungsfrage. Kindertagesstätte vorhanden. Alle Schulen gut erreichbar.

Oberstaufen im Allgäu bietet viele Möglichkeiten für die Freizeitgestaltung (Schwimmen, Wasserski, Segeln, Reiten, Tennis, Segelliegen, Wandern und Skilauten). D-Zug-Station.

Kontaktaufnahme erbeten mit

Schloßbergklinik Oberstaufen

8974 Oberstaufen, Telefon (0 83 86) 20 01

Interwotels
Ruheort

Hausarzt

für Pflegestation mit 30 Betten gesucht

Das Ruheortshotel Westpark, München 21 – nach modernsten Gesichtspunkten für altersgerechtes Wohnen und Altenpflege geplant – wird im Frühjahr 1974 bezugsfertig.

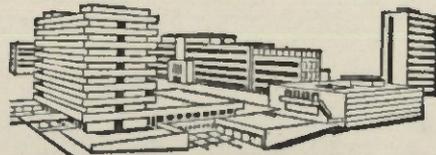
Das Haus hat 600 Betten in 446 Appartementwohnungen von 22 qm bis 68 qm, großzügige Club-, Aufenthalts- und Speiseräume, repräsentative Eingangshalle mit Rezeption und Ladenstraße sowie ein Hotelrestaurant der gehobenen Mittelklasse. Sauna, Solarium, Schwimmbad und Liegeterrasse befinden sich auf der 25. Etage.

Die vorhandenen Räumlichkeiten sind bestens geeignet, auch die Privatpraxis unterzubringen. Bauherr und Verwalter ist die Interwotel Hotelbetriebs-GmbH & Co, im Firmenverband der DEBA Deutsche Bauträger GmbH & Co.

Eilzuschriften bitte an

Interwotel Betriebs-GmbH & Co

8000 München 2, Rückertstraße 1, DEBA-Haus



Die Stadt Fürth (rund 105 000 Einw.) sucht zum 1. Januar 1974

1 Chefarzt für Innere Medizin

Hauptschwerpunkt Kardiolo-Pulmonologie

1 Chefarzt für Innere Medizin

Hauptschwerpunkt Gastroenterologie

für zunächst zwei Abteilungen der Medizinischen Klinik der Krankenanstalten Fürth. Beide Abteilungen sind selbständig innerhalb der Kooperation der Medizinischen Klinik. Über die geschäftsführende Funktion ist noch zu entscheiden. – Die Errichtung einer Abteilung für Laboratoriumsdiagnostik (Zentrallabor) ist ins Auge gefaßt.

Die städtischen Krankenanstalten Fürth werden voraussichtlich Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen-Nürnberg.

Anstellung erfolgt grundsätzlich auf Dienstvertrag, bei Veretzung im Beamtenverhältnis.

Nebentätigkeit wird im Rahmen und Form von Rechtsentwicklung und daran gebundener Vereinbarung zugestanden.

Bewerbungen bitte mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Liste der etwaigen wissenschaftlichen Arbeiten, Approbationsurkunde und Facharztanerkennung usw.) unter Nennung der Gehaltsvorstellung bis zuverlässig längstens 1. August 1973 an das Personalreferat der Stadt Fürth, Rathaus, richten.

Bitte Bewerbungsziel (Kardiolo-Pulmologie oder Gastroenterologie) angeben.

Das Evangelische Krankenhaus in Regensburg sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die chirurgische Abteilung

a) Assistenzarzt (-ärztin)

zur Facharztweiterbildung werden zwei Jahre angerechnet.

b) Medizinalassistent(in)

Die Bezahlung erfolgt zu a) nach BAT zuzüglich einer Vergütung für Bereitschaftsdienste; zu b) Med. Ass.-Entgelt/BAT zuzüglich DM 500,- zuzüglich Vergütung für Bereitschaftsdienste. Nebeneinnahmen aus Gutachten und Blutentnahmen sind möglich. Für Ledige kann ein Zimmer im Krankenhausbereich zur Verfügung gestellt werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an die Verwaltung des Evangelischen Krankenhauses, 8400 Regensburg, Emmersplatz 11, Telefon (09 41) 5 10 16.

Vorbereitung auf

Abitur und Mittlere Reife

aller Schulwege, auf die Übertrittsprüfungen in die 10. bis 13. Klasse und auf die „Begabtenprüfung“. Ein verlorenes Jahr kann wieder aufgeholt werden! Aufgenommen werden insbesondere Schüler, die die öffentlichen Gymnasien verlassen müssen, sowie Realschüler, die den Übergang in die Oberstufe der Gymnasien anstreben.

NDRNBERGER LEHRINSTITUT (mit Internat)

8500 Nürnberg, Sulzbacher Str. 24-26, Telefon (09 11) 55 51 01



BUNDESKNAPPSCHAFT

Wir sind Träger von 14 Krankenhäusern mit insgesamt 5500 Betten und suchen für die **Innere Abteilung des Knappschafts-Krankenhauses in Gelsenkirchen** (137 Betten – Chefarzt Dr. med. Hünne Meyer) einen

Assistenzarzt

Es handelt sich um eine modern eingerichtete Abteilung, die als Facharztweiterbildungsstätte voll anerkannt ist (Gastroskopie, Bulboskopie, Laparoskopie, Leberblindpunktionen, klinische Kardiologie und Intensivmedizin).

Ein gut eingerichtetes Labor mit Schwerpunkt Hämatologie und Blutgerinnungsstörungen ist vorhanden.

Bezüge nach Vergütungsgruppe II a/1 b KnAT/BAT, Vergütung des Bereitschaftsdienstes und Nebeneinnahmen durch Gutachter Tätigkeit.

Bewerbungen um diese Stelle erbeten an die Geschäftsführung der Bundesknappschaft – Dezer-nat V. 1.2. –, 4630 Bochum, Postfach 2150.

Vorherige Fühlungnahme mit **Herrn Chefarzt Dr. med. Hünne Meyer** ist erwünscht (Telefon (02322) 2 0311).

Beim Krankenhaus Azlburg der Elisabethinen Straubing mit 345 Planbetten ist sofort die Stelle von

2 Assistenzärzten (-ärztinnen)

für die Innere Medizin
Chefarzt Dr. Bockmeyer

und zum 1. Juli 1973

1 Assistenzarzt (-ärztin) für die Chirurgie

Chefarzt Dr. Erber

1 Oberarzt für Anästhesie

1 Assistenzarzt (-ärztin) für Anästhesie

Chefarzt Dr. Stauber

sofort zu besetzen.

Wir bieten: Vergütung nach Verg.-Gr. 2 bzw. 1 b AVR (BAT). Barabgeltung des Bereitschaftsdienstes, zusätzlich eine besondere allgemeine Zulage zu den Dienstbezügen. Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Straubing (ca. 45 000 Einwohner) am Fuße des Bayer. Waldes gelegen, hat alle Schularten, Frei- und Hallenbad vorhanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, 2 Lichtbilder, beglaubigte Zeugniskopien) werden erbeten an Krankenhaus Azlburg der Elisabethinen 8440 Straubing, Azl-burger Straße 21, Telefon (0 84 21) 70 21.

Das **Stadtkrankenhaus Wunsiedel** sucht zum frühest-möglichen Zeitpunkt

1 med.-techn. Assistentin

für den Labor- und Röntgendienst.

Geboten werden:

Dauerstellung, geregelte Dienstzeit, sämtliche sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes (Kinderzuschlag ab 1. Kind, Beihilfe bei Geburts-, Krankheits- und Sterbefällen) Umzugskostenvergütung, Zusatzversor-gung, Leistungen nach dem Vermögensbildungsgesetz u.s.w. Verpflegung kann zu günstigen Sätzen im Haus eingenommen werden. Soweit Unterbringung im Städti-schen Jugendwohnheim nicht gewünscht wird, ist der Krankenhausträger bei der Beschaffung von Wohn-raum behilflich.

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach den Vorschriften des BAT.

Die Kreisstadt Wunsiedel/Oberfranken ist bekannt durch die Luisenburgenfestspiele, hat rund 8000 Einwoh-ner und liegt im klimatisch günstigen und landschaft-lich sehr reizvollen Fichtelgebirge. Am Ort befinden sich alle weiterführenden Schulen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Stadt 8592 Wunsiedel, Personalamt.**

Die Kurklinik

der Landesversicherungsanstalt Württemberg

Bad Kissingen

bietet einem

Assistenzarzt (-ärztin)

vielseitiges klinisches Tätigkeitsfeld, das sich beson-ders zur Vorbereitung auf die internistische Fachpraxis eignet,

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

Ermächtigt zur Weiterbildung in Innerer Medizin von 2 Jahren,

Vergütung nach BAT II a/1 b, Ortsklasse S, zuzüglich Bereitschaftsdienstvergütung,

5-Tage-Arbeitswoche mit günstigen Arbeitszeiten und Bereitschaftsdienstbedingungen,

zusätzliche Altersversorgung und Beihilferechtigung im Krankheitsfall,

günstig gelegene Unterkünfte, evtl. Werkdienstwoh-nung und preisgünstige Hausverpflegung,

das anspruchsvolle Unterhaltungsprogramm des Staats-bades, vielseitige sportliche Möglichkeiten in reiz-voller Umgebung, alle Schulen am Ort.

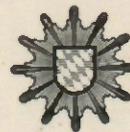
Bewerbungen erbittet der Chefarzt der Kurklinik:
Dr. med. G. Kunde, 8730 Bad Kissingen, Kurhaus-straße 9

Das **Kreis Krankenhaus München-Pasing** sucht zum nächstmög-lichen Zeitpunkt

medizinisch-technische Assistentin-nen bzw. Arzthelferin als Anlernkraft für die Röntgenabteilung

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

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



Die **Bayer. Bereitschaftspolizei** sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

medizinisch-technische Assistentinnen

für das klinisch-chemische Labor der Krankenabteilungen in München, Eichstätt, Würzburg und Nürnberg. Die Arbeitsbe-dingungen richten sich nach den für den öffentlichen Dienst geltenden tariflichen Bestimmungen.

Bewerbungen erbeten an den

Leitenden Arzt, 8000 München 80, Rosenheimer Straße 130, Telefon 44 99 46 / 331.