Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 11

26. Bayerischer Ärztetag in Coburg

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer vom 21. bis 23. September 1973

Eröffnung des Ärztetages

Mit einem Festakt in den Kunstsammlungen der Veste Coburg wurde am 21. September 1973 der 26. Bayerische Ärztetag eröffnet. Diese Festveranstaltung wurde von den Darbietungen des „Melchior Franck-Kreises" mit Musik aus dem alten Coburg umrahmt.

Dr. Hans FRIEDRICH, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Coburg, begrüßte die Gäste im Namen des Ärztlichen Kreisverbandes Coburg.

Anschließend trug Dr. Heinz SCHAUWECKER, Präsident des Bundesverbandes deutscher Schriftstellerärzte, ein eigenes Gedicht vor.

Den 26. Bayerischen Ärztetag eröffnete der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans J. SEWERING. Er dankte bei dieser Gelegenheit den Künstlern für den würdigen Rahmen dieses Festaktes und allen Kollegen Oberfrankens und Coburgs für die Einladung sowie Kollegen FRIEDRICH für seine vielen Mühen der Vorbereitung.

Professor Dr. Sewering hieß dann die Delegierten der rund 22500 Ärzte Bayerns und die zahlreich erschienenen Ehrengäste herzlich willkommen, an deren Spitze als Vertreter der Bayerischen Staatsregierung den Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. PIRKL, den Vizepräsidenten des Bayerischen Landtags, Dr. ROTHEMUND, den Vizepräsidenten des Bayerischen Senats, Professor Dr. SCHEUERMANN, Mitglieder des Bayerischen Landtages und Senats, den Rektor der Universität Würzburg, Professor Dr. SCHREINER, den Prorektor der Universität Erlangen-Nürnberg, Professor Dr. FRANKE, die Dekane der Medizinischen Fakultäten, den Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern, Dr. HEIN, sowie den Leiter der Gesundheitsabteilung des Sozialministeriums, Senator Ministerialdirigent Dr. KLÄSS, die Vertreter von Behörden, Körperschaften und Schulen, sowie die anwesenden Kollegen und Vertreter von Rundfunk und Presse. Ein besonderer Gruß galt den Trägern der Paracelsus-Medaille und des Ehrenzeichens der Deutschen Ärzteschaft, sowie den Mitgliedern des Vorstandes der Bundesärztekammer.

Eröffnungsansprache von Professor Dr. Sewering

Der diesjährige Bayerische Ärztetag fällt in ein für die Ärzteschaft Bayerns bedeutungsvolles Jahr. Vor 50 Jahren wurde, dem Drängen der Heilberufe folgend, durch Landesgesetz die Bayerische Ärzteversorgung, eine Versorgungseinrichtung für Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, errichtet. Dank einer engen Zusammenarbeit dieser drei Heilberufe untereinander und mit der die Verwaltung tragenden Bayerischen Versicherungskammer konnte sie zu einer segensreichen Einrichtung unserer Berufsstände entwickelt werden. Ihre weitere Gestaltung und Fortentwicklung wird auch in der Zukunft unser ganz besonderes Anliegen sein.

Vor 100 Jahren, also im Jahre 1873, fand ein Jahr nach Gründung des Deutschen Ärztevereinsbundes in Wiesbaden der erste Deutsche Ärztetag statt. Er beschloß als erstes eine Satzung für den Ärztevereinsbund, deren § 1 lautet:

> „Unser Ärztevereinsbund hat den Zweck, die zerstreuten Ärztevereine Deutschlands zu gegenseitiger Anregung und gemeinsamer Betätigung, der wissenschaftlichen und praktischen, auch sozialen Bestimmungen des ärztlichen Standes zu vereinigen."

Eröffnung auf der Veste Coburg

Die Aufgaben und Zwecke der ärztlichen Vereine wurden wie folgt umschrieben:

„Förderung der ärztlichen Wissenschaft und Kunst sowie der Interessen des ärztlichen Standes (z. B. insbesondere durch Gründung gemeinnütziger Anstalten, durch Regelung und Wahrung der Standesverhältnisse). Fakultative Teilnahme an der öffentlichen Gesundheitspflege und Medizinalgesetzgebung: Beides sowohl in staatlicher als lokaler (kommunaler und provinzieller) Hinsicht."

Der Deutsche Ärztevereinsbund war der Vorläufer der Ärztekammern in Deutschland. Die Ziele, welche er sich seinerzeit setzte, entsprechen weitgehend auch den heutigen Aufgaben der Ärztekammern.

In wenigen Tagen wird in München der 76. Deutsche Ärztetag stattfinden unter dem Motto: „100 Jahre Deutsche Ärztetage".

Die Diskrepanz zwischen den 100 Jahren und den nur 76 Ärztetagen offenbart die Auswirkungen der Geschichte unseres Landes. Kriege und die Zeit der Diktatur haben die Abhaltung von Ärztetagen mit frei gewählten Delegierten der Ärzte Deutschlands unmöglich gemacht.

Aber auch ohne Beziehung zu Jubiläen kann man sagen, daß wir uns in einer für das Gesundheitswesen und die Ärzte unseres Landes besonderen Zeit befinden. Kaum je zuvor stand der Arzt so sehr im Mittelpunkt des Interesses, der Kritik und der Angriffe. Das mag zum Teil daran liegen, daß Gesundheit und gesundheitliche Betreuung bei unserer Bevölkerung einen noch nie vorhandenen Stellenwert gewonnen haben. Es liegt mit Sicherheit aber auch daran, daß sich gewisse Kräfte ganz eindeutig das Gebiet des Gesundheitswesens ausgesucht haben, um hier ihre ersten Versuche der Gesellschaftsveränderung zu betreiben. Ärzte haben sich immer gerne als unpolitische Wesen betrachtet, von jedem geachtet, von niemandem attackiert. Diese Illusion — und das hat wohl inzwischen jeder von uns eingesehen — ist endgültig zerstoben. Es genügt nicht mehr, wenn der einzelne Arzt von früh bis spät seinen Beruf ausübt und sich wissenschaftlich fortbildet, um der Entwicklung der Medizin folgen zu können. Jeder von uns muß sich mit den politischen und weltanschaulichen Kräften auseinandersetzen, die uns gegenüberstehen.

Aber auch unsere Mitbürger stehen vor Entscheidungen, die wir ihnen nicht abnehmen können. Sie müssen sich darüber klar werden, ob sie in der Zukunft als freie Bürger auch von freien Ärzten betreut werden wollen. Wer glaubt, man könne unsere Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung erhalten, die Ärzte aber durchaus „ein bißchen verplanen" und in Abhängigkeit bringen, der verkennt die Zwangsläufigkeit solcher politischen Entwicklungen.

Wenn es dazu kommen sollte, daß das Gesundheitswesen in Deutschland sozialisiert wird, dann möge sich jeder darüber klar sein, daß das nur der erste Schritt einer Entwicklung ist, der keine andere Gruppe unserer Gesellschaft entgeht.

Auch die Behauptung, man müsse die ärztliche Versorgung anders gestalten, d. h., wesentliche Teile aus der Hand des freipraktizierenden Arztes nehmen, weil die Kostenexplosion nicht mehr zu verkraften sei, ist nur ein Vorwand. Tatsache ist, daß die Kostenentwicklung in den Krankenhäusern, also dort, wo die Ärzte lediglich Gehälter bekommen, besonders eindrucksvoll ist.

Aber auch wenn man die freie Praxis heranzieht, wird man folgendes feststellen müssen: Die Sozialisierung der Arztpraxis oder ihre totale Veränderung durch

Herausnahme der gesamten medizinischen Technik bringt keine Verbilligung, weder werden die Investitionen geringer, noch die heute von uns aufzubringenden Gehälter der Mitarbeiter. Das Arbeitsvolumen der freipraktizierenden Ärzte, übertragen auf den dann entstehenden neuen Arzttyp „Normalarbeitnehmer Arzt", würde eine Vervielfachung der personellen Besetzung bedeuten, und nach allen Erfahrungen, die gemacht wurden, dennoch zu einer Verschlechterung der Versorgung führen.

Mit angeblicher Kostenexplosion läßt sich eine Systemänderung nicht begründen.

Wir beobachten zunehmend, daß es im Lager der Krankenversicherung Stimmen gibt, die unbedingt den Sturm auf das sogenannte Monopol der kassenärztlichen Versorgung einblasen wollen. Wenn sie sich nur einmal die Mühe machen würden, die Geschichte der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen zu studieren, dann müßten sie erkennen, daß die Ärzte der deutschen Krankenversicherung und dem stetig gewachsenen Kreis der in ihr Versicherten nicht weniger treu gedient haben als die Krankenkessen selbst. Die Fortentwicklung der Krenkenversicherung war aber in allen Zeiten abhängig von einer echten Partnerschaft beider Seiten. Dabei kann die ärztliche Versorgung nun einmal nur ausschließlicher Part der Ärzte sein, und wenn der Versuch gemacht wird, das angeblich so schädliche Monopol zu brechen, so steht dahinter nur allzu deutlich der Wunsch, Systemveränderungen zu betreiben oder zumindest den Grundsatz: „Wer zahlt, schafft an" zum Tragen zu bringen.

Daß diese meine Ausführungen nicht Schwarzmalerei und nicht Meinungsmache sind, haben erst in diesen Tagen Ausführungen des beamteten Staatssekretärs im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Professor WOLTERS, bewiesen, der in einem Referet beim Bundesverband der Ortskrankenkassen einer Brechung des sogenannten Monopols der Kassenärzte das Wort geredet hat.

Ohne hier die ideologischen Vorstellungen von Herrn Wolters, die durch Veröffentlichung im offiziellen Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung zumindest halbamtlichen Rang erhalten haben, im einzelnen zu enalysieren, sei ihm und allen Gleichgesinnten fürs erste folgendes ins Stammbuch geschrieben:

Der Deutsche Bundestag hat 1955 nahezu einstimmig das derzeit geltende Kassenarztrecht beschlossen. Er hat der Krankenversicherung einerseits und den Kassenärzten andererseits die für sie bestimmten Aufgaben zugewiesen. Wer versucht, an dieser Verteilung zu rütteln, versucht zugleich, das Rad unserer gemeinsamen Geschichte zurückzudrehen. Wir können alle Verantwortlichen nur dringend darum bitten, solche reaktionären Entwicklungen zu verhindern und im Interesse unserer Versicherten die gleichberechtigte Partnerschaft von Krankenkassen und Kassenärzten erhalten und ausbauen zu helfen.

Wir bekennen uns heute wie in der Vergangenheit uneingeschränkt zu dem System der sozialen Sicherung, dessen wesentliche Säulen Krankenversicherung, Unfallversicherung und Rentenversicherung sind. Wir haben alles getan, um unseren Mitmenschen die ärztliche Versorgung zu geben, die dem Stand der medizinischen Entwicklung entsprach. In den hundert Jahren, die wir als Jubiläum jetzt begehen, hat es dabei nie einen Stillstand gegeben. Das wird auch für die Zukunft gelten.

Auf der Grundlage unseres derzeitigen Systems haben die Ärzte der freien Praxis für die ambulante Versorgung und die des Krankenhauses für die stationäre Behandlung Schritt gehalten mit der Entwicklung der Medizin.

Der Patient in unserem Lande kann sich heute und in der Zukunft gut betreut fühlen bei seinem niedergelassenen Allgemeinarzt und Facharzt und bei den Ärzten unserer Krankenhäuser. Im Gegensatz zu einer Flut von veröffentlichten Meinungen fühlt er sich dabei auch wohl. Auch neueste Umfragen haben gezeigt, daß unsere Mitmenschen trotz aller negativen Berieselung wissen, was sie an ihrem Arzt haben und sie haben ein überwältigendes Bekenntnis zum Hausarzt abgelegt. Das wird uns auch für die Zukunft Ansporn und Verpflichtung sein. Deshalb ist auch eines der Themen unseres diesjährigen Bayerischen Ärztetages die Zusammenarbeit der Ärzte in Praxis und Krankenhaus. Der Patient, der hilfesuchende Mitmensch, wird für uns, so wie in der Vergangenheit auch in der Zukunft, im Mittelpunkt unseres Denkens und Handelns stehen.

In diesem Sinne eröffne ich den 26. Beyerischen Ärztetag.

Grußwort von Dr. med. Gerhard Jungmann

Vizepräsident der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Niedersachsen

Es ist mehr als eine Gewohnheit – es ist eine feste Tradition, daß der Vorstand der Bundesärztekammer anläßlich des Bayerischen Ärztetages am gleichen Ort zusammenkommt, eine Tradition, die ihre tieferen Gründe hat.

Es gibt kein anderes Bundesland, das eine dem Bayerischen Ärztetag vergleichbare Einrichtung als konstitutives Element der Ärztekammer kennt.

Es gibt aber auch keine andere Ärztekammer, die der Bayerischen Landesärztekammer gleichkommt. Es gibt sozusagen einfache Ärztekammern, wie meine eigene, die Ärztekammer Niedersachsen. Dann gibt es den schon etwas gehobeneren Typ der Landesärztekammern, doch es gibt tatsächlich nur eine Ärztekammer, die in einer so eindeutigen Weise ein fester Bestandteil der politischen Ordnung ihres Landes ist, wie die Bayerische Landesärztekammer.

Ich denke dabei nicht nur daran, daß hierzulande auch die Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände als die Untergliederungen der Landesärztekammer Körperschaften des öffentlichen Rechts und damit fest und tief in dem Leben und der Ordnung auch der regionalen Gliederungen verankert sind, obwohl das allein schon bemerkenswert genug ist.

Ich denke ebenso daran, daß die Bayerische Landesärztekammer sich selbst als einen Bestandteil nicht nur der öffentlichen, sondern auch der staatlichen Ordnung ihres Landes versteht.

Das kommt nicht nur in einem kräftig entwickelten Selbstbewußtsein zum Ausdruck. Aber auch der Freistaat Bayern, seine Regierung und seine Parlamente verstehen ihre Landesärztekammer in einem weitaus höherem Maße als Institution der öffentlichen und staatlichen Ordnung, als das in den anderen Ländern der Fall ist.

Die bayerische Ordnung ist kein Exportartikel. Um so mehr sind auch wir – als die Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern der Bundesrepublik und Berlins – daran interessiert, daß sich an dem Status der Bayerischen Landesärztekammer nichts ändert.

Die bayerische Ordnung bringt es mit sich, daß die Bayerische Landesärztekammer so außerordentlich stark und tief in allen Lebens- und Ausdrucksformen dieses Landes verwurzelt ist. Das gilt nicht zuletzt auch für die bayerischen Landschaften und ihre volkstümlichen und stammesmäßigen Eigenarten.

Das ist der Grund dafür, daß jeder Bayerische Ärztetag seine besondere Eigenart hat.

Diese lebendige Vielgestaltigkeit lieben wir Nichtbayern, und das ist nicht zuletzt der Grund dafür, daß wir so gern zu den Bayerischen Ärztetagen kommen, und daren wird sich auch in der Zukunft nichts ändern.

Dem 26. Bayerischen Ärztetag in Coburg wünsche ich im Namen der Bundesärztekemmer einen guten und erfolgreichen Verlauf!

Ansprache des bayerischen Sozialministers Dr. Pirkl

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Wie Sie alle wissen, ist das Jahr 1973 – wie nie zuvor – „ein Jahr der Ärztetage" in Bayern. Auf den heutigen Coburger Auftakt folgen im Oktober der Deutsche Ärztetag und der Weltärztetag in München. Steht deshalb der Bayerische Ärztetag heuer etwa nur im Schatten kommender Ereignisse? Ich sage nein. Eher im Gegenteil. Verlauf und Ergebnisse dieses 26. Bayerischen Ärztetages werden gerade dieses Jahr im Sinne einer Initialzündung von besonderem Einfluß auf den Deutschen und vielleicht sogar den Weltärztetag sein. Hinzu kommt, daß der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer eine Persönlichkeit ist, den jahrzehntelange Erfahrungen und Erfolge zu einer der maßgeblichsten und anerkanntesten Kräfte innerhalb der deutschen und der weltweiten Ärzteorganisation werden ließen. Gerade sein Wort auf dem Bayerischen Ärztetag wird deshalb weit über die Grenzen unseres Landes hinaus nachhaltige Beachtung finden. Im übrigen darf ruhig einmal wieder ins Gedächtnis gerufen werden, daß der Freistaat Bayern mit seinen nunmehr 10,8 Millionen Einwohnern 80 % der Staaten der Welt an Bevölkerung und 55 % der Staaten der Welt an Fläche übertrifft. An diesen Tetsachen sollten auch jene Mitbürger das Gewicht von Aussagen der Bayerischen Staatsregierung messen, die gerne mit einem ebenso modischen wie unreflektierten Antiföderalismus liebäugeln.

Im Auftrag und in Vertretung des nicht zuletzt durch seine derzeitige Funktion als Bundesratspräsident besonders in Anspruch genommenen Herrn Ministerpräsidenten Dr. GOPPEL begrüße ich alle Teilnehmer dieses Kongresses in Bayern auf das herzlichste. Mein besonderer Gruß gilt den prominenten Gästen aus dem Ausland, deren Freude, zu uns nach Bayern zu kommen, wir immer wieder als Ehre empfinden. Als Franke kann ich natürlich nicht darauf verzichten, meiner aufrichtigen Genugtuung Ausdruck zu geben, daß nach Nürnberg im Jahre 1971 nunmehr wieder eine bedeutende fränkische Stadt mit großartiger Geschichte als Tagungsort gewählt wurde. Vor allem in Anbetracht der geographischen Lage Coburgs möchte ich es nicht versäumen, meine besten Grüße unseren Landsleuten – insbesondere allen Ärzten – jenseits der bayerischen-thüringischen Grenze zu sagen.

Der 26. Bayerische Ärztetag findet in einer Zeit statt, in der die gesellschaftspolitischen Systemfehden – teils entwicklungsbedingt, teils unablässig angeheizt – ein bisher nicht gekanntes Ausmaß und einen immer unschöner werdenden Stil angenommen haben. Nachdem allgemein bekannt ist, daß Gesundheitsfragen bei unseren Bürgern weithin innenpolitisches Thema Nr. 1 sind, war es scheinbar nicht zu vermeiden, daß sie in steigendem Umfang zu gesellschaftspolitischen Richtungskämpfen mißbraucht werden. Mißbraucht deshalb, weil die Gesundheitspolitik einfach kein Ex-

perimentierfeld für politische Ideologien werden darf: um des kranken Menschen willen!

Wir sind uns alle darin einig, daß eine permanente Fortentwicklung im Sinne einer Verbesserung, wie in allen Bereichen, so auch auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik, notwendig ist. Indessen droht die gesundheitspolitische Auseinandersetzung in unserem Lande immer mehr von der sachlichen Diskussion in tagesmodische, also kurzlebige – aber leider oftmals effektvolle – Sprachklischees abzugleiten. Scheinintellektuelle Modevokabeln und agitatorische Schablonen sind die trügerischen Fähnchen, unter denen viele unreflektiert im Meer des Zeitgeistes mitschwimmen wollen. Die Bayerische Staatsregierung ist jedoch nicht bereit, ihre gesundheitspolitische Fahne einfach nach jenem Wind zu hängen, der auf diesem Meer des Zeitgeistes zur Zeit gerade blasen mag. Sie hält vielmehr an ihrem seit Jahren nicht nur von mir, sondern auch vom Herrn Ministerpräsidenten und Herrn Kollegen Dr. MERK betonten Bekenntnis zu einer freiheitlichen Gesundheitspolitik fest, d. h. an einer klaren und verläßlichen Absage an jede Sozialisierung oder Verstaatlichung unseres Gesundheitswesens. Das also ist Ausgangspunkt und Maßstab für alle gesundheitspolitischen Entscheidungen der Bayerischen Staatsregierung.

Wenn ich einen Blick auf die Tagesordnung der Vollversammlung des Bayerischen Ärzteparlamentes morgen und übermorgen werfe, so glaube ich, daß neben dem Tätigkeitsbericht der Kammer der Tagesordnungspunkt „Niedergelassener Arzt und Krankenhaus" wesentlicher Gegenstand der Beratungen sein wird. Ich darf schon vorab sagen, daß ich mit größtem Interesse Ihren Diskussionen zu diesem Punkt entgegensehe: mit größtem Interesse an der Frage, in wieweit die Gesamtrepräsentation der bayerischen Ärzteschaft hier mit der freiheitlichen Konzeption der Bayerischen Staatsregierung auch weiterhin einig geht.

Wenn ich sagte, die Bayerische Staatsregierung habe sich von jeher zu einer freiheitlichen Gesundheitspolitik bekannt, so bedeutet dies nämlich: Ich möchte dieses Bekenntnis hier und heute ausdrücklich bekräftigen. Gewiß mag die politische Szene im Augenblick nicht von der direkten Frage nach einer Sozialisierung der ärztlichen Tätigkeit beherrscht werden. Ausgesprochene oder offene Sozialisierungsbestrebungen beschränken sich heute – aus welchen Gründen auch immer – auf radikale Zirkel. In unserer Zeit der Meisterschaft verbaler Verpackung ist man mit reichhaltiger Aktivität in den Bereich des Indirekten ausgewichen. Mehr denn je gilt es also, um der Erhaltung des freiberuflichen Arztes willen, kommerziell oder mit aufwendiger Öffentlichkeitsarbeit empfohlene Wege kollektivistischer ärztlicher Versorgung unserer Bevölkerung auch dann mit großer Sorgfalt zu Ende zu denken, wenn diese Wege auf den ersten Blick richtig oder harmlos erscheinen. Freiheit läßt sich nur dann bewahren, wenn man ihren Gegnern schon in den Anfängen der Aktivität entschlossen wehrt. Der Preis mangelnder Wachsamkeit oder des zu späten Erwachens kann hier nur allzu leicht teuer oder gar unerschwinglich werden.

In meiner Ansprache vor dem 24. Bayerischen Ärztetag 1971 in Nürnberg habe ich erklärt, daß die freie Arztpraxis nach meiner Auffassung eines jener typischen Beispiele sei, an dem die Freiheitlichkeit unserer Gesellschaftsordnung gemessen werden könne. Ich bin hier mit Ihrem Präsidenten – und, Gott sei Dank, nicht nur mit ihm – restlos einig. Auch wenn diese Aussage bereits ganze zwei Jahre alt ist, sei es mir gestattet, daran heute noch festzuhalten ... Ich meine, wir stimmen darin überein, daß es auch in einer schnellebigen Zeit wie der unsrigen Überzeugungen gibt, die nicht täglich gewechselt oder, wie man beschwichtigend zu sagen pflegt, „angepaßt" werden können oder gar müssen.

Was bedeutet das hier? Der niedergelassene Arzt soll, soweit wie irgend möglich, als freier Beruf erhalten bleiben. Ein privates Praxisschild genügt dazu nicht! Frei in diesem Sinne kann nur besagen: größtmögliche Freiheit von Abhängigkeiten. Von Abhängigkeiten ärztlicher und nicht-ärztlicher Art. Weiter soll diese Konzeption bedeuten, daß die eigenständige und selbstverantwortliche Position des freipraktizierenden Arztes im Rahmen eines funktionsgerechten (also fachlichen) Pluralismus in unserem gesundheitspolitischen System so unangetastet bleiben soll wie möglich. Dieser funktionsgerechte Pluralismus ist nachgerade ein Kennzeichen, ein bewährtes Merkmal unseres Gesundheitswesens. Ich bin der Ansicht, daß er nirgends im Ausland ungestraft abgeschafft worden ist. Kunde von scheinbar paradiesischer Beschaffenheit des Gesundheitswesens in diesem oder jenem anderen Land haben bekanntlich sachkundiger Überprüfung bislang nie standgehalten und objektive Vergleiche herausgefordert, die dann jeweils zugunsten unseres Systems ausfielen.

„Niedergelassener Arzt und Krankenhaus" – was ist hierzu mit kurzen Worten im Lichte dieser skizzierten Grundauffassung zu sagen? Mit einer Verwischung der verschiedenen Funktionen dieser beiden Bereiche unseres Gesundheitswesens ist jedenfalls sachlich nichts gewonnen. Übrigens: Es waren Bundesregierung, Bundestag und Bundesrat, die anläßlich des Erlasses des Krankenhausfinanzierungsgesetzes deutlich, ich möchte sagen für die Betroffenen spürbar, darin übereinstimmten, daß eine solche funktionelle Ordnung gut, richtig und zukunftsgerecht ist. So wurde die für die Krankenhäuser künftig im Regelfall existenznotwendige Förderung seitens der Länder nach den Vorschriften dieses Gesetzes strikt auf den Bereich der stationären Akutversorgung beschränkt.

Nun, ich merkte bereits an: Wir leben in einer Zeit der Süchtigkeit nach publizitätswirksamen Schlagworten. Dies führt nicht selten dazu, daß ein Begriff in aller

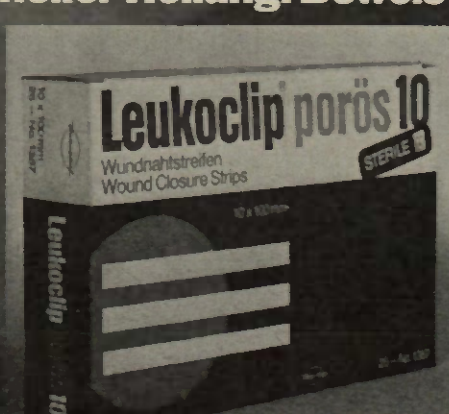
Beiersdorf Medical Programm

Bessere Wege zu schneller Heilung. Beweis Nr. 4: Leukoclip porös.

Reißfeste, sterile Wundnahtstreifen für kosmetisch einwandfreie Narbenbildung.

Reißfest Leukoclip porös besteht aus reißfestem, unelastischem Zellwollmull – beschichtet mit sicher und lange haftendem Polyacrylatkleber. Das bedeutet: sichere Adaption der Wundränder in einer Ebene und damit kosmetisch einwandfreie Narbenbildung.

Porös Leukoclip porös mit dem großmaschigem Gewebe ist extrem luft- und sekretdurchlässig. Wundsekretretentionen und Mazerationen werden verhindert, der Heilungsprozeß gefördert. Bei Spannungsveränderungen der Haut kann jederzeit eine schmerzlose Korrektur vorgenommen werden.



zialverbundfolie eingesiegelt und mit Gammastrahlen sterilisiert. Die Wundnahtstreifen sind strahlendurchlässig und brauchen bei röntgenologischen Untersuchungen oder Strahlentherapie nicht entfernt zu werden. Die Wundnahtstreifen passen sich der Körperoberfläche und den Bewegungen an.

Leukoclip porös gehört zur neuen Pflaster-Generation: Die hypoallergenen Pflaster, die schneller heilen helfen.

Leukoclip porös
Beiersdorf Medical Programm

Munde ist und doch von kaum jemand durchschaut, geschweige denn, voll verstanden wird. „Zentrum" oder, besser gesagt, „center" ist ein gängiges Beispiel für das, was ich hier sagen will. Man muß es einfach haben, in jedem Bereich, in jedem Zusammenhang, wenn man nur halbwegs progressiv sein und nicht den Fluch der Rückständigkeit auf sich laden will. Und so hört man denn auch da und dort – offen oder weniger offen –: eine Systemänderung in Richtung Gesundheitszentrum sei das unabdingbare Gebot der Stunde. Mit anderen Worten, das Krankenhaus soll im Wege gesellschaftspolitisch akzentuierter Systemänderung in ein Gesundheitszentrum verwandelt werden. Möglichst alles, was auf dem ärztlichen Sektor gefragt ist und geboten werden kann, soll dort zusammengefaßt werden: ambulante und stationäre Behandlung, von der Vorsorge über die ärztliche Versorgung jeder Art bis zur Rehabilitation. Endlich läßt sich, so meint man, alles besser organisieren, endlich glaubt man, ein Mittel gegen die Kostenexplosion gefunden zu haben, endlich könne unter einem Dach das gesamte ärztliche und pflegerische Tun „optimiert" werden. Beweise dafür stehen aus. Aber auch abgesehen davon ist man versucht, mit Werner HEISENBERG zu sagen, „daß Zweckmäßigkeit überhaupt kein Wert ist, sondern die Wertfrage nur um eine Stelle verschiebt, nämlich zu der anderen Frage: ist der Zweck wertvoll, dem die betreffenden Erkenntnisse und Möglichkeiten gemäß sind, dem sie dienen sollen?"

Erheblich größer als die Krankenhäuser werden solche Gesundheitszentren automatisch, so daß unter diesem Aspekt die aufgemachte Rechnung „wunschgemäß" ausfallen mag. Meist wird von solchen Konzeptionen (noch) nicht öffentlich gesprochen oder man beschränkt sich (zunächst) auf Etappen davon.

Sicher ist eines. Es geht hier an die Wurzel des freipraktizierenden Arztes. Es ließe sich diese Wirkung, selbst wenn dies ein Naiver wollte, gar nicht ausschalten. Nehmen wir z. B. den Fall, ein solches Gesundheitszentrum böte sämtlichen niedergelassenen Ärzten der Umgebung Labor, Röntgen, physikalische Therapie usw. an und dies – zu wessen Lasten letztlich auch immer – zum Selbstkostenpreis oder einem Preis, der in der freien Praxis nicht erreichbar ist, so gerät der freipraktizierende Arzt in eine Abhängigkeit zu diesem Gesundheitszentrum. Vom Angebot der Aufnahme in ein dazugehöriges EDV-Verbundsystem gar nicht zu reden. Auch wenn man entsprechende private Institutionen demonstrativ „bestehen" ließe, ändert dies wenig an der eintretenden zentripetalen Sog-Situation. Dabei ist noch zu bedenken, daß eine solche Konzeption für den unkundigen oder oberflächlichen Betrachter auf den ersten Blick bestechend erscheinen muß und seine Wirkung nicht verfehlen wird. Über eines müssen wir uns jedoch unter allen Umständen klar sein: Eine solche medizinisch-technische Abhängigkeit aller oder der meisten freipraktizierenden Ärzte in der Umgebung eines derartigen Gesundheitszentrums würde, wie gesagt, zu einer Abhängigkeit führen, die einen tiefgreifenden Einbruch in die Freiberuflichkeit darstellen und die einen Zug in Bewegung setzen würde, der dann kaum mehr gebremst werden kann.

Ich glaube, es ist die Pflicht eines redlichen Sozialministers, ungeschminkt und ohne für ihn persönlich im Augenblick vielleicht bequeme Beschwichtigung festzustellen, daß sich hier ein Scheideweg für den freipraktizierenden Arzt abzeichnet (sofern man dann von einem solchen in unserem Sinne überhaupt noch sprechen könnte).

Was ist zu tun? – Es gibt nur eine Antwort: Unser derzeitiges System der ambulanten Versorgung durch freiberuflich tätige Ärzte – mag es auch international gesehen unbestreitbar sehr gut sein – muß ständig weiter verbessert werden. Und zwar qualitativ und quantitativ.

Zu den qualitativen Gesichtspunkten rechne ich z u m B e i s p i e l weitere spürbare Fortschritte in der Praxisorganisation, wie Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Reduzierung von Wartezeiten; des weiteren die Frage des Mittwochs- und Wochenenddienstes sowie der Urlaubsvertretung. Hier liegt – und lassen Sie mich das ganz offen aussprechen – eines der Hauptmotive für die Sympathie mancher Bürger für die Schaffung von Ambulanzen an allen Krankenhäusern. So sehr ich gerade als Sozialminister Verständnis dafür habe, daß die beruflich so stark belasteten Ärzte nach einer anderen Berufen vergleichbaren Freizeit streben, so sehr muß ich die uns allen bewußte, nur allzu banale Tatsache betonen, daß der Bedarf an ärztlicher Hilfe – und ich meine jetzt nur den echten, ernsten – sich eben nicht zeitlich lenken läßt. Hier muß die freipraktizierende Ärzteschaft unter Beweis stellen, daß s i e s e l b s t in der Lage ist, einen wirklich voll befriedigenden Dienst zu organisieren, und zwar in Stadt und Land, in ärztlich dichter und dünner besetzten Gebieten. Sobald, was in Einzelfällen geschieht, der Patient z. B. während längerer Urlaubszeiten seines behandelnden Arztes in sogenannten Notfällen ausdrücklich an Krankenhäuser verwiesen wird, kann man nicht vermeiden, daß die Vorliebe für rund um die Uhr besetzte Polikliniken wächst.

Im übrigen bin ich gerade im Hinblick auf notwendige Erreichbarkeit in dringenden Fällen der Auffassung, daß nicht nur die Schaffung von Gruppen-, sondern auch von Gemeinschaftspraxen, d. h. die Kooperation zweier Ärzte der Allgemeinmedizin oder des gleichen Faches, mit allen Mitteln forciert werden sollte.

Was die quantitative Verbesserung der Versorgung unserer Bevölkerung durch freiberuflich tätige Ärzte anbetrifft, so komme ich zwangsläufig zu dem mit der unscharfen Formulierung „Ärztliche Versorgung auf dem Lande" bekannten Problem. Angesichts der rund 90 %igen Zugehörigkeit unserer Bürger zur sozialen Krankenversicherung ist hier in erster Linie die Kassenärztliche Vereinigung angesprochen. Sie wissen,

daß wir seit Jahren in enger Zusammenarbeit mit Herrn Professor SEWERING bemüht sind, gemeinsam die Attraktivität von Arztpraxen außerhalb der Ballungszentren unseres Landes zu steigern. Diese Bemühungen waren und sind nicht ohne Erfolg, obgleich es sich keiner von uns erlauben könnte, das Problem etwa als gelöst zu betrachten. Selbst wenn die Durchschnittsziffern, d. h. – grob gesagt – wieviel Ärzte auf wieviel Bürger kommen, gerade für unser Land, auch regional, recht passabel erscheinen, dürfen wir eng lokale Probleme darüber nicht vergessen. Mit anderen Worten: Was nützt es dem Bürger, wenn die eben erwähnte Arztquote in dem Großlandkreis, in dem er wohnt, gar nicht so negativ ist, die notwendige rasche Erreichbarkeit eines für sein Leiden erforderlichen Arztes gleichwohl nicht gewährleistet ist, oder z. B. die vorhandenen Ärzte überwiegend ein Lebensalter erreicht haben, das ihre Einsatzfähigkeit auch bei größter Opferbereitschaft erheblich reduziert. Wir können uns auch nicht auf den Umstand hinausreden, daß eine Reihe vom Bürger benötigter Vertreter anderer Berufe über unser Land ungleich verteilt sind. Der Arzt ist hier von Bedeutung und Art seiner Aufgabe her eben nicht einfach mit anderen Berufen vergleichbar, mögen jene noch so notwendig sein. Die legitime Sonderstellung des Arztes, die ich bejahe, und die sich z u m B e i s p i e l in der gravierenden Tatsache äußert, daß er praktisch nie außer Dienst ist, hat nun einmal Licht- und Schattenseiten.

Um die gesamte Problematik noch besser in den Griff zu bekommen, um jedweder Kritik leichter detailliert nachgehen zu können, ist derzeit bekanntlich eine umfangreiche Strukturanalyse in Arbeit. Die Kassenärztliche Vereinigung hat in Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung eine umfangreiche Erhebung durchgeführt, deren Ergebnisse mir in drei großen Bänden seit gestern vorliegen. Obwohl mir für ein Studium beim besten Willen noch keine Zeit zur Verfügung stand, nehme ich gerne die Gelegenheit wahr, beiden Vereinigungen Dank und Anerkennung für die so mühevolle Arbeit auszusprechen.

Anfang November werde ich dem Landtag den von ihm geforderten Bericht vorlegen, wobei ich freilich auch noch die zu erwartenden Stellungnahmen der gesetzlichen Krankenkassen zu verwerten habe. Später müssen dieser Strukturanalyse selbstverständlich auch Vorschläge für notwendige Abhilfemaßnahmen folgen.

Lassen Sie mich wieder auf Ihr zentrales Tagungsthema „Niedergelassener Arzt und Krenkenhaus" unmittelbar zurückkommen. Ich glaube, ich habe meine Auffassung zu der Frage, ob die Unabhängigkeit des niedergelassenen Arztes eufrecht erhalten bleiben soll, unmißverständlich dargelegt. Hinzufügen möchte ich indessen ausdrücklich, daß ich damit die berechtigte und allenthalben bekannte Forderung nach einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen dem freipraktizierenden Arzt und dem Krankenhaus nicht eingeschränkt sehen will. Im Gegenteil. Hier muß noch einiges geschehen, wenn nicht auch von dieser Seite her jenen Kräften geradezu in die Hände gearbeitet werden soll, die den niedergelassenen Arzt in einer die Freiberuflichkeit reduzierenden Weise ans Krankenhaus binden wollen. Diese Forderung reicht von der – auch auf dem letzten Deutschen Ärztetag in einer eigenen Entschließung kritisierten – Übung, daß allzu oft kostspielige und mitunter unangenehme Doppeluntersuchungen stattfinden, bis hin zur permanenten Pflege der notwendigen kollegial-persönlichen Kontakte.

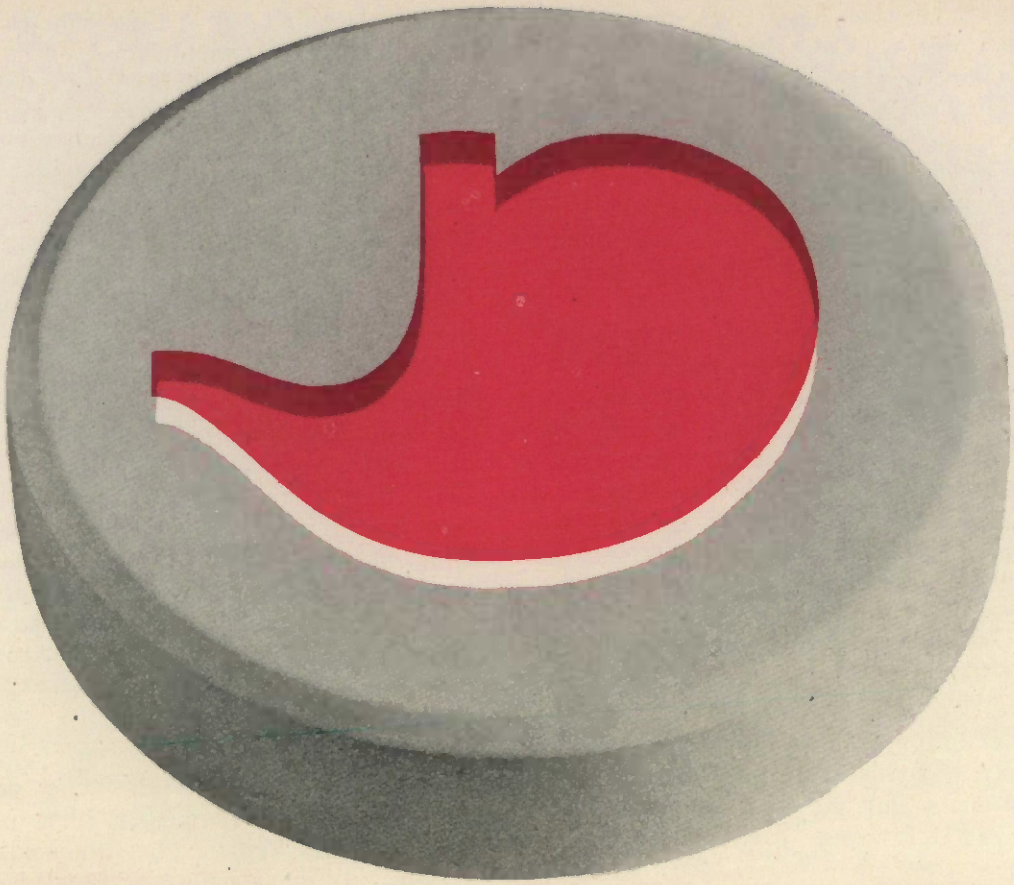
Die Ärzteschaft verfügt – ich ging in meiner Nürnberger Ansprache näher darauf ein – wie keine vergleichbare Berufssparte über eine einheitliche gesetzliche Berufsvertretung. Die Möglichkeit, hier die unerläßliche Harmonisierung systematisch zu fördern, ohne erhaltenswerte Freiheiten einzuschränken, sind also bei der Ärzteschaft institutionell in besonders vorzüglichem Maße gegeben. Ich appelliere an Sie, in dieser Frage künftig noch mehr zu tun als bisher. Immer wieder anzutreffende Voreingenommenheiten und Vorurteile müssen hier noch energischer als bisher abgebaut werden.

Überhaupt möchte ich mit Nachdruck davor warnen, die notwendigen Überlegungen über eine weitere Verbesserung des Verhältnisses von niedergelassenen Ärzten und Krankenhaus gleichsam von Gegenpositionen aus anzustreben. Die niedergelassenen Ärzte erweisen sich auf die Dauer mit Sicherheit keinen guten Dienst, wenn sie, noch dazu in der Öffentlichkeit, wie dies mitunter geschieht, Krankenhäuser und Krankenhausärzte kritisieren – und umgekehrt. Hier tut es dringend not, sich aufeinander zuzubewegen, statt überflüssige Gräben aufzureißen.

Als auch für das Krankenhauswesen zuständiger Ressortminister darf ich Ihnen sagen: So einfach liegen die Dinge nun auch wieder nicht, daß man etwa sagen könnte, die Kosten der Krankenhausleistungen steigen ins Unermeßliche, während beim niedergelassenen Arzt alles zu bescheidensten Preisen zu haben ist. Hier glaube ich, muß man differenzieren und sollte die gewißlich schwierige Situation, in der sich so manches Krankenhaus auch nach Erlaß des Krankenhausfinanzierungsgesetzes befindet, nicht noch erschweren.

Eine kurze Anmerkung zum Thema Krankenhausfinanzierungsgesetz. Die Bayerische Staatsregierung hält es weder für fachlich sinnvoll noch für politisch notwendig, sondern vielmehr für entwicklungs h e m m e n d, die innere Organisationsstruktur unserer Krankenhäuser durch gesetzlichen Zwang obrigkeitlich zu diktieren. Ein solcher Schritt würde schon der in anderem Zusammenhang hervorgehobenen freiheitlichen Gesundheitspolitik widersprechen.

Worum es mir geht, ist das Ziel, die gesunde bayerische Mischung von kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern zu erhalten und nicht



Gelusil®-Lac

entschärft den aggressiven Magensaft

bildet eine Schutzschicht auf der Schleimhaut

doppelter Schutz für die Magenschleimhaut

Zusammensetzung
1 g Pulver: Magnesiumaluminium-Silikathydrat 0,156 g, fettfreies Milchpulver 0,844 g.
1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikathydrat 0,5 g, fettfreies Milchpulver 0,3 g.

Wirkungsweise
Magnesiumaluminium-Silikathydrat stellt den Magensaft außergewöhnlich rasch und langanhaltend auf den Bereich physiologisch optimaler pH-Werte ein. Dies führt zur erheblichen Herabsetzung der Pepsin-Aktivität, der in der Genese des Ulkus eine ursächliche Rolle zugeschrieben wird. Ferner bewirkt Gelusil-Lac einen ausgezeichneten Schleimhautschutz. Die speziellen Eigenschaften der proteinreichen Milchkomponente unterstützen die therapeutischen Wirkungen.

Indikationen
Gastritis; Hyperazidität; Säurebeschwerden, z. B. Sodbrennen, auch während der Schwangerschaft; Reizmagen (Gastropathia neurogenica); medikamentös bedingte Obersäuerung; Reflux-Ösophagitis; Ulcus ventriculi et duodeni; „verdorbener Magen" nach Diätfehlern.
Auf Grund der Spezialmilchkomponente sehr ausgeprägte, protrahierte Wirkung; insbesondere zur Ulkusbehandlung und Prophylaxe nächtlicher Beschwerden.

Kontraindikationen
Sind nicht bekannt.

Zur Beachtung
Hohe und länger dauernde Gaben von Gelusil-Lac können bei schwerer Niereninsuffizienz zur Hypermagnesiämie führen. Im Stadium der urämischen Stoffwechselintoxikation ist – sofern nicht systematische Kontrollen des Plasma-Magnesiums möglich sind – bei Verwendung von Gelusil-Lac Vorsicht geboten.

Dosierung
Mehrmals täglich Inhalt von 1-2 Beuteln, bei der Dosenpackung 1-2 gehäufte Teelöffel in ¼ Glas Wasser gut verrührt einnehmen bzw. 1-2 Tabletten lutschen oder kauen. Bei Bedarf können die angegebenen Einzeldosen erhöht werden.

Handelsformen und Preise

Packung mit 10 Beuteln zu 6,5 g Pulver	DM 5,95 m. MwSt.
Dose mit 150 g Pulver	DM 9,80 m. MwSt.
Packung mit 40 Tabletten*	DM 5,65 m. MwSt.
Packung mit 100 Tabletten*	DM 11,95 m. MwSt.

Anstaltspackungen

GÖDECKE

*wohlschmeckende Kautabletten – besonders praktisch für unterwegs

166/0

durch eine „innerstrukturelle Verstaatlichung" des Krankenhauswesens ungewollt einen ersten großen Schritt zur Sozialisierung der Medizin zu tun. Kommunen, Wohlfahrtsverbände und private Krankenhausträger sollen – jedenfalls in Bayern – auch in Zukunft sicher sein, sich in einem maximalen Freiheitsraum ohne staatliche Bevormundung entfalten zu können. Sie wünschen dies und haben dies, weiß Gott, verdient. Es sind nicht nur s ä m t l i c h e bayerischen Krankenhausträgerverbände, die zum Teil beschwörende Appelle an mich richteten, wenigstens unser Land möge den gesetzlichen Griff nach den Hospitälern unterlassen. Abgesehen davon bestehen ernstliche verfassungsrechtliche Bedenken, die sich gegen staatliche Eingriffe in die innere Struktur von Krankenhäusern richten. Sie beziehen sich selbstverständlich nur auf g e s e t z l i c h e Schritte. Dazu muß ich gleich sagen: Wir sollten ohnehin nicht in den Aberglauben verfallen, aller Fortschritt bedarf in allererster Linie des Gesetzes. Man kann in unseren Tagen mitunter eine merkwürdige Art von Schizophrenie beobachten. Da wird noch und noch auf den Staat geschimpft (oder, bei schlichterem Gemüt, auf die „zu vielen" Beamten). Gleichzeitig entwickelt man aber ein geradezu blindes Vertrauen auf die Wirksamkeit von Gesetzen und erwartet alles Heil vom gesetzvollziehenden Staat, der dadurch geradezu gezwungen wird, zur Wahrnehmung der ihm laufend gesetzlich „verpaßten" neuen Befugnisse und Pflichten immer noch mehr Beamte zu beschäftigen. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die neue Bundespflegesatzverordnung sind Beispiele dafür, die mir Sorgen über Sorgen in personeller Hinsicht bereiteten und noch bereiten.

Es wäre also ein verhängnisvoller Irrtum, wollte man glauben, der weitere Fortschritt des bayerischen Krankenhauswesens wäre am besten durch eine gesetzliche Reglementierung der inneren Struktur möglich. Jeder Fachmann weiß, daß die Dinge auf diesem Gebiet zur Zeit ungeheuer im Fluß sind. So wurde z. B. auf dem Krankenhaustag 1973 in Hannover immer wieder von Experten deutlich gemacht, daß diese Entfaltung durch Gesetze nur gehemmt werden könnte.

Wer etwa meint, daß mit der dargelegten Einstellung notwendige, zukunftsgerechte Verbesserungen der inneren Struktur der bayerischen Krankenhäuser etwa gar ein Riegel vorgeschoben werde, wird allein schon durch die beträchtliche Anzahl geradezu modellhafter Eigeninitiativen von Krankenhausträgern der verschiedensten Gruppen in Bayern eines besseren belehrt.

Schließlich möchte ich noch auf ein fast schon traditionelles Thema zu sprechen kommen, es aber diesmal gleichzeitig auch unter einem spezifischen Aspekt betrachten: ich meine die Vorsorgeuntersuchungen. Der Beteiligungsgrad an den von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlten Vorsorgeuntersuchungen ist nach wie vor ausgesprochen unbefriedigend. Gleichwohl ist die Tendenz wenigstens kontinuierlich steigend. Wenn mitunter gesagt wird, für eine bessere Beteiligung mögen doch die gesetzlichen Krankenkassen sorgen, so ist das sicherlich richtig. Aber: Auch die niedergelassenen Ärzte sollten sich dieser gesundheitserzieherischen Aufgabe, überzeugend zu werben, nicht entziehen. Gerade von meiner Einstellung zur freiberuflichen Tätigkeit des Arztes aus möchte ich warnend sagen: Dem Interesse von Institutionen, in denen von einer freiberuflichen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit kaum mehr gesprochen werden kann, auf irgend einem Wege in die Vorsorgeuntersuchungen einzusteigen, ist auf die Dauer nur dadurch wirksam zu begegnen, daß die Zahl der bei den niedergelassenen Ärzten vorgenommenen Vorsorgeuntersuchungen rasch und nachhaltig gesteigert wird.

In den Bereich der Vorsorgeuntersuchungen gehört ganz besonders die Frage nach dem Gesundheitszustand unserer Jugend. Nicht nur, weil die Jugendwohlfahrt zu meinem Geschäftsbereich gehört, sondern wegen der außerordentlichen gesundheitspolitischen Bedeutung gilt dieser Aufgabe mein ganz besonderes Interesse. Sie alle wissen, daß der jugendärztliche Dienst schon vom Personellen her, aber auch von der häufig unbefriedigenden Ausstattung der Untersuchungsräume, eine schwierige Aufgabe darstellt.

Die Ergebnisse des im Sommer zu Ende gegangenen Schuljahres liegen mir begreiflicherweise noch nicht vor. Die Zahlen aus dem Schuljahr 1971/72 beruhen, wie üblich, aus Untersuchungen der 1., 4. und 8. Klasse an den Volksschulen, der 7. und 10. an den Realschulen, sowie der 5., 9. und 13. Klasse an den Gymnasien. Bemerkenswert ist, daß – jedenfalls über ganz Bayern hin betrachtet – die Ergebnisse weniger voneinander abweichen, als man vielleicht vermuten möchte. Insgesamt ist festzustellen, daß die Resultate in den Gymnasien am besten, in den Realschulen etwas weniger gut und in den Volksschulen relativ am wenigsten gut ausfielen, wobei letzterer Umstand allerdings damit zusammenhängt, daß die Sonderschulen mit einbezogen sind.

Jedenfalls kann ich Ihnen mitteilen, daß bei den untersuchten Schülern der Gymnasien der Allgemeinzustand bei 65,9 % (Vorjahr 64,3 %) gut, bei 30,8 % (Vorjahr 33,2 %) ausreichend = mittel und bei 3,3 % (Vorjahr 2,5 %) nicht ausreichend = schlecht ist. Bei Realschulen lauten die Prozentsätze für gut, mittel und schlecht 62,5/34,4/3,1 (Vorjahr 62,3/34,2/5,5), bei den Volksschulen einschließlich Sonderschulen 61,0/34,8/4,2 (Vorjahr 60,2/35,4/4,4).

Ich kann dieses Thema hier leider nicht vertiefen. Ich möchte aber den Ärztinnen und Ärzten, die sich für die gar nicht einfache Tätigkeit als Schularzt zur Verfügung gestellt haben und zur Verfügung stellen, meinen herzlichen Dank aussprechen. An die behandelnden Ärzte richte ich die Bitte, die so notwendige Arbeit

der Schulärzte dadurch aufmunternd aufzuwerten, daß sie den Mitteilungen, daß eine nähere Untersuchung und gegebenenfalls Behandlung erforderlich sei, mit besonderer Aufmerksamkeit Rechnung tragen. Ich meine, daß wir dem Schulärztlichen Dienst in enger Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten und gegebenenfalls den Krankenhäusern noch intensiveres Interesse und mehr Förderung zuteil werden lassen müssen als bisher. Ich möchte in diesem Zusammenhang nur an den Drogen- und Rauschmittelmißbrauch und die leider schon bei Schulkindern auftretenden oder zumindest beginnenden Zivilisationsschäden hinweisen.

Die Bayerische Staatsregierung hat den Bayerischen Ärztetag stets auch als Tag des Danksagens verstanden. In diesem Sinne möchte ich den rund 22 350 Ärzten und Medizinalassistenten in Bayern, insbesondere für die in der Zeit seit dem letzten Ärztetag geleistete segensreiche und so oft wirklich aufopferungsvolle Tätigkeit den aufrichtigen Dank der Bayerischen Staatsregierung und nicht zuletzt meinen persönlichen Dank als Sozialminister dieses Landes übermitteln. Gleichzeitig will ich Sie ermuntern, sich nicht durch Schwierigkeiten, an deren Entstehung Sie gewiß keine Schuld tragen, entmutigen zu lassen und das Glück, einen Beruf auszuüben, dessen zutiefst menschliche Prägung und dessen ganz konkreter Sinn viel deutlicher und sicherer sind als bei manch anderen Berufen, nicht zu unterschätzen.

Ich habe mehrfach darzulegen versucht, welch ganz besonderen Problemen sich gerade die Gesundheitspolitik derzeit in unserem Lande gegenübersieht. So gesehen haben wir also keinen leichten Weg vor uns. Gehen wir ihn in vertrauensvoller Gemeinsamkeit, werden wir unser Ziel erreichen: die Erhaltung eines freien Gesundheitswesens und einer freien Gesellschaft.

Vollversammlung des Ärztetages

Zu Beginn der Vollversammlung am 21. September 1973 gedachte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Hans J. SEWERING, der seit dem letzten Ärztetag verstorbenen Kollegen. Am 2. November 1972 starb Dr. Josef TREUTLINGER, Neumarkt/Opf. durch einen tödlichen Unfall auf einem Gang zu einem Patienten. Am 5. September 1973 verschied Dr. Gustav SONDERMANN. Er war 14 Jahre Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Träger der Paracelsus-Medaille und des Großen Bundesverdienstkreuzes.

Als neu dazugekommene Delegierte begrüßte der Kammerpräsident die Kollegen Dr. Hertha FINSTERER, Gröbenzell, Dr. Werner RICHTER, Neumarkt/Opf., und Professor Dr. Ulrich STEPHAN, Bubenreuth.

Die Versammlung trat sodann in die Tagesordnung ein.

TOP 1:

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

von Professor Dr. S e w e r i n g, Präsident

Zum Punkt 1 der Tagesordnung haben wir Ihnen zum zweitenmal einen schriftlichen Geschäftsbericht der Kammer vorgelegt. Ich hoffe, daß die darin enthaltenen Angaben für Sie von Interesse sind und auch der Information unserer Kollegen dienen werden. Ich darf nun aber einige Fragen ansprechen, die mir von besonderer Bedeutung zu sein scheinen.

Weiterbildungsordnung

Im vergangenen Jahr habe ich Ihnen über die durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts entstehenden Probleme hinsichtlich unserer Weiterbildungsordnung berichtet. Der wesentliche Grundgedanke des Urteils war, daß die Normen der Weiterbildungsordnung eine gesetzliche Fundierung benötigen, weil ihre Auswirkungen weit über die Berufsgruppe hinaus die gesamte Bevölkerung angehe. Die Erarbeitung solcher gesetzlichen Normen ist naturgemäß eine schwierige Aufgabe.

Das ist natürlich eine sehr schwierige und umfangreiche Aufgabe. Die Gesundheitsminister der Länder, die angesprochen waren, nachdem das Gericht auch feststellte, daß es sich bei der Weiterbildung um Landesrecht handle, haben eine Arbeitsgruppe gebildet, die den Auftrag erhielt, solche gesetzliche Normen zu erarbeiten, also praktisch einen Gesetzentwurf zustande zu bringen. Es ist notwendig, daß dieser Gesetzentwurf von allen gemeinsam getragen wird. Die Tatsache, daß es sich um Landesrecht handelt, also

Arbeitstagung

praktisch jedes Land sein eigenes Gesetz erhält, darf nicht dazu führen, daß in den elf Bundesländern unterschiedliche Gesetze gemacht werden und dadurch die Freizügigkeit des Arztes gefährdet wird, was mit Sicherheit neuerdings zu verfassungsrechtlichen Komplikationen führen würde.

Wir haben von uns aus ebenfalls eine Arbeitsgruppe gebildet und einen Vorschlag erarbeitet, wie die gesetzliche Regelung erfolgen könnte, und ihn der Arbeitsgruppe, eiso den Gesundheitsministern und ihren Mitarbeitern, übergeben.

Es hat in der Zwischenzeit auch eine Anhörung der Ärztekemmern und der ärztlichen Verbände stattgefunden. Es war erfreulich, daß die engehörten Körperschaften und Verbände eine sehr einheitliche Auffassung vortrugen.

Leider konnte sich die Gesundheitsministerkonferenz nicht dazu entschließen, einen Gesetzentwurf gemeinsam mit uns zu ererbeiten, was eigentlich unsere Vorstellung gewesen wäre. Denn nachdem des Weiterbildungsrecht über Jahrzehnte hinweg, d. h., seit es überhaupt ein solches gibt, immer nur von den Ärztekammern gestaltet worden Ist, glaubten wir, daß man schneller zu Ergebnissen kommen würde, wenn man gemeinsam em Tisch säße. Das wurde aus verschiedenen Gründen abgelehnt und die Arbeitsgruppe hat ihre Arbeit sehr vertraulich durchgeführt. Inzwischen ist das erste Ergebnis fertiggestellt und ich hoffe, daß wir wenigstens in den wesentlichen Punkten zu einer übereinstimmenden Auffassung gelengt sind. Soweit Ich es übersehe, Ist das in weiten Strecken der Fell. In einigen Fragen, wie z. B. in der Abgrenzung des Fachgebietes, elso in der Beschränkung auf das Fechgebiet, sind wir abweichender Auffessung. Darüber wird noch zu reden sein. Ich hoffe, daß dazu noch ausreichend Gelegenheit sein wird. Es wird also, wie ich hoffe, der Entwurf in der nächsten Zeit, wenn ihn die Gesundheitsminister übernommen haben, uns wohl auch offiziell zugeleitet werden, so deß dann die Möglichkeit von Verhandlungen gegeben sein dürfte. Ich hoffe, daß wir uns in den verschiedenen Punkten noch annähern können und zu einem konstruktiven Entwurf kommen, der die Weiterarbeit an der Weiterbildungsordnung ermöglicht. Der Entwurf geht, wenn er von der Expertengruppe und anschließend von den Gesundheitsministern angenommen wurde, durch eif Länderparlamente und wird parlamentarisch behandelt und verabschiedet, weil es sich jeweils um ein Landesgesetz handelt.

Darin liegen netürlich, das wollen wir nicht verkennen, nicht unerhebliche Gefahren. Es könnte passieren, daß in dem einen oder anderen Land ein Gesetz verabschiedet wird, das in Grundfragen ebweicht und auch unseren Vorstellungen und vor ellem der Einheitlichkeit nicht entspricht. Wir wollen hoffen, deß es dazu nicht kommt. Die schiechteste Lösung wäre, wenn es zu keiner einheitlichen Auffassung käme und dann als letzter Ausweg der Bund damit befaßt würde. Denn wir können uns natürlich von einer Bundesregelung mit Sicherheit keine Gestaltung erwarten, die etwa ein Fortschritt wäre gegenüber der derzeitigen Situation.

Wir haben als Ärztekemmern des Bundesgebietes und unter den Vorgängern der Bundesrepublik die Weiterbildungsordnung Immer in Selbstverwaltung gestaltet. Das begann mit den Bremer Richtlinien 1924 und hat sich fortgesetzt im Laufe der Zeit. Aber auch schon vor dem Erlaß der Bremer Richtlinien sind es die Ärztekammern, damals auf freiwilliger Grundlage, oder die Ärztevereine gewesen, die die ersten Ordnungen für das Facharztwesen geschaffen haben. Ich meine, man Entwurf in seinen Grundsatzbestimmungen nicht einheitlich beurteilt wird, z. B. in der Frege der Mitwirkung der verschiedenen Gruppen, liegt in der Natur

kann sagen, daß es dabei gelungen ist, durch die Gestaltung und Fortentwicklung der Weiterbildungsordnung die Entwicklung der Medizin und die Anwendung der medizinischen Erkenntnisse am Patienten zu fördern und die Weiterbildungsordnung so zu gestalten, daß das Angebot an ärztlicher Kunst möglichst vielgesteltig zur Verfügung stand. Daß wir dabei nicht immer allen Wünschen entsprechen konnten, liegt in der Natur der Sache. Es ist nun einmal so – das ist kein Vorwurf, sondern eine ganz natürliche Sache –, daß auch eine kleine Gruppe der Meinung sein kann, für sie müßte eine Facharztbezeichnung oder eine irgendwie gestaltete Bezeichnung geschaffen werden, und deß wir bei der Prüfung der Situation zu dem Ergebnis kommen können, daß das nicht sinnvoll erscheint. Ich möchte nur hoffen, daß derartige Gruppen bei der Neuregelung nicht etwa meinen, sie seien besser daran, wenn sie sich an den Staat wenden können und vielleicht auf diesem Weg ihre Ziele zu erreichen suchen, die sie im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung nicht erreichen können. Eine Weiterbildungsordnung kann und wird eben nur dann fruchtbar sein, wenn sie aus der Gesamtsicht des ärztlichen Berufsstandes hereus gestaltet wird, auch dann, wenn einmal Einzelinteressen nicht zum Tragen gebracht werden können.

Wir werden uns darauf einstellen müssen, daß es noch bis In die Mitte des nächsten Jahres dauern wird, bis wir die gesetzliche Grundlage haben, daß wir also dann erst wieder die eigentliche Arbeit an der Weiterbildungsordnung fortsetzen können. Das heißt, die Arbeit an der Weiterbildungsordnung setzen wir natürlich auch jetzt fort, beraten die uns vorliegenden Anträge und versuchen, sie zu koordinieren. Wir führen laufend eingehende Gespräche mit den verschiedenen Fachgruppen, mit den wissenschaftlichen Gesellschaften, den Berufsverbänden, um vorbereitend die neue Weiterbildungsordnung zu gestalten und werden also nicht jetzt alles liegen lassen und warten, bis die Gesetzgebung abgeschlossen ist. Wir möchten dann den fertigen Entwurf einer neuen Weiterbildungsordnung zur Verfügung haben. Dieser Entwurf muß dann wieder über einen Deutschen Ärztetag gehen und dort beraten und verabschiedet werden. Erst dann kann er in die Landeskammern kommen; es wäre eine sehr unglückliche Sache, wenn irgendeine Landeskammer von sich aus vorpreschen und Beschlüsse zur Weiterbildungsordnung fassen würde, die von anderen Kammern nicht übernommen werden, wir also auf diese Weise, wenn wir die erste Hürde glücklich genommen hätten, wieder zu einer unterschiedlichen Weiterbildungsordnung In der Bundesrepublik kämen.

Es gibt einige wenige Bestimmungen, die inzwischen in den verschiedenen Bundesländern in unterschiedlicher Weise angenommen oder nicht angenommen wurden. Auf diese Weise haben wir in einigen Bereichen ein gewisses Gefälle. Das gilt z. B. für die Übergangsregelung hinsichtlich einer abgeleisteten Medizinalassistentenzeit, die von fünf Kammern beschlossen wurde, von den anderen nicht mehr. Wir sind zur Zeit in einer Phase, in der wir uns zwer darüber einig sind, daß die bisherige Weiterbildungsordnung praktiziert wird, daß wir also nach wie vor Anerkennungen aussprechen, in der aber Änderungen des geltenden Rechts leider nicht vorgenommen werden können.

Ärztliche Fortbildung

Die ärztliche Fortbildung in Bayern hat sich weiterhin gut entwickelt. Die großen Veranstaltungen in Augsburg, Regensburg und Nürnberg hatten wieder guten Besuch. Die Zahl der Veranstaltungen im Rahmen der Kreisverbände nimmt offensichtlich zu. Wir werden uns bemühen, im Laufe der Zeit langfristige Programme zu entwickeln, weil auf diese Weise eine bessere Unterstützung von der Kammer her gewährt werden kann. Im übrigen würde sich dann auch die Möglichkeit ergeben, die Programme zusammenzufassen und bekanntzugeben.

Einige Kammern des Bundesgebietes haben inzwischen ihre Fortbildungsarbeit in einer eigenen Akademie für ärztliche Fortbildung zusammengefaßt. Die Konstruktion dieser Akademien ist unterschiedlich. Die Zielsetzung ist überall die gleiche, nämlich die Förderung der Fortbildung, der Versuch, auch den letzten Kollegen für eine rege Teilnahme an der Fortbildung zu gewinnen.

Wir sollten in Bayern jetzt jedenfalls den ersten Schritt tun und für unsere Fortbildungsarbeit die Errichtung einer Akedemie in Angriff nehmen. Dabei ist zunächst daran gedacht, sie rein rechtlich als Ausschuß der Kammer zu führen. Der Ihnen vorliegende Antrag ist also nur der formale Schritt, über die weitere Ausgestaltung sollte sich der Vorstand dann eingehend Gedanken machen, die Ihnen im nächsten Jahr vorzulegen wären.

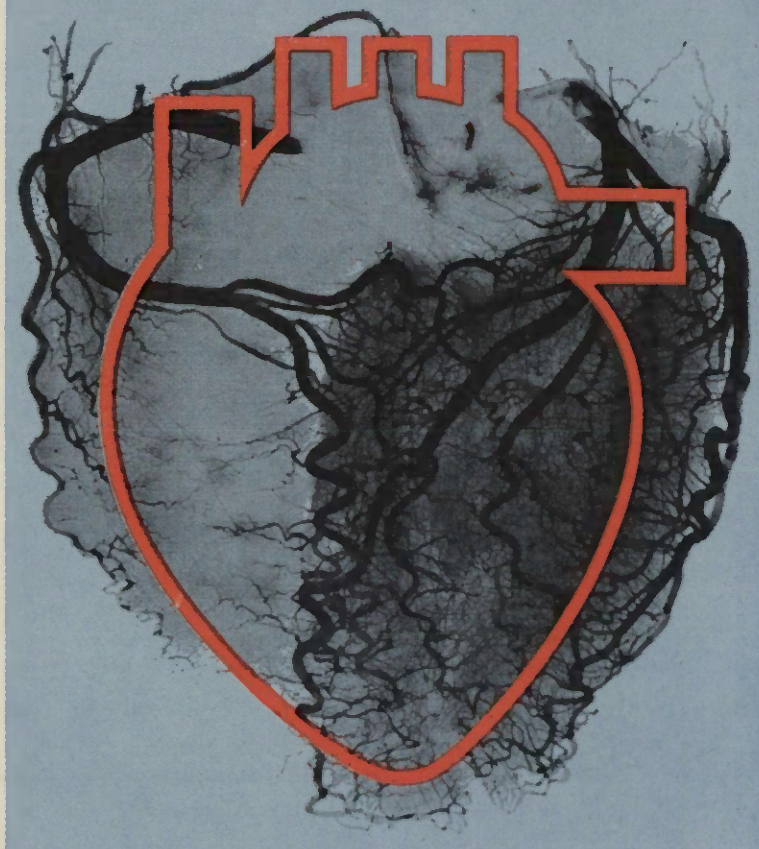
Es geht hier, wie Sie sicher verstehen werden, auch um die Sicherung der Bezeichnung, welche mit der Errichtung verbunden ist. Ein Beschluß, den nur der Bayerische Ärztetag fassen kann!

Ich würde es deshalb sehr begrüßen, wenn Sie dem Antrag des Vorstandes zustimmen und ihn mit den weiteren Vorbereitungen beauftragen.

Hochschulausschuß

Berichten möchte ich Ihnen auch über die sehr fruchtbaren Beratungen des Hochschulausschusses der Bayerischen Lendesärztekammer. Der Ausschuß hat seit dem letzten Ärztetag vier Sitzungen abgehalten. Dabei wurden die Entwürfe eines Bayerischen Hochschulgesetzes eingehend beraten, vor allem in den Bestimmungen, die die Medizin berühren. Es ist möglich gewesen, eine Reihe von Änderungen in den einschlägigen Artikeln über die Beratung im Bayerischen Senat im Entwurf zu erreichen. Daß der

gesteigerte Herzleistung und verbesserte Sauerstoff-versorgung



Intensaïn® 150-Lanitop®

mannheim boehringer

cassella riedel

denn Lanitop steigert zuverlässig
die Herzleistung;
gleichzeitig verbessert Intensoïn
die Souerstoffversorgung des Herzmuskels.

Desholb Intensoïn 150-Lonitop zur Früh- und Dauerbehandlung aller Formen der chronischen Herzinsuffizienz, insbesondere mit koronaren Durchblutungsstörungen (Angino pectoris).

Dosierung:
Maßgebend für die Dosierung von Intensaïn 150-Lanitop ist der individuelle Lanitop-Bedarf des Herzens.

Dauertherapie:
täglich 2–3 x 1 Kapsel Intensaïn 150-Lanitop
je nach Glykosid-Bedarf.
Der Minimalwirkspiegel von Lanitop wird bereits am 2. Tag überschritten, am 10. Tag sind mehr als 90 % des Vollwirkspiegels erreicht.

In der Praxis kommt mehr als die Hälfte aller Patienten mit täglich 2 x 1 Kapsel Intensaïn 150-Lanitop aus.

Für Ihre Verordnung:

Intensaïn 150-Lanitop

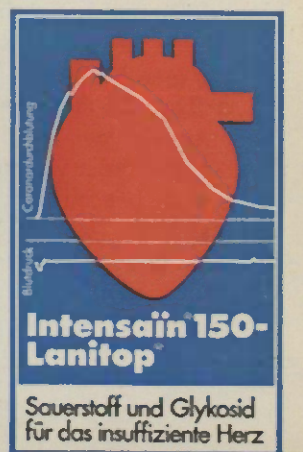
OP mit 50 Kapseln	DM 19,60
OP mit 100 Kapseln	DM 34,25
AP mit 500 Kapseln	

Außerdem im Handel

Intensain-Lanitop

OP mit 50 Kapseln	DM 12,15
OP mit 100 Kapseln	DM 21,95
AP mit 500 Kapseln	

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt (z.Zt. gültige Auflage: September 1972).



nsetzung:
ntensaïn 150-Lanitop enthält:
(Carbocromen-HCl) 150 mg
)-Methyl-Digoxin) 0,1 mg

n im Handel
Lanitop
ntensain-Lanitop enthält:
75 mg
0,1 mg

dikationen:
glykoside sind bei Digitalisintoxikation,
ciämie und vor einer Kardioversion
iziert. Außerdem kann eine Glykosid-
bei manifestem Kaliummangel,
der atrio-ventrikulären Erregungs-
g und pathologischer Bradykardie –
chweregrad – kontraindiziert sein
tzliche therapeutische Maßnahmen
Bei jeder Glykosid-Therapie ist von
len Calciumgaben – insbesondere bei
iger Verabreichung – abzuraten,
ötörungen der Erregungsleitung,
n Fällen zu Herzstillstand kommen

rkungen und Hinweise:
kungen wie Unruhe- und Hitzegefühl,
en, Kopfdruck sind selten und meist
dig. Außerdem können wie bei jeder
herapie besonders bei Patienten
sid-Überempfindlichkeit bzw. mit
des Elektrolythaushaltes Übelkeit,
, Magenbeschwerden, Rhythmus-
und Sehstörungen auftreten.
hinsuffizienz muß mit einem erniedrig-
sid-Bedarf gerechnet werden.

der Sache und muß hingenommen werden. Im Hochschulausschuß bestand Übereinstimmung mit dem Karlsruher Urteil zur Hochschulgesetzgebung, wonach diejenigen, welche letztlich euch die Verantwortung tregen müssen, nämlich die Gruppe der Hochschullehrer euf Lebenszeit, auch eine entsprechende Position innerhalb der Hochschule haben müssen.

Der Ausschuß befaßte sich auch mit den Fragen, die sich aus der Hochschullehrernebentätigkeitsverordnung und dem Hochschulrahmengesetz ergeben.

Eingehend erörterten wir die aus der Einführung der neuen Approbationsordnung resultierenden Probleme. Dazu liegt Ihnen ein Antreg vor, welcher im Hochschulausschuß formuliert und vom Vorstand der Kammer angenommen wurde. Es geht um die Gestaltung der Famuletur, um die praktische Ausbildung am Krankenbett und den Unterricht in Allgemeinmedizin.

Der Hochschulausschuß hat die begründete Sorge, daß die nach der Approbationsordnung zugelassenen Famulaturstellen nicht ausreichen werden.

Insbesondere wurde dabei festgestellt, daß sich bisher noch eine ungenügende Zahl von Allgemeinärzten bereit erklärt haben, Famuli aufzunehmen. Um hier keinen Engpaß entstehen zu lassen, wird in dem Antrag empfohlen, die Krankenhäuser der Grundversorgung zusätzlich für die Ableistung der Famulatur zuzulassen. Zugleich soll aber auch heute wieder an unsere Allgemeinärzte die dringende Bitte gerichtet werden, Famuli aufzunehmen und dadurch mit der Allgemeinmedizin vertraut zu machen.

Zur praktischen Ausbildung am Krankenbett im letzten Jahr des Medizinstudiums wird vorgeschlagen, lediglich die Ableistung von vier Monaten Innerer Medizin vorzuschreiben, die ganze übrige Zeit aber der Wahl des Studierenden zu überlessen. Dadurch würde zweifellos eine bessere Verteilung der Studierenden über die verschiedenen Fächer der Medizin eintreten, was wiederum im Interesse einer Vorbereitung auf allgemeinärztliche Tätigkeit wünschenswert erscheint. Diejenigen, welche sich für die Chirurgie besonders interessieren, und das würden nicht wenige sein, würden sich auch nach dieser Änderung zweifellos diesem Fache zuwenden.

Wir empfehlen auch, den Kreis der Krankenanstalten für die praktische Ausbildung zu erweitern, weil wir der Überzeugung sind, daß es in Bayern viele für die Lehre geeignete Krankenhausärzte gibt und eine stärkere Verteilung der Studierenden mit der Folge, daß auf die einzelne Abteilung nur wenige treffen, im Interesse der Studierenden und Ihrer Ausbildung liegen würde. Wir wollen in unserem Antreg, den wir Sie zu beschließen bitten, eber euch nachdrücklich feststellen, daß der Weg zum Lehrkrenkenhaus nicht dazu benützt werden darf, um en die Krankenhäuser Ambulatorien anzuschließen. Sie wissen vielleicht, daß unter dem Vorwand, man brauche ein solches Ambulatorium für die Ausbildung der Studierenden, Pläne verfolgt werden, die eine völlige Umstrukturierung der ambulanten ärztlichen Versorgung zum Ziele haben. Schließlich unterstreicht der Antrag noch die Bedeutung des Unterrichts in Allgemeinmedizin. Sie sollte nicht nur in der Famulatur, sondern auch in anderen Unterrichtsverenstaltungen den Studenten nahegebracht werden. Die Frage, ob dabei dem Lehrauftrag der Vorzug zu geben ist oder ob Lehrstühle überhaupt sinnvoll sind, kann dabei zunächst noch offen bleiben.

Bayerische Ärzteversorgung

Zur Bayerischen Ärzteversorgung darf ich berichten, daß seit dem letzten Ärztetag eine Reihe von Satzungsänderungen, über die wir eber alle schon gesprochen haben, in Kraft gesetzt werden konnten. Ich hoffe, daß Sie alle schon im Besitz einer Information über die Satzungsänderung des Jahres 1973 sind. Ich darf in Erinnerung rufen, daß wir Beschlüsse gefaßt haben, die auf dem Gebiet der Verbesserung der Beitragszahlung liegen, vor allem mit den persönlichen Beitragsgrenzen. Wir haben inzwischen aber auch noch Nachzahlungsmöglichkeiten für Kriegsteilnehmer geschaffen. Hier muß im übrigen ein Irrtum beseitigt werden, nämlich, daß eine Nachzahlungsmöglichkeit für Kriegs- oder Nachkriegsjahre nun etwa nach den Maßstäben des Jahres 1973 erfolgen könnte. Das ist rechtlich unmöglich. Die Nachzahlung kann sich nur bemessen nach den Maßstäben der seinerzeitigen Jahre, ist also relativ bescheiden, weil damals die Durchschnittsbeiträge insgesamt bescheiden gewesen sind.

Die jährliche Rentenanpassung wurde neuerdings verankert. Wir führen sie schon seit vielen Jahren durch. Wir haben die Bestimmungen über die Frühinvalidität verbessert, wir haben vor allem das obligatorische Altersruhegeld vom 65. Lebensjahr an eingeführt und die sogenannten Altrenten, also alle Renten, die vor dem Jahre 1966 bereits liefen, nach bestimmten Prozentsätzen erhöht, die zum Teil recht beachtlich sind. Das sind eine Reihe von Verbesserungen, die wir vorgenommen haben.

Sie erinnern sich, daß wir ein umfangreiches Gutachten über die Möglichkeiten der Leistungsgestaltung bestellt und aufgrund dieses Gutachtens dann die Anstalt fortentwickelt haben. Die Neuberechnung der Renten aufgrund der Satzungsänderungen ist inzwischen erfolgt und im Sinne der Anpassung der laufenden Renten haben wir für das Jahr 1973 eine Erhöhung um 7% beschlossen. Ich meine, angesichts der inflationären Entwicklung werden wir für das nächste Jahr sogar noch höher gehen müssen.

Die stetige Fortentwicklung unserer Anstalt ist selbst-

verständlich auch in der Zukunft eines unserer größten Anliegen.

Sie wissen, daß das Jahr 1973 für die Bayerische Ärzteversorgung ein Jubiläumsjahr ist. Sie besteht jetzt seit 50 Jahren. 1923 wurde sie durch ein Gesetz des Bayerischen Landtags errichtet. Wir können, wenn wir diese 50 Jahre überblicken, wenn man die Literatur dieser Zeit sieht, sagen, daß die Konstruktion sinnvoll war, daß die Betreuung durch die Bayerische Versicherungskammer eine gute Lösung darstellte, daß die Fortentwicklung der Selbstverwaltung erfreulich war und die Formen der Zusammenarbeit, die sich zwischen Verwaltung und Selbstverwaltung entwickelt haben, erfreulich sind.

Gesundheitsvorsorge

In den gesundheitspolitischen Diskussionen nimmt die Gesundheitsvorsorge einen immer breiteren Raum ein. Das können wir aus ärztlicher Sicht nur begrüßen. Man ist aber manchmal recht peinlich berührt, wenn in geradezu penetranter Weise der Eindruck zu erwecken versucht wird, als ob man uns Ärzte erst auf die Bedeutung dieses neuen Zweiges der gesundheitlichen Betreuung hinweisen oder gar hintreiben müßte. In unserer schnellebigen Zeit haben manche offenbar völlig übersehen, daß wir Ärzte es waren, die schon vor Jahren die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen betonten, Modellversuche für Vorsorgeuntersuchungen durchführten, die Einführung solcher Untersuchungen in die gesetzliche Krankenversicherung forderten.

Unsere Modellversuche in Dachau, Pfeffenhofen und Kempen/Krefeld wurden schon Anfang der fünfziger Jahre durchgeführt. Jahrelang haben wir tauben Ohren gepredigt und erst im Jahre 1970 hat der Deutsche Bundestag die ersten Vorsorgeuntersuchungen in den Aufgabenkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Wir führten solche in Bayern allerdings schon vorher auf freivertreglicher Basis durch.

Mit Verwunderung beobachtet man auch Versuche von Krankenkassenseite, uns aufklären zu wollen, wer, wo, mit welchen Mitteln die besten Vorsorgeuntersuchungen durchführt. Die Kassenärzte haben die bisher anfallenden Vorsorgeuntersuchungen ohne Schwierigkeiten bewältigt. Wir können guten Gewissens darauf hinweisen, daß wir auch durch ein weiteres Ansteigen der Beteiligung keineswegs in Verlegenheit gebracht werden. Wir würden es für dringend erforderlich halten, für die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen intensiv zu werben und sehen gerade in dieser Werbung eine wesentliche Aufgabe der Krankenversicherung gegenüber ihren Mitgliedern.

Inzwischen konnten wir über die letzten Jahre hinweg ein deutliches Ansteigen der Beteiligung, vor allem in den jüngeren Jahrgängen, beobachten, wobei die Spitze bei den 35- bis 39jährigen Frauen mit derzeit rund 35 % liegt. Das ist natürlich noch lange nicht ausreichend, aber immerhin schon ein guter Fortschritt, wenn man bedenkt, daß in der gleichen Altersgruppe die Beteiligung noch 1970 bei rund 14 % lag. An unserem Willen, die Vorsorgeuntersuchungen zu einem guten Erfolg zu führen, fehlt es also nicht. Wir wehren uns deshalb mit Entschiedenheit dagegen, wenn versucht wird, der Öffentlichkeit weiszumachen, es bedürfe für eine Förderung der Vorsorgeuntersuchungen der Errichtung und Einschaltung von Instituten, weil die freipraktizierenden Ärzte angeblich nicht damit fertig werden. Dabei waren und sind wir selbstverständlich gerne bereit, Ärzte an Krankenanstalten und in anderen Dienststellen für ihre Person an der Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen zu beteiligen.

Derzeit laufen Überlegungen, die Vorsorgeuntersuchungen zu erweitern, um auch andere Risikofaktoren zu erfassen. Zu denken ist dabei vor allem an die Hypertonie und an den Diabetes. Die Blutdruckmessung kann ohne Schwierigkeiten sowohl an die Frauen- wie an die Männervorsorgeuntersuchung angehängt werden. Sie wurde von uns auch von Anfang en empfohlen.

Für die Erfassung unbekannter Diabetiker genügt nach wie vor die im Münchener Modellversuch erprobte Anwendung der Teststäbchen. Eine generelle Blutzuckeruntersuchung schon im ersten Durchgang ist überflüssig, der Aufwand steht in keinem Verhältnis zum Ergebnis. Das Teststäbchen kann jeder Mitbürger für wenige Pfennige selbst erwerben, so daß der Krankenversicherung überhaupt keine Kosten zu entstehen brauchen.

Für Herz-Vorsorgeuntersuchungen muß ein Modell erst entwickelt werden. Dabei geht es vor allem um die Frage, ob das EKG sinnvoll ist oder nicht; das Ruhe-EKG scheint nicht aussagekräftig zu sein.

Völlig ungeklärt ist immer noch das Gebiet der Schutzimpfungen. Sie sind nach wie vor nicht Gegenstand des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Grippeschutzimpfungen haben die Krankenkassen in Bayern, an ihrer Spitze die Ortskrankenkassen, den Weg der Propagierung der Massenimpfungen gewählt. Eine Absprache mit uns ist nicht erfolgt. Die Ersatzkassen vergüten ihren Mitgliedern einen, wenn auch bescheidenen Betrag von DM 10,—, wenn sie sich privat bei einem Arzt impfen lassen; sie haben sich aber gleichzeitig auch den Massenimpfaktionen angeschlossen; einige RVO-Kassen zahlen kleine Zuschüsse.

Besonderes Augenmerk sollte die Ärzteschaft euch der Rötelnschutzimpfung widmen, wo jeder Kollege in seinem Patientenkreis segensreich wirken kann, wenn er die Familien auf die Notwendigkeit und Möglichkeit eines Schutzes vor einer Rötelnerkrankung in der Schwangerschaft aufmerksam

macht. Man kann dadurch manche junge Frau vor der Angst bewahren, sie würde ein mißgebildetes Kind zur Welt bringen, weil sie vermeintlich oder sicher während der Schwangerschaft an Röteln erkrankt ist.

§ 218

Die Frage der gesetzlichen Neuregelung der Bestimmungen über die Schwangerschaftsunterbrechung möchte ich nicht breit ansprechen. Hier hat der Bundestag als Gesetzgeber Entscheidung und Verantwortung. Nach meinen Eindrücken steht die Ärzteschaft zum überwältigenden Teil zur Indikationslösung und gegen die Fristenlösung. Auch der Weltärztebund hat sich einhellig dazu bekannt, daß eine Schwangerschaft nur abgebrochen werden kann, wenn Leben oder Gesundheit der Mutter gefährdet sind. Dabei kann die Frage, aus welchen Gründen eine solche Gefährdung entsteht, durchaus und ohne Emotionen diskutiert werden.

Ärztliche Schweigepflicht — Computer in der Medizin

Ein Thema, welches in der bevorstehenden Zeit zentrale Bedeutung erlangen wird, behandelt der im Oktober in München stattfindende Weltärztetag. Es geht um die Probleme der ärztlichen Schweigepflicht im Zusammenhang mit der elektronischen Datenverarbeitung. Ohne den Beratungen und Ergebnissen vorzugreifen, kann man feststellen, daß die elektronische Datenverarbeitung uns voraussichtlich in der Zukunft erhebliche Hilfen bei unserer Arbeit geben wird, wenn wir sie richtig einsetzen. Es muß ebenso nachdrücklich darauf hingewiesen werden, welche Gefehren darin liegen, wenn man sich dazu entschließen würde, zu einer umfassenden patientenbezogenen Speicherung von Befunden und Daten überzugehen. Wir hoffen, daß die Delegierten des Weltärztetages Grundsätze erarbeiten, die — so wie frühere Resolutionen — die gemeinsame Auffassung der Ärzte dokumentieren.

„Reform der ärztlichen Berufsausübung"

Unter den Themen, die in der Öffentlichkeit besonders gerne diskutiert werden, findet sich auch immer die Forderung nach einer Reform der ärztlichen Berufsausübung. Hier kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß der Versuch gemacht wird, die Dinge so darzustellen, als ob die Kassenärzte nach wie vor in der Medizin ihrer Großväter hängengeblieben wären, während die anderen die tollsten Modelle anzubieten hätten, damit der arme Mitbürger endlich von „Opas Medizin" befreit werde. Bei genauerem Hinsehen ist das, was angeboten wird, nichts anderes als das uralte Ambulatorium, das auch schon zu Opas Zeiten für arme Leute angeboten worden ist. Die Hartnäckigkeit, mit welcher versucht wird, die Fortentwicklung der ärztlichen Praxis in Arbeitsmethode und Ausstattung zu ignorieren, ist menchmal geradezu bestürzend.

Tatsache ist jedoch, daß die anderen über Modelle reden, mit denen sie nichts anderes bezwecken wollen als eine Veränderung unserer Gesellschaft, während die niedergelassene Ärzteschaft sich mitten in der Fortentwicklung ihrer Arbeitsformen befindet, die im übrigen ein kontinuierlicher Prozeß ist, der höchstens dann zum Stillstand käme, wenn äußere Umstände uns daran hinderten.

Wer die Praxen unserer Allgemeinärzte, die neuen Formen der Zusammenarbeit von Fachärzten sieht, müßte ehrlicherweise anerkennen, daß kaum ein anderer Berufsstand mit der wissenschaftlichen Entwicklung so intensiv Schritt hält wie wir.

Es ist deshalb für uns hocherfreulich, daß trotz aller negativen Berieselung die neuesten Befragungen unserer Patienten über ihr Verhältnis zum niedergelassenen Arzt und über ihr Vertrauen und ihre Zufriedenheit so außerordentlich positiv ausgefallen sind. Darüber werden wir anläßlich des bevorstehenden Deutschen Ärztetages eingehend berichten.

Gesundheits- und sozialpolitische Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft

Auf dem bevorstehenden Deutschen Ärztetag wird auch eine Zusammenstellung der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Ärzteschaft vorgelegt werden.

Auch bei dieser Gelegenheit werden wir überzeugend dartun können, was in den vergangenen Jahren bereits geschehen ist, nämlich wie die ärztliche Versorgung fortentwickelt wurde und wie wir uns die Weiterentwicklung denken. Wir werden der deutschen Öffentlichkeit zeigen, daß das derzeitige System der ambulanten und stationären Versorgung sich bewährt hat und auch in Zukunft der Entwicklung der Medizin angepeßt werden kann.

Analyse der ärztlichen Betreuung

Um für die weitere Planung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung in Bayern gute Grundlegen zu schaffen, hat die Kassenärztliche Vereinigung Beyerns in Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns umfangreiche Erhebungen über die derzeitige kassenärztliche Versorgung angestellt. Sie umfassen die Verteilung der Ärzte und Fachärzte, die Altersstruktur, sowie die Art und Weise der Besetzung der einzelnen Arztsitze. Auf dieser Grundlage sollen nun weitere Überlegungen angestellt werden.

Es hat sich bei unseren Untersuchungen gezeigt, deß die Verteilung der Kassenarztsitze über das Land

Euglucon® 5

ndiketion: Erwachsenen- und Altersdiabetes, ofern eine Diätbehandlung allein nicht usreicht.

Kontraindikationen: Insulinmangeldiabetes, chwere azidotische Stoffwechseldekompenation, Praekoma und Koma diabeticum, deutch eingeschränkte Nierenfunktion, Nebenierenrindeninsuffizienz, Schwangerschaft

Nebenwirkungen: Unverträglichkeiten von eiten des Magen-Darm-Trakts (Übelkeit, rbrechen, Völlegefühl), Überempfindlichkeitseaktionen der Haut und passagere Veränderungen des haematopoetischen Systems Leukopenie, Thrombocytopenie) werden nur eiten beobachtet und klingen nach Absetzen es Präparates rasch ab.

Hinweise: Auch nach Verabreichung von uglucon 5 können hypoglykämische Reakonen auftreten. Diese können durch zahleiche Faktoren begünstigt werden: berdosierung, Diätfehler (Nahrungskarenz!), ierenfunktionsstörungen, schwere Leberrkrankungen, Nebennierenrindeninsuffizienz, lkohol und einige Pharmaka (siehe wiss. rospekt). Eine unter der Therapie mit uglucon 5 nach einigen Wochen auftretende erbesserung der Glukosetoleranz kann eine osisreduzierung erforderlich machen. atienten mit deutlichen Zeichen einer erebraiskierose und nicht kooperative atienten sind generell stärker hypoglykämiefährdet.
diesen Fällen empfiehlt sich die Erstinstellung auf Dipar® – besonders bei überewichtigen Petienten – oder auf Tolbutamid Artosin®, Rastinon® Hoechst).

Zusammensetzung und Handelsformen:
Oblong-Tablette Euglucon 5 enthält 5 mg i-4-[2-(5-Chlor-2-methoxybenzamido)-thyl]-phenyl-sulfonyl-N'-cyclohexylharnstoff Glibenclamid).
OP mit 30 Oblong-Tabletten DM 19,05
OP mit 120 Oblong-Tabletten DM 58,25
AP mit 500 Oblong-Tabletten

Insulin-Freisetzung im Rhythmus der Mahlzeiten

Körpereigenes Insulin, wenn es gebraucht wird

Bessere Einstellungsergebnisse

boehringer

HOECHST

L62168

Zur Biguanid-Therapie des Altersdiabetes

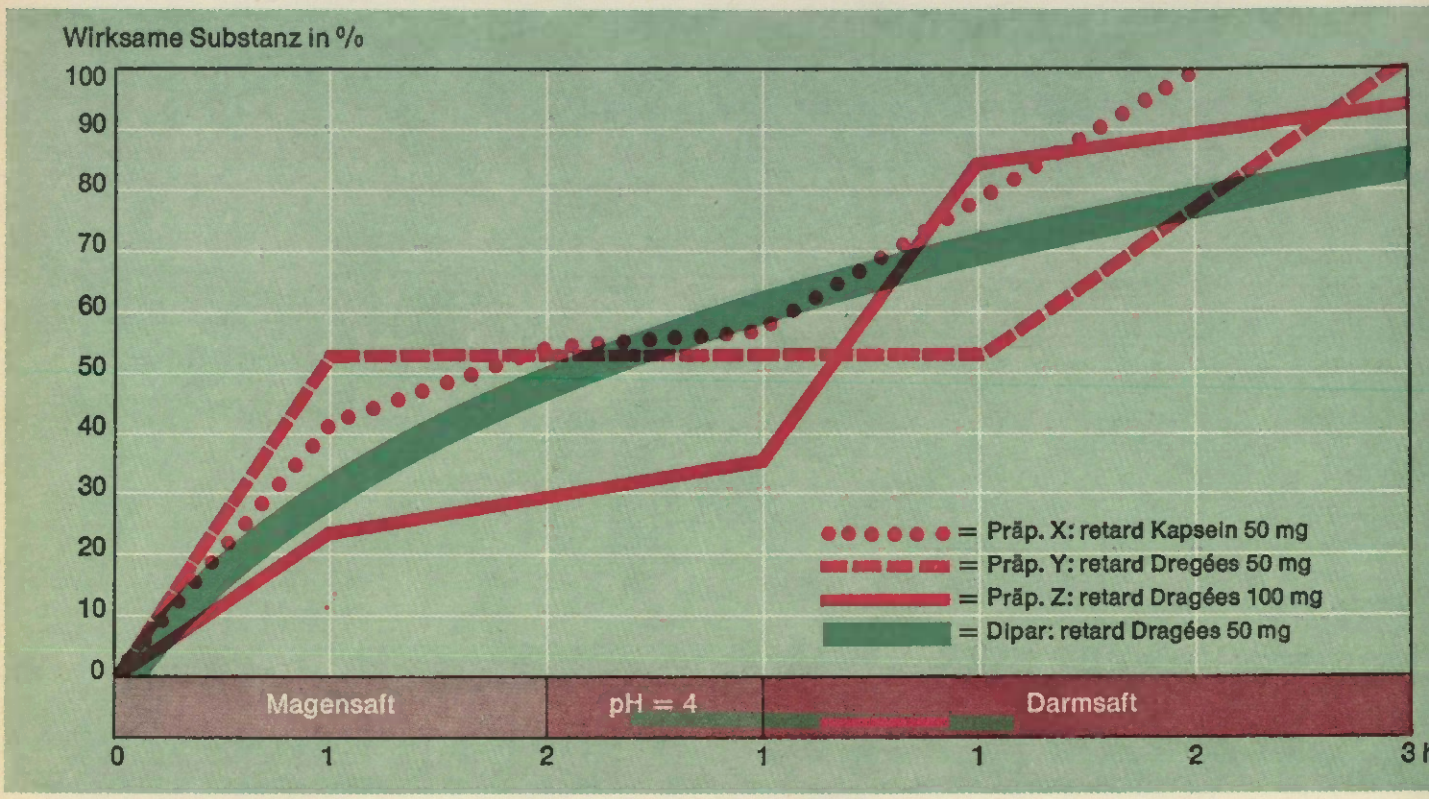
Dipar®

Indikationen
1. Monotherapie: Stabiler Altersdiebetes, besonders bei adipöse Patienten, die für eine Ersteinstellung mit β-zytotropen Substanze weniger geeignet sind.
Überempfindlichkeit gegenüber β-zytotropen Substanzen.

2. Kombinetionstherapie:
e) Mit β-zytotropen Substanzen. Altersdiabetes, der sich unte oraler Monotherapie mit β-zytotropen Substanzen nicht mehr be friedigend einstellen läßt.
(Primär- und Sekundärversager).

b) Mit Insulin. Labiler Diebetes, relative Insulinresistenz..

Kontraindikationen
Koma und Preekoma diabeticum. Neigung zu Azetonurie sowi Lektazidose. Akute und chronische Schädigung der Leber un Niere. Fieberhafte Infektionen. Größere operative Eingriffe. Herz und Kreislaufinsuffizienz sowie Zustände, die eine Hypoxie bedi gen. Reduzierter Allgemeinzustend,. Untergewicht, Alkoholebusu Schwangerschaft.



Stufenlose Wirkstoffabgabe durch besonderes Retard-Prinzip

Nebenwirkungen
Dipar kenn wie alle Biguenid-Präparate von einer bestimmten, In vidueil unterschiedlichen Dosis en, zu gestrointestineien Unverträ lichkeiten führen:
Appetitlosigkeit, Nausea, Magenschmerzen, Erbrechen oder Di rhoe. Mitunter klagen Patienten über Metallgeschmeck. Die Sym tome gehen nach Dosisreduzierung oder Absetzen von Dip prompt zurück. Durch Einnahme der Dregees zu den Mehlzeit läßt sich die Verträglichkeit verbessern. In der Literatur beschri bene Laktazidosen traten vorwiegend bei Diebetikern euf, die unt schweren, gleichfalls zu Milchsäureazidose führenden Erkranku gen (z. B. Schock, Myokardinfarkt, Status asthmaticus, Urämi Leukämie, schwere Anëmien, Leberzirrhose) litten. In dies Fällen sind Biguanid-Präperate kontreindiziert.

Besondere Hinweise
Das Retard-Dragee besteht aus einem nicht resorbierbaren Träge körper, in dem der Wirkstoff eingelagert ist. Dieser wird im Dün darm langsem und gleichmäßig freigesetzt. Hierauf beruht die gu Magenverträglichkeit. Der Trägerkörper wird ausgeschieden.
Weitere Einzelheiten enthält der wissenschaftliche Prospekt (Ju 1971).

L64167

Zusammensetzung und Handelsformen
1 Reterd-Dragee enthält 50 mg 1-(2-Phenyläthyl)-biguanid-HCl
OP mit 30 Reterd-Dragees DM 7,40 m.U.
OP mit 120 Retard-Dregees DM 24,15 m.U.
AP mit 500 Retard-Dregees

mannheim boehringer

HOECHST

Blick auf die Delegierten
— Bezirk Mittelfranken —

nach wie vor außerordentlich günstig ist und vor allem nach wie vor sehr viele Einzelarztsitze bestehen und immer wieder neu besetzt werden. Auch für die Zukunft wird es darauf ankommen, eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Allgemeinärzte zu erhalten, wobei ohne Zweifel die Ein-Mann-Praxis dominierend sein wird.

Bei den Fachärzten sollten wir die Zusammenschlüsse fördern, wobei auch hier auf die gute Erreichbarkeit für die Bevölkerung zu achten ist.

Die Landkarte zeigt, daß auch entlang der Zonen- und Landesgrenze Kassenärzte recht gleichmäßig verteilt zur Verfügung stehen. Daß sich dabei Orte unmittelbar an der Grenze vielfach schlecht als Arztsitze eignen, liegt in der Natur der Sache. Von einer Entblößung des Grenzlandes kann jedenfalls keine Rede sein.

Im übrigen muß doch auch einmal darauf hingewiesen werden, daß 30, oder wenn Sie wollen, 50 vorübergehend unbesetzte Kassenarztsitze bei mehr als 9000 Kassenärzten doch noch nicht als symptomatisch für einen begonnenen Notstand herausgestellt werden können.

Man möge uns doch einmal eine Berufsgruppe nennen, in der derzeit kein Fehlbestand an benötigten Kräften vorhanden ist.

Ausländische Ärzte

Es erscheint mir notwendig, diesmal auch wieder einige Anmerkungen zur Tätigkeit ausländischer Ärzte zu machen. In Bayern sind nach dem Stichtag 1. Juli 1973 604 ausländische Ärzte bei der Kammer gemeldet. Sie kommen aus nicht weniger als 49 Ländern, nur 20 von ihnen aus Ländern der Europäischen Gemeinschaft!

An der Spitze steht Jugoslawien mit 85, Tschechoslowakei 76, Persien 67, Türkei 54, Griechenland 50, Österreich 35 Ärzten. Die übrigen verteilen sich auf die anderen Länder. In freier Praxis sind derzeit 21 ausländische Ärzte tätig. Ich darf darauf hinweisen, daß dabei natürlich nicht gerechnet sind ausländische Ärzte, die inzwischen die deutsche Staatsbürgerschaft erworben haben.

Es ist kein Zweifel, daß in den vergangenen Jahren ausländische Kollegen für die Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung in Krankenanstalten notwendig waren und zum Teil auch heute noch notwendig sind. Wir tun aber nichts anderes als jedes andere Land dieser Erde, wenn wir bei zunehmendem Angebot an deutschen Ärzten den ausländischen Arzt dorthin verweisen, wo bei uns Lücken in der ärztlichen Versorgung bestehen. Das hindert keineswegs daran, in gewissen Fällen ausländischen Kollegen auch die Möglichkeit wissenschaftlicher Betätigung oder des Erwerbs besonderer Spezialkenntnisse zu geben, ohne daß sie für die ärztliche Versorgung benötigt werden. Das sind aber immer Ausnahmen.

Es sollte aber doch nicht der Eindruck erweckt werden, als seien die ausländischen Kollegen aus den rund 50 Ländern in einer Art Hilfsaktion nach Deutschland geeilt, um uns vor dem Zusammenbruch der ärztlichen Versorgung zu bewahren. Sie kamen, weil sie zu Hause gehört haben, daß man in Deutschland Arbeitsmöglichkeiten findet, die noch dazu mit Verdienstmöglichkeiten verbunden sind, wie sie in den Heimatländern in aller Regel nicht zu finden sind. Ich habe auch wenig Verständnis dafür, wenn in Fällen, wo die zuständige Abteilung des Innenministeriums eine Erlaubnis nicht erteilt oder nicht verlängert, der Eindruck erweckt wird, als ob damit die Bevölkerung besonderer Chancen der ärztlichen Versorgung beraubt würde. Mit dem zunehmenden Nachwuchs an deutschen Ärzten wird es nun einmal für ausländische Kollegen immer schwieriger werden, eine Stelle in unserem Land zu finden. Vor allem wird sich die Auswahl der Orte immer mehr einengen.

Dieser Vorgang hat nicht das geringste mit Ausländerfeindlichkeit oder ähnlichen Gefühlen zu tun. Er entspricht normalen Bedingungen des Arbeitsmarktes und ich habe noch in keinem anderen Land eine andere Beurteilung kennengelernt. Man muß im Gegen-

teil sagen, daß die Handhabung bei uns freundlich und großzügig war.

Abgesehen davon, daß nicht wenige ausländische Kollegen die Chance der Einbürgerung wahrnehmen, muß für diejenigen, welche keine Arbeitsmöglichkeit mehr bei uns finden, doch keine Härte darin gesehen werden, daß sie in ihre Heimat zurückkehren müssen. Schließlich handelt es sich doch zu einem erheblichen Teil um Ärzte eus Ländern, in denen ein teilweise krasser Ärztemangel herrscht und diese Kollegen dringend für die Versorgung ihrer eigenen Landsleute benötigt werden.

Die Vertreter der Entwicklungsländer haben uns auf der Generalversammlung des Weltärztebundes vor zwei Jahren massive Vorwürfe gemacht, weil wir Ärzte aus ihren Ländern zu lange behalten und damit zu einer Verschlechterung der ärztlichen Versorgung in den Entwicklungsländern beitragen.

Die Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staetsministeriums des Innern und der dort verantwortliche Kollege Dr. BACHMANN behandeln die mit der Erteilung der Erlaubnis für ausländische Ärzte zusammenhängenden Fragen nach meinen Eindrücken sachgerecht und objektiv. Äußerungen, die in einer Presseveröffentlichung enthalten sind, kann man deshalb nur nachdrücklich zurückweisen.

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung

Damit bin ich mitten in dem nach wie vor besonders aktuellen Thema der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung. Auch in den letzten Monaten konnte man immer wieder Berichte lesen über einen drohenden Notstand in der ärztlichen Versorgung, über schrumpfenden Nechwuchs der Ärzte, über zunehmende Verwaisung von Arztsitzen.

Schon im vergangenen Jahr habe Ich euf die steigende Zahl der Ärzte und auf die Besonderheiten der Altersstruktur hingewiesen. Sie erinnern sich vielleicht an dieses Bild im Tätigkeitsbericht und daran, daß wir etwa zwischen dem 37. und 47. Lebensjahr besonders schwach besetzte Arztjahrgänge haben. Nachdem gerade die Ärzte dieser Jahrgänge den Nachwuchs für die Kassenpraxis zu stellen haben, mußte es zu einer fühlbaren Verlangsamung des Zuganges an Kassenärzten kommen.

Trotzdem ist festzustellen, daß in der Zeit vom 1. Januar 1972 bis 30. Juni 1973 in Bayern 657 Ärzte neu zur Kassenpraxis zugelassen wurden, darunter 299 Allgemeinärzte, 89 Internisten, 54 Frauenärzte und 34 Kinderärzte. Die übrigen 181 verteilen sich auf die anderen Fächer.

Von den 657 neu zugelassenen Kassenärzten gehören 418 den Jahrgängen 1934 bis 1944 an, nur einer ist jünger, die übrigen verteilen sich auf ältere Jahrgänge.

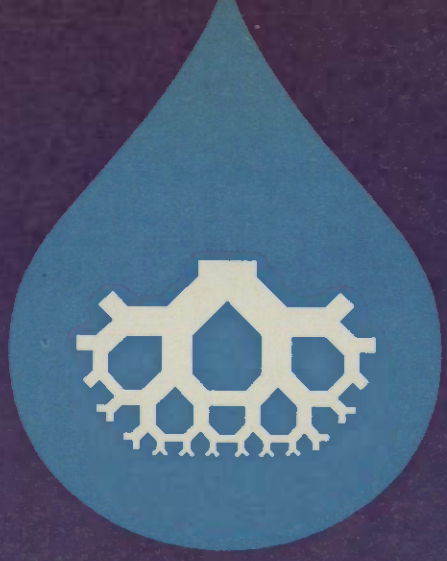
Der steigende Nachwuchs hält nech wie vor en und auch der Numerus clausus führt zu keiner Schrumpfung, wie das immer wieder befürchtet wird. Allein im vergangenen Jahr wurden in der Bundesrepublik rund 7000 Studienanfänger der Medizin gezählt. Die Zahl der Ärzte wird also auch in der Zukunft laufend ansteigen.

Man muß aber der Öffentlichkeit — und auch besorgten Kollegen — immer wieder in Erinnerung rufen, daß die Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik von 1950 bis 1972 von 68 000 auf 122 000, also um 80 % gestiegen ist. Die Einwohnerzahl wuchs in der gleichen Zeit von 50,8 auf 61,5 Millionen, also um 21 %. Das Verhältnis Arzt: Bevölkerung war 1950 1:748, 1972 1:506. Wir liegen damit an der Spitze aller Länder der Welt. Die Zahl der Medizinstudenten zeigt, daß das Wachstum auch weiterhin anhalten wird.

Wenn sich diese starke Zunahme der Arztzahlen derzeit in der freien Praxis noch nicht so fühlbar auswirkt, so deshalb, weil eben der Nachwuchs automatisch zunächst in das Krankenhaus strömt, wo jeder junge Arzt nach bisherigen Erfahrungen sechs bis acht Jahre verbringt. Die Welle kann also nur mit einer zeitlichen Verspätung auf die freie Praxis zukommen. Es ist deshalb irrig, wenn manchmal davon geredet wird, das Verhältnis freipraktizierender Ärzte zu Ärzten im Dienstverhältnis habe sich so verschoben, daß heute bereits rund die Hälfte aller Ärzte in einem Dienstverhältnis arbeiten. Diese angebliche „Verschiebung" geht allein auf das Konto der jungen Ärzte, also der Nachwuchsgruppe, von der sich erfahrungsgemäß rund 80 % für eine Tätigkeit in freier Praxis entscheidet. Daran wird sich auch in der Zukunft nichts ändern, wenn uns die Arbeitsmöglichkeit in der freien Praxis erhalten bleibt und die wirtschaftliche Lage des freipraktizierenden Arztes nicht systematisch verschlechtert wird.

Allen Spekulationen, der Arztberuf wandle sich zunehmend zu einem im Angestelltenverhältnis ausgeübten Beruf, muß also nachdrücklich entgegengetreten werden. Diejenigen, welche daran bereits Ihre Hoffnungen geknüpft haben, sollten sie so bald wie möglich wieder begraben. Wir sind nach wie vor zutiefst davon überzeugt, daß die ambulante ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung am besten durch freipraktizierende Ärzte erfolgt, und daß es kein System gibt, welches in seiner Qualität damit verglichen werden könnte. Im Gegenteil! Alle Beobachtungen deuten darauf hin, daß die Institutionalisierung der ambulanten ärztlichen Versorgung immer zu einer Verschlechterung geführt hat.

Auch unseren eigenen Kollegen muß immer wieder bewußt gemacht werden, daß der freipraktizierende Arzt die zentrale Figur unseres Berufsstendes ist und sein wird. Am Schicksal des freipraktizierenden Arztes orientiert sich das Schicksal aller anderen Arztgruppen. Wenn Arbeitgeber und Dienstherren heute bereit sind, sich Gedanken über eine Verbesserung der Be-



der sanfte Zwang

dehydro
sanol tri
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 sanol tri

das erste kaliumneutrale Venodiureticum

Zur Therapie der Venösen Insuffizienz mit dehydro sanol tri

Kann die Behandlung mit Kompressionsverbänden durch dehydro sanol tri verbessert, ergänzt oder ersetzt werden?

Zentrale Maßnahme in der Therapie der chronisch-venösen Insuffizienz und Ihrer Folgezustände ist nach übereinstimmender Auffassung die Bekämpfung des Ödems mittels Kompressionsverband. Soll dieser seiner Aufgabe als starres Widerlager für die Muskel-Venen-Pumpe voll gerecht werden, so muß sorgfältig auf straffes Wickeln und festen Sitz geachtet werden. Das Binden-Material sollte möglichst unelastisch sein. Der Patient muß auf die Notwendigkeit reichlicher Bewegung hingewiesen werden.

Nur bei aktiver Betätigung kann die Muskel-Venen-Pumpe die gestörten physiologischen Rücklaufmechanismen unterstützen und damit der Kompressionsverband seine Aufgabe erfüllen.

Je stärker nun aber die Entstauung, desto schneller verliert der straff gewickelte Verband seine Wirksamkeit und wird zu locker. In gleichem Maße verringert sich damit auch wieder die Unterstützung der physiologischen Rücklaufmechanismen durch die Muskel-Venen-Pumpe. Die entstauende Wirkung hört auf. Diesem bekannten Mechanismus versuchte man bisher durch Neu-Anlegen der Verbände in kurz aufeinanderfolgenden Zeitabständen zu begegnen. Sieht man einmal von der erheblichen zeitlichen Belastung ab, die dadurch in der täglichen Praxis entsteht, so kann in den Fällen, wo das Anlegen des Verbandes nach entsprechender Belehrung dem Patienten überlassen wird, u.U. der Erfolg der gesamten Therapie in Frage gestellt werden. In Unkenntnis des pathophysiologischen Geschehens können nämlich selbst gutwillige Patienten ein mehrmaliges Nachwickeln als überflüssig ansehen und damit die Therapie gefährden. Was für Möglichkeiten gibt es nun, diesen Schwierigkeiten in der Praxis aus dem Wege zu gehen?

Aus den umfangreichen Erfahrungen, die über den Einsatz von dehydro sanol tri inzwischen vorliegen, kann man folgende Empfehlung formulieren:

Straffe und unnachgiebige Kompressionsverbände (z.B. Zinkleimverbände) können erheblich länger getragen werden, wenn

1. eine 1–3 wöchige Entstauungs-Therapie mit dehydro sanol tri der Kompressionstherapie vorausgeht und

2. während der Kompressionstherapie dehydro sanol tri begleitend angewandt wird.

Die Beeinflussung selbst alter, verschwielter, indurabler Ödeme bei chronisch-venöser Insuffizienz durch dehydro sanol tri wurde u.a. von SCHNEIDER/FISCHER in einer Untersuchung bestätigt, die in Kürze publiziert wird.

Daß in vielen Fällen durch die Therapie mit entstauenden und kapillaraktiven Substanzen, wie sie in dehydro sanol tri vorliegen, Patienten auf das Wickeln verzichten konnten, wurde schon 1965 durch KLEPZIG nachgewiesen, der nach einer Untersuchung an 66 Patienten feststellen konnte:

„Nur fünf Patienten konnten unter dieser Behandlung nicht auf das Tragen von Gummistrümpfen oder das Wickeln der Beine verzichten. 26 Patienten erbaten ausdrücklich ambulante Weiterbehandlung mit dem hier eingesetzten Präparat."

(H. KLEPZIG, F. REICHERT, Med. Welt 1965, **4**, 215–218)

dehydro sanol tri

das erste kaliumneutrale Venodiureticum

Indikationen: Schmerzhafte Stauungsbeschwerden und varikös bedingte Ödeme

Zusammensetzung: 20 mg Triamteren · 10 mg 3–(α–Methylbenzyl)– 6–chlor–7–sulfamoyl–3,4–dihydro–1,2,4–benzothiadiazin–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 Harnsäure-Kontrollen 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 14,5(

Sanol-Arzneimittel · Dr. Schwarz GmbH
4019 Monheim/Rheinland

dingungen für Angestellte oder beamtete Ärzte zu machen, dann nur deshalb, weil sie wissen, daß der Arzt unserer Zeit immer noch die Möglichkeit hat, die freie Praxis zu wählen, wenn er nicht bereit ist, die ihm gebotenen Anstellungsbedingungen zu akzeptieren. Das würde sofort und nachhaltig anders werden, wenn diese Möglichkeit für den Arzt nicht mehr bestünde.

Wenn wir zu einem Berufsstand der Angestellten werden, oder wenn die Bedingungen der freien Praxis so verschlechtert würden, daß sich die Mühe, die Last und das Risiko, welche der freipraktizierende Arzt trägt, nicht mehr lohnen, denn haben wir die entscheidende Position in der Verteidigung unseres Berufsstandes in dieser Gesellschaft verloren. Das wissen natürlich auch die anderen und darin liegt die Ursache, warum man mit zunehmender Verbissenheit versucht, die Position der freipraktizierenden Ärzte oder genauer gesagt, der Kassenärzte zu verschlechtern und zu untergraben.

Ich bin an enderer Stelle schon einmal auf den Vorhalt eingegangen, das Leistungsprinzip habe mit dem freiprektizierenden Arzt nichts zu tun, denn auch der angestellte Arzt leiste gute Arbeit. Ich darf meine Antwort wiederholen: Ich stimme der Feststellung, daß der im Dienstverhältnis stehende Arzt dem freipraktizierenden Arzt in seinem Leistungswillen nicht nachsteht, voll zu. Das gilt aber nur, solange der einzelne Arzt noch die freie Entscheidung darüber hat, wo und wie er seinen Beruf ausüben möchte. Denn dann wird er immer sein Bestes geben in der Berufsausübung, für die er sich freiwillig entschieden hat. Wer in freiem Entschluß Medizinalbeamter wurde, obwohl er auch die Möglichkeit gehabt hätte, freipraktizierender Arzt zu werden, der hat Neigung und Freude an dieser Form der Berufsausübung und seine Leistung hängt in keiner Weise davon ab, daß er Beamter ist und Gehalt bezieht. Aber auch unsere jungen Kollegen in den Krankenanstalten geben — obwohl sie auf Gehalt arbeiten — ihr Bestes her. Sie tun es, weil sie wissen, daß sie in einen Beruf hineinwachsen, dem die derzeitige staetliche und gesellschaftliche Ordnung noch freie Entfaltungsmöglichkeiten sichert.

Unser ganzes Bemühen muß also darauf gerichtet sein, den freipraktizierenden Arzt, seine Arbeitsmöglichkeit und sein wirtschaftliches Fundament zu erhalten und fortzuentwickeln. Das ist die entscheidende Aufgabe, von deren Gelingen das Wohl und Wehe der Gesamtärzteschaft abhängt. Ich bitte deshalb gerade unsere jungen Kollegen, diese Zusammenhänge zu erkennen und mit uns für die Erhaltung des freipraktizierenden Arztes einzutreten, denn damit sichern sie auch ihre eigene Zukunft.

Arztzahlen

Noch einmal zurück zu den Arztzahlen.

Der jährlich zu erwartende Zuwachs an Ärzten in der Bundesrepublik wird es rein von der Zahl her ermöglichen, den Bedarf in den Bereichen ärztlicher Tätigkeit zu decken, die heute als unversorgt gelten. Ich darf das Beispiel der werksärztlichen Tätigkeit herausgreifen. Sollte es zu einer umfassenderen werksärztlichen Betreuung unserer arbeitenden Menschen kommen, so könnte das bestenfalls bedeuten, daß in den kommenden Jahren etwa 5000 bis 6000 Ärzte für werksärztliche Tätigkeit zusätzlich benötigt werden. Ob sich für diese Stellen Interessenten finden, wird von ihrer Ausgestaltung abhängen. Man muß aber gerade im Hinblick auf die Nachwuchszahl auch darauf hinweisen, daß, wenn diese Stellen einmal besetzt sind, der jährliche Nachwuchsbedarf nur noch einen Bruchteil des Bedarfs für die Erstbesetzung ausmacht, weil ja alle diese Stellen dann im Durchschnitt etwe 25 bis 30 Jahre von ihrem Inhaber besetzt sein werden.

Dem hohen Spitzenbedarf bei der Besetzung neu erschlossener Tätigkeitsgebiete folgt also ganz allgemein eine lange Phase eines relativ geringeren Nachwuchsbedarfes. Es wird also zwangsläufig von Jahr zu Jahr auch die freie Praxis anwachsen, sofern sie noch als freie Praxis existiert. Die Besorgnis, alle diese Ärzte würden sich nur in Großstädten und Ballungszentren niederlassen, scheint mir aufgrund unserer bisherigen Erfahrungen nicht begründet. Wir werden aber dennoch unsere Aufmerksamkeit der gleichmäßigen Verteilung der Ärzte zuwenden müssen. Die derzeit durchgeführten Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen trotz derzeit noch zu geringer Nachfrage erfreuliche Ergebnisse, und es ist nicht einzusehen, warum bei steigender Nachfrage das Interesse an einer ärztlichen Tätigkeit auf dem Lande geringer sein sollte.

Zusammenfassung

Der Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht" gab auf unseren Beyerischen Ärztetagen immer Gelegenheit, alle Fragen der ärztlichen Berufsausübung, der Gesundheits- und Sozialpolitik breit zu diskutieren. Meine Ausführungen können nur ein Beitrag und eine Einleitung zu dieser Diskussion sein. Ich wollte verdeutlichen, wie sehr die Gesundheitspolitik im allgemeinen, der ärztliche Beruf in Krankenhaus und Praxis im besonderen im Mittelpunkt des Interesses, der Kritik und der Angriffe stehen.

Niemand sollte auch vergessen, daß auf dem Gebiete des Gesundheitswesens besonders gerne Gesellschaftsveränderungen betrieben oder versucht worden sind. Der Arzt lebt und arbeitet nicht in einem neutralen Bereich, der von allen umgangen und respektiert wird, er ist Objekt der Kritik geworden, und es bleibt ihm nichts anderes übrig, als auch selbst aktiv an der Gestaltung seiner beruflichen und gesellschaftlichen Bedingungen mitzuwirken.

Je positiver wir uns zu dieser Aufgabe stellen, um so erfolgreicher werden wir sie bewältigen!

Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Der nachstehend abgedruckte Bericht über die Arbeit der Beyerischen Landesärztekemmer seit dem letzten Bayerischen Ärztetag war den Delegierten als Beretungsunterlage zugesendt worden.

Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer

Der Vorstand der Kammer hielt im Berichtszeitraum drei Sitzungen ab. Er befaßte sich dabei mit einer Vielzahl von Problemen der ärztlichen Berufspolitik, der Gesetzgebung des Bundes und des Freistaates Bayern und mit Angelegenheiten des gesetzlichen Aufgabenbereiches der Kemmer. Als besonders wichtiger Beratungsgegenstand sei erwêhnt die durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Mai 1972 notwendig gewordene Neuordnung der Weiterbildung.

Finanzausschuß

Der Finanzausschuß berlet in seiner Sitzung im Juni 1973 den Rechnungsabschluß der Kammer für 1972 und den Voranschlag für 1974. Beide Vorlagen wurden mit der Empfehlung an den Kammervorstand weitergeleitet, ihnen die Zustimmung zu erteilen und sie dem 26. Bayerischen Ärztetag zur Beratung und Beschlußfassung vorzulegen.

Der Finanzausschuß nahm ferner den Bericht über das laufende Geschäftsjahr entgegen.

Hochschulausschuß

Der Ausschuß für Hochschulfragen der Bayerischen Landesärztekammer hat seit dem letzten Bayerischen Ärztetag vier Sitzungen abgehalten. Er befaßte sich insbesondere mit den Entwürfen des Bayerischen Hochschulgesetzes, des Bayerischen Hochschullehrergesetzes, dem Hochschulrahmengesetz und der Hochschullehrer-Nebentätigkeitsverordnung. Änderungs- bzw. Ergänzungsvorschläge, die der Ausschuß zum Bayerischen Hochschulgesetz erarbeitet het, konnten größtenteils bei den Beratungen im Gesetz verankert werden.

Dem Bayerischen Ärztetag wird entsprechend den Empfehlungen des Ausschusses ein Vorstandsentwurf für eine Entschließung zum Internatsjahr, zur Famulatur und zum Unterricht in Allgemeinmedizin vorgelegt.

Fortbildungsausschuß und Krankenhausausschuß

Am 3. März 1973 fand im Ärztehaus Bayern – gemäß Beschluß des 25. Bayerischen Ärztetages – die gemeinsame Sitzung des Ausschusses für ärztliche Fortbildung und des Krankenhausausschusses statt. Entsprechend der Resolution sollten Voraussetzungen erarbeitet werden, die zunächst im regionalen Modellversuch den Austausch zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten zum Zwecke der Fortbildung ermöglichen sollten.

Vizepräsident Dr. BRAUN stellte nach einer langen und eingehenden Debatte eis gemeinsame Auffassung der beiden Ausschüsse fest:

1. Der Assistent, der im Austausch in die Praxis geht, hat unzweifelhaft Vorteile im Sinne seiner eigenen Weiterbildung.
2. Der niedergelassene Arzt will, wenn er ins Krankenhaus geht, neue diagnostische oder therapeutische Techniken erlernen. Dazu braucht er aber nicht zwei bis drei Wochen, sondern in Einzelabsprache einige Vormittags- oder Nechmittagsstunden. Bei allgemein interessierenden Fragen sollte der Ärztliche Kreisverband einen solchen klinischen Nachmittag bzw. Abend anregen und organisieren.
3. Der einzelne niedergelassene Arzt, der bestimmte Techniken in Diagnostik oder Therapie erlernen will, kann das heute schon. Hierzu ist kein neues Modell zu installieren.
4. Wenn dieses Modell realisiert werden sollte, braucht das Krankenhaus zusätzliche Assistentenstellen, da der niedergelassene Allgemeinarzt im Normfall den Assistenz- oder Stationsarzt meist nicht voll ersetzen kann.
5. Für die Weiterbildung in allen Fachgebieten sollte ein Jahr in einer ermächtigten Praxis vorgeschrieben werden. Davon soll für alle Gebiete mindestens ½ Jahr in Allgemeinmedizin verlangt werden.

Im Krenkenhausausschuß wurden ferner Vorbereitungen getroffen für ein Gespräch der Mitglieder des Ausschusses mit den Vertretern der Organisationen der Krankenpflegeberufe über gemeinsam interessierende Fragen, welche sich aus der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenpflegepersonal ergeben. Da wesentliche Rechtsfragen dazu auf Bundesebene noch nicht abgeklärt werden konnten, mußte dieses Gespräch zunächst verschoben werden.

Ausschuß „Angestellte Ärzte“

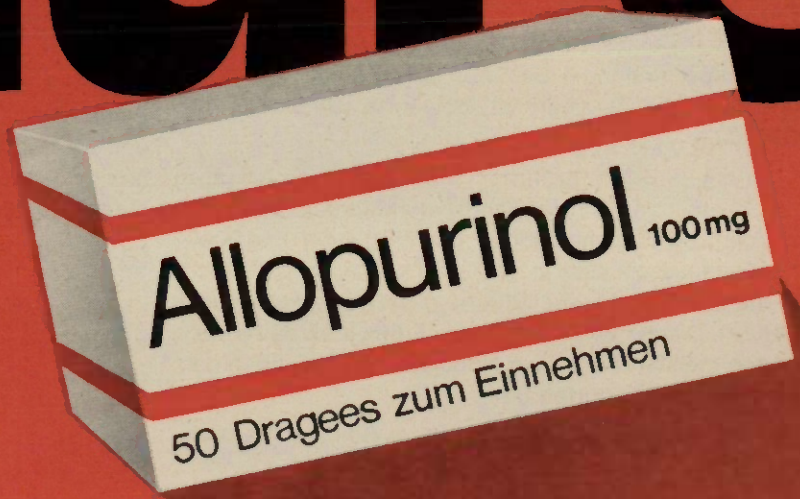
Der Ausschuß hat im Berichtsjehr nicht getagt.

Hilfsausschuß

Der vom Ärztetag gewählte Hilfsausschuß hielt entsprechend der bisherigen Übung Ende November 1972 eine Sitzung ab. Er bestätigte dabei die Entscheidungen des aus seiner Mitte gebildeten Kleinen Hilfsausschusses über Anträge auf laufende und einmalige Beihilfen.

Nach Kenntnisnahme des Berichtes über die Einnahmen und Ausgaben des Hilfsfonds wurden für das Jahr 1973 die bisherigen Richtsätze für monatliche

Harn säure



Der Harnsäure-Hemmer
Senkt den Harnsäurespiegel
Löst Harnsäuresteine
Schutz und Dauerbehandlung
Hyperurikämie, Gicht, Harnsäuresteine
Allopurinol der Harnsäure-Hemmer

Zusammensetzung pro Dragee
4-Hydroxy-1H-pyrazolo (3, 4-d)-pyrimidin 100 mg

Indikationen
Hyperurikämie, Gicht, Arthritis urica, harnsaure Diathese, Harnsäuresteine

Kontraindikationen
Schwangerschaft und Stillzeit

Nebenwirkungen
Gelegentlich können Juckreiz, Übelkeit, Erbrechen oder Diarrhoe auftreten, die nach vorübergehender Reduzierung der Dosis meist verschwinden. Verstärkte Gelenkschmerzen zu Beginn der Behandlung können durch niedrig dosierte Colchicingaben beherrscht werden.

Dosierung
Individuell zwischen 100-800 mg täglich, im allgemeinen 3 x 1 bis 3 x 2 Dragees täglich.

Handelsformen Packung zu 50 Dragees **DM 32,–** Klinikpackung zu 250 Dragees

EFEKA · FRIEDRICH & KAUFMANN · ARZNEIMITTELFABRIK · HANNOVER

Blick auf die Delegierten
— Bezirk München —

Gesamteinnahmen, bis zu deren Höhe laufende Beihilfen gewährt werden können, unter Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Verteuerung der Lebenshaltungskosten für verheiratete Ärzte euf DM 800,– bis 900,– und für alleinstehende Arztwitwen auf DM 500,– bis 600,– angehoben. Im Einzelfall sollen etwaige besondere Aufwendungen und Belastungen des Antragstellers angemessen berücksichtigt werden.

Der Große Hilfsausschuß beschloß aus Anlaß des Weihnachtsfestes eine zusätzliche Zuwendung für die Empfänger laufender Beihilfen in Höhe von DM 150,– und für zeitlich begrenzt gewährte Beihilfen von DM 100,–.

Über die im Berichtszeitraum eingegangenen Anträge auf Bewilligung einmaliger bzw. laufender Beihilfen wurden die Entscheidungen der Mitglieder des Kleinen Hilfsausschusses in der Regel auf fernmündlichem Wege über die Geschäftsführung der Kammer herbeigeführt. Dieses Verfahren hat sich bewährt, da es sich in den meisten Fällen um Notlagen handelt, die einer raschen Hilfe bedürfen.

Die Zahl der Empfänger monatlicher Beihilfen hat sich im vergangenen Jahr wie folgt entwickelt:

Es wurden im Monat zwischen 196 und 203 bedürftige Ärzte, Arztwitwen und -waisen aus dem Hilfsfonds unterstützt. Das entspricht einem Durchschnitt von 200 Personen. Davon sind 28 Ärzte, die übrigen Arztwitwen und -waisen.

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der Unterstützten um 10 vermindert. Im Jahre 1972 sind 12 Arztwitwen verstorben; 5 Arztwitwen und 1 Arzt sind bisher neu hinzugekommen.

Die Empfänger monatlicher Beihilfen verteilen sich auf folgende Altersgruppen:

Bis zum 50. Lebensjahr	9 Personen
50. bis 59. Lebensjahr	8 Personen
60. bis 69. Lebensjahr	48 Personen
70. bis 79. Lebensjahr	76 Personen
80. bis 90. Lebensjahr	55 Personen
älter	4 Personen

Auch in diesem Zeitraum konnten einer Anzahl von Beihilfeempfängern Freiplätze für einen mehrwöchigen Erholungsaufenthalt in Heimen des Bayerischen Roten Kreuzes, über eine Stiftung in einem Kurheim in Bad Berneck und in der Privatklinik Dr. Schlemmer, Bad Wiessee, in letzterer mit der Möglichkeit ärztlicher Behandlung, zur Verfügung gestellt werden.

Künstlerisch tätige Ärzte

Aufgrund eines Antrages des Herrn Dr. PASCHKE, Emskirchen, beim Bayerischen Ärzteteg wurden für den 21. Juli 1973 Vertreter aller Gruppen von künstlerisch tätigen Ärzten in das Ärztehaus Bayern zu einer Besprechung eingeladen.

Es wurde beschlossen, erstmals beim Beyerischen Ärztetag in Coburg eine Ausstellung von Bildern und Plastiken, die Ärzte geschaffen haben, zu veranstalten. Außerdem sollte gleichzeitig eine Ausstellung von Büchern schriftstellerisch tätiger Ärzte veranstaltet werden.

Frau Dr. FULL-SCHARRER wird mit musizierenden Ärzten Bayerns beraten, ob es möglich ist, bei künftigen Ärztetagen die musikalische Umrehmung durch Ärzte zu gestalten.

Mitarbeit in Ausschüssen und Konferenzen der Bundesärztekammer

Soweit die Bayerische Landesärztekammer in den Ausschüssen nicht vertreten ist, nimmt sie in den Ständigen Konferenzen, welche zu diesen Ausschüssen gebildet worden sind, durch einen Vertreter an den Beratungen teil. In den jeweiligen Sitzungen wurden in großer Zahl Probleme und Fragen beraten, welche den ärztlichen Berufsstand berühren bzw. sich auf die Tätigkeit des Arztes auswirken. Die Beratungen dienten auch der Koordinierung des Vorgehens in den einzelnen Kammerbereichen sowie einem eingehenden Meinungs- und Erfahrungsaustausch.

Blick auf die Delegierten
– Bezirk Oberbayern –

Gebietsreform

Die durch die Gebietsreform notwendig gewordene teilweise Neugliederung der Ärztlichen Kreisverbände und der Ärztlichen Bezirksverbände sowie die Neukonstituierung jener Ärztlichen Kreisverbände, bei welchen keine Änderung ihres bisherigen Bereiches und damit ihres Mitgliederbestandes eingetreten ist, konnte im Berichtszeitraum abgeschlossen werden. Die bei einzelnen Ärztlichen Kreisverbänden in deren Satzung noch offengelassene Bezeichnung konnte nach der vor kurzem erfolgten endgültigen Festlegung der Namen der Landkreise ergänzt werden, so daß nunmehr alle Ärztlichen Kreisverbände im Besitze genehmigter Satzungen sind. In Übereinstimmung mit der Auffassung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern wurde die Frage der Bezeichnung der Ärztlichen Kreisverbände dahingehend geklärt, daß sie nicht mit jener der Landkreise ihres Bereiches gleichlautend sein müssen. Nach Abschluß der Gebietsreform hat sich die Zahl der Ärztlichen Kreisverbände von bisher 65 auf 63 verringert.

Mitarbeit an der Gesetzgebung

Im Berichtszeitraum hat die Kammer im Rahmen der Gesetzgebung des Landes und des Bundes, soweit sie ärztliche Belange betraf, diese in Form von Stellungnahmen sowie bei Anhörungen und Aussprachen unmittelbar bzw. mittelbar vertreten. Die unmittelbare Mitwirkung bei der Landesgesetzgebung erfolgte durch den Präsidenten der Kammer in seiner Eigenschaft als Mitglied des Bayerischen Senats, dem er als Vertreter der freien Berufe angehört. Von besonderer Bedeutung waren die Beratungen des bayerischen Hochschulgesetzes und des Bayerischen Gesetzes über den Rettungsdienst.

Berufsaufsicht

In diesem Jahr hat das Landesberufsgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht zwei Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung getroffen.

In dem einen Verfahren ging es um die Bezeichnung einer Praxisgemeinschaft von Fachärzten als „Ärztekollegium". Das Landesberufsgericht hat in seinem Urteil die von dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband und der Bayerischen Landesärztekammer vertretene Auffassung, daß diese Bezeichnung nach der einschlägigen Vorschrift der Berufsordnung unzulässig ist, bestätigt.

In dem anderen Verfahren wurde die von der ärztlichen Berufsvertretung für unzulässig bezeichnete Werbung eines Arztes als Inhaber einer Privatklinik in der Öffentlichkeit bestätigt und festgestellt, daß eine solche Anzeige auch dann standeswidrig ist, wenn sie den Namen des Arztes nicht enthält, jedoch aus anderen Angaben erkennen läßt, daß sie möglicherweise von einem Arzt ausgeht.

Im Hinblick auf die allgemeine berufsrechtliche Bedeutung dieser beiden Entscheidungen, welche zur Unterrichtung der Ärzte im „Bayerischen Ärzteblatt" ausführlich veröffentlicht worden sind, wurden sie auch den übrigen Landesärztekammern im Wortlaut zur Kenntnis gebracht.

Die der Kammer von verschiedenen Seiten bekanntgewordenen Verstöße von Ärzten gegen Berufspflichten bezogen sich auf Niederlassungsanzeigen mit einer Reihe unzulässiger Angaben, z. B. zur Person des Arztes, der Einrichtung, von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, auf Werbeanzeigen mit unzulässigem Inhalt, überhöhte Honorarforderungen, Verletzungen der Pflicht zu kollegialem Verhalten, auf Berichte über die Tätigkeit niedergelassener und Krankenhausärzte und deren Einrichtungen, zum Teil mit Abbildungen dieser Ärzte in Tageszeitungen und Illustrierten.

Um die Kollegen vor Verfehlungen gegen die einschlägigen Berufsvorschriften zu bewahren, wurden die von der Bundesärztekammer empfohlenen „Richtlinien für die Mitwirkung von Ärzten bei Veröffentlichungen in der Laienpresse, im Hörfunk, Fernsehen und bei Filmdarstellungen sowie bei öffentlichen Vorträgen" nach Billigung durch den Kammervorstand im „Bayerischen Ärzteblatt" veröffentlicht.

Die der Kammer bekanntgewordenen Berufspflichtverletzungen wurden in nahezu allen Fällen an die zuständigen Ärztlichen Kreisverbände zur Vornahme

Herzinfarkt
Soforthilfe

Soforthilfe

steht bei kaum einem anderen Krankheitsgeschehen so im Vordergrund wie beim akuten Myokardinfarkt. 600000 Rezidivbedrohte und jährlich 125000 Koronortote erfordern die äußersten Anstrengungen zur Morbiditäts- und Mortalitätssenkung. 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 O_2-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 1–2 mal	Weiterbehandlung oral und/oder rektal	
i.m.; ausnahmsweise langsam i.v.	i.m. am 1. Tag	morgens	●
		mittags	● - ●●
		abends	● - ●● zu 5 mg
+ gezielte Standardtherapie		oder	zu 10 mg

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

Valium® Roche

(entspannend, sedierend, vegetativ stabilisierend, muskelrelaxierend)

(1) Haan, 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, Tranquilizer, 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.-Darreichung als notwendig erweisen, so ist eine Vene mit großem Lumen zu wählen und die Injektion sehr langsam (ca. 0,5–1 ml pro Minute) auszuführen. Bei zu schneller Injektion oder zu kleinlumigen Venen 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 kreislauflabilen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Valium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Dosierung ist bei Patienten mit hirnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit kardialer und/oder respiratorischer Insuffizienz der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Bei diesen Patienten sollte man in der ambulanten Praxis auf die parenterale Applikation in der Regel verzichten (Ausnahme Notfalltherapie, z.B. Myokardinfarkt im., Krampfzustände 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 DM 5,50 m.U.St.
20 Tabl. Valium 10 Roche DM 8,85 m.U.St.
5 Ampullen Valium 10 Roche DM 8,60 m.U.St.

Partner in der Herz-Kreislauf-Therapie

Hoffmann-La Roche AG · 7889 Grenzach

der Ermittlungen und zur gegebenenfalls berufsaufsichtlichen Behandlung abgegeben.

Die in dieser Zeit anhängigen berufsgerichtlichen Verfahren verteilen sich wie folgt:

Beim Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München führten von acht Verfahren vier zur Verurteilung des beschuldigten Arztes, in einem Fall wurde auf Freispruch erkannt, drei Verfahren sind noch nicht abgeschlossen.

Das Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg hatte sich mit zwei Verfahren zu befassen, von denen eines infolge Ablebens des beschuldigten Arztes beendet worden ist. Im zweiten Verfahren steht die Entscheidung noch aus.

Das Landesberufsgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht fällte außer den beiden eingangs erwähnten Entscheidungen eine weitere, in der ein Arzt wegen Ausübung einer nicht genehmigten Zweigpraxis und standeswidriger Werbung verurteilt wurde.

Meldewesen, Kartei und EDV

Bei einer Gesamtzahl von 22 345 Ärzten einschließlich Medizinalassistenten (Stichtag 1. Januar 1973) ergaben sich in dem Zeitraum 1. Juli 1972 bis 1. Juli 1973 folgende personelle Veränderungen:

1750	Neuzugänge
849	Abgänge (216 durch Tod, 633 durch Wegzug)
901	Zuwachs an Ärzten

Die Zunahme um 901 Ärzte, d. h. 4 %, entspricht dem seit Jahren zu beobachtenden Trend (in fünf Jahren 1967/1972 Zunahme um 21 %).

Insgesamt rund 10 500 Veränderungsbearbeitungen pro Jahr, darunter die 2599 Personalveränderungen und etwa 8000 sonstige Änderungen (Anerkennung als Allgemeinarzt oder Facharzt, Personenstands- bzw. Anschriftenänderungen, Berichtigungen usw.) umreißen den Hauptteil des jährlichen Arbeitsaufwandes in Meldewesen, Karteiführung und EDV. Daneben sind laufend zahlreiche persönliche, fernmündliche und schriftliche Anfragen bzw. Rückfragen zu bearbeiten.

Aufschlüsselung der Ärzte Bayerns nach Tätigkeitsgruppen (Stand 1. Januar 1973)

Freie Praxis		9484	(43 %)
davon Allgemeinärzte und Praktische Ärzte	5085 (54 %)		
Fachärzte	4399 (46 %)		
Ärzte im Krankenhaus		8336	(37 %)
Ärzte bei Behörden, Bundeswehr usw.		1177	(5 %)
Sonstige Tätigkeit (Pharmaindustrie, Journalisten usw.)		381	(2 %)
Ohne ärztliche Tätigkeit		2967	(13 %)

Aus dem trockenen Bereich der Statistik noch eine berufspolitisch interessante Zahl: Im Jahre 1972 wurden in Bayern 1085 Approbationen erteilt.

Ausländische Ärzte

Zur Zeit sind in Bayern 604 ausländische Kolleginnen und Kollegen mit einer Arbeitserlaubnis gemäß § 10 Bundesärzteordnung als Assistenzärzte in der Weiterbildung tätig, d. h., der Anteil ausländischer Ärzte an Kliniken und Krankenanstalten beträgt 9 %. Nach Staatszugehörigkeit aufgeschlüsselt stehen Jugoslawen (85), Tschechen (76) und Perser (67) an der Spitze, gefolgt von Türken (54), Griechen (50), Österreichern (35) und Rumänen (22), die Zahl Angehöriger sonstiger Nationalitäten liegt jeweils unter 20.

Aufgabe der Kammer auf diesem Sektor ist u. a. die Einzelüberprüfung des Weiterbildungsganges, Erarbeitung von Stellungnahmen zu Einbürgerungsanträgen, zu Anträgen auf Verlängerung der Arbeitserlaubnis usw.

Grundsätzlich muß die Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Tätigkeit ausländischer Ärzte aufgrund rechtlicher Bestimmungen ausschließlich nach zwei Gesichtspunkten beurteilt werden:

- Ableistung einer entwicklungspolitisch sinnvollen Weiterbildung innerhalb der vorgeschriebenen Mindestzeit, danach Rückkehr in das Heimatland;
- in wenigen Einzelfällen kann die Erlaubnis zur befristeten Tätigkeit aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erteilt werden.

Soweit die Bayerische Landesärztekammer zu Einbürgerungsanträgen gehört wurde, mußte sie fast ausnahmslos die Befürwortung ablehnen. Wenn auch ausländische Kollegen vielfach den Einbürgerungsantrag mit der beabsichtigten Niederlassung an einem zur Zeit dringlich zu besetzenden Kassenarztsitz begründen, so können wir dies jedoch nicht befürworten. Denn mit der Einbürgerung erhalten sie praktisch automatisch die deutsche Approbation und somit das Recht der freien Niederlassung. Mit der Freiheit der Wahl des Niederlassungsortes aber ist damit zu rechnen, daß dieser Kollege seine Tätigkeit dann an einen attraktiveren Ort verlegt. Ist im Einzelfall die Tätigkeit eines ausländischen Kollegen örtlich für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung vorübergehend erforderlich, so kann dies am sichersten dadurch gewährleistet werden, wenn dieser Kollege mit einer § 10-Erlaubnis BÄO – befristet für ein oder zwei Jahre, sowie gebunden an den Ort der Tätigkeit – in freier Praxis tätig wird. So erhielten 16 ausländische Ärzte vom Bayerischen Staatsministerium des Innern die § 10-Erlaubnis zur Tätigkeit in freier Praxis auf meist ein Jahr befristet. In diesen Sonderfällen wurden nach eingehender Überprüfung der örtlichen Verhältnisse und aufgrund der Stellungnahme der zuständigen KV-Bezirksstelle keine Einwände gegen die Erteilung der Arbeitserlaubnis erhoben.

Ärztliche Versorgung im Katastrophen- und Verteidigungsfall

Sanitätswesen der Bundeswehr

Die Bayerische Landesärztekammer bearbeitet auf diesem Gebiet einerseits mit dem Bayerischen Staatsministerium des Innern Fragen der ärztlichen Betreuung und Versorgung der Bevölkerung im Rahmen von Zivilverteidigung und Katastrophenschutz, andererseits in Zusammenarbeit mit dem Sanitätsdienst der Bundeswehr die Mob-Einplanung von Sanitätsoffizieren der Reserve. Außerdem gehören in diesem Bereich zu unseren Aufgaben u. a. die Erarbeitung von Stellungnahmen zu Anträgen wehrpflichtiger Ärzte auf befristete Zurückstellung bzw. Uk-Stellung, zur Einstellung von Kollegen als Zeit- und Berufssoldaten oder als Vertragsärzte der Bundeswehr.

In eingehenden gemeinsamen Besprechungen mit Vertretern des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, des Wehrbereichskommandos VI und der Hilfsorganisationen wurden Vorarbeiten zur Ermittlung des Bedarfs an Ärzten im Rahmen der Zivilverteidigung abgeschlossen. 1972 haben alle Beteiligten mit dem „Modell Bad Wörishofen" nach langer Vorbereitung erste praktische Erfahrungen in der zivil-militärischen Zusammenarbeit auf dem Gebiet der gemeinsamen ärztlichen Versorgung von Bevölkerung und Streitkräften gewonnen, die zu sehr positiven Ergebnissen mit ortsfesten sanitätsdienstlichen Einrichtungen kamen.

Das Einplanungs- und Beorderungsverfahren für Sanitätsoffiziere d. R. erfolgt seit 1972 zentral durch das Personalstammamt der Bundeswehr. Die Landesärztekammer erhält nunmehr in halbjährlichen Abständen über den Wehrbereichsarzt VI Auflistungen aller mobbeorderten Ärzte Bayerns. Soweit niedergelassene

Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
Labortechnik, Hämodialyse

Beratung
Projektierung
Finanzierung
Kundendienst

EEG
Echo-EEG
EKG
EMG

Röntgen- und elektromedizinische Apparate - Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER
Nürnberg – Frankfurt
85 NÜRNBERG 1
Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße, Ruf (09 11) 20 39 03/04

Kollegen davon betroffen sind, erarbeiten wir zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eine gemeinsame Stellungnahme. Als Ergebnis der letzten Überprüfung zeigte sich, daß wir bei rund 1100 mob-beorderten Ärzten nach eingehender Analyse jedes Einzelfalles u. a. für 20 Kollegen die eingehend begründete Uk-Stellung beantragen mußten und bei 172 Ärzten fehlende oder falsche Angaben zu berichtigen waren. Ferner führte diese Überprüfung zum Antrag der Bayerischen Landesärztekammer, zahlreiche ältere Kollegen durch Ärzte der mittleren Jahrgänge zu ersetzen.

Im Berichtsjahr wurden weiterhin 25 Anfragen von Kreiswehrersatzämtern zur beantragten Uk-Stellung wehrpflichtiger Ärzte bearbeitet, wovon 19 befürwortet werden konnten. 126 angeforderte Stellungnahmen betrafen die Einstellung von Kollegen als Zeit- oder Berufssoldaten, ferner erfolgten 25 Anfragen zur Verwendung von Kollegen als Vertragsärzte.

Vertretervermittlung

Im Berichtsjahr gingen knapp 1200 Anträge auf Vermittlung eines Praxisvertreters ein, wovon 82 % positiv erledigt werden konnten, 10 % sind noch in Bearbeitung. Trotz intensiver Bemühungen war es der Kammer in 90 Fällen, vorwiegend Vertretungen während der Haupturlaubszeit, nicht möglich, behilflich zu sein. Auch auf diesem Gebiet nahm die Tätigkeit der Landesärztekammer in den letzten Jahren erheblich zu (1966: 418 Anträge, 1969: 993 Anträge).

Berufsordnung und Weiterbildungsordnung

Nachdem in der Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer am 1. Juli 1972 zunächst die Umstellung aller bisherigen Weiterbildungsermächtigungen in Chirurgie, Frauenheilkunde und Innerer Medizin auf die inhaltlichen und zeitlichen Bestimmungen der neuen Weiterbildungsordnung erfolgte, wurde im Berichtszeitraum die Neufestsetzung der Ermächtigungszeiten in sämtlichen Fachgebieten abgeschlossen. Hierzu mußten 326 Weiterbilder enhand neuer und kompletter Unterlagen einzeln fachlich überprüft und dem Kammervorstand zur Entscheidung vorgelegt werden. Daneben befaßte sich der Vorstand mit 188 Neuanträgen bzw. Verlängerungsanträgen, sowie mit 29 Anträgen auf Ermächtigung in Teilgebieten.

Der Stand an weiterbildungsermächtigten Allgemeinmedizinern beträgt 206.

Weiterbildung in Allgemeinmedizin

In Bayern sind 206 Allgemeinärzte für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin ermächtigt. Die Ermächtigung erstreckt sich mit wenigen Ausnahmen auf 18 Monate Weiterbildungszeit in der Allgemeinpraxis.

ESDESAN®
cum Nitro

Kardiosedativum

Bei nervösen Herz- und Kreislaufstörungen, pectanginösen Beschwerden, Angina pectoris nervosa, Altersherz.

Kontraindikationen bei Tropfen: Glaukom, Schock und Kollapszustände, akuter Herzinfarkt, extreme Hypotonie. Bei Dragées: Glaukom; Schockzustand bei Myokardinfarkt.

Hinweis: Esdesan cum Nitro-Tropfen und -Dragées beeinträchtigen bei höherer Dosierung und insbesondere bei gleichzeitigem Genuß von Alkohol die Fahrtüchtigkeit.

Zus.: 100 g Tropfen enthalten: Extr. Valerianae fld. 40 g, Extr. Visci albi 40 g, Papaverin. hydrochl. 15 mg, Chloral. hydrat. 1 g, Nitroglycerin. 4 mg. · 1 Dragée enthält: Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Visci albi 10 mg, Papaverin. hydrochl. 1 mg, Methaqualon 30 mg, Erythroltetranitrat 1,5 mg.

Tropfflasche mit 25 ml DM 4,15
Tropfflasche mit 50 ml DM 5,60
30 Dragées DM 4,05
60 Dragées DM 5,55

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

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel) Bay. Ä.

AGM AKTIENGESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE 1 BERLIN

Die Bayerische Landesärztekammer veranstaltete am 31. März 1973 ein ganztägiges Seminar für Weiterbildungsermächtigte in Allgemeinmedizin im Ärztehaus Bayern in München.

67 Kollegen hatten sich dazu gemeldet. Es wurden wichtige Fragen der Berufsordnung und Weiterbildungsordnung, der Vertragsgestaltung, des Weiterbildungsinhaltes und der Praxisrationalisierung besprochen. In der sehr lebhaften Diskussion wurde u. a. festgestellt, daß die Weiterbildungszeit in der Praxis von drei Monaten zu kurz ist, und daß bei den Überprüfungen im Honorar- und Arzneikostensektor durch die Prüfungsinstanzen der KV die Besonderheiten einer Weiterbildungspraxis berücksichtigt werden müßten. Außerdem wurde verlangt, daß die Bayerische Landesärztekammer allen für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin Ermächtigten einen Leitfaden in die Hand geben sollte, in dem alle für die Weiterbildung in der Praxis wichtigen Punkte dargelegt werden sollen.

Am 28./29. April 1973 fand in Nürnberg ein 1½tägiges Seminar für junge Kollegen statt, die sich in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt befinden. Daran nahmen ca. 90 Kollegen teil. Es wurden die wichtigsten juristischen, organisatorischen und wissenschaftlichen Fragen der Allgemeinmedizin besprochen und sehr rege diskutiert. Außerdem war ein Vorbereitungslehrgang der Kassenärztlichen Vereinigung eingebaut.

Die neue Approbationsordnung ist in Kraft getreten. Danach müssen die Medizinstudenten nach dem Physikum ab Sommer 1974 ihre vorgeschriebene achtwöchige Famulatur u. e. in einer Allgemeinpraxis ableisten. In Bayern werden hierfür pro Jahr ca. 1200 vierwöchige Famulaturstellen in der Allgemeinpraxis benötigt. Ein Aufruf im „Bayerischen Ärzteblatt", wonach sich Allgemeinärzte melden sollten, die bereit sind, Famuli bei sich aufzunehmen, hatte nur einen sehr dürftigen Erfolg. Es darf an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, daß sich fast alle Allgemeinärzte in Bayern bereit erklären sollten, diese sicher idealistische Ausbildungsaufgabe zu übernehmen. Dies ist nicht nur notwendig, um die neue Approbationsordnung durchführbar zu machen, sondern besonders auch deshalb, weil bei den Medizinstudenten durch das eigene Erleben sicher mehr Motivationen angeregt werden, später allgemeinmedizinisch tätig zu werden.

Die Vertretervermittlungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer ist nicht befugt, auch Assistenzärzte zu vermitteln. Trotzdem ist sie bemüht, da zu helfen, wo es geht. Diesbezügliche Wünsche konnten bisher aber nur zu etwa 10 % befriedigt werden.

24. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 7. bis 9. Dezember 1973

(vgl. S. 1123)

Anerkennungen Allgemeinarzt/Facharzt

In der Zeit vom 1. Juli 1972 bis 1. Juli 1973 gingen ein:

- 79 Anträge auf Anerkennung als Allgemeinärzte
- 510 Anträge auf Anerkennung als Arzt für ein Fachgebiet (davon 7 % Ausländer)
- 50 Anträge auf Genehmigung zum Führen einer Teilgebietsbezeichnung

Die Aufschlüsselung der 495 Anerkennungen ergibt:

- 102 Internisten
- 79 Allgemeinärzte
- 49 Chirurgen
- 42 Kinderärzte
- 40 Frauenärzte
- 28 Anästhesisten
- 28 Nervenärzte – davon 1 Neurologe und 3 Psychiater
- 21 Radiologen
- 20 Urologen
- 19 Orthopäden
- 18 Hals-, Nasen-, Ohrenärzte
- 15 Augenärzte
- 11 Hautärzte
- 6 Lungenärzte
- 6 Laborärzte
- 4 Pathologen
- 3 Neurochirurgen
- 2 Mund- und Kieferchirurgen
- 1 Kinder- und Jugendpsychiater
- 1 Pharmakologe

94 Anträge sind derzeit noch in Bearbeitung, zum Teil waren Rückfragen bzw. Ergänzungen der Unterlagen erforderlich, zum Teil sind sie noch zur Prüfung bei den Fachberatern.

Genehmigungen zum Führen von Teilgebietsbezeichnungen wurden erteilt:

- 3 Kinderchirurgie
- 18 Unfallchirurgie
- 7 Gastroenterologie
- 8 Kardiologie
- 3 Lungen- und Bronchialheilkunde

Drei Anträge sind noch in Bearbeitung, acht mußten abgelehnt werden.

Zusatzbezeichnungen

Die Gesamtzahl der Anträge belief sich auf 179, davon wurden 151 genehmigt, 6 sind noch in Bearbeitung und 22 mußten abgelehnt werden.

Erteilte Genehmigungen:

Arbeitsmedizin	14
Bade- oder Kurarzt	17
Homöopathie	2
Naturheilverfahren	4
Psychotherapie	15
Sportmedizin	95
Stimm- und Sprechstörungen	3
Tropenkrankheiten	1

Wenn's um den Hals geht...

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

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

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

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

Zusammensetzung:
Lysozym 5 mg, Papain 2 mg, Bacitracin 200 I.E.

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

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

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

Packungsgrößen/Preise:
OP zu 24 Tabletten = DM 4,90
AP zu 240 Tabletten = DM 32,65

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

frubienzym®

DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH BIELEFELD

Blick auf die Delegierten
– Bezirk Oberfranken –

Fortbildung

Der Bericht aus der Arbeit des Fortbildungsreferats für das Kalenderjahr 1972 belegt einerseits, wie ernst die Ärzte Bayerns ihre Verpflichtung zur Fortbildung nehmen und andererseits, daß die ärztliche Berufsvertretung – auf den Ebenen Ärztlicher Kreisverband und Bayerische Lendesärztekammer – ihre Aufgabe zur Organisation entsprechender Veranstaltungen in vollem Umfang erfüllt hat, obwohl Mitte 1972 durch die Gebietsreform für die meisten Kreisverbände eine große zusätzliche Mehrbelastung entstand. Dadurch konnte naturgemäß die Planung ärztlicher Fortbildung nicht überall in der wünschenswerten Kontinuität erfolgen.

Die 63 Ärztlichen Kreisverbände – ohne die regionalen Fortbildungszentren – führten im Jahr 1972 insgesamt 446 Nachmittags- oder Abendveranstaltungen und 46 Wochenendtagungen durch, en denen über 30 000 Ärzte teilnahmen.

Die fünf großen Bayerischen Fortbildungskongresse wiesen zusammen 8400 ärztliche Besucher auf, davon 4000 beim 23. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer, jeweils rund 1000 em 49. und 50. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin und je 1200 bei der 48. und 49. Tagung „Ärztliche Fortbildung Regensburg".

Als Parallelveranstaltung zum 23. Nürnberger Fortbildungskongreß organisierte die Beyerische Landesärztekammer erstmalig einen 1½tägigen Fortbildungskurs für Arzthelferinnen. Schwerpunkt war ein Laborpraktikum, ergänzt durch Referate über Kassenabrechnungswesen, Rationalisierung in Labor und Praxis, Fehler im Labor usw. Als die Zahl der Einzelanmeldungen 250 erreichte, verschickten wir über hundert Absagebriefe. Trotzdem erschienen, zum Teil ohne Anmeldung, 398 Teilnehmerinnen, davon 300 aus Bayern, ferner reisten 100 aus dem norddeutschen Raum, aus Baden-Württemberg und vereinzelt auch aus Österreich an. Dieses erfreulich große Interesse beweist die Notwendigkeit für Angebote dieser Art von Fortbildung für unsere Mitarbeiterinnen; da die vorgesehene Arbeitsplatzkapazität jedoch nur 250 betrug, war dadurch die praktische Übung nicht mehr in der wünschenswerten Intensität durchführbar. Diese Erfahrung veranlaßte die Kammer, nunmehr alljährlich parallel zum Nürnberger Fortbildungskongreß einen Arzthelferinnenkurs durchzuführen. Weiterhin regten wir an, die Regensburger Fortbildungstagungen ebenfalls um einen entsprechenden Kurs zu ergänzen. Die Arzthelferinnen-Fortbildung beim Augsburger Frühjahrskongreß hatte ca. 100 Teilnehmerinnen.

Von den gesamten Veranstaltungen der regionalen bayerischen Fortbildungszentren mit insgesamt rund 8100 Teilnehmern weist die Chiemgau-Fortbildung als Zusammenarbeit der drei Ärztlichen Kreisverbände Rosenheim, Traunstein und Bad Reichenhall bei 23 Nachmittags- bzw. Abendveranstaltungen, vier Ganztags- sowie drei Wochenendveranstaltungen mit ca. 6000 Ärzten den größten Zuspruch auf. Die Ostbayerische Fortbildung Pesseu führte zehn Nachmittags- bzw. Abend- sowie zwei Wochenendveranstaltungen durch und verzeichnete eine Teilnahme von 1300 Ärzten. Die Weißenhorner Fortbildung bot zehn Nachmittags- bzw. Abend- sowie zwei Wochenendveranstaltungen, bei denen sich 820 Ärzte fortbildeten.

Die Klinische Fortbildung 1972 – soweit sie in organisatorischer Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer erfolgte – weist neun Veranstaltungen von Universitätskliniken für 653 Kolleginnen und Kollegen auf. In der Thematik wurde hier der Schwerpunkt auf das praktische Wissen für den niedergelassenen Arzt gelegt und hier insbesondere der Allgemeinarzt angesprochen.

Weiterhin führte die Bayerische Landesärztekammer in Zusammenarbeit mit Professor Dr. W. SPANN, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin an der Universität München, zwei Wochenendkurse für Sachverständige zur Beurteilung der Alkoholbeeinflussung beim Menschen für 44 Ärzte durch.

Der Vollständigkeit halber ist festzustellen, daß hier nur die Aktivitäten der Berufsvertretung in der ärztlichen Fortbildung angeführt sind. Daneben erfolgten in Bayern im Jahre 1972 noch mehrere hundert klinische Fortbildungsveranstaltungen an Kreiskrankenhäusern, Städtischen Kliniken und Universitätskliniken, ferner zahlreiche Tagungen und Kongresse von Berufsverbänden und Fachgesellschaften, deren Teilnehmerzahlen hier nicht aufgeführt sind. Des weiteren fehlen in den oben aufgeführten Zahlen die Ärzte Bayerns, welche die internationalen Kongresse der Bundesärztekammer besuchten.

Der Anregung zahlreicher Kollegen folgend, die Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer bei den ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen aufzulegen, hat die Kammer Anfang Juni 1973 alle Ärztlichen Kreisverbände angeschrieben, ihnen die Aufstellung noch verfügbarer Bände geschickt und um entsprechende Anforderung gebeten. Aufgrund der bisherigen Rückantworten wurden fast 11 000 Bände verschickt.

Vertragsberatung und -überprüfung

Von der Möglichkeit, Vertragsentwürfe der Krankenhausträger für leitende Ärzte der Kammer aufgrund des Kammergesetzes zur Überprüfung vorzulegen bzw. sich anhand dieser Verträge beraten zu lassen, hat seit dem letzten Ärztetag eine große Zahl in leitende Stellen eintretende Krankenhausärzte Gebrauch gemacht. In der überwiegenden Zahl der Fälle hat die Kammer unter maßgebender Mitwirkung ihres Justitiars neben der mündlichen Beratung der Kollegen ausführliche Stellungnahmen abgegeben und außer zu rechtlichen Fragen auch zu solchen Vertragsbedingungen sich geäußert, welche wirtschaftliche Auswirkungen für den leitenden Arzt hatten. Daneben waren auch verschiedene Formen organisatorischer Änderungen gegenüber der bisher üblichen Regelungen in Chefarztverträgen, hier vor allem die Neuordnung der Krankenhausstruktur und ihres ärztlichen Dienstes, zu prüfen und zu begutachten.

Bereits vor dem Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und insbesondere der Bundespflegesatzverordnung wurde der Einfluß dieser Neuregelungen auf die Vertragsvorschläge der Krankenhausträger und ihrer Organisationen deutlich. Er äußerte sich vor allem darin, daß die Regelung der Bundespflegesatzverordnung, soweit sie das Liquidationsrecht des leitenden Arztes betrifft, ohne Rücksicht auf die in dieser Verordnung enthaltene Möglichkeit seiner Belassung in Mehrbettzimmern und ohne die noch ausstehende landesgesetzliche Regelung abzuwarten, in die Vertragsentwürfe übernommen worden ist. Darüber hinaus sahen Vertragsentwürfe auch Klauseln vor, welche gewisse Obergrenzen des Einkommens des leitenden Arztes enthalten oder ihm das Liquidationsrecht völlig absprechen. Insgesamt ist zu beob-

Wie züchtet man Bakterien in den Bronchien?

Nichts ist einfacher:

Man vernachlässige beim produktiven Husten die Sekretolyse und Expektoration, und gebe statt dessen Tag und Nacht Codein.

Dann werden — ganz von selbst — „die anfallenden Polypeptide aus dem Bronchialsystem ... zum Nährboden für weiteres Bakterienwachstum" (Herzog, Schweiz. med. Wschr. 95, 571, 1965).

Besser also:

Man verzichte auf weiteres Bakterienwachstum in den Bronchien, indem man **am Tag expektorieren** läßt und für die **Nacht ruhigstellt.**

Longtussin® duplex

tut dies gezielt in **einer** Packung mit **einer** Verschreibung.

In der (gelben) Tagkapsel

enthält Longtussin:	**und wirkt:**
Guajakolglycerinäther 90 mg	schleimlösend expektorierend bronchialspasmenlösend
Etamiphyllin-HCl 75 mg	atmungserleichternd kreislaufstützend

In der (blauen) Nachtkapsel

enthält Longtussin:	**und wirkt:**
Codeinum sicc. 35 mg	hustenstillend
Chlorphenoxamin-HCl 20 mg	schleimhautabschwellend sedierend

Longtussin® duplex

Indikation: produktiver Husten jeder Genese
Kontraindikation: Atemdepressionen, Chronische Obstipation
OP mit 20 Kapseln: DM 11.10 · Tagesdosispreis: DM 1.58

Taeschner & Co.
8831 Kipfenberg

achten, daß die meisten Krankenhausträger versuchen, völlig unkoordinierte Strukturänderungen im Krankenhaus durchzusetzen. Dies wird teilweise auch bei bestehenden Verträgen über die darin enthaltene Organisationsklausel widerrechtlich unter Mißachtung des Grundsatzes der Wahrung des Besitzstandes versucht. Die Aktivität vieler Krankenhausträger dürfte sich aus der Tatsache erklären lassen, daß entsprechende Regelungen der Bundespflegesatzverordnung sich erst auf die ab 1. Januar 1974 in Kraft tretenden Verträge auswirken.

In einem von der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer abgehaltenen Seminar der Justitiare und geschäftsführenden Ärzte der Landesärztekammern wurden insbesondere die Auswirkungen der Bundespflegesatzverordnung auf die Gestaltung von Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten im Rahmen der Erörterung aller mit der Beratung solcher Ärzte dabei zusammenhängenden Fragen eingehend behandelt mit dem Ziel, zu einer möglichst einheitlichen Beurteilung der sehr unterschiedlichen Vertragsbedingungen zu gelangen.

Im Bereich der belegärztlichen Tätigkeit war die Inanspruchnahme der Kammer im Berichtszeitraum relativ gering, da hier offenbar die Neuregelung in der Bundespflegesatzverordnung von den Krankenhausträgern abgewartet wurde.

Obwohl nach dieser Verordnung der kleine Pflegesatz weiterhin gilt, sind noch Unklarheiten in der Auslegung des § 3 entstanden, der die Interpretation zuläßt, daß auch bei Belegärzten Liquidationsanteile ärztlicher Leistungen im Pflegesatz enthalten sind. Nachdem jedoch an den Grundlagen für die Belegarzttätigkeit und der belegärztlichen Liquidation im Krankenhausfinanzierungsgesetz nichts geändert worden ist, gelten die zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten Belegarztgrundsätze weiter, welche eine Abgabe nur im Falle der Inanspruchnahme des nachgeordneten ärztlichen Dienstes vorsehen. Im Sinne dieser vor kurzem von den Vertragspartnern bekräftigten Grundsätze erfolgte auch weiterhin die Stellungnahme der Kammer zu den ihr vorgelegten Verträgen und beabsichtigten Änderungen bestehender Verträge seitens des Krankenhausträgers.

Die Beratung der bereits tätigen, vor allem aber der neu eintretenden leitenden Krankenhausärzte wird die Kammer in Zukunft mit Sicherheit in noch stärkerem Maße beschäftigen als bisher.

Erstellung von Gutachten

Seit dem letzten Tätigkeitsbericht wurde die Kammer wiederum in großem Umfange zur Abgabe von Gutachten zu Fragen des Berufsrechtes, vor allem aber in zivilen Rechtsstreitigkeiten über ärztliche Honorarforderungen in Anspruch genommen.

Medizinische Assistenzberufe

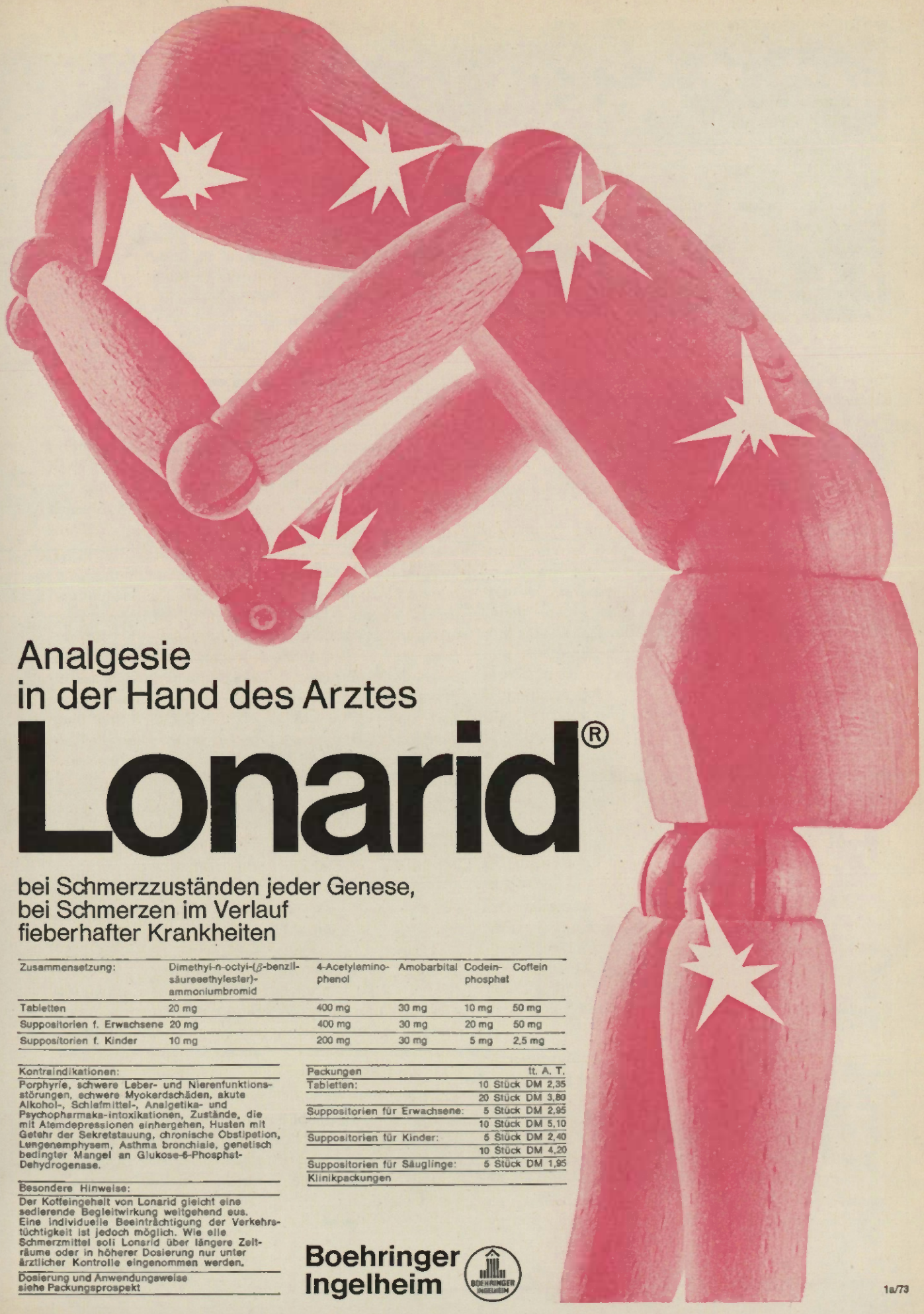
a) Arzthelferin-Lehrlinge

Der Zugang zum Ausbildungsberuf der Arzthelferin weist auch für den Berichtszeitraum eine weitere Steigerung auf. Das wird an den Zahlen der in den beiden Schuljahren ausgebildeten jungen Mädchen deutlich. Waren es im Schuljahr 1971/72 2989,einschließlich der mit Vorvertrag in der Praxis angeleiteten Interessentinnen für diesen Beruf, so stieg ihre Zahl im Schuljahr 1972/73 auf 3599. Dieser Zunahme entsprechend legten im Sommer 1972 1002 Arzthelferinnen die Abschlußprüfung ab; in diesem Jahr werden es 1385 sein. Dieses erfreuliche Interesse an dem Beruf der Arzthelferin hat offenbar eine Reihe von Gründen. Sie liegen, wie wir festgestellt haben, jedoch nicht allein in der Stärke der Geburtsjahrgänge. Es zeigt sich allerdings auch ein steigender Bedarf an solchen Mitarbeiterinnen in der Praxis, da die Berufsdauer der Arzthelferin zwischen zwei bis vier Jahren liegt und eine Anzahl davon eine Tätigkeit an Krankenanstalten annimmt oder die Ausbildung zur technischen Assistentin in der Medizin anstrebt.

Mit der Zunahme der Auszubildenden in diesem Beruf stieg auch die Zahl der von ärztlichen und nichtärztlichen nebenberuflichen bzw. nebenamtlichen Fachlehrern gehaltenen Unterrichtsstunden in den Fächern Medizinische Fachkunde (einschließlich Labor) und Naturlehre von 11 368 im letzten Schuljahr auf 14 226 im laufenden Schuljahr. Die Zahl dieser Lehrkräfte erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr von 72 auf 77, wobei eine Anzahl der bisher tätigen Fachlehrer bereit war, weitere Stunden zu übernehmen. Die Kammer dankt allen Damen und Herren an dieser Stelle ganz besonders für ihre Bemühungen und ihren persönlichen Einsatz bei der Ausbildung der Arzthelferin-Lehrlinge.

Im Berichtszeitraum war es zwar noch nicht erforderlich, an weiteren Schulen über die bereits 24 bestehenden hinaus Fachklassen für Arzthelferin-Lehrlinge einzurichten, jedoch wird der verstärkte Zugang zu diesem Ausbildungsberuf voraussichtlich schon mit Beginn des kommenden Schuljahres dazu zwingen, bestehende Berufsschulen wegen des Mangels an Unterrichtsräumen durch die Errichtung von Fachklassen an zwei weiteren Berufsschulen zu entlasten.

Die diesjährige Abschlußprüfung der Arzthelferin-Lehrlinge war gemäß dem Berufsbildungsgesetz erstmals nach der neuen vom Berufsbildungsausschuß beschlossenen und vom Bayerischen Staatsministerium des Innern genehmigten Prüfungsordnung durchzuführen. Die nach diesem Gesetz vorgeschriebenen, aus Beauftragten der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer paritätisch besetzten Prüfungsausschüsse nahmen bereits im Vorjahr die Abschlußprüfung nach der bisherigen Prüfungsordnung ab. Die neue Prüfungsordnung bringt erhebliche administrative sowie in-



Analgesie in der Hand des Arztes

Lonarid®

bei Schmerzzuständen jeder Genese, bei Schmerzen im Verlauf fieberhafter Krankheiten

Zusammensetzung:	Dimethyl-n-octyl-(β-benzil-säureaethylester)-ammoniumbromid	4-Acetylamino-phenol	Amobarbital	Codein-phosphat	Coffein
Tabletten	20 mg	400 mg	30 mg	10 mg	50 mg
Suppositorien f. Erwachsene	20 mg	400 mg	30 mg	20 mg	50 mg
Suppositorien f. Kinder	10 mg	200 mg	30 mg	5 mg	2,5 mg

Kontraindikationen:

Porphyrie, schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-intoxikationen, Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen, Husten mit Gefahr der Sekretstauung, chronische Obstipation, Lungenemphysem, Asthma bronchiale, genetisch bedingter Mangel an Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase.

Besondere Hinweise:

Der Koffeingehalt von Lonarid gleicht eine sedierende Begleitwirkung weitgehend aus. Eine individuelle Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit ist jedoch möglich. Wie alle Schmerzmittel soll Lonarid über längere Zeiträume oder in höherer Dosierung nur unter ärztlicher Kontrolle eingenommen werden.

Dosierung und Anwendungsweise siehe Packungsprospekt

Packungen		lt. A. T.
Tabletten:	10 Stück	DM 2,35
	20 Stück	DM 3,80
Suppositorien für Erwachsene:	5 Stück	DM 2,95
	10 Stück	DM 5,10
Suppositorien für Kinder:	5 Stück	DM 2,40
	10 Stück	DM 4,20
Suppositorien für Säuglinge:	5 Stück	DM 1,95
Klinikpackungen		

Boehringer Ingelheim

1a/73

Blick auf die Delegierten
– Bezirk Oberpfalz und
Bezirk Niederbayern –

folge weiterer Aufgaben der Prüfungsausschüsse auch zusätzliche finanzielle Belastungen mit sich.

Die nach dem Berufsbildungsgesetz vom Bayerischen Staatsministerium des Innern für die Dauer von zunächst zwei Jahren berufenen Mitglieder des Berufsbildungsausschusses „Arzthelferin" der Bayerischen Landesärztekammer traten am 6. Dezember 1972 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Beratungsgegenstände waren der Entwurf einer Prüfungsordnung, der verabschiedet werden konnte, sowie weitere Angelegenheiten des Ausbildungsberufs der Arzthelferin. Der Ausschuß wurde nach Ablauf seiner ersten Amtszeit inzwischen für die Dauer von vier Jahren neu berufen und wird sich im September neu konstituieren, um die vom Vorstand der Kammer gebilligten Grundsätze für die nach dem Berufsbildungsgesetz vorgeschriebene Zwischenprüfung zu verabschieden. Diese Prüfung, durch die der Leistungsstand der Auszubildenden nach dem ersten Ausbildungsjahr ermittelt werden soll, wird ebenfalls zu einer personellen und finanziellen Belastung für die Kammer führen.

Der vom Kammervorstand eingerichtete Arbeitsausschuß „Medizinische Assistenzberufe" hat im Berichtszeitraum zweimal getagt. Er befaßte sich u. a. mit dem Entwurf einer Prüfungsordnung und den neuen Bewertungsmaßstäben, den Grundsätzen für die Zwischenprüfung, der Lehrstoffverteilung für die Ausbilder, mit Fragen der Verbesserung der Ausbildung in der Lehre und in der Berufsschule sowie mit weiteren Angelegenheiten des Ausbildungsberufs der Arzthelferin.

Das im Gesetz über das berufliche Schulwesen in Bayern vorgesehene Berufsgrundschuljahr als Vollzeitschule, dessen Inhalt und Zweck im letzten Tätigkeitsbericht näher erläutert worden war, wurde vorerst für das zuständige Berufsfeld und damit für die Arzthelferin noch nicht eingeführt. Es wird aufgrund der räumlichen und personellen Gegebenheiten an den Berufsschulen wohl erst in einigen Jahren verwirklicht werden können. Die Pläne für eine Blockbeschulung der Arzthelferin wurden inzwischen aufgegeben.

Für die vom Berufsbildungsausschuß des Bundes vorbereitete Neuregelung des Berufsbilds der Arzthelferin wurden entsprechende Vorschläge der Bayerischen Landesärztekammer für gemeinsame Anregungen der Landesärztekammern über die Ständige Konferenz „Medizinische Assistenzberufe" der Bundesärztekammer vorbereitet.

In einem beim Staatsinstitut für Schulpädagogik gebildeten Arbeitsausschuß wirkt die Kammer neben ärztlichen und nichtärztlichen Fachlehrern an der Ausarbeitung neuer Lehrstoffverteilungspläne für den Berufsschulunterricht maßgebend mit, welche den geänderten Erfordernissen dieses Ausbildungsberufs angepaßt werden sollen. Diese Pläne stellen auf die nach dem Berufsschulgesetz zwingend vorgeschriebenen zwei Berufsschultage im ersten Jahr für alle Arzthelferin-Lehrlinge – unabhängig von ihrer Schulbildung – und auf einen Berufsschultag im zweiten Lehrjahr ab.

Die aufgrund des Berufsbildungsgesetzes im vergangenen Jahr aus dem Kreis der ärztlichen Fachlehrer berufenen Ausbildungsberater, auf deren weitreichende Rechte im Tätigkeitsbericht des Vorjahres hingewiesen worden war, haben ihre beratende und vermittelnde Tätigkeit aufgenommen bzw. fortgesetzt. Eingreifende Maßnahmen, welche das Berufsbildungsgesetz auch gegenüber dem Ausbilder vorsieht, und zwar bis zum Entzug der Ausbildungsgenehmigung, waren nicht erforderlich. Mängel in den Ausbildungsstellen, welche ihre Eignung für die Ausbildung der Arzthelferin-Lehrlinge im vollen Umfang der Kenntnisse und Fertigkeiten des Ausbildungsberufs betrafen, konnten größtenteils behoben werden.

In die vom Berufsbildungsgesetz vorgeschriebene Ausbildung der Ausbilder sind die niedergelassenen Ärzte noch nicht einbezogen worden. Dennoch wird es notwendig sein, dieser Forderung des Gesetzes in geeigneter und für den niedergelassenen Arzt zumutbarer Weise Rechnung zu tragen, etwa durch die Teil-

nahme an Vorträgen im Zusammenhang mit ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen. Die Kammer ist an der Ausarbeitung eines entsprechenden Programms durch die Ständige Konferenz „Medizinische Assistenzberufe" der Bundesärztekammer beteiligt.

Die Fortbildung der Arzthelferin, welche nach dem Berufsbildungsgesetz ebenfalls zu den Aufgaben der Kammer, als der für den Ausbildungsberuf der Arzthelferin zuständigen Stelle, gehört, erfolgte während des Berichtszeitraumes in zeitlichem Zusammenhang mit dem Fortbildungskongreß der Kammer in Nürnberg Ende 1972 sowie in einem Kurs in Bayreuth. Weitere Veranstaltungen werden in Regensburg und an anderen Orten vorbereitet. Sie werden vor allem auch die vorgeschriebene Qualitätskontrolle umfassen.

Die Ausstattung der Berufsschulen mit Lehr- und Unterrichtsmaterial konnte seit dem letzten Ärztetag allerdings nur in einem beschränkten Umfang fortgesetzt werden. Es besteht vor allem noch ein Bedarf an Mikroskopen und Photometern, die mit Unterstützung des Vereins zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen im Laufe des kommenden Schuljahres angeschafft werden sollen, da der größte Teil der Schulträger, trotz der gesetzlich festgesetzten Lehr- und Lernmittelfreiheit, nicht in der Lage ist, Mittel aus den unzureichenden Haushalten für diese Zwecke freizumachen. An einigen Schulen versuchen Klassenleiter, die fehlenden Lehrmittel aus Elternspenden und Zuwendungen der Ausbilder aufzubringen.

b) Röntgenhelferinnen

Im Berichtszeitraum konnten in den jeweils im Oktober und März stattfindenden 14tägigen Kursen insgesamt 65 Teilnehmerinnen ihre theoretischen Kenntnisse erweitern bzw. vertiefen, die sie während ihrer mindestens dreijährigen Tätigkeit als Voraussetzung für die Teilnahme an diesen Weiterbildungslehrgängen erworben hatten. Darüber hinaus wurden sie auch in der praktischen Anwendung in diesen Kursen weitergebildet. Nach Abschluß dieser in bewährter Zusammenarbeit zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und den Fachärzten der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen sowie den erfahrenen Lehrkräften der Firma Siemens an deren Institut durchgeführten Kurse konnte allen Teilnehmerinnen nach bestandener Prüfung das Zeugnis der Bayerischen Landesärztekammer als geprüfte Röntgenhelferin ausgehändigt werden.

c) Laborhelferinnen

Die seit 1965 von der Kammer als Weiterbildung von Arzthelferinnen nach mindestens dreijähriger Tätigkeit bei Laborärzten oder in größeren internistischen bzw. Krankenhauslaboratorien eingerichteten zweiwöchigen Kurse an den Städtischen Krankenanstalten Nürnberg konnten wegen beruflicher Verhinderung der bereits angemeldeten Interessentinnen im November des Vorjahres nicht stattfinden. Es ist nach den inzwischen erfolgten Anmeldungen zu hoffen, daß der diesjährige Lehrgang zustande kommen wird. Die Teilnehmerinnen erhalten nach bestandener Prüfung im Anschluß an den Kurs das Zeugnis der Bayerischen Landesärztekammer als geprüfte Laborhelferin.

Das gegenüber den Kursen für Röntgenhelferinnen hier offenbar geringere Interesse dürfte darauf zurückzuführen sein, daß für die Ausbildung im Labor eine Reihe von Fortbildungsmöglichkeiten geboten wird.

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

Walner-Schulen

In der von diesem bei der Kammer gegründeten Verein getragenen Privatschule für die Ausbildung technischer Assistenten in der Medizin und der Privatschule für Arzthelferinnen wurde im Berichtszeitraum wiederum eine große Zahl von Mitarbeitern der Ärzte ausgebildet.

Nach dem früheren Gesetz über die Ausübung des Berufs der medizinisch-technischen Assistentinnen werden zur Zeit 53 Schülerinnen ausgebildet, die sich im Oktober 1973 der staatlichen Prüfung unterziehen. Die Neuregelung, welche das am 1. Juli 1972 in Kraft getretene Gesetz über technische Assistenten in der Medizin hinsichtlich der Entscheidung zur Ausbildung in Richtung auf die Radiologieassistentin bzw. Laborassistentin nach sechsmonatiger gemeinsamer Ausbildung geschaffen hat, und die damit für die Ausbildung zur Radiologieassistentin verbundenen aufwendigen Einrichtungen einer privaten Schule führten dazu, daß ab Oktober 1972 an dieser Schule nur noch medizinisch-technische Laborassistentinnen ausgebildet werden. Der dadurch entstandene Raumbedarf für die Schule war nur durch Anmietung neuer Räume und deren kostspieliger Ausbau sowie Ausstattung zu beschaffen. Aus diesen Gründen mußte die Zahl der Schülerinnen auf 39 vermindert werden.

Die erwähnten Baumaßnahmen führten auch bei der Privatschule für Arzthelferinnen dazu, daß vorübergehend für ein Schuljahr nur 85 Schülerinnen aufgenommen werden konnten. Im neuen Schuljahr wird die Schule wiederum für 150 Schülerinnen aufnahmefähig sein.

Schule für Zytologie-Assistentinnen

Die 1967 errichtete, unter der Leitung des Inhabers des Lehrstuhles für Zytologie an der Technischen Universität München stehende Schule für Zytologie-Assistentinnen konnte im Berichtsjahr neue, geeignetere Unterrichtsräume beziehen und ihre Ausstattung verbessern. Die Aufnahmefähigkeit der Schule ist jedoch immer noch auf acht Schülerinnen beschränkt, welche im ersten Jahr theoretisch und im zweiten Jahr praktisch, mit jeweils abschließender Prüfung, ausgebildet

Blick auf die Delegierten
– Bezirk Schwaben –

werden. Die Schule wird als Ersatzschule im Sinne einer Berufsfachschule geführt.

Im Zusammenwirken mit dem Leiter der Schule ist die Kammer bemüht, die staatliche Anerkennung der Schule zu erreichen. Dabei haben sich gewisse Schwierigkeiten ergeben, da auf Landes- bzw. Bundesebene Bestrebungen im Gange sind, die Ausbildungszeit von zwei Jahren auf ein Jahr zu verkürzen, oder die Ausbildung zur Zytologie-Assistentin in das Bundesgesetz für die Technischen Assistenten in der Medizin einzubauen. Es bestehen aber auch Pläne, die auf die Weiterbildung dieser Assistentinnen zu Zytologie-Assistentinnen abzielen. Diese Wege sind nach unserer Auffassung in Übereinstimmung mit der Deutschen Zytologischen Gesellschaft nicht geeignet, eine qualifizierte Ausbildung zu gewährleisten, wie sie gerade für den Beruf der Zytologie-Assistentin vorausgesetzt werden muß.

Der nicht unbedeutende finanzielle Aufwand für den Betrieb dieser Schule – mit einer hauptamtlichen und neun nebenamtlichen Lehrkräften sowie einer Verwaltungsangestellten – geht zu Lasten der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., deren Federführung bei der Bayerischen Landesärztekammer liegt und führte zu Schwierigkeiten hinsichtlich der Förderung durch das zuständige Ministerium. Die Arbeitsgemeinschaft bemüht sich auch hierfür um eine gesicherte finanzielle Grundlage.

Schule für Orthoptistinnen in München und Erlangen

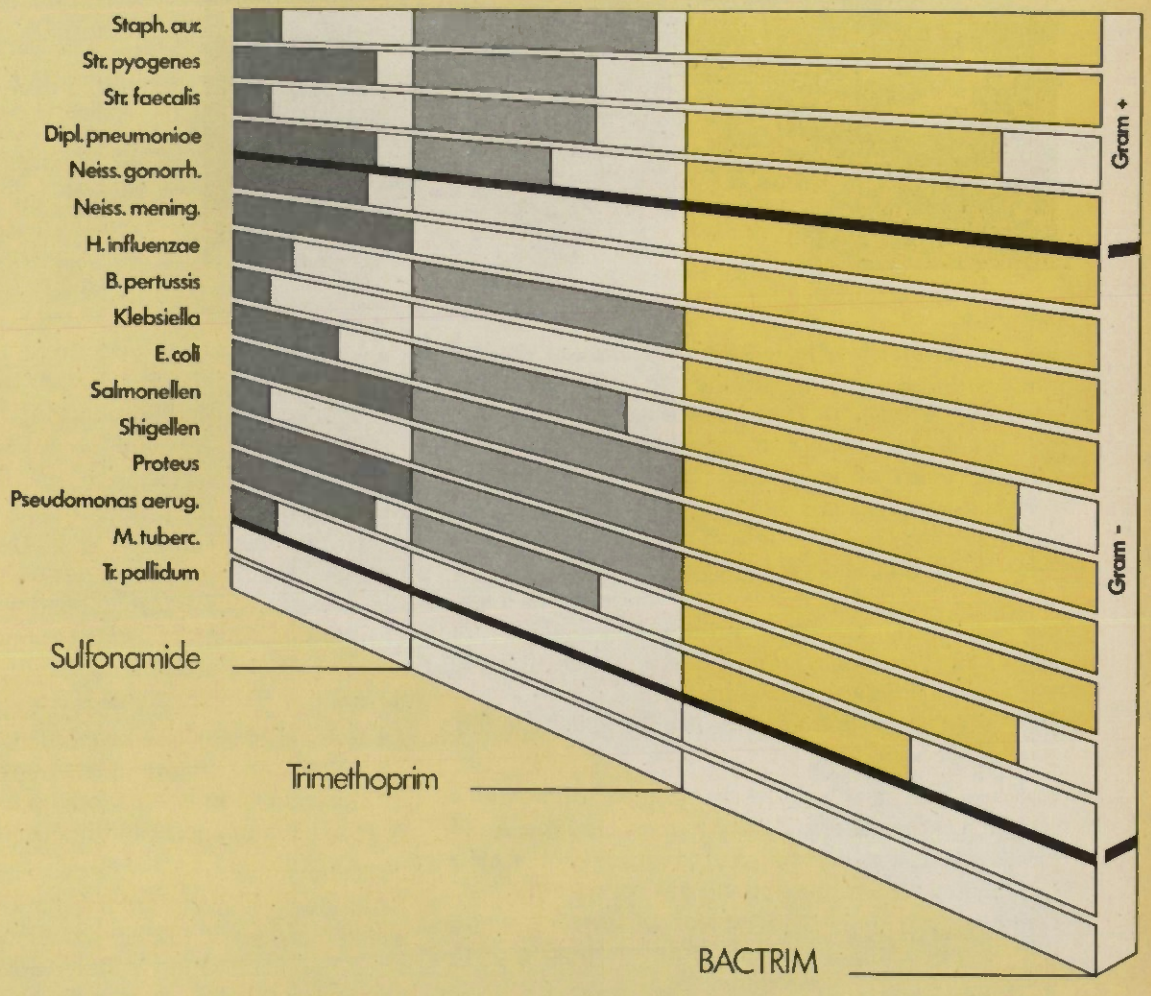
In diesen vom Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V. unterhaltenen Schulen werden zur Zeit insgesamt sechzehn Schülerinnen ausgebildet. Die in München bestehende Schule ist der Augenklinik an der Technischen Universität München angegliedert und führt zur Zeit den dritten Lehrgang seit ihrem Bestehen für acht Schülerinnen durch. An der zweiten Schule, die sich an der Universitäts-Augenklinik in Erlangen befindet, wird der zweite Lehrgang gleichfalls für acht Schülerinnen abgehalten. Im Rahmen der Praxis eines Augenarztes wird die Errichtung einer weiteren Schule für Orthoptistinnen vorbereitet, um den bestehenden Mangel an diesen in einer großen Zahl benötigten Mitarbeitern von Augenärzten zu mildern.

Die Tätigkeit der Orthoptistin ist in Bayern und in den meisten übrigen Bundesländern noch kein anerkannter Ausbildungsberuf. Im Hinblick auf seine Bedeutung für die Schielbehandlung durch Augenärzte und der sich daraus ergebenden Anforderungen unterstützt die Bayerische Landesärztekammer die Bestrebungen des Berufsverbandes der Orthoptistinnen und des Berufsverbandes der Augenärzte, diesem Beruf als Heilhilfsberuf eine gesetzliche Grundlage zu geben, wie sie bereits in zwei Bundesländern besteht. Sofern hier nicht der Bund von seiner Zuständigkeit Gebrauch machen sollte, wie es den Anschein hat, wird eine Initiative auf Länderebene zu erwägen sein.

Gruppenversicherungsvertrag der Bayerischen Landesärztekammer mit der Vereinigten Krankenversicherung AG

Für das Jahr 1972 ist ein weiterer Zugang an Mitgliedern zu verzeichnen. Das Prämienvolumen hat sich aufgrund dieser Zunahme entsprechend erhöht. Die Gesamtschadensquote hat allerdings, besonders bei den Krankentagegeldtarifen mit geringer Karenzzeit, erheblich zugenommen. Aber auch bei der Krankenhaustagegeldgruppenversicherung ist eine erhöhte Inanspruchnahme eingetreten. Da diese Entwicklung bereits seit einer Reihe von Jahren anhielt, konnte sich der Ärztebeirat der Vereinigten nach eingehender und sorgfältiger Prüfung nicht verschließen, der für den notwendigen Ausgleich zwischen Beiträgen und Leistungen nunmehr unumgänglich gewordenen Erhöhung der fast zehn Jahre unverändert gebliebenen Beiträge seine Zustimmung zu erteilen, nachdem andere Mittel zur Deckung nicht mehr zur Verfügung standen.

Hohe Sicherheit durch breites Spektrum



BACTRIM®

ROCHE

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

KONTRAINDIKATIONEN Schwere Leberschäden, Blutdyskrasien, Niereninsuffizienz, Sulfonamidüberempfindlichkeit.
Bactrim ist vorläufig während der Schwangerschaft kontraindiziert. Falls eine solche nicht ausgeschlossen werden kann, sind mögliche Risiken gegen den erwarteten therapeutischen Effekt abzuwägen.
Ferner sollte Bactrim Früh- und Neugeborenen während der ersten Lebenswochen nicht verabreicht werden.
VERTRÄGLICHKEIT Bactrim ist in der angegebenen Dosierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen sowie Arzneimittelexantheme können auftreten. In vereinzelten Fällen, vorwiegend bei älteren Patienten, sind hämatologische Veränderungen beobachtet worden. Dabei handelt es sich fast stets um leichte, asymptomatische Erscheinungen, 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.
ZUSAMMENSETZUNG 1 Tablette enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol, 1 Kindertablette enthält 20 mg Trimethoprim und 100 mg Sulfamethoxazol, 5 ml (1 Meßlöffel bzw. Teelöffel) Sirup enthalten 40 mg Trimethoprim und 200 mg Sulfamethoxazol. Der Sirup enthält in 5 ml 2,5 g Zucker.

PACKUNGEN UND PREISE 20 Kindertabletten DM 5,70 m.U.St.

Blick auf die Delegierten
– Bezirk Unterfranken –

Im Rahmen der Neugestaltung der Gruppenversicherungsverträge wurde eine Reihe von Leistungsverbesserungen eingeführt. Damit ist praktisch allen Wünschen auf Anpassung und Weiterentwicklung des im Gruppenversicherungsvertrag gebotenen Versicherungsschutzes, welche von einzelnen Ärzten und von der ärztlichen Berufsvertretung an die Vereinigte herangetragen wurden, entsprochen worden. Diese Erweiterung des Leistungsrahmens wurde bei der Neuberechnung der Beiträge berücksichtigt. Dieser Umstand darf von jenen, insbesondere älteren Kollegen nicht übersehen werden, welche durch die vorher erwähnte, teilweise beträchtliche Erhöhung der Beiträge besonders betroffen sind.

Neben diesen Leistungsverbesserungen konnte die im letzten Tätigkeitsbericht bereits angekündigte Ärztekrankheitskostenversicherung mit verschiedenen Möglichkeiten der Selbstbeteiligung des Versicherten nach Genehmigung durch das Bundesaufsichtsamt eingeführt und den Mitgliedern des Gruppenversicherungsvertrages angeboten werden.

Die gute Zusammenarbeit der Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages konnte fortgesetzt und eine Verständigung in allen gemeinsamen Angelegenheiten herbeigeführt werden. Die im Hinblick auf den Umfang der Gruppenversicherung unbedeutende Zahl von Beschwerden von Versicherungsnehmern konnte geklärt und zum Teil im Kulanzwege bereinigt werden. Die Anwendung des im Vertrag vorgesehenen Schiedsverfahrens in Streitfällen war in keinem Falle erforderlich.

Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft

Die gemeinsame Pressestelle der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – zugleich Redaktionsbüro München des „Deutschen Ärzteblattes" – gab im Berichtsjahr 34 Informationsdienste in der Auflagenhöhe von 550 an einen Verteilerkreis berufspolitisch interessierter Kolleginnen und Kollegen, sowie vier Nachrichtendienste jeweils an rund 300 Journalisten und Vertreter der öffentlichen Nachrichtenmittel heraus. Ferner wurden vier Pressekonferenzen durchgeführt und an das „Deutsche Ärzteblatt" neun Berichte und ein Artikel aus Bayern geliefert.

Seit Anfang April 1973 erscheint der Informationsdienst in neuer Aufmachung und wird ergänzt durch aktuelle Kurzinformationen der KV Bayerns (bisher 8). Die Themen des Informationsdienstes behandelten u. a. Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauches – Notfalldienst in Bayern – Ausländerrecht für Ärzte – Rettungsdienst – Tollwut usw.

Als Routinearbeit werten wir laufend 124 Zeitschriften, Zeitungen und Informationsdienste aus, darunter 7 Tageszeitungen und 24 Wochenzeitschriften, ferner 76 Monatshefte und 17 Informationsdienste.

Im Rahmen der Arbeit der Pressestelle war ein breiter Raum dem Thema „Ärztliche Fortbildung" gewidmet, wobei die Anstrengungen der Ärzte Bayerns um ihre berufliche Fortbildung in freier Selbstverwaltung dargelegt wurden. Der andere Schwerpunkt lag auf der Pflege des Kontaktes zu den Vertretern der Nachrichtenmittel und auf der Erteilung von Auskünften. Im Bereich der Pressearbeit liegt ein wesentlicher Teil der Tätigkeit auf dem Gebiet der Information und Prävention. Die Kontaktpflege bewirkt, daß sich Journalisten vor Veröffentlichung entweder die kritische und sachliche Gegenmeinung oder aber den fachlichen Rat der Bayerischen Landesärztekammer einholen bzw. unsere Hilfe in der Vermittlung von Gesprächspartnern in Anspruch nehmen. Zur medizinischen Aufklärung der Bevölkerung und zur Vermittlung von Verständnis für berufspolitische Anliegen der Ärzteschaft ist die sachbezogene Mitarbeit von Ärzten in den öffentlichen Nachrichtenmitteln dringend geboten. Die Mitwirkung des Arztes hierbei muß jedoch im Rahmen der gültigen Bestimmungen der Berufsordnung erfolgen, die in § 18 klar umrissen sind. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat hierzu „Richtlinien über die Mitwirkung von Ärzten bei Publikationen, Hörfunk, Fernsehen und Filmdarstellungen sowie öffentlichen Vor-

trägen" erlassen, veröffentlicht im „Deutschen Ärzteblatt" (Heft 18/1973, S. 1212 bis 1214). Das Ziel dieser Richtlinien ist die Verbesserung der Kontakte von Ärzten zu den Massenmedien und hierbei den Kolleginnen und Kollegen eine Hilfestellung zu geben.

Verlag Bayerische Landesärztekammer

„Bayerisches Ärzteblatt"

Das „Bayerische Ärzteblatt" erscheint zur Zeit in einer Auflage von 21 500 Exemplaren. Es geht allen bayerischen Ärzten, allen Landesärztekammern, einer großen Zahl von Behörden Bayerns und anderer Bundesländer zu. In Einzelexemplaren wird es auch an Kollegen in das Ausland gesandt, darunter nach Brasilien, Bulgarien, DDR, Finnland, Großbritannien, Jugoslawien, Österreich, Polen, Rumänien, Schweiz, Sowjetunion, Tschechoslowakei, Ungarn, Uruguay und USA.

Seit 1966 erscheint als Beilage zum „Bayerischen Ärzteblatt" das Mitteilungsblatt des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. („Arzt und Athlet"). Im Berichtszeitraum ist diese Beilage im Dezember 1972 erschienen.

In Heft 3/1973 ist weiter eine Beilage der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Krebsgesellschaft e. V. veröffentlicht worden.

Schriftenreihe

In der Berichtszeit sind zwei Bände erschienen:

Schnelldiagnostik und Sofortttherapie — Krebsfrüherkennung (Vorträge des 22. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer — Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg)

Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei Internen Erkrankungen (Vorträge der 11. Bayerischen Internistentagung in München)

Zwei weitere Bände sind in Vorbereitung und sollen im Spätherbst dieses Jahres ausgeliefert werden (Vorträge des Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer — Vorträge der Bayerischen Internistentagung)

Auf Einzelanforderungen wurden im Berichtszeitraum mehr als 4300 Bände versandt, darunter auch an Bibliotheken und einzelne Ärzte aus der DDR, die schon seit Jahren regelmäßig um Zusendung der Broschüren bitten.

Allgemeine Arbeiten der Kammer

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

Sinupret®

schließt eine therapeutische Lücke

zur konservativen Behandlung von

Sinusitiden

Sinupret® Schleimhautaktives Sinulogikum

Zusammensetzung: Mec. ex: Rad. Gentian. 0,2 g, Flor. Primul. 0,6 g, Herb. Rumic. acet. 0,6 g, Flor. Sambuc. 0,6 g, Herb. Verben. 0,6 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; Ozaena. 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 6,95
Sinupret O. P. zu 60 Dragees DM 6,95

BIONORICA KG · NÜRNBERG

®Adelphan-Esidrix

bei allen Formen und nahezu allen Stadien primärer und sekundärer Hypertonie

®Elfanex

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

C I B A

Adelphan-Esidrix

Zusammensetzung

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

Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie; hochgradige Koronarsklerose.

Dosierung

Behandlungsbeginn im allgemeinen mit 2–3mal täglich 1 Tablette. Zur Dauerbehandlung genügen gewöhnlich 1–2mal täglich 1 Tablette.

Zu beachten

Während der Behandlung mit ADELPHAN-ESIDRIX kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßenverkehr – beeinflußt werden.
Bei Patienten mit latentem oder manifestem Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoffwechsel zu überwachen.
Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel überwacht werden, gegebenenfalls ist die Gabe von Urikosurika erforderlich.
Lassen Zweiterkrankungen oder Zweitmedikationen eine vermehrte Kaliumausscheidung vermuten, wird die Verwendung von ELFANEX empfohlen.
Bei stärkeren Kaliummangelzuständen ist eine medikamentöse Substitutionsbehandlung mit einem Kaliumpräparat erforderlich.

Handelsformen und Preise

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

Elfanex

Zusammensetzung

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

Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepaticum, therapieresistente Hypokaliämie, Niereninsuffizienz mit Anurie; hochgradige Koronarsklerose.

Dosierung

Durchschnittlich 1–2mal täglich 1 Dragée. Falls erforderlich, kann die Dosis vorübergehend erhöht werden, bis der Blutdruck auf den gewünschten Wert gesenkt ist.
Erhaltungsdosis 1–2 Dragées täglich.

Zu beachten

Während der Behandlung mit ELFANEX kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßenverkehr – beeinflußt werden.
Bei Patienten mit latentem oder manifestem Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoffwechsel zu überwachen.
Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel überwacht werden, gegebenenfalls ist die Gabe von Urikosurika erforderlich.
Sollten trotz der Behandlung mit ELFANEX stärkere Kaliummangelzustände auftreten, ist eine zusätzliche medikamentöse Substitutionsbehandlung mit einem Kaliumpräparat erforderlich.

Handelsformen und Preise

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

4732

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

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern hielten am 25. Oktober 1972 eine Versammlung ab, in der anstelle der vorher losen Arbeitsgemeinschaft die Gründung des Vereins „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e.V." beschlossen wurde. In der dazu angenommenen Satzung wurde die Gemeinnützigkeit des Vereins festgelegt. Es wurden weiterhin die bisherigen Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft in die Satzung übernommen. Es sind dies die Förderung der Maßnahmen zur Krebsbehandlung, die Aufklärung der Bevölkerung über Erkennung und Bekämpfung der Krebskrankheiten, sowie die Errichtung, der Betrieb und die Betreuung von Schulen zur Ausbildung von Zytologie-Assistentinnen und von Kliniken zur Nachbehandlung von Tumorkranken nach Operation und/oder Bestrahlung. Der Verein konnte inzwischen ins Vereinsregister eingetragen werden. Die steuerliche Anerkennung der Gemeinnützigkeit ist im Lauf.

Der Vorstand der neugegründeten Arbeitsgemeinschaft hat im Mai 1973 getagt und den Rechnungsabschluß 1972 beraten und gebilligt.

Die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft ist bemüht, den Mehrbedarf an Mitteln zur Erfüllung ihrer Aufgaben, insbesondere für den Betrieb der Schule für Zytologie-Assistentinnen, über einen inzwischen erhöhten, jedoch noch nicht ausreichenden Staatszuschuß und durch höhere Zuwendungen ihrer Mitglieder zu decken. Hier wird es noch weiterer Verhandlungen bedürfen, um die Arbeitsgemeinschaft auf eine ausreichende finanzielle Grundlage zu stellen.

Laienaufklärung

Im Berichtszeitraum wurde eine Reihe von Vorträgen vor Mitarbeitern der Krankenkassen und Aufklärungsvorträge in Zusammenarbeit mit Volkshochschulen gehalten.

Von der Geschäftsstelle wurden zahlreiche schriftliche und mündliche Anfragen krebskranker Patienten bzw. deren Angehörigen erledigt, in denen Rat und Hilfe erbeten wurde. Aufklärungsmaterial wurde in großer Menge bei Vorträgen und Versammlungen und auch über Ärzte und Apotheken an Laien verteilt.

Auch über das Fernsehen wurde die Bevölkerung von den Aufgaben und von der Tätigkeit der Arbeitsgemeinschaft unterrichtet.

Tumorkliniken

Die beiden Tumorkliniken zur Nach- und Weiterbehandlung von Tumorkrankheiten nach Operation und/oder Bestrahlung – Bad Trißl/Oberaudorf und die Schloßbergklinik/Oberstaufen – wurden weiterhin von der Arbeitsgemeinschaft betreut. Im Vordergrund stand die Einweisung von Patienten.

In persönlichen Schreiben des Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft wurden die niedergelassenen Ärzte Bayerns sowohl im „Bayerischen Ärzteblatt" als auch über die Bezirksstellen der KVB auf die Möglichkeit hingewiesen, ihre dafür in Betracht kommenden Patienten zu Lasten der Kostenträger einer Nach- bzw. Weiterbehandlung in diesen beiden Kliniken zuzuführen. Bedauerlicherweise muß festgestellt werden, daß die Anmeldungen geeigneter Patienten sowohl mit Tumoren des gynäkologischen Bereiches und der Mamma als auch aller übrigen Organe im Vergleich zu den statistisch bekannten Zahlen solcher Krankheitsfälle noch immer viel zu gering ist. Es wird deshalb im Interesse der dafür in Betracht kommenden Patienten laufender Hinweise an die niedergelassenen Ärzte bedürfen.

In beiden Tumorkliniken stehen für den südbayerischen Raum zur Zeit insgesamt 500 Betten für die Nachbehandlung einschlägiger Krankheitsfälle zur Verfügung. Die im vorjährigen Tätigkeitsbericht erwähnte, von einem potenten Träger weitgehend vorbereitete Errichtung einer weiteren Klinik zur Nachbehandlung von Tumorkranken in Miltenberg konnte wegen der eingeschränkten Förderungsmittel im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes noch nicht weiter vorangetrieben werden.

Tumorklinik Bad Trißl/Oberaudorf

Durch die Eröffnung des vierten Bettenhauses mit 80 Betten, Ende Juli dieses Jahres, konnte die Kapazität dieser Klinik auf 271 Betten erhöht werden. Die Erweiterung der Klinik wird es ermöglichen, von nun an die Wartezeiten erheblich zu verkürzen, und im Hinblick auf den beachtlichen Prozentsatz der zur wiederholten Nachbehandlung eingewiesenen Patientinnen, neue Kranke in größerer Zahl aufnehmen zu können. In dieser Klinik werden weiterhin nur Patientinnen nach Operation und/oder Bestrahlung von gynäkologischen Tumoren und Tumoren der Mamma nachbehandelt.

Die enge wissenschaftliche Zusammenarbeit mit den Münchener Universitätskliniken und dem Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg wurde fortgesetzt.

In Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krebsforschungsinstitut, der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V und der Stiftung Volkswagenwerk wird ein internationales Symposion mit dem Thema Nachbehandlung von gynäkologischen und Mammakarzinomen nach Operation bzw. Bestrahlung in Bad Trißl/Oberaudorf vorbereitet.

Schloßbergklinik Oberstaufen

Die Bettenzahl wurde im Berichtszeitraum durch organisatorische Maßnahmen auf 243 erhöht. Die von Anfang an hohe wirtschaftliche Belastung und die bereits erwähnte unzureichende Einweisung geeigneter Patienten, bei denen es sich vielfach um schwere Fälle mit geringer Lebenserwartung trotz intensiver Therapie handelte, hatte eine Unterbelegung der Klinik mit der entsprechenden Auswirkung auf ihre wirtschaftliche Lage zur Folge, die auch von der einwandfrei und wirtschaftlich arbeitenden Verwaltung nicht verhindert werden konnte. Es wurden deshalb im Berichtszeitraum im Einvernehmen mit der Betriebsgesellschaft der Klinik eine Reihe von Verhandlungen geführt, um die Klinik in die Hand eines öffentlichen Trägers zu geben, da nur auf diesem Wege der von allen Beteiligten für dringend notwendig gehaltene Bestand dieser vom Staat geförderten Klinik sichergestellt werden kann. Die Klinik soll künftig ausschließlich der Nachbehandlung von Tumor-Patienten aller Organe – mit Ausnahme jener des gynäkologischen Bereiches und der Mamma – vorbehalten bleiben.

TOP 2:

Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

2.1 Rechnungsabschluß 1972

2.2 Bericht über die finanzielle Entwicklung des laufenden Geschäftsjahres

2.3 Haushaltsvoranschlag 1974

Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Kollege Dr. SANN, Neu-Ulm, erläuterte die den Delegierten vorgelegten Unterlagen. Die Abstimmung im Anschluß an die ausführliche Aussprache ergab nahezu einstimmig die Entlastung des Kammervorstandes.

Band 32 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen k o s t e n l o s zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge des 23. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer (Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg)

„Schnelldiagnostik und Soforttherapie" – „Therapie bei Bluterkrankungen"
„Psychopharmaka" – „Gesundheitsschäden durch Überlastung"

Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn von den Bezirksstellen der KVB.

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

TOP 3:

Nachwahl von Mitgliedern in den Ausschuß für Hochschulfragen der Bayerischen Landesärztekammer

Dr. Thomas PASCH und Dr. Christian TROTT wurden als Nachfolger für ausgeschiedene Kollegen einstimmig zu Mitgliedern des o. a. Ausschusses gewählt.

TOP 4:

Besetzung des Landesberufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht und des Berufsgerichtes für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg mit stellvertretenden nichtrichterlichen Beisitzern

Einstimmig zu Stellvertretern nichtrichterlicher Beisitzer wurden gewählt:

Dr. Wilhelm Hillenbrand, Radiologe, Augsburg

Dr. Helga Curschmann, Internistin, München

Dr. Peter Holzer, Assistenzarzt, München

Dr. Herbert Vieth, Lungenarzt, Bayreuth

TOP 5:

Niedergelassener Arzt und Krankenhaus

Dr. Otto Schlosser, Rosenheim, Dr. Hermann Braun, Nittendorf, Dr. Hans Birkner, Nürnberg und Dr. Jürgen Bausch, München, referierten zum Thema aus der Sicht des niedergelassenen Facharztes, des Allgemeinarztes, des Krankenhauschefarztes und des angestellten Krankenhausarztes.

Die Referate werden im Dezember-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes" veröffentlicht werden.

TOP 6:

Wahl des Tagungsortes des 27. Bayerischen Ärztetages 1974

Die Vollversammlung beschloß, den 27. Bayerischen Ärztetag vom 27. bis 29. September 1974 in Ingolstadt abzuhalten.

– – –

In den Schlußworten von Professor Dr. Sewering kam der Dank an die Ärzteschaft Coburgs und Oberfrankens zum Ausdruck für den schönen Rahmen und die Gestaltung dieser Tage. Das hohe Niveau der Diskussionen, der Verdienst der Referenten und Diskussionsredner, war ein guter Beweis für das Funktionieren ärztlicher Selbstverwaltung.

Sedierung löst keine Probleme

in der Psychopharmako-Therapie

DOGMATIL ist in erster Linie ein nicht sedierendes, stimmungsaufhellendes, entriebssteigerndes Psychopharmakon. Als Brückensubstanz besitzt es sowohl bestimmte neuroleptische als euch entidepressive Eigenscheften und verbindet damit den Grenzbereich zwischen Neuroleptika und Thymoanaleptika.
DOGMATIL ist das erste Glied einer neuen Generation von Psychopharmaka, die in Phermakodynamik und Therapie bisher keine Parellelen hat.
DOGMATIL sediert nicht, dämpft nicht, macht nicht müde.
DOGMATIL ist von keiner der herkömmlichen Psychopharmakagruppen abgeleitet.
DOGMATIL vertritt die aufdeckende Psychopharmekotherapie.
DOGMATIL führt sicher zu bewußter Konfliktverarbeitung.
DOGMATIL verursacht keine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.
DOGMATIL wirkt eis Antidepressivum thymoanaleptisch, antriebssteigernd, stimmungseufhellend, hemmungslösend.
DOGMATIL wirkt als Neuroleptikum entipsychotisch, halluzinolytisch, entieutistisch.

DOGMATIL®

(Sulpirid)

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel enthält 50 mg Sulpirid N-[(1-Äthyl-pyrrolidin-2yl)-methyl]-2-methoxy-5-sulfamoylbenzamid. **INDIKATIONEN:** Psychovegetative Syndrome auf depressiver Komponente, Stimmungslabilität mit Leistungs- und Initiativverlust, Psychoneurosen, Phobien, endogen-depressive Verstimmungszustände, larvierte Depressionen, reaktive Depressionen, depressive Syndrome im Alter, abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern. Antriebs- und Affektstörungen jeder Genese. Psychosomatische Erkrankungen, Organneurosen, stressbedingte Erschöpfung, psychische Dekompensation, psychogene Anorexie. Zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren. Weiterhin: Schwindelsyndrome jeder Genese. **DOSIERUNG:** Psychische oder psychovegetative Syndrome: 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln. **M. M. G.** (Vertigo): 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln. **Pädiatrie:** 5 mg/kg/Körpergewicht (= 1 ml DOGMATIL Saft) verteilt auf 3 Einzelgaben pro die.
Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. **BEGLEITWIRKUNGEN:** Gelegentlich sexuelle Stimulation, Transpiration, Allergien, Mundtrockenheit, Nausea, Akkomodationsstörungen, Hypotonie, Erregungszustände, Dyskinesien, extrapyramidale Erscheinungen: Parkinsonismen, Zyklusstörungen, Galaktorrhoen. Einschlafstörungen, Gewichtszunahme, übermäßige Speicheisekretion. **KONTRAINDIKATIONEN:** Absolut: Keine. Relativ: Epilepsie, manische Phasen. In der Schwangerschaft nur wenn es nach Ansicht des Arztes für den Zustand der Patientin notwendig ist. **HINWEIS:** Infolge der positiven Wirkung auf das Wachbewußtsein empfiehlt es sich, DOGMATIL nicht nach 16.00 Uhr einzunehmen. Da die Reaktion auf Alkoholgenuß nicht voraussehbar ist, sollte die gleichzeitige Einnahme von Alkohol und DOGMATIL vermieden werden. Das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr und bei der Arbeit kann verändert werden, mit individuellen Unterschieden ist zu rechnen. Bei cardiel vorgeschädigten Patienten ist die Dosierung der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Sorgfältige ärztliche Überwachung wird empfohlen.
VERSCHREIBUNGSFORMEN: DOGMATIL Kapseln, 20 zu 50 mg DM 16,85, 50 zu 50 mg DM 38,45. DOGMATIL Saft, Flasche mit 200 ml Saft (1 Teelöffel = 5 ml Saft = 25 mg Sulpirid) DM 17,50 – DOGMATIL Ampullen, 6 Ampullen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) DM 13,50 – DOGMATIL FORTE Tabletten, 12 Tabletten zu 200 mg DM 29,90 incl. MWST. Ferner: Anstaltspackungen. Ärztemuster, Literatur und Basisinformation durch:

CHEMISCHE FABRIK SCHÜRHOLZ GMBH, 5 Köln 51, Gottesweg 64, Tel.: 37 30 85/6/7.

Keine Kompromisse
beim infektbronchitischen Syndrom
einschließlich aller Bronchopneumonien

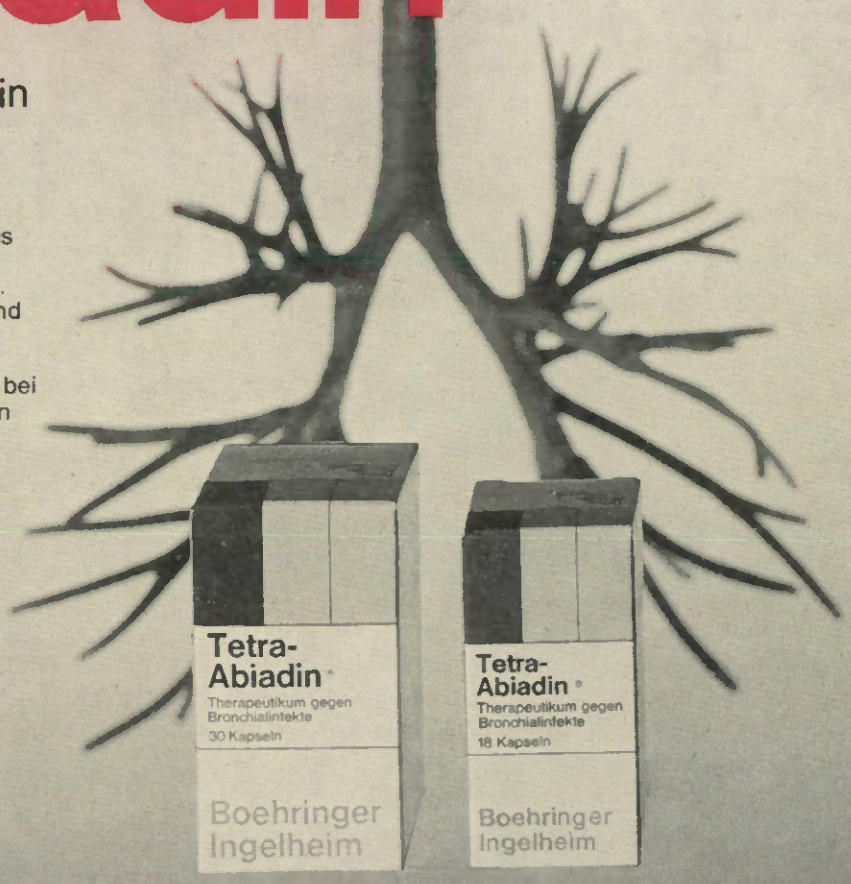
Tetra-Abiadin®

Warum Tetracyclin in Tetra-Abiadin®?

Auch die gramnegativen Erreger werden erfaßt.
Als Breitbandantibiotikum trägt es dem Erregerwechsel bei der infektiösen Bronchitis Rechnung.
Es erfaßt auch die Friedländer- und Influenzabakterien sowie den Pyozyaneus.
Die häufigsten »Problemerreger« bei der Bronchitis sind für Tetracyclin in Tetra-Abiadin kein Problem.

Wann Tetra-Abiadin®?

Bei allen Formen infizierter Bronchitiden, insbesondere bei allen chronischen Formen, zur Rezidivprophylaxe chronisch verlaufender Bronchitiden, bei bakteriellen Bronchopneumonien und Bronchiektasen.



Zusammensetzung:
1 Kapsel Tetra-Abiadin enthält:
200,0 mg Tetracyclin-Hydrochlorid
4,0 mg Bromhexin
2,5 mg Orciprenalin
3,75 mg Doxylaminsuccinat

Besondere Hinweise:
Tetra-Abiadin kann bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol oder von Beruhigungsmitteln deren Wirkung verstärken. Dadurch ist eine Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit möglich. Während der Schwangerschaft, bei Kindern vor dem 8. Lebensjahr und bei schweren Leber- oder Nierenfunktionsstörungen sollte Tetra-Abiadin wegen der Tetracyclin-Komponente nur bei strenger Indikationsstellung verordnet werden.

Kontraindikationen:
Thyreotoxikose,
idiopathische hypertrophe subvalvuläre Aortenstenose,
Hochfrequente absolute Arrhythmie,
paroxysmale Tachykardie,
Glaukom,
Schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen.

Packungen:	lt. A.T.
18 Kapseln	DM 21,85
30 Kapseln	DM 32,70
Klinikpackungen	

Boehringer Ingelheim

1/73

Beschlüsse und Entschließungen des 26. Bayerischen Ärztetages

Akademie für ärztliche Fortbildung

1. *Zur Durchführung der ihr durch Gesetz übertragenen Aufgabe, die Fortbildung der Ärzte zu fördern, errichtet die Bayerische Landesärztekammer eine Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung.*
2. *Die Akademie ist ein Ausschuß der Bayerischen Landesärztekammer.*
3. *Die Mitglieder der Akademie werden vom Bayerischen Ärztetag gewählt. Ihre Amtsdauer entspricht der Amtsdauer der Delegierten des Bayerischen Ärztetages.*
4. *Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird gebeten, Vorschläge für Zusammensetzung und Arbeit der Akademie zu ererbeiten und dem nächsten Bayerischen Ärztetag vorzulegen.*

Approbationsordnung für Ärzte

Durch die neue Approbationsordnung für Ärzte, welche derzeit schrittweise eingeführt wird, soll die Ausbildung der Medizinstudenten intensiviert, die Vermittlung theoretischen Wissens und praktischen Könnens besser integriert werden. Um dem gerecht zu werden, hält der Bayerische Ärzteteg schon jetzt einige Änderungen der Approbationsordnung für dringend erforderlich:

1. Femuletur

Es wird begrüßt, daß die Famulatur insbesondere den Zweck haben soll, den Studierenden mit dem ärztlichen Wirken in öffentlichen Stellen, in Einrichtungen des öffentlichen Lebens sowie in freier Praxis vertraut zu machen. Es muß eber befürchtet werden, daß die dafür zur Verfügung stehenden Famulaturstellen zumindest in absehbarer Zeit nicht ausreichen werden. Um einen Engpeß, der zu einer Verzögerung des Studiums führen könnte, zu vermeiden, empfiehlt der Bayerische Ärztetag deshalb dringend, die Krankenhëuser der Grundversorgung einzubeziehen.

Zugleich appellierte der Bayerische Ärztetag en alle Ärzte für Allgemeinmedizin, Famuli eutzunehmen, und ihre Bereitschaft, sobald wie möglich, der Bayerischen Landesärztekammer mitzuteilen.

2. Praktische Ausbildung in der Krenkenanstalt

Für die praktische Ausbildung nach Bestehen des zweiten Abschnittes der ärztlichen Prüfung im letzten Jahr des Medizinstudiums, sind vier Monate Innere Medizin und vier Monate Chirurgie vorgeschrieben. Die restliche Zeit kann wahlweise in einem der übrigen klinisch-praktischen Fachgebiete abgeleistet werden. Um eine bessere Verteilung der Studierenden zu erreichen und zugleich die Wahlmöglichkeiten auch zeitlich zu erweitern, empfiehlt der Beyerische Ärztetag, lediglich die Ableistung von vier Moneten Innerer Medizin vorzuschreiben, die ganze übrige Zeit aber der Wahl der Studierenden zu überlassen.

Der Beyerische Ärztetag hat den Eindruck, daß der Kreis der Lehrkrankenhäuser für die praktische Ausbildung viel zu eng gezogen wird. Die große Zehl hervorragender Ärzte in kommunalen Krankenhäusern des Freistaates Bayern und die Vielzahl der dort behandelten Krankheiten sollten der praktischen Ausbildung in wesentlich größerem Umfang nutzbar gemacht werden. Je kleiner die Zahl der Medizinstudierenden auf der einzelnen Abteilung bzw. im einzelnen Krankenheus ist, um so weniger besteht die Notwendigkeit, besondere personelle oder bauliche Vorkehrungen zu treffen. Es können also auf diese Weise erhebliche Kosten für diesen Abschnitt eingespart und die Ausbildung bei sinnvoller Handhabung gerade hier erheblich intensiviert werden.

Dabei weist der Bayerische Ärztetag mit Nachdruck darauf hin, daß die Approbationsordnung in den Mit-

ferro - B_{12} - EHRL

Zusammensetzung:

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

O.P. zu 20 Dregees
DM 3,90
O.P. zu 50 Dregees
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

UNRUHE

NERVO·OPT®

DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Drogée:
Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminophenazon. 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adonid. vernalis 20 mg.

INDIKATIONEN:
Neurasthenie — innere Unruhe, nervöse Reizbarkeit, Übererregbarkeit (auch sexuelle), Schwindelzustände, unruhiger Schlaf mit schweren Träumen, nervöse Erschöpfungszustände. Klimakterische Störungen — Angstzustände, nervöse Verstimmungen, depressive Stimmungslagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche. Nervöse Kopfschmerzen. Schlafstörungen.

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

DOSIERUNG:
Allgemein nehmen Erwachsene zur Beruhigung bis 3 mal täglich 1 Drogée. Als Schlafmittel 3/4 Stunden vor dem Schlafengehen bis zu 2 Drogées auf einmal. Kinder erhalten je nach Körpergewicht und Alter nur auf Anweisung und nach Dosierungsvorschrift des Arztes kleinere Mengen NERVO-OPT-Drogées.

HINWEISE:
Wie bei allen Beruhigungs- und Schlafmitteln kann bei gleichzeitiger Anwendung von Sedativa, Analgetika, Psychopharmaka und speziell von Alkohol eine Potenzierung der Wirkung auftreten. Zu beachten ist daher, daß die Reaktionsfähigkeit (z. B. beim Autofahren) verändert werden kann.

HANDELSFORM UND PREIS:
OP zu 50 Drogées DM 3,60 m. MWSt.

Verschreibungspflichtig

DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU

telpunkt der Ausbildung in diesem Jahr „die Ausbildung em Krankenbett" gestellt haf. Die Forderung, an Lehrkrankenhäusern Ambulatorien einzurichten, widerspricht deshalb dem Sinn der Approbationsordnung und entbehrt der sachlichen Grundlage. Sie kann deshalb nur als billiger Vorwand zur Erreichung gesundheitspolitischer Ziele bezeichnet werden, die mit der Ausbildung der Studierenden nichts zu tun haben. Der Investitionseufwand für die zukünftige medizinische Ausbildung würde darüber hinaus noch wesentlich erhöht werden.

3. Unterricht in Allgemeinmedizin

Der Bayerische Ärztetag bittet die medizinischen Fakultäten des Freistaates Bayern, die Einführung der Medizinstudierenden in die Besonderheiten der Allgemeinmedizin in jeder Weise zu fördern. Praktizierenden Allgemeinärzten, welche dazu bereit sind und die notwendige Lehrbefähigung besitzen, sollte an allen Fakultäten Gelegenheit gegeben werden, die Studierenden in die Allgemeinmedizin, ihre Bedeutung und ihre besonderen Aufgaben einzuführen. Der Bayerische Ärztetag ist überzeugt, daß auf diese Weise das Interesse des ärztlichen Nachwuchses an der Allgemeinmedizin als ärztlicher Lebensaufgabe nachhaltig gefördert werden kann.

Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker

Der Bayerische Ärztetag unterstützt diejenigen Stellen, die in Bayern für die Betreuung psychisch Kranker zuständig sind bei ihren Bemühungen, die Situation dieses Patientenkreises fortlaufend zu verbessern.

Insbesondere sollte bei der Neuplanung von Krankenhäusern der zweiten Versorgungsstufe ausnahmslos die Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen gefordert werden, damit ein erster Schritt zur Dezentralisierung dieser übergroßen Behandlungszentren getan wird.

Abbau der Kinderfeindlichkeit

Anläßlich des heutigen Weltkindertages bietet die Bayerische Ärzteschaft den Lehrerverbänden, Elternvereinigungen, dem Kinderschutz und Jugendorganisationen ihre Miterbeit an zum Abbau der Kinderfeindlichkeit in der Bundesrepublik. 6000 Kinder werden jährlich in der Bundesrepublik mißhandelt, 90 Kinder werden jährlich zu Tode gequält, 10 Kinder sterben täglich im Straßenverkehr. 750000 Kinder haben kein eigenes Bett. Beuherrn und Architekten achten zu wenig auf den Ausbau der Kinderzimmer, es fehlen fast überall in den Häusern und Wohnblocks Kindergemeinschaftsräume zum Werken und Spielen.

Der Bayerische Ärztetag bittet die Bevölkerung um Verständnis und Hilfe für unsere Kinder.

Aufbau von Nachbarschaftshilfe und Sozialstationen

Die zunehmende Vereinsamung in unserer Zeit und die Überalterung der Bevölkerung zwingt zu Maßnahmen der gegenseitigen Hilfe. Daher begrüßt die bayerische Ärzteschaft den Aufbau von Nachbarschaftshilfen mit freiwilligen Helfern in allen Gemeinden und sagt ihnen ihre Hilfe zu.

Ebenso finden die in größeren Bezirken staatlicherseits geplanten Sozialstationen mit hauptamtlichen Gemeindeschwestern und Alterspflegerinnen die Unterstützung der Ärzteschaft.

Aufrechterhaltung und Förderung des Belegarztwesens

Der Bayerische Ärzteteg hält im Interesse der kontinuierlichen Durchführung der embulanten und stationären Behandlung die Aufrechterhaltung und Förderung des Belegerztwesens, vor allem auf der Grundversorgungsstufe für erforderlich, und bittet die Staatsregierung, dies bei der Durchführung des Krenkenhausfinanzierungsgesetzes zu berücksichtigen.

Bereitstellung von Pflegebetten

Die bayerische Ärzteschaft hält zur besseren Ausnutzung der Krenkenhausbetten die Bereitstellung von Pflegebetten in ausreichender Zahl durch Bezirke, Landkreise, Städte oder caritative Verbände für dringend erforderlich.

Famulatur- und Assistenzarztstellen

Der Bayerische Ärztetag ersucht die Bayerische Landesärztekammer, einen Modus zu finden, wie man laufend, intensiv und wirksam Medizinstudenten und Assistenzärzte euf die freien Famulatur- und Assistenzarztstellen in den Land- und Kreiskrenkenhäusern aufmerksam machen kann.

Fortbildung des praktizierenden Arztes

Das Gremium des Bayerischen Ärztetages hat den Vorstend beauftragt, die entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen zu klären und zu schaffen, daß eine Fortbildung des praktizierenden Arztes an Kliniken und eine zwischenzeitliche Praxisvertretung durch einen Assistenten dieser Klinik ermöglicht wird.

bisuc®
Magentabletten

bismutum succus-
Magentherapie in moderner Konzeption

- Rasche Schmerzbefreiung durch nachhaltige Säurebindung
- Maximale Pepsin-Inaktivierung
- Intensiver 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:
3 x 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

bisuc®
Magen-tabletten
Schmerzstillendes Heilmittel; schnelle, nachhaltige Wirkung bei Gastritis, Sodbrennen, Ulcus ventriculi und duodeni.

Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik · Aachen

Abgelehnte Anträge

Antrag Dr. K. v. BRENTANO-HOMMEYER, München, Dr. M. v. BRENTANO-HOMMEYER, München, Dr. E. ALLWEIN, München, Dr. R. BLUME, Schweben, Dr. A. SEIDEL, München, Dr. H. SPECHT, München, Dr. E. KLEEBERGER, München, Dr. G. BEREITER, München:

Die Vollversemmlung möge beschließen:

Die Beyerische Lendesärztekemmer wolle beim Beyerischen Innenministerium und bei den gesetzgebenden Körperschaften dareuf hinwirken, daß das Kammergesetz Art. 66 wie folgt geändert wird:

Erweist sich ein Berufsgerichtsverfehren gegen einen Arzt eufgrund des Urteils eines Berufsgerichts els unbegründet, so trägt die gemäß Art. 66 Abs. 1 enfallenden Kosten der Kreisverbend, der des Berufsgerichtsverfehren beentregt het.

Antrag Dr. J. BAUSCH, München:

Der Bayerische Ärztetag möge beschließen:

Die Berufskonferenz der Bundesärztekemmer wird gebeten, für den nächsten Deutschen Ärzteteg Vorschläge zu ererbeiten, unter welchen sachlichen Voreussetzungen und unter welchen Bezeichnungen Ärzte, die sich zur gemeinsemen Ausübung des ärztlichen Berufs entschlossen heben, die Art des Zusammenschlusses auch ankündigen dürfen.

Antreg Dr. Dr. E. GRASSL, München:

Aufwertung und Spezielisierung der eigentlichen ärztlichen Leistung – der Beretung

Nech wie vor ist die eigentliche ärztliche Leistung mit dem schlichten Wort „Beratung" mit DM 3,90 bei der GOÄ und DM 5,– bei der Adgo unterbewertet. Ihre Bezehlung steht in keinem Verhältnis zu der der technischen Leistungen. Eine Beratung beinhaltet doch meist eine Anamnese, eine Untersuchung und eine einfeche Therapie mit Rezeptaussteilung und eine Beretungstherapie.

Die Bayerische Lendesärztekammer wird ersucht, zur Spezialisierung der eigentlichen ärztlichen Leistung, der Beretung, Vorarbeiten zu leisten.

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

50. Fortbildungstegung vom 31. Mai bis 3. Juni 1973

Tegesvorsitz: Professor Dr. L. Demling, Erlangen

1. Hauptthema: Fortschritte in der Gastroenterologie

Professor Dr. C. J. ESTLER, Erlengen:

„Grundlagen der Pharmakologie des Magens"

Dem Magen als Verdauungsorgan fällt eine zweifache Aufgabe zu: Einmal muß er oft kurzfristig aufgenommene größere Nahrungsmengen vorübergehend speichern und in kleinen Portionen, die die Verdauungskapazität des Dünndarms nicht überfordern, an das Duodenum weitergeben, zum anderen wird im Magen bereits die Verdauung der Proteine eingeleitet. Die Sekretion der einzelnen Magensaftbestandteile (Pepsin bzw. Pepsinogen, Salzsäure sowie Mucoproteine und Mucopolysaccharide) kann unabhängig voneinander folgen. Die gesamte Sekretion wird bei Nahrungsaufnahme stimuliert; dabei lassen sich drei Phasen unterscheiden:

1. Die nervöse oder psychische Phase,

die beim Schmecken, Riechen, Sehen oder selbst bei der Vorstellung appetitanregender Speisen einsetzt und ein bis zwei Stunden anhält. Hierbei wird ein Reflexbogen durchlaufen, dessen efferenten Schenkel der Nervus vagus bildet.

2. Die gastrische Phase,

die einsetzt, wenn die Speisen selbst in den Magen gelangen. Diese Phase ist nicht nerval, sondern humoral gesteuert. Als auslösender Reiz kommen in Frage eine Dehnung des Antrums und Kontakt der Antrumschleimhaut mit Nahrungsbestandteilen, insbesondere Eiweiß und dessen Spaltprodukt sowie Alkohol und Koffein. Diese Reize führen zur Bildung des Hormons Gastrin in der Antrumschleimhaut, das über den Blutweg die Korpus- und Fundusdrüsen erreicht. Dort stimuliert es die Säure- und Pepsinsekretion, wobei möglicherweise Acetylcholin und Histamin Übermittler der Gastrinwirkung darstellen. Eine Hemmung der Gastrinsekretion erfolgt durch einen niedrigen pH-Wert im Antrumbereich, sie ist aber auch durch Atropingaben möglich. Andererseits führt eine Alkalisierung des Magens zu vermehrter Gastrin- und damit auch zu einer vermehrten Magensaftsekretion. Auf diese Weise stellt sich der pH-Wert des Magens selbst auf Werte von 2,5 bis 3 ein. Weitere Steuerungsmechanismen stellen die Hormone Enterogastron und Sekretin dar. Sekretin wird auf Säurereiz von der Duodenalschleimhaut freigesetzt und hemmt im Magen die Säuresekretion, ohne die Pepsinsekretion zu beeinflussen. Enterogastron, das u.a. im Duodenum nach Kontakt mit Fetten sezerniert wird, inhibiert die Freisetzung und Wirkung des Gastrins.

3. Die intestinale Phase

wird bei Dehnung des Duodenums über duodenales Gastrin in Gang gesetzt.

Funktionsstörungen des Magens können mitunter erhebliche Beschwerden verursachen, wenngleich nicht selten eine erhebliche Diskrepanz zwischen subjektivem Zustand und objektivem Befund besteht. Leichtere Fälle von Hyposekretion werden seit langem mit sogenannten Stomachika (alkoholische Lösungen von Bitterstoffen) behandelt. Stärker die Säuresekretion stimulierende Pharmaka, wie Histamin, Betazol und Pentagastrin, sind nur zu diagnostischen Zwecken einsetzbar, da sie entweder unangenehme Nebenwirkungen aufweisen oder nur parenteral appliziert werden können. Für die Behandlung des Salzsäuremangels bleibt deshalb nur die Säuresubstitution. Neben Salzsäuregaben erfüllt auch die Zufuhr

Diagnostik der Hyperlipidämien

Lipidstatus Boehringer Mannheim

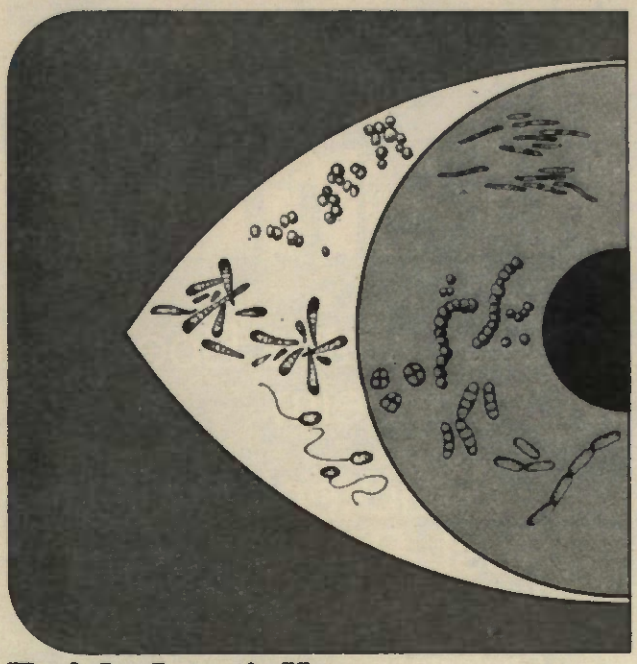
Ein lückenloses Test-Programm für Ihr Labor:

Cholesterin
Triglyceride
Gesamt-Lipide
Phosphatide
ß-Lipoproteide
freie Fettsäure
Acetacetat
Glycerin und
Hydroxybutyrat

Precilip®
das Kontrollserum für
den Lipidstatus

mannheim boehringer

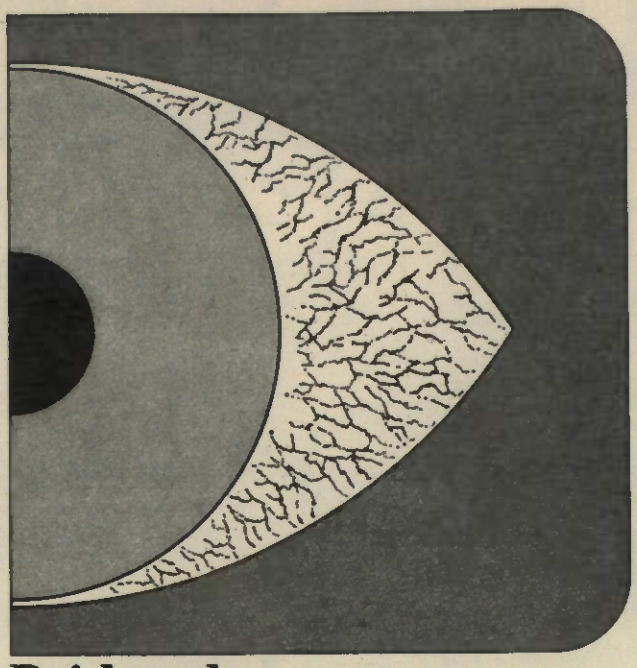
Für jede Augenentzündung die richtige Therapie . . .



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

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

dr. mann **1 berlin 20**

4/73

Helft, daß der Hunger nicht Sieger bleibt

Die ärgste Dürrekatastrophe seit 60 Jahren hat die Steppengebiete am Südrand der Sahara entvölkert.

Die Welternährungsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) sowie die Bundesrepublik Deutschland und Regierungen anderer Länder haben Hilfsaktionen durchgeführt. Diese reichen jedoch bei weitem nicht aus, diesem unsagbaren Elend ein Ende zu bereiten.

Aus diesem Grunde rufen Bischof Dr. STIMPFLE, Kreisdekan Dr. RUPPRECHT, Regierungspräsident Frank SIEDER und Generalkonsul Walter HEUBL zu einer Spendenaktion gegen den Hungertod auf.

Einzahlungen werden erbeten unter dem Motto „Hilfe für Obervolta"

durch Zahlkarte, bei allen Postämtern, auf das Postscheckamt München, Konto-Nr. 933800

bei der Stadtsparkasse Augsburg auf Konto-Nr. 07088

bei der Stadtsparkasse München auf Konto-Nr. 147538.

Spendenquittungen erhalten Sie vom Förderungsverein für Obervolta e. V., 8000 München 2, Neuhauser Straße 34, Telefon (089) 594335.

anderer Säuren, wie z. B. der Zitronensäure, den gleichen Zweck. Mit keinem der Substitutionspräparate wird jedoch die bei einer normalen Mahlzeit vom Magen sezernierte Säuremenge von etwa 30 mval erreicht. Bei exogener Säurezufuhr dieser Größenordnung wäre durch Resorption eine Störung des Säure-Basenhaushaltes zu erwarten. In der Regel ist auch schon mit wesentlich geringeren Säuremengen eine subjektive Besserung des Beschwerdebildes zu erreichen, ohne daß eine befriedigende Erklärung hierfür bisher gefunden wurde.

Ähnlich wie die Hyposekretion kann auch die Hypersekretion stark schwankende Beschwerden verursachen. Ein peptisches Ulkus kann sich immer dann entwickeln, wenn das Gleichgewicht zwischen schleimhautschützenden und schleimhautangreifenden Mechanismen gestört wird, z. B. bei gesteigerter Säure- und Pepsinsekretion, bei Verminderung der Defensivmechanismen wie bei Durchblutungsstörungen der Schleimhaut oder Verminderung der Schleimproduktion. Derartige Effekte sind auch durch bestimmte Pharmaka (Glukokortikoide, Salizylate, Pyrazolderivate und andere Antiphlogistika sowie Reserpin) auszulösen.

Zur Behandlung der Hypersekretion stehen in erster Linie die Parasympathikolytika zur Verfügung. Diese vermindern jedoch nicht nur die Säuresekretion, sondern auch die Mucinsekretion und schwächen damit die Defensivmechanismen der Schleimhaut. Ferner verzögern wirksame Dosen die Magenentleerung, so daß der saure Magensaft länger mit der Schleimhaut in Kontakt bleibt, und führen zu einer Reihe von Nebenwirkungen durch Hemmung der übrigen Parasympathikusanteile. Eine weitere Möglichkeit der pH-Werterhöhung im Magen besteht in der Neutralisation der Magensäure durch basische Verbindungen, die sogenannten Antazida. Besonders wirksam sind Natriumbicarbonat und Calciumcarbonat. Die resorbierbaren (systemischen) Antazida führen bei länger andauernder Einnahme leicht zu einer Alkalose. Carbonate, die bei Reaktion mit Salzsäure CO_2 bilden, können durch Dehnung des Antrums die Säuresekretion anregen. Besteht bei den stark wirkenden Antazida die Gefahr einer Übertitration mit Erhöhung des pH-Wertes über 5 (gesteigerte Gastrinfreisetzung reaktiviert dann die Säurehypersekretion), so bergen das nur schwach basische Aluminiumhydroxyd und die Silikate bei nur geringfügiger Anhebung des pH-Wertes die Gefahr einer verstärkten Pepsinaktivierung in sich. Auch wenn mit den üblichen Antazidadosen bei vielen Patienten eine Beschwerdefreiheit erzielt werden kann, muß man sich bewußt sein, daß eine den Anforderungen genügende Verbindung fehlt und eine eintretende Schmerzfreiheit nicht immer einer Heilung entspricht.

Bei der Behandlung der Hypersekretion werden in den letzten Jahren gute Erfolge durch Förderung der Defensivmechanismen der Magenschleimhaut erreicht. Dies ist möglich durch Zufuhr von Mucinen von außen oder durch Stimulation der Schleimproduktion mittels Carbenoxolon (Biogastrone®). Bei dieser Substanz handelt es sich wohl um das wirksame Prinzip des Süßholz- oder Lakritzsaftes. Mit Carbenoxolondosen von 150 bis 300 mg/Tag ist eine relativ rasche Abheilung von Ulcera ventriculi möglich, während die Behandlungserfolge von Ulcera duodeni umstritten bleiben. Wegen aldosteronähnlicher Nebenwirkungen (Natrium- und Wasserretention, Kaliumverluste) ist unter Umständen die Gabe des Pseudo-Aldosteronantagonisten Triamteren (Jatropur®) und eine Kaliumsubstitution erforderlich. Der echte Aldosteronantagonist Spironolacton (Aldactone®) hebt den therapeutischen Carbenoxoloneffekt auf.

Privatdozent Dr. H. KOCH, Erlangen:

„Moderne Aspekte der Ulkustherapie"

Peptische Ulzera entstehen in den Regionen des Gastrointestinaltraktes, die mit Magensaft in Kontakt kommen. Das Ulcus ventriculi ist hierbei viermal seltener als das Ulcus duodeni. Bei letzterem ist das Durchschnittsalter der Patienten wesentlich niedriger und die Magensäuresekretion weit häufiger erhöht als beim Magenulkuskranken. Es darf angenommen werden, daß es grundsätzlich dann zu einer Ulkusentstehung kommt, wenn am Magen oder Duodenum die

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-B_1-chloridhydrochlorid, 1,0 mg Vitamin-B_2-5'phosphat-Natrium, 0,8 mg Vitamin-B_6-hydrochlorid, 8,0 mg Nicotinsäureamid, 50 mg Vitamin C, 400 I.E. Vitamin D_3, 2,5 mg Vitamin-E-acetat.

Handelsform: Multivitaminkonzentrat in Geleeform Tube zu 150 ml

EIN NICHOLAS ARZNEIMITTEL 1/73

Summe der aggressiven die der protektiven Schleimhautfaktoren übertrifft. Dementsprechend sind die therapeutischen Bemühungen darauf gerichtet, die aggressiven Faktoren zu bekämpfen und die protektiven zu unterstützen mit dem Ziel

1. die Beschwerden des Patienten zu lindern,
2. die Abheilung des akuten Ulkusschubes zu beschleunigen und
3. das Auftreten von Ulkusrezidiven zu verhindern.

Während die ersten beiden Zielsetzungen durch internistische Maßnahmen zu erreichen sind, kann eine Rezidivprophylaxe bis heute nur durch operative Korrekturen ermöglicht werden. Zur Überwachung der internistischen Behandlungserfolge sind röntgenologische und endoskopische Untersuchungen und Kontrollen erforderlich, da subjektive Beschwerdefreiheit bereits zu einem Zeitpunkt eintreten kann, zu dem sich noch keinerlei Heilungstendenz des Ulkus zeigt. Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die meisten Ulzera ohnehin eine spontane Heilungstendenz aufweisen, halten nur wenige bisher geübte ulkustherapeutische Maßnahmen einer kritischen Überprüfung stand. Nach neueren Erkenntnissen sollten die Ulkuspatienten eine normal zusammengesetzte eiweißreiche Kost erhalten, wobei die tägliche Nahrungszufuhr auf wenigstens sechs kleinere Mahlzeiten zu verteilen ist. Auf diese Weise wird eine relativ gleichbleibende Neutralisation des salzsauren Magensaftes erreicht, die durch zusätzliche Antazidagaben zwischen oder zu den einzelnen Mahlzeiten verstärkt werden kann. Anticholinergika und Sedativa können lindernd auf die Ulkusbeschwerden wirken, ohne die Ulkusheilung sicher zu begünstigen. Bettruhe führt beim Ulcus ventriculi zu einer statistisch signifikant beschleunigten Abheilung und beim Ulcus duodeni zu einem rascheren Abklingen der Beschwerden. Das Ulcus ventriculi zeigt unter Behandlung mit Carbenoxolon-Natrium (Biogestrone®) eine deutlich kürzere Heilungszeit, während die Wirksamkeit der Behandlung des Ulcus duodeni noch nicht gesichert ist.

Die Ulkuschirurgie hat durch die verschiedenen Formen der Vagotomie in den letzten Jahren eine deutliche Belebung erfahren. Operative Interventionen ergeben sich bei ulkusbedingten Komplikationen wie Blutungen, Perforationen oder Stenosen. Außerdem sollten alle Ulzera, die trotz intensiver konservativer Therapie keine Heilungstendenz erkennen lassen, der Operation zugeführt werden. Die in den letzten Jahren in zunehmendem Maße angewandten Vagotomie- und Drainageverfahren (Pyloroplastik, Antrektomie oder Gastroenterostomie) stellen ohne Zweifel die die Physiologie des Magens besser berücksichtigenden Operationsmethoden dar als die konservativen BILLROTH I- oder II-Resektionen. Allerdings ist nach Vagotomie die Ulkusrezidivquote mit etwa 6 gegenüber 1 % deutlich höher als bei den konservativen Verfahren.

Auf der Suche nach einem geeigneten Ulkustherapeutikum wurden in den vergangenen Jahren eine Reihe von Substanzen untersucht:

Da das Gastrin für die Regulation der Magensäuresekretion eine entscheidende Rolle spielt, wurde versucht, mit Antiseren die Säureproduktion zu hemmen. Dies gelang mit dem sogenannten Antigastrin im Tierversuch auf signifikante Weise, ohne daß eine praktische Anwendung beim Menschen bisher erfolgte. Auch durch Heparin läßt sich die Säuresekretion des Magens hemmen. Sollten heparinähnliche Stoffe ohne Einfluß auf das Gerinnungssystem gleichartige Wirkungen zeigen, würden sie für die Behandlung des peptischen Ulkus eine Bereicherung darstellen. Prostaglandine können ebenso wie Heparin die Magensekretion bremsen. Leider wird jedoch durch diese Substanzen auch die Schleimhautdurchblutung am Magen signifikant reduziert. Schließlich hemmt auch Caerulein die mit Pentagastrin stimulierte Magensekretion. Da es jedoch zu einem starken galligen Reflux in den Magen führt, muß bei länger dauernder Applikation mit dem Auftreten von Ulcera ventriculi gerechnet werden. Sekretin erfüllt von allen bisher bekannten Substanzen die idealsten Voraussetzungen für die Behandlung des peptischen Ulkus. Es inhibiert die Säuresekretion des Magens, fördert die Schleimhautdurchblutung und stimuliert die Bauchspeicheldrüse zur Abgabe eines stark bicarbonathaltigen Sekrets. Bei parenteraler Applikation besitzt es jedoch eine zu kurze Wirkungsdauer, weshalb an einem „Depotsekretin" gearbeitet wird.

Dr. W. DOMSCHKE, Erlangen:

„Die Bedeutung der gastralen Schleimstoffe in der Therapie"

Durch die protektive biologische Funktion des Magenschleimes wird die Schleimhaut gegen die Einwirkung aggressiver Faktoren des Magensaftes (Salzsäure, Pepsin) und bei duodenogastralem Reflux gegen die Detergentienwirkung der Gallensäuren geschützt. Verschiebt sich das normalerweise bestehende Gleichgewicht zugunsten aggressiver Faktoren, wird die Ulcus pepticum-Entstehung begünstigt. Die Viskosität und Ionenaustauscherfunktion des Magenschleimes beruht auf seinem Gehalt en N-acetyl-neuraminsäure (NANA)-haltigen Glykoproteinen. Es wird angenommen, daß die N-acetyl-neuraminsäure-Reste innerhalb der Glykoproteine durch ihre negative Ladung sich gegeneinander abstoßen und so dem Schleimmolekül seine ausgedehnte räumliche Struktur und Elastizität verleihen. Bei Ulcus ventriculi- und Ulcus duodeni-Patienten ist die gastrale Synthese der NANA-haltigen Verbindungen reduziert, was gleichzeitig eine Einschränkung der protektiven Funktion des Magenschleimes bedeutet. Mit Hilfe des Carbenoxolons (Biogastrone®) wird offenbar die gastrale Synthese der NANA-haltigen Schleimsubstanzen gesteigert und dadurch eine kurative Wirkung beim Magenulkus realisiert. Insbesondere läßt sich durch die Carbenoxolon-

Bei allen Formen der Hypotonie:

Novadral®
retard
Liquidum

hält den Blutdruck stabil

Zusammensetzung:
Norfenefrin-hydrochlorid
Novadral retard-Dragée 15 mg
Novadral Liquidum 6 mg/ml (~ 20 Tropfen)

Indikationen:
Alle Formen der Hypotonie: essentiell, orthostatisch, postoperativ, postinfektiös oder wetterbedingt. Kreislaufregulationsstörungen.

Kontraindikationen:
Sind nicht bekannt.

Zur Beachtung:
MAO-Hemmer verzögern den Novadral-Abbau und verstärken damit den pressorischen Effekt.

Dosierung:
Novadral retard 1-2 Dragées täglich.
Novadral Liquidum 2-3mal täglich 20-30 Tropfen.
Ist schneller Wirkungseintritt erwünscht, empfiehlt sich die kombinierte Anwendung von Novadral Liquidum und Novadral retard.

Handelsformen und Preise:

Novadral retard	
Packung mit 20 Dragées	DM 6,20 mMwSt.
Packung mit 50 Dragées	DM 12,45 mMwSt.
Packung mit 100 Dragées	DM 21,65 mMwSt.
Anstaltspackungen	
Novadral Liquidum	
Packung mit 20 ml	DM 6,90 mMwSt.
Packung mit 50 ml	DM 15,90 mMwSt.
Anstaltspackungen	

GÖDECKE

169/0

therapie die Mikrolonenaustauscherfunktion des Magenschleimes beeinflussen. So konnte nachgewiesen werden, daß die beim Ulcus ventriculi-Patienten gesteigerte Rückdiffusion von H^+-Ionen aus dem Magenlumen in die Magenschleimhaut durch Biogastrone® reduziert wird. Die beim Ulkus duodeni-Patienten ebenfalls verminderte Magenschleimproduktion läßt sich durch Biogastrone-Duodenal®-Therapie auf systematischem Wege nicht beeinflussen.

Privatdozent Dr. M. CLASSEN, Erlangen:

„Wechselwirkungen gastrointestinaler Hormone"

Bei dem Regelmechanismus der Verdauung handelt es sich um ein kompliziertes Zusammenspiel neuraler und humoraler, endogener und exogener Faktoren, die in ihren Einzelheiten noch nicht restlos geklärt werden konnten, obwohl experimentelle und klinische Untersuchungen das Wissen über die Physiologie und Pathophysiologie des Magens zunehmend erweitern.

Die Magensekretion wird auf drei Wegen angeregt: In der psychischen oder kephalohumoralen Phase erfolgt eine direkte Anregung der säure- und pepsinbildenden Magenzellen sowie eine durch Acetylcholin bedingte Gastrinfreisetzung durch den Nervus vagus. In der antralen Phase wird aus der Antrumschleimhaut durch Kontakt mit der aufgenommenen Nahrung (besonders durch Aminosäuren und Alkohol) sowie durch mechanische Dehnung das dort gebildete Gastrin freigesetzt und durch dieses die HCl- und Pepsinproduktion stimuliert. Außerdem regt das Gastrin die Motilität des Magens, Duodenums und der Gallenblase sowie der Gallen- und Pankreassekretion an.

Die Magenentleerung wird durch zucker-, fett- und säureempfindliche Rezeptoren sowie durch Osmorezeptoren des Duodenums gesteuert. Etwa 1 bis 3 % des Mageninhaltes werden durch diesen Regulationsmechanismus pro Minute in das Duodenum entleert. Dieses nimmt bezüglich der Magensäuresekretion und Verdauung eine wichtige Reglerfunktion ein und ist ebenso wie das Antrum als endokrines Organ anzusehen. Durch das Duodenum wird die dritte Stimulationsphase der Magensekretion ausgelöst (die intestinale Phase), indem wenig saurer Mageninhalt mit einem pH von über 4 im Duodenum enterogenes Gastrin freisetzt, durch das sowohl die HCl- als auch die Fermentproduktion des Magensaftes nochmals gesteigert wird.

Durch sauren Magenbrei mit einem pH unter 2 werden in der Duodenalschleimhaut verschiedene Dünndarmhormone freigesetzt, die die Pankreas-, Leber- und Magenfunktionen beeinflussen. Das am längsten bekannte dieser Enterohormone ist das Sekretin. Sowohl exogen zugeführtes wie endogen freigesetztes Sekretin hemmt die durch Gastrin stimulierte HCl-Sekretion, während die Bildung von Pepsin gefördert wird. Ebenfalls Sekretin-induziert ist die Ausschüttung großer Mengen bicarbonatreichen Bauchspeichels zur Neutralisation der Salzsäure im Duodenum. Ein alkalisches Milieu ist für die Wirkung der Fermente des Pankreas und der Darmdrüsen erforderlich. Die Pankreasfermentproduktion wird demgegenüber im wesentlichen durch das Cholezystokinin-Pankreozymin stimuliert, das vor allem durch Fleisch, Polypeptide und Aminosäuren aus der Duodenalschleimhaut freigesetzt wird. Dieses Enterohormon hemmt die antrale, gastrinstimulierte und die intestinale Phase der Magensäuresekretion und führt darüber hinaus zur Kontraktion der Gallenblase. Die kombinierte Gabe von Sekretin und Cholezystokinin-Pankreozymin (CCK) läßt einen potenzierten Effekt beider Hormone gegenüber deren Einzelgabe erkennen. Ein weiteres duodenales Hormon, das Enterogastrone, wird vorwiegend durch das in das Duodenum gelangende Nahrungsfett oder durch Zucker freigesetzt. Es inhibiert in der antralen Phase der Verdauung auch das schon freigesetzte Gastrin, hemmt die Motilität und damit die Entleerung des sauren Mageninhaltes in das Duodenum und schafft so durch indirekte Alkalisierung günstigere Voraussetzungen für die Fettverdauung. Wahrscheinlich ist Enterogastrone mit dem Gastric inhibitor Polipeptide von BROWN identisch.

Das Glukagon besitzt neben der intrahepatischen Wirkung zahlreiche extrahepatische Angriffspunkte, zu

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

In 8203 Oberaudorf/Bad Trißl und 8974 Oberstaufen/Allgäu

für Kassen- und Privatpatienten

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

Mit den gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen in Bayern bestehen Pflegesatzvereinbarungen.

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung gewähren zu den stationären Kosten Zuschüsse.

Anmeldung und Aufnahme nach Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes ausschließlich über die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16/IV (Ärztehaus Bayern), Tel. (0 89) 47 60 87.

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

Jetzt:

Ärzte-Gruppenversicherung noch vorteilhafter für Sie

● Bis zu 500,– DM Krankentagegeld als Einkommenssicherung (ohne zeitliche Begrenzung).

● Bis zu 200,– DM Krankenhaustagegeld.

● Krankheitskosten-Versicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung. Zahlreiche Variationen ermöglichen eine individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes (auch für Familienangehörige).

Vereinigte
Krankenversicherung AG
Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG
Vertragsgesellschaften Ihrer Ärztekammer

Als führende Krankenversicherung des Ärztestandes empfehlen wir Ihnen: Vergleichen Sie genau – bevor Sie sich für eine Versicherung entscheiden.

Falls Sie hierzu unverbindliche Informationen über Leistungen, Beiträge und all die Vorteile des Gruppenvertrages wünschen: Bitte bedienen Sie sich des Coupons.

Coupon Ich interessiere mich für Ihr Angebot:

Name:

Anschrift:

Ich bin versichert bei:
Vereinigte ○ Salus ○ anderweitig ○

Vereinigte Krankenversicherung AG
Generaldirektion
8 München 40
Leopoldstraße 24

denen die Hemmung der Megen- und Darmmotilität sowie die Verminderung der Magensaftsekretion gehören.

Nach GROSSMAN greifen Gastrin und CCK, die sich chemisch sehr ähneln, an der gleichen Stelle eines postulierten Hormonrezeptors en, während das andersertige Sekretin en einer enderen Stelle des gleichen Rezeptors lokelisiert ist. Je nach Besetzung dieses Rezeptors mit verschiedenen Hormonen kommt es nach gegenseitiger Aktivierung zu einer kompetitiven oder nichtkompetitiven Hemmung bzw. Stimulation der Erfolgsorgane. Demnach kann CCK die Gastrinaktivität durch Besetzung einiger Rezeptoren des stark wirksamen Gastrins kompetitiv hemmen. Die Rezeptortheorie stellt einen Versuch dar, das komplizierte Zusammenspiel der verschiedenen Verdauungsfaktoren zu erklären und die Rolle der gastrointestinalen Hormone herauszustellen.

Professor Dr. L. DEMLING, Erlangen:

„Operetive Endoskopie"

Die operative Endoskopie des Magen-Darm-Kanals birgt in sich einen therapeutischen und einen diagnostischen Aspekt. Sie wurde möglich durch die Entwicklung langer, vollflexibler und mobiler Faseroptiken, welche jeden Teil des Verdauungstraktes erreichen können und nicht nur Sicht, Fotografie, Film und Zangenbiopsie, sondern auch größere Eingriffe erlauben. Zu diesen zählt einmal die Fremdkörperentfernung aus dem oberen Magen-Darm-Kenal. Hierzu werden Instrumente mit Vorausblickoptik verwendet, durch welche ein Greifinstrument geschoben werden kann. Hierdurch ist nicht nur die Fremdkörperentfernung aus der Speiseröhre und dem Magen, sondern auch aus dem Stoma einer Choledochoduodenostomie gelungen.

Seit lengem bestend ein Mißverhältnis zwischen der Größe eines Polypen und dem notwendigen Aufwand, dieses als potentielle Präkanzerose geltende Gebilde in klassischer Weise chirurgisch zu entfernen. 1970 geleng es erstmals, einen solchen Polypen endoskopisch eus dem Magen zu entfernen. In Erlengen wird seitdem eine Diethermieschlinge zur Polypektomie verwendet. Diese besteht aus einem sehr dünnen, 0,2 mm starken Draht, mit dem der Polyp erfaßt und an seiner Basis durch Elektrokoagulation abgetragen werden kenn. Um Polypen besser festhalten zu können, wird neben der Voreusoptik noch eine kleine Greifzange ausgefahren. Mit dieser erfolgt nach der Abtragung die Bergung des Polypen für die histologische Untersuchung.

Entfernt werden singuläre oder euch multiple Polypen, die mit der Schlinge faßbar sind und deren Äußeres nicht durch unregelmäßiges Wachstum oder Zerfall offensichtliche Malignität erkennen lassen. Polypenrasen sind kein Gegenstand der endoskopischen Polypektomie, desgleichen sehr kleine Polypen. Hier begnügt men sich mit Biopsie und späterer Koagulation. Ist ein entfernter Polyp benigne, dann war der Eingriff therapeutisch. Die Nechschau erfolgt nach sechs Monaten im Magen und nach einem Jahr im Darm. Maligne Veränderungen erfordern den chirurgischen Eingriff in der üblichen Weise mit einer Ausnahme: fokale, die Muscularis mucosae nicht durchbrechende Frühkarzinome en Dünndarmpolypen gelten mit der Polypektomie als entfernt. Die verschorfte Polypektomiefläche heilt in der Regel in vier Wochen ab. In Erlangen wurde bisher nach Polypektomie lediglich einmal im oberen Gastrointestinaltrakt eine Blutung beobachtet, die gastroskopisch durch Elektrokoagulation resch gestillt wurde.

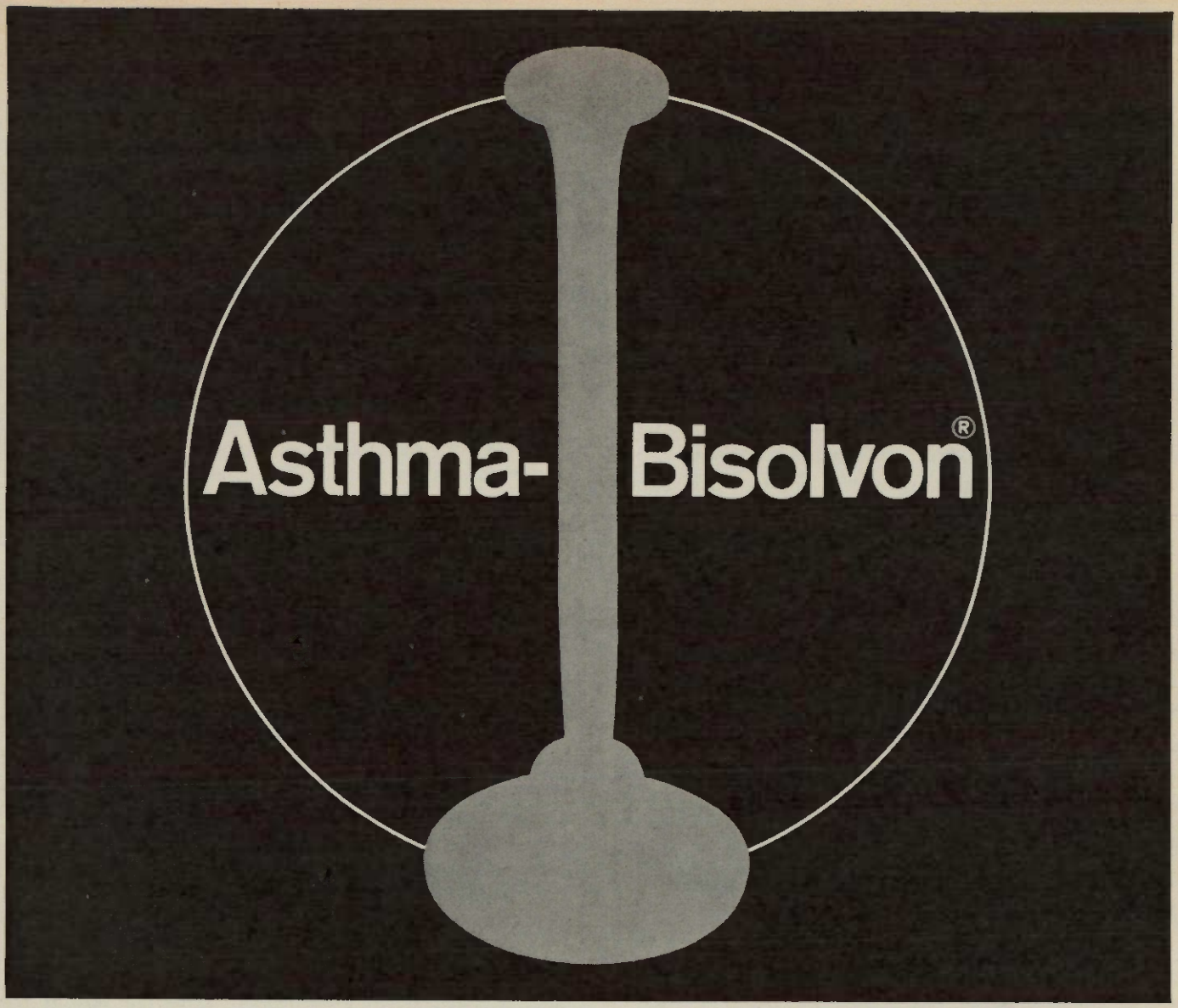
Die operative Endoskopie steht erst am Anfang ihrer Entwicklung. Zur Stillung von Blutungen und Veröden von Ösophagusvarizen werden derzeit Koagulationssonden mit definierter Eindringtiefe in das Gewebe konstruiert. Um Abflußhindernisse aus den Gallenwegen zu beseitigen, wird man in nächster Zeit die endoskopische Papillotomie verwirklichen und versuchen, präpapillär oder im Choledochus liegende Konkremente zu entfernen. Sonden, deren trichterförmiger Kopf Ultraschallenergie zur Steinzertrümmerung ausstrahlt, existieren bereits.

Professor Dr. SIURALA, Helsinki:

„Gestritis — Krankheit oder Alterserscheinung"

Die Gestritisdiagnose basiert heute ausschließlich auf dem bioptischen Befund, so daß jede nicht bioptisch gesicherte Gastritisdiagnose angefochten werden kann. Dennoch scheint es sinnvoll, die chronischen Schleimhautschädigungen nicht allein von pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten, sondern auch aus einem dynamischen, funktionellen Blickwinkel hereus zu beurteilen. Hierbei ist die Frage zu diskutieren, ob es sich bei der chronischen Gastritis um eine Krankheit im eigentlichen Sinne oder mehr oder weniger um eine Alterserscheinung handelt. Aufgrund langjähriger Untersuchungen muß im Gegensatz zu den Angaben zehlreicher anderer Autoren der Eindruck entstehen, daß die histologisch als chronische Gastritis klassifizierte Schleimhautveränderung in der Bevölkerung weit verbreitet ist und einen recht gewöhnlichen Zustand darstellt. So wurde bei 53 % willkürlich ausgesuchter beschwerdefreier Probanden in Finnland ein entsprechendes histologisches Zustandsbild gefunden, das mit steigendem Lebensalter prozentual statistisch signifikant zunahm. Dieses allgemeine Vorkommen histologisch erfaßbarer chronisch gestritischer Veränderungen und die Häufung entsprechender Veränderungen mit zunehmendem Lebenselter bei subjektiver Beschwerdefreiheit sprechen eher für eine Alterserscheinung als für eine Krankheit.

Bei einem Krankengut mit nechgewiesenen polypösen Wandveränderungen des Magens und Magenkarzinomen erwies sich die chronisch-atrophische Gastritis als regelmäßiger Vorausläufer. Der keusale Zusammenhang zwischen atrophischer Gastritis und Magen-



Der Therapieerfolg ist hörbar

Das Problem Ihres Patienten:
verengte Luftwege, Ansammlung von zähglasigem Sekret, Husten, Auswurf, Atemnot.
Die Diagnose ist klar: Asthmoide Bronchitis.

Die Therapie erfolgt:
Bronchialtoilette durch Verflüssigung des eingedickten Sekrets, Bronchialerweiterung zur Besserung der Lungendurchlüftung, Erleichterung der Atemarbeit.

Dauermedikation
ist bei chronisch-asthmatischen Fällen unumgänglich.

Ihr Präparat: Asthma-Bisolvon®

Zusammensetzung

N-Cyclohexyl-N-methyl-(2-amino-3,5-dibrombenzyl)amin-hydrochlorid	4 mg
Ephedrin-HCl	15 mg
Theophyllin	150 mg

Indikationen
Asthmoide Bronchitiden und Emphysembronchitiden; leichtere Fälle von Asthma bronchiale.

Kontraindikationen
Glaukom, schwerere Formen der Hypertonie, Miktions- und nephrogene Ausscheidungsstörungen, tachykarde Herzrhythmusstörungen, Thyreotoxikose, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage.

Dosierung
Im allgemeinen 3x1 Dragée pro Tag. Die gute Verträglichkeit von Asthma-Bisolvon erlaubt die konsequente Dauerbehandlung chronisch-asthmatischer Erkrankungen.

Handelsformen
Originalpackungen mit
20 Dragées DM 4,85 lt. AT
75 Dragées DM 15,85 lt. AT
Klinikpackungen

Thomae

karzinom spricht für jeweils die gleichen prädisponierenden Faktoren. Auch wenn die Gastritis oft dem Krebs vorausgeht, so konnte bisher dennoch nicht bewiesen werden, daß erstere einen präkanzerösen Zustand darstellt. Wenigstens bei einem Teil der Fälle spielen genetische Faktoren eine Rolle.

Magengeschwüre entstehen im allgemeinen auf dem Boden einer gastritisch veränderten Schleimhaut, und zwar meist en der Grenze derselben zur normalen Korpusschleimhaut. Das Vorkommen eines Geschwürs in normaler Korpusschleimhaut ist eine Seltenheit. Trotzdem scheinen für die Ulkusentstehung andere Faktoren als eine vorausgehende gastritische Schleimhautveränderungen verantwortlich zu sein.

Gastritische Schleimhautveränderungen prädisponieren zur Entwicklung einer perniziösen Anämie durch Erniedrigung der Sekretion des Intrinsic-Faktors und Verminderung der Eisenresorption.

Aus den Beziehungen zu Erkrankungen mit größerer klinischer Bedeutung ist die Ansicht zu vertreten, daß auch die chronisch-etrophische Gastritis selbst in diesem Sinne eine Krankheit darstellt. Obwohl sich vom Blickpunkt der Beschwerden kein Anlaß zur Behandlung der chronischen Gastritis ergibt, rechtfertigen die Beziehungen zu anderen Folgeerkrankungen die Bemühungen um eine kurative Therapie. Zwei Wirkstoffgruppen zeigen einen Einfluß auf die histologisch erfaßbaren Veränderungen: die Kortikosteroide und die immunsuppressiven Mittel wie Azathioprin. Da es eber als allgemein anerkanntes Prinzip in der Medizin gilt, daß die Behandlung nicht gefährlicher sein soll als die Erkrankung selbst, scheiden beide Substanzgruppen bei der Behandlung der chronischen Gastritis aus. Weitere effektive Behandlungsprinzipien sind derzeit nicht bekannt.

Dr. W. RÖSCH, Erlangen:

„Früherkennung des Magenkarzinoms – Wunsch oder Realität?"

Mit zunehmender Tiefenausbreitung des Magenkrebses sinkt die Fünfjahresüberlebensquote von 100 % beim Schleimhautkrebs auf knapp 2 % bei Serosabeteiligung ab. Nur etwa 50 % der derzeit diagnostizierten Magenkarzinome sind überhaupt noch operabel. Eine Verbesserung dieser Quote ist nur durch eine rechtzeitige Diagnosestellung eines Frühkarzinoms möglich, dessen röntgenologische und endoskopische Kriterien durch japanische Arbeiten etabliert wurden. Bei der histologischen Aufarbeitung der Resektionspräparate erscheint die exakte Differenzierung des auf die Mukosa und Submukosa beschränkten Frühkarzinoms von fortgeschritteneren Karzinomen erforderlich.

Magenkarzinome machen nicht erst Beschwerden, wenn sie die tieferen Wandschichten der Muscularis propria durchdringen. Auch Magenfrühkarzinome führen zu einer wenn auch uncharakteristischen Oberbauchsymptomatik, wobei epigastritische Nüchternschmerzen, konstanter Oberbauchschmerz, Völlegefühl und gastrointestinale Blutungen die häufigsten Symptome darstellen. Die Anemnesedauer sagt somit nichts über die Tiefenausdehnung des Tumors aus. Noch immer erfolgt bei nicht wenigen Patienten eine Diagnosestellung erst sechs bis zwölf Monate nach Beginn der Beschwerden. Die Indolenz der Patienten kommt als zweiter Grund für die bisher verspätete Karzinomdiagnose in Frage. Hinzu kommen die Angst vor einer Untersuchung und die häufig fehlende Information über die Möglichkeiten einer Kerzinomfrüherkennung. Zu einer Bagatellisierung der Beschwerden durch den zuerst konsultierten Arzt trägt der fehlende Palpationsbefund, die häufig normale Blutsenkungsreaktion und der meist negative Blutnachweis im Stuhl bei fehlender Anämie bei. Auch ein normales Säuresekretionsverhalten ist beim Frühkarzinom die Regel, nur bei 40 % der fortgeschrittenen Neoplasmen findet sich eine deutliche Einschränkung der Säuresekretion. Weiterhin entscheidet sich bei einer orientierenden Röntgenuntersuchung des Magens in vielen Fällen das Schicksal des Patienten mit einem Frühkarzinom. Nur bei subtiler Untersuchungstechnik werden wenige Karzinome übersehen. Ein negativer Befund bei Persistenz der Symptomatik sollte zu einer endoskopischen Kontrolle führen. Jedes Magenulkus und jeder umschriebene Schleimhautbefund bedürfen der endoskopischen bioptischen Kontrolle. Da 70 % aller malignen Ulzera eine passagere Heilungstendenz aufweisen, spricht eine röntgenologisch gesicherte „Abheilung" nicht unbedingt für ein benignes Ulkus. Bei perniziöser Anämie findet sich eine gehäufte Magenkarzinominzidenz. Die Polyposis ventriculi sollte bei jugendlichen Patienten zu einer prophylaktischen Gastrektomie, bei älteren Patienten zu einem konservativen Vorgehen veranlassen, zumal dann, wenn die Polypen kleiner als 2 cm im Durchmesser sind. Solitäre Magenpolypen entarten wahrscheinlich nur sehr selten maligne. Zur Differenzierung von polypös wachsenden Karzinomen ist jedoch eine endoskopische Polypektomie erforderlich.

Darüber hinaus erscheint eine konsequente Überwachung aller Magenresezierten ab dem 15. Jahr nach der Operation sinnvoll, da nach neueren Beobachtungen die Karzinomhäufigkeit bei Teilresezierten im Stumpfbereich mit zunehmendem Abstand vom operativen Eingriff steil ansteigt und nach 35 Jahren achtmal größer ist als bei einem Kontrollkollektiv. Wegen der Schwierigkeiten der röntgenologischen Diagnostik im operierten Magen muß hier endoskopischen Untersuchungen der Vorzug gegeben werden.

Bei der überwiegenden Mehrzehl der Ulkuskarzinome handelt es sich nicht um maligne Entartungen eines chronisch-kellösen Geschwürs, sondern um exulzerierende primäre Neoplasmen. Jedes zwanzigste röntgenologisch diagnostizierte Magengeschwür stellt ein Karzinom dar. Daraus ergibt sich die Forderung einer obligatorischen endoskopisch-bioptischen Kontrolle jedes röntgenologisch nechgewiesenen Ulkus als bil-

ligste Methode der Frühdiagnose des Magenkarzinoms. Besonders bei Patienten nach dem 40. Lebensjahr muß jedes Magengeschwür als primär malignomverdächtig angesehen werden.

Unklar bleibt weiterhin die Frage nach der Matrix des Magenkarzinoms. Der durch Untersuchungen von SIURALA (s. S. 1106) gestützten Beziehung zwischen chronisch-atrophischer Gastritis und Karzinom stehen Erlanger Untersuchungen gegenüber, nach denen bei dem am häufigsten beobachteten exulzerierenden Karzinom prektisch nie eine atrophische Gastritis in tumorferner Schleimhaut nachweisbar war. Da mit dem 50. Lebensjahr bei fast der Hälfte der Bevölkerung mit einer chronisch-atrophischen Gastritis gerechnet werden muß, kann dieser Befund allein zur Selektionierung gefährdeter Personen nicht herangezogen werden. Die bei chronisch-atrophischer Gastritis häufig gefundene intestinale Metaplasie stellt noch keine Präkanzerose dar und berechtigt allein zu keinem operativen Eingriff.

Die zur Früherkennung von Magenkarzinomen empfohlene LDH-Bestimmung im Magensaft hat sich als Screening-Methode ebenso wenig bewährt wie die zytologische Untersuchung des Magenspülsekrets.

Ohne entsprechenden technischen und finanziellen Aufwand ist derzeit eine Magenkrebsvorsorgeuntersuchung noch nicht möglich. Die Kosten für ein entdecktes Karzinom liegen bei Reihenuntersuchungen noch in einem Bereich, der volkswirtschaftlich nicht tragbar ist. Eine gewisse Einengung des zu untersuchenden Kollektivs erscheint unabdingbar. Es wäre zumindest wünschenswert, wenn alle röntgenologisch nachgewiesenen Magenulzera konsequent endoskopisch-bioptisch abgeklärt und nach weitgehender Abheilung kontrolliert würden. Darüber hinaus sollten alle Risikopatienten in Vorsorgeuntersuchungen eingeschlossen werden, die eine perniziöse Anämie aufweisen und bei denen vor mehr als 15 Jahren eine Magenteilresektion vorgenommen wurde. Schließlich wäre die endoskopische Untersuchung aller Patienten mit therapierefraktärer Oberbauchsymptomatik und negativem Röntgenbefund zu fordern. Das Endziel einer regelmäßigen Karzinomvoruntersuchung in zwei- bis dreijährigem Intervall jenseits des 40. Lebensjehres liegt demgegenüber noch in weiter Ferne. Zur Verwirklichung erscheint eine forcierte Ausbildung von Endoskopikern und ein großzügiger technischer Ausbau der Endoskopieabteilungen und -zentren erforderlich.

Referent des ersten Teges:
Dr. med. A. P e e t z k e , Nürnberg

(Fortsetzung folgt)

Fakultät

Erlangen-Nürnberg

Zum „ordentlichen Professor" wurden ernannt:

epl. Professor Dr. med. Hermann BÜNTE, bisher Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik, an der Universität Münster;

apl. Professor Dr. med. Josef SCHMIDT, bisher Leitender Oberarzt an der Medizinischen Poliklinik, an der Universität Münster;

apl. Professor Dr. med. Dieter SOYKA, bisher Abteilungsvorsteher an der Universitäts-Nervenklinik, en der Universität Kiel.

apl. Professor Dr. med. Friedrich WOLF wurde zum „ordentlichen Professor für Strahlenheilkunde — Klinische Nuklearmedizin" ernannt. Gleichzeitig wurde ihm die Vorstandschaft der Abteilung für Nuklearmedizin übertragen.

apl. Professor Dr. med. dent. Lutz KOBES, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkranke, Abteilung für Prothetik, wurde zum „Leitenden Oberarzt" ernannt.

Passiorin Dragees
1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. sicc.	80.0 mg
Extr. Salicis aquos sicc.	133.0 mg
Extr. Crataeg. spir. sicc.	12.0 mg
Aneurin	0.3 mg

Passiorin liq.

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

Bei Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum:
1–2 Teelöffel bzw. 2–3 Dragees 3 mal täglich
Bei Einschlafstörungen: 2–4 Teelöffel bzw. 3–6 Dragees vor dem Schlafengehen
Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

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

Passiorin liq.:

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

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

Passiorin®

Zum „außerplanmäßigen Professor" wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Rudolf OTTENJANN (Innere Medizin);

Privatdozent Dr. med. Karl-Heinz PLATTIG (Physiologie);

Privatdozent Dr. med. Karl-Heinz REIHER (Geburtshilfe und Frauenheilkunde).

Zum „Oberassistent" wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Stefan KUNZE (Neurochirurgische Klinik);

Privatdozent Dr. med. Peter MITZNEGG (Pharmakologisches Institut);

Privatdozent Dr. med. Konrad SCHWEMMLE (Chirurgische Klinik).

Zum „Privatdozent" wurden ernannt:

Dr. Dr. Klaus-Georg BREGULLA für „Frauenheilkunde und Geburtshilfe";

Dr. med. Eduard DAVID für „Physiologie";

Dr. med. Hatto-Franz FUCHS für „Radiologie";

Dr. med. Helmut KOCH für „Innere Medizin";

Dr. med. Gerhard RETTENMAIER für „Innere Medizin";

Dr. med. Hans-Dieter ROTT für „Humangenetik".

Dr. med. Theodor Hans SCHMIDT, wiss. Assistent an der Chirurgischen Klinik, Abteilung Urologie, wurde zum „Akademischen Rat" ernannt.

Amtliches

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz vom 10. September 1973 (Gz. 2413 E – VII a – 2593/73)

Stellenausschreibung für hauptamtliche Ärzte bei den Justizvollzugsanstalten Augsburg und Aichach

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

In den Krankenabteilungen steht ausgebildetes Pflegepersonal zur Verfügung.

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

Die Ausübung einer Privatpraxis wird gestattet.

Bewerbungen werden erbeten an das Bayerische Staatsministerium der Justiz, Abteilung F, 8000 München 35, Justizpalast am Karlsplatz, Telefon (089) 55 97 615.

Röntgenverordnung

Die Bayerische Zuständigkeitsverordnung ist bisher vom Kabinett noch nicht verabschiedet worden. Damit steht die für die Durchführung der Röntgenverordnung zuständige Stelle in Bayern noch nicht fest.

Es wird deshalb den Kollegen empfohlen, weitere Bekanntmachungen der Kammer abzuwarten (s. „Bayerisches Ärzteblatt", Heft 10, 1973, S. 940).

Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 11. Juli 1973 (Az. I E 9 – 5279/65 – 4/73)

Impfbuch und Vollzug des Impfgesetzes

1.

Der Eintrag des Impfenden Arztes über die gesetzliche Pockenschutz-Erst- und -Wiederimpfung im Impfbuch bedarf keiner Bestätigung des Gesundheitsamtes.

Die Seiten 8 und 9 des vom Deutschen Grünen Kreuz herausgegebenen Impfbuchs (Bescheinigung über die gesetzliche Pockenschutz-Erst- und -Wiederimpfung) stimmen mit den amtlichen Mustern überein (s. Anlage 1 und 2 zur Zweiten Verordnung zur Ausführung des Impfgesetzes vom 27. Januar 1966 – BGBl. I, S. 89). Die Unterschrift des Arztes ist sowohl in den einzelnen Spalten der Bescheinigungen als auch zu deren Abschluß vorgesehen, weil der Arzt bei erfolgloser Impfung zunächst in der vorgesehenen Spalte unterschreibt, während die abschließende Unterschrift nach positiver oder dreimaliger negativer Impfung erfolgt (s. Anm. ** auf S. 8 und 9 des Impfbuchs).

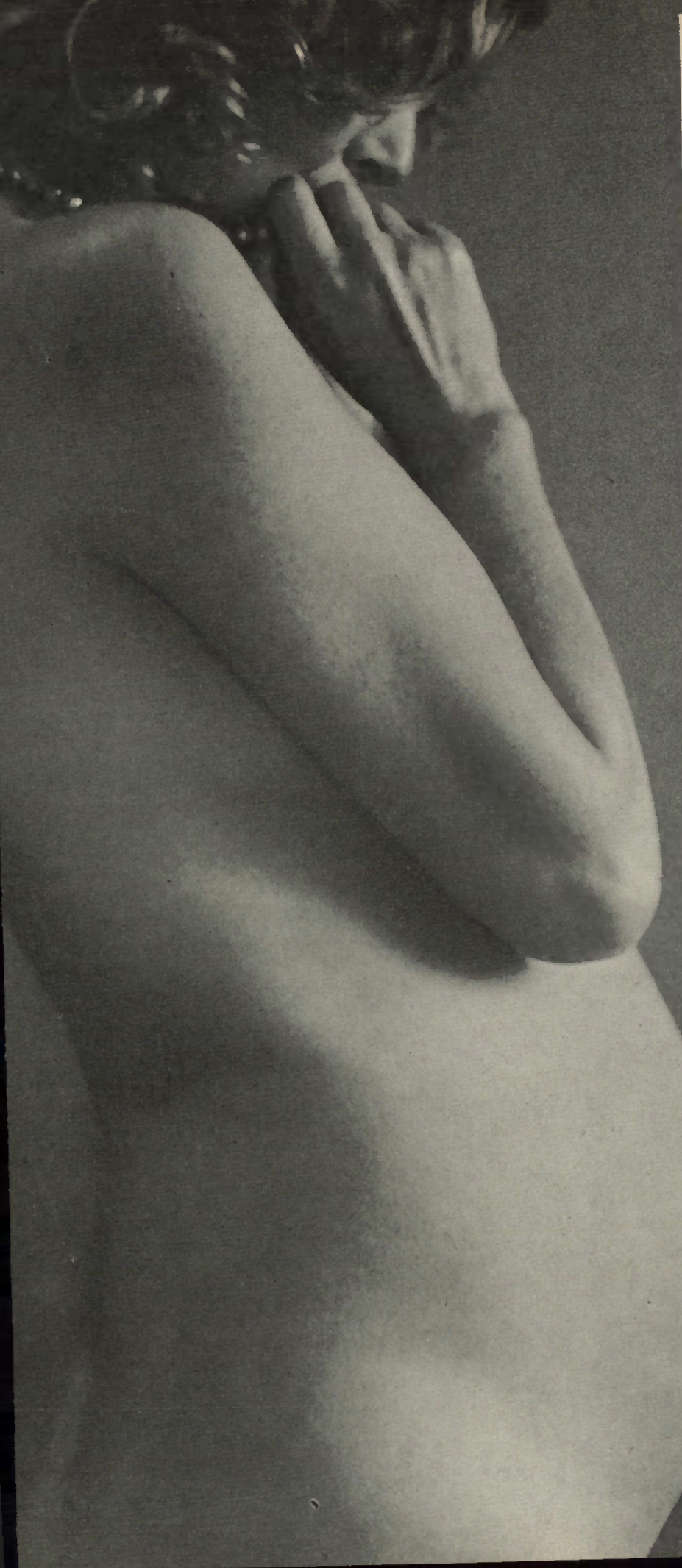
Vorsorglich wird darauf hingewiesen, daß die gesetzlichen Pockenschutz-Impfungen auch auf S. 2 und 3 des Impfbuchs einzutragen und mit dem Dienstsiegel des zuständigen Gesundheitsamtes zu versehen sind, wenn sie international gültig sein sollen (s. Anm. 2 auf S. 20 des Impfbuchs).

2.

Jeder impfende Arzt hat über die von ihm ausgeführten Pockenschutz-Erst- und -Wiederimpfungen Impflisten nach dem amtlichen Muster zu führen (Anlage 1 und 2 zur Verordnung zur Ausführung des Impfgesetzes vom 22. Januar 1940 – RGBl. I, S. 214 = BGBl. III, 2126-5-1) und diese am Schluß eines jeden Jahres der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde zu übersenden (§ 8 Abs. 2 des Impfgesetzes, § 11 der genannten Ausführungsverordnung).

3.

Es bestehen grundsätzlich keine Bedenken dagegen, daß ein Arzt die auf verschiedenen Bescheinigungen



Eisen für zwei

Gegen die perinatale Mortalität

Eisenmangel-Zustände sind die am meisten verbreiteten Zivilisationsmangelkrankheiten.

Eisenmangel in der Schwangerschaft wird nach oft als physiologischer Zustand hingenommen. Darin liegen große Gefahren für Mutter und Kind.

3 von 4 Frühgeburten könnten normal zur Welt kommen. Die perinatale Mortalität wäre herabzusetzen. Folgeschäden bei Kindern anämischer Mütter könnten um mehr als 7% gesenkt werden.

Der erhöhte Eisen-Bedarf in der Gravidität muß durch stetige Eisen-Substitution gedeckt werden. Hb-Werte unter 12 g% (ca. 75 Hb%) bedeuten Eisenmangel-Anämie. Durch eine regelmäßige Eisen-Therapie lassen sich auch in der Schwangerschaft Hb-Normalwerte von über 15 g% (ca. 93 Hb%) erreichen. Eine Eisen-Therapie normalisiert auch bei ca. 80% aller Folsäure-Eisenmangel-Zustände den Folsäure-Haushalt.

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: FERRO-GLYKOKOLL SULFAT-Komplex 562,5 mg = 100 mg Fe^{++}. Dosierung: Initial (1-3 Wochen lang je nach Schwere der Anämie) morgens und abends je eine Kapsel nach den Mahlzeiten. Zur Auffüllung: 1 Kapsel nach dem Frühstück. Die Kapseln können auch nüchtern genommen werden. Handelsform: Packung zu 50 Kapseln DM 18,45. Indikationen: Bei eisen- und folatmangelbedingten Erschöpfungszuständen in der Schwangerschaft; zur Therapie aller sonstigen Eisenmangel-Zustände, besonders der Eisenmangel-Anämien. Kontraindikationen: Eisenkumulation (Hämochromatose, chronische Hämolyse), Eisenverwertungsstörungen (sideroachrestische Anämie, Bleianämie, Thalassämie). Nebenwirkungen: Sehr selten im Magen-Darm-Trakt (5,20%) der beobachteten Fälle). Hinweis: Eine im Verlauf der Behandlung auftretende dunkle Verfärbung des Stuhls ist unbedenklich.

Bei eisen- und folatmangelbedingten Erschöpfungszuständen in der Schwangerschaft

ferro sanol® duodenal

1x täglich und immer gut verträglich

sanol arznei-mittel
Sanol-Arzneimittel
Dr. Schwarz GmbH
4019 Monheim (Rhld.)

oder Ausweisen vermerkten Impfungen eines Impflings zusammenfassend in ein Impfbuch übertrëgt; wegen der Unterschrift, insbesondere bei internationalen Impfbescheinigungen (s. die Antwort zu 4).

4.

Die internationalen Impfbescheinigungen (Pocken, Gelbfieber, Cholera) müssen vom impfenden Arzt eigenhändig unterschrieben sein (vgl. Anhang 2 bis 4 der Internetionalen Gesundheitsvorschriften). Auch die übrigen Impfbescheinigungen sollte der Arzt im Interesse der Rechtssicherheit grundsätzlich eigenhändig unterschreiben, wenngleich das Verwenden eines Faksimile nicht unzulässig ist.

5.

Die Muster der internationalen Impfbescheinigungen sowie der Bescheinigungen über die gesetzliche Pockenschutz-Erst- und -Wiederimpfung sind gesetzlich vorgeschrieben. Abgesehen davon sprechen auch Gründe der Einheitlichkeit und Wirtschaftlichkeit dagegen, daß sich jeder Arzt ein Impfbuch nach seinen Vorstellungen drucken läßt.

Leider ist den dortigen Ausführungen nicht zu entnehmen, welche „gewissen praktischen Mängel" die von den Verlagen angebotenen Impfbücher aufweisen.

Brief aus Bonn

Daß die Zugehörigkeit zur Sozialversicherung nicht nur eine Wohltat ist, wie die Sozialpolitiker immer wieder meinen, wissen alle, die Beiträge zu entrichten haben, seit langem. Wenn im Zuge der sich beschleunigenden Inflationierung die Bruttoeinkommen der Sozialversicherten kräftig steigen, so nimmt eben auch die Beitragslast zu, obwohl dem nominalen Einkommenszuwachs wegen der Geldentwertung keine entsprechende Zunahme der realen Kaufkraft gegenübersteht. Auch in der Sozialversicherung bedeuten höhere Beiträge noch keineswegs immer eine Verbesserung der Sozialleistungen oder der Ansprüche auf Sozialleistungen. Das beste Beispiel hierfür ist die gesetzliche Krankenversicherung, die bei unterschiedlich hohen Beiträgen, die sich je an der Höhe der Nominaleinkommen orientieren, prinzipiell gleiche Leistungen gewährt (ausgenommen das Krankengeld nach sechs Wochen). Hier läuft ein vielschichtiger Umverteilungsprozeß ab, der zu Lasten der Besserverdienenden und der ledigen Versicherten geht.

Mit der Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze ist in der Krankenversicherung auch der Umverteilungseffekt dynamisiert worden. Davon werden vor allem jene Versicherten betroffen, deren Einkommen der Beitragsgrenze entsprechen oder aber darüber liegen. Die Koppelung der Beitragsgrenze an die Einkommensentwicklung, die in der Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung der Logik des Systems entspricht, in der Krankenversicherung aber nicht in gleichem Maße zwingend ist, führt dazu, daß die Versicherten mit Einkommen über der Beitragsgrenze die Dynamik der Beitragsentwicklung in besonderem Maße zu spüren bekommen. Das ist genau jene mittlere Einkommensgruppe, die schon am stärksten von der Progression der Einkommensteuer getroffen wird.

Für die Entwicklung der Sozialbelastung ist der Anstieg der Höchstbeiträge besonders signifikant. Nachdem nun für das Jahr 1974 vom Bundesarbeitsministerium die allgemeine Bemessungsgrundlage der Rentenversicherung ermittelt worden ist, läßt sich die Höhe der Sozialbeiträge in den beiden nächsten Jahren sehr zuverlässig abschätzen. 1974 wird die Beitragsgrenze in der Rentenversicherung und in der Arbeitslosenversicherung von derzeit DM 2300,— Monatseinkommen auf DM 2500,— ansteigen; daraus folgt eine Beitragsgrenze in der Krankenversicherung von DM 1875,— (75 % der Grenze in der Rentenversicherung). Dies bedeutet, daß sich der Höchstbeitrag

Prostamed®

Perlurethrale Adenome Stadium I und II · Chronische Prostatitis · Reizblase

Zusammensetzung: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06, Kakao 0,05, Sacch. lact. ad 0,5 g

Dosierung: 3 x täglich 2—4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 60 Tabl. DM 5,80; 120 Tabl. DM 9,90; 360 Tabl. DM 25,85

Dr. Gustav Klein Arzneipflanzenforschung 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald

KLEIN

der Rentenversicherung von gegenwärtig DM 414,– auf DM 450,–, der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung von DM 39,10 auf DM 42,50 und der durchschnittliche Höchstbeitrag der Krankenversicherung von monatlich DM 158,70 auf DM 180,– erhöhen wird. Dabei ist unterstellt, daß sich die Rentenbeiträge mit 18 % des Arbeitsentgelts und der Arbeitslosenbeitrag mit 1,7 % nicht ändern werden, während der Durchschnittsbeitrag in der Krankenversicherung sich von 9,2 auf 9,6 % im Jahresdurchschnitt erhöht. Das ist sicherlich vorsichtig gerechnet.

Freilich muß berücksichtigt werden, daß die genannten Beträge jeweils zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu entrichten sind. Feststeht aber, daß 1974 ein Monatseinkommen von DM 2500,– mit einem Beitrag von DM 672,50 belastet ist gegenüber DM 611,80 im laufenden Jahr. Der Spitzenbeitrag kann selbst dann um gut DM 60,– steigen, wenn das Nominaleinkommen gleich bleiben sollte. Diesen Mehrbelastungen stehen nur in der Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung geringfügig wachsende Ansprüche gegenüber. Führt man diese Rechnung unter der realistischen Annahme auf 10 bzw. auf 2 % steigender Beitragssätze in der Krankenversicherung und der Arbeitslosenversicherung weiter, so sind 1975 Höchstbeiträge von insgesamt DM 742,50 monatlich zu erwarten, da 1975 mit einer Beitragsgrenze von DM 2700,– (DM 2025,– in der Krankenversicherung) zu rechnen ist.

Der Höchstbeitrag würde sogar noch auf monatlich DM 810,– klettern, wenn die Gewerkschaften ihre Forderung nach Anpassung der Beitragsgrenzen in der Rentenversicherung und der Krankenversicherung durchsetzen würden. Gegenwärtig sind die Chancen dafür aber nicht sehr hoch zu veranschlagen, da sich sowohl die FDP wie auch die CDU/CSU ablehnend geäußert haben. Aber das kann sich ja noch ändern. Diese Zahlen machen aber deutlich, daß die Bezieher mittlerer Einkommen bei anhaltender Geldentwertung wegen der Steuerprogression und dem sprunghaften Anstieg der Sozialbelastung selbst bei einem 10 %igen nominalen Einkommenszuwachs eine Minderung ihrer realen Kaufkraft hinnehmen müssen.

Die Sozialpolitiker müßten daraus eigentlich die Schlußfolgerung ziehen, daß dem sozialen Leistungssystem gegenwärtig keine neuen Belastungen zugemutet werden dürfen. Im Rahmen der Bemühungen um die Rückgewinnung der Stabilität muß eben auch über eine finanzielle Konsolidierung des Sozialsystems nachgedacht werden. Die inflationär aufgeblähten Löhne und Beiträge verdecken heute noch, daß bei einem Erfolg der Stabilitätspolitik, bei bescheideneren Zuwachsraten bei Löhnen und Beiträgen, das heutige Leistungssystem nur mit zusätzlichen Beitragserhöhungen durchzuhalten wäre. Aber die Sozialpolitiker scheinen noch ruhig zu sein.

Selbst der Reform der Rentner-Krankenversicherung wird noch immer keine Priorität zugebilligt. Zwar herrscht allgemeines Einvernehmen darüber, daß der Anteil der Krankenversicherung an den Kosten der Rentner-Krankenversicherung von jetzt mehr als 40 % auf 20 % abgesenkt werden sollte. Auch der Sachverständigenrat zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich mit Mehrheit dafür ausgesprochen. Die Krankenversicherung würde dadurch fühlbar entlastet, während die Rentenversicherung bis 1988 mit einer zusätzlichen Last von etwa 80 Mrd. DM zu rechnen hätte. Aber die Rentenversicherung steht bei den Politikern höher im Kurs als die Krankenversicherung. In der Rentenversicherung hätte der Gesetzgeber für die dann fällige Beitragserhöhung geradezustehen, während die Verteuerung der Krankenversicherung von den Selbstverwaltungsorganen zu verantworten wäre. Das ist für die Politiker der bequemere Weg. Die Krankenversicherung wird also bestenfalls auf Kompromisse hoffen dürfen, aber nicht auf eine in sich geschlossene Reform, die fühlbare Entlastungen bringt. Sonst müßte schon stärker die Werbetrommel gerührt werden.

bonn-mot

Viele wissen noch immer nicht, daß man per Dauerauftrag Vermögen bilden kann.

Aus kleinen Beträgen werden große Summen. Durch Dauerauftrag. Automatisch vom Girokonto aufs Sparkassenbuch. Sprechen Sie mit uns.

Sparkasse

Äskulap und Pegasus

Tagung der bayerischen Schriftstellerärzte in Kastl und Schauweckers Schweppermann-Spiel

Aus Anlaß der 26. bis 35. Wiederaufführung von Confrère Schauweckers Schweppermann-Spiel trafen sich am 24. Juni 1973 in Kastl bei Amberg in der Oberpfalz die bayerischen Schriftstellerärzte am Vormittag im Sitzungssaal des Rathauses. Acht Confrères mit ihren Ehefrauen versammelten sich in dem anläßlich der diesjährigen 650-Jahrfeier der Markterhebung Kastls festlich renovierten Rathaussaal: Knetsch, Hellmbrechts; Paschke, Emskirchen; Picard, Rodenbach; Rottler, Nürnberg; Schauwecker, Berching; Steinmetz, Regensburg; Stetter, Amberg; Weigold, Regensburg.

In zwanglosem familiären Beisammensein lasen aus ihren Werken in gebundener Form oder in Prosa: Weigold über seine neue Heimat Irland und sein dortiges Haus, Stetter philosophierte über den Mensch und das Menschenlos, die Kunst, das 85jährige Leid und das Holzbein, Picard las aus seinen soeben erschienenen indonesischen Geschichten das Gleichnis vom bekehrten Bauer (Gadjah der Elefant, Röth-Verlag, Kassel), Knetsch nahm kritisch Stellung zu modernen Problemen wie der Umweltverschmutzung und der Politik, Rottler trug aus der auf seiner Reise ins Heilige Land entstandenen Elegie auf Petra, die rosenrote Stadt der Nabbatäerkönige, vor und Schauwecker gab uns zum Schluß in seinem Gedicht „Die Mauer" einen nachdenklichen und eindrucksvollen Vergleich der chinesischen mit der deutschen Mauer. Es war bedauerlich, daß nicht mehr Confrères der Einladung gefolgt waren, denn die harmonische Lesung, das gemeinsame Mittagessen im Berghof und der anschließende Kaffeetisch führten die Confrères und ihre Frauen zu manchen anregenden Gesprächen zusammen, die von einigen noch nach der Aufführung des Schauweckerschen Spieles fortgesetzt wurden.

Am Nachmittag besuchten wir dann die ehrwürdige Basilika des ehemaligen Benediktiner-Klosters Kastl mit dem Grab Seyfried Schweppermanns. Auf dem Sarkophag steht die Inschrift: „Hie Leit Begraben Herr Seyfried Schweppermann – Alles Thuns und Wandls wohlgetan. Er ist nun Todt, dem Gott benod. Obijt 1337". Auf dem Grabmal ist eine Vase mit zwei Eiern angebracht. Die Gebäulichkeiten des ehemaligen Klosters dienen heute dem bekannten ungarischen Exilgymnasium als Heimstatt.

Schauweckers Schweppermann-Spiel erlebt bereits die vierte Spielperiode, vorher wurde es 1953, 1956 und 1960 aufgeführt, in dem großen Klosterburghof immer vor ausverkauftem Haus; ein Beweis, daß gute Dichtung auch heute noch dankbare Zuhörer findet. Das Fernsehen brachte im Bayernjournal Ausschnitte aus dem Spiel in Farbe und der Bayerische Rundfunk sendete ein Interview mit dem Dichter des Spiels Heinz Schauwecker und Bürgermeister Moser, der, wie in den vorhergegangenen Spieljahren, gekonnt und mit viel Liebe den Oberpfälzer Volkshelden Schweppermann verkörperte. Der bayerische Ministerpräsident Dr. h. c. Goppel war Schirmherr und Regierungspräsident Dr. Ernst Emmerig hob in seinem Geleitwort die Bedeutung der Dichtung für die Menschen unserer Zeit hervor: „Damit werden Vorgänge aus der Geschichte von Kastl, in denen Ursituationen der Menschen aller Zeiten sichtbar werden, wie Versuchung und Treue, Kampf und Sehnsucht nach Frieden, Liebe und Sorge um die Liebe, Jugend und Tod den Bürgerinnen und Bürgern von Kastl als den Nachfahren der damaligen Einwohner und einem großen Zuschauerkreis nahegebracht und alle zur Besinnung auf Herkunft und Zukunft unseres Volkes angeregt."

Wie unser Confrère Heinz Schauwecker dazu kam, dieses Spiel zu schreiben, erzählt er in der „Oberpfalz", 6/1973: Ihm, dem von Jugend auf historisch Interessierten, zog auf seinen Fahrten nach Amberg die Klosterburg von Kastl mächtig an und er ging deren Geschichte einmal nach. Dabei erfuhr er, daß im Jahre 1319 das dreijährige Töchterlein Kaiser Ludwigs des Bayern, damals noch König, in Kastl starb und noch heute in der Klosterkirche als Mumie zu sehen ist. In dieser hängt auch die 100 Ztr. schwere Glocke, „Kaiserglocke" oder „Stürmerin" genannt, die von Schweppermann, Abt Hermann und vielen Edlen des Nordgaues zum Dank für den Sieg der Schlacht bei Mühldorf am 28. September 1322, der letzten Ritterschlacht ohne Feuerwaffen auf deutschem Boden, gestiftet und in Anwesenheit Ludwig des Bayern am 8. Januar 1323 eingeweiht wurde. Die Schweppermannsburg befindet sich unweit Kastls auf der Straße nach Neumarkt. So war es für den Dichter Heinz Schauwecker nicht schwer, alle diese geschichtlichen Vorgänge zu einem schönen Spiel zusammenzufügen, wobei er alle politischen, kirchlichen und kulturellen Hintergründe jener Zeit herausarbeitete. Es entstand ein Werk, das, wenn es uns auch im historischen Gewande um 650 Jahre zurückführt, heute einer gewissen Aktualität nicht entbehrt, und das uns durch die wirklichkeitsgetreue Darstellung seiner Gestalten einen lehrreichen Blick in unsere Vergangenheit werfen läßt. Man denke nur daran, daß Ludwig der Bayer damals das zum Nordgau gehörige Egerland dem Böhmenkönig Johann verpfändete, um dessen Hilfe

Wer, bitte, hat schon gerne Schnupfen?

Eine verstopfte Nase, ein verwünschtes Kribbeln, ungebärdiges Tropfen und ein dumpfes Druckgefühl in Nasenwurzel und Stirn schikanieren den Verschnupften – und reflektorisch quillt zu allem Überfluß die Träne. Dies alles auch noch eine ganze Woche. –
Da jedermann weiß, daß niemand weiß, wie man den Schnupfen abschaffen könnte, versucht ein jeder auf seine Weise, der üblen Lage Herr zu werden. Frischluft, Nasentropfen, Salbe auf den Nasenrücken, Nasentropfen, zwei kräftige Schneuzer, Nasentropfen, Inhalation, Nasentropfen, erleichtertes Aufatmen, Nasentropfen.

Und wie wär's mit Nasenspray?

Aber natürlich: Nasenspray.

Noch besser

Dexa-Rhinospray®

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

Dexa-Rhinospray®

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

Dexa-Rhinospray®
Dosier-Aerosol

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

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

Dosierung
Als Einzelgabe genügt ein einmaliger Spray in jede Nasenöffnung bzw. in die betroffene Gehörgangsöffnung nach besonderer Gebrauchsanweisung. Diese Anwendung kann bis zu 6 mal innerhalb 24 Stunden wiederholt werden.
Dexa-Rhinospray ist nur für Erwachsene und Schulkinder bestimmt.

Eine Einzeldosis enthält:
2-(5,6,7,8-Tetrahydro-1-naphthyl-amino)-2-imidazolin-hydrochlorid 0,12 mg,
Neomycinsulfat 0,10 mg,
Dexamethason-21-isonicotinat 0,02 mg

Originalpackung mit 9 g DM 10.45 lt. AT
Klinikpackung

Dr. Karl Thomae GmbH
Biberach an der Riss

Thomae

gegen Friedrich den Schönen von Österreich im Kampf um die deutsche Königskrone zu gewinnen. Seit dieser Zeit gehört das Egerland zu Böhmen! Wer weiß dies heute noch? Auch dem Rezensenten kam es erst durch Schauweckers Spiel wieder zu Bewußtsein. Allegorische Figuren wie der Schalksnarr, der Tod, die Not und die Zwietracht erinnern an die Leiden jener schweren Zeit und fordern zur inneren Einkehr auf. Daß natürlich jene humorvolle Szene, da König Ludwig an seine Mannen Eier verteilte mit dem Spruche: „Jedem Mann ein Ei, dem braven (frommen) Schweppermann aber zwei", nicht fehlen durfte, versteht sich von selbst.

Die künstlerische Leitung der fünf Bilder, die das Geschehen in den Jahren 1319, 1321, 1322 und 1323 zeigen, lag bei Oberspielleiter Gustl Altenöder, Regensburg, und die organisatorische Leitung bei Rektor Ludwig Sigl. Der alte Klosterburghof gab eine hervorragende Kulisse dazu. Die schauspielerische Leitung war ausgezeichnet, einige Darsteller waren sogar weit über dem Niveau von Laienspielern und zeigten bühnenreife Auftritte. Doch es wäre ungerecht, einzelne hervorzuheben, denn alle Beteiligten machten das besinnlich heitere Spiel des Dichters für die Zuschauer in dem bis auf den letzten Platz besetzten Klosterburghof zu einem einmaligen Erlebnis.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Kongresse

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie

am 7./8. Juni 1974 in Nürnberg

Am 7./8. Juni 1974 findet der Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie in Nürnberg statt.

Themen:

1. Anpassung an das Alter

Anpassung an die veränderte körperliche, psychische und soziale Situation — Spezielle Anpassungsprobleme wie Wohnung, Pensionierung, Ernährung, körperliche Aktivität, Straßenverkehr — Anpassungshilfen durch Pädagogen, Theologen, Arzt und Psychiater

2. Geriatrie in der Praxis

mit Schwerpunkten Herz und Kreislauf, Respirationstrakt, Diabetes, Bewegungsapparat, urologische Erkrankungen — Round-Table-Gespräch mit dem Thema „Therapieprobleme im Alter"

Vortragsanmeldungen zu den genannten Themen mit einer halb- bis einseitigen Zusammenfassung werden bis zum **15. Januar 1974** erbeten an den Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Chefarzt Dr. H. Kaiser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus.

Scheffeln Sie Ihre Bauspar-Prämie. Bis 31. 12.

Bis zum 31. 12. können Sie für 1973 noch die volle Jahresprämie oder bedeutende Steuervorteile bekommen.
Greifen Sie jetzt zu. Denn Bausparen ist eine der günstigsten Geldanlagen, die es heute gibt.
Und wenn Sie dann bauen oder kaufen, profitieren Sie von unserem zinsgünstigen Baudarlehen zu 5%.
Unveränderlich zinsfest.
Kommen Sie zu uns. Bis 31. 12.
Sie finden uns überall. In unseren vielen Beratungsstellen und bei allen Sparkassen.

Landes Bausparkasse

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

24. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 7. bis 9. Dezember 1973

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

Freitag, 7. Dezember 1973

Tagesthemen:

1. Intensiv-Einsatz in der Praxis

9.00 – 9.40 Uhr:
Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Hauptthemen

9.40 – 10.10 Uhr:
Prof. Dr. H. Gillmann, Ludwigshafen/Rh.
Akuter Herzanfall (Herzinfarkt und schwere Rhythmusstörungen)

10.10 – 10.35 Uhr:
Prof. Dr. F. Heim, Erlangen
Akute medikamentöse Unverträglichkeiten

10.35 – 11.05 Uhr:
Prof. Dr. H. Sattes, Würzburg
Differentialdiagnose und Differentialtherapie bei akuten Erregungszuständen

11.05 – 11.45 Uhr:
Pause zum Besuch der Ausstellung

11.45 – 12.15 Uhr:
Prof. Dr. E. Schreck, Erlangen
Akute Augenerkrankungen und ihre Behandlung

12.15 – 12.45 Uhr:
Prof. Dr. R. Schubert, Nürnberg
Therapie akuter bronchopulmonaler Erkrankungen

13.45 – 14.50 Uhr:
Filmvorführung
„Atmungsinsuffizienz – der Weg in das Cor pulmonale"
Dr. Karl Thomae GmbH

„Die neurologische Untersuchung von Neugeborenen und Säuglingen im Rahmen des Vorsorge-Programms der Bundesärztekammer"

2. Perinatologie

15.00 – 15.25 Uhr:
Prof. Dr. G. Stark, Nürnberg
Diagnostik und Therapie der Risikoschwangerschaft

15.25 – 15.50 Uhr:
Prof. Dr. O. Viveli, Karlsruhe
Die für die Praxis wichtigen Infektionskrankheiten in der Perinatalperiode

15.50 – 16.15 Uhr:
Prof. Dr. K. Schreier, Nürnberg
Probleme der Früh- und Mangelgeburt

16.15 – 16.40 Uhr:
Prof. Dr. K. Fischer, Hamburg
Praktische Bedeutung der Immunologie in der Schwangerschaft und Postnatalperiode

16.40 – 17.20 Uhr:
Pause zum Besuch der Ausstellung

17.20 – 18.30 Uhr:
Farbfernseh-Demonstration mit Eidophor Ciba-Geigy
Differentialdiagnostik rheumatischer Erkrankungen
Miehlke, Siemens, Jentsch, Wiesbaden
einschließlich Diskussion

Samstag, 8. Dezember 1973

Tagesthema: Neuester Stand der Pharmakotherapie

9.30 – 10.00 Uhr:
Prof. Dr. D. Michel, München
Herzglykoside und koronarwirksame Substanzen

10.00 – 10.20 Uhr:
Prof. Dr. F. Scheiffarth, Erlangen
Immunsuppressiva

10.20 – 10.50 Uhr:
Prof. Dr. H. Mathies, Bad Abbach
Antirheumatika

10.50 – 11.30 Uhr:
Pause zum Besuch der Ausstellung

11.30 – 11.55 Uhr:
Dr. H. Kaiser, Augsburg
Kortikoide

11.55 – 12.20 Uhr:
Dr. H. L. Staudacher, Nürnberg
Pharmakotherapie bei Vergiftungen

13.30 – 14.50 Uhr:
Filmvorführung
„Die Hochdruckkrankheit"
Farbwerke Hoechst AG

„Thrombolysebehandlung"
Deutsche Kabi GmbH

(Fortsetzung auf Seite 1126)

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID.

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

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

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

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im August 1973*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldehäufigkeit von Scharlach sank im August auf einen relativ recht niedrigen Stand, nämlich von 38 Fällen im Juli auf 23 Fälle je 100000 Einwohner (jeweils umgerechnet auf ein Jahr). Auch die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung ging gegenüber dem Vormonat leicht zurück und unterschied sich damit deutlich von der des gleichen Monats im Vorjahr. Im August 1972 wurden – je 100000 Einwohner – 4 Fälle von Meningokokken-Meningitis und 35 Fälle sonstiger Formen übertragbarer Meningitis bekannt, im August dieses Jahres 2 bzw. 7 Fälle.

An Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) erkrankten im August mehr Menschen als im Juli, und zwar stieg die Ziffer von 44 auf 52 je 100000 der Bevölkerung. Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) blieb praktisch unverändert bei 34 Fällen je 100000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. Juli bis 1. September 1973 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Hirnhautentzündung: Kinderlähmung		Hirnhautentzündung: Meningokokken-Meningitis		Hirnhautentzündung: übrige Formen		Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa: Salmonellose		Enteritis infectiosa: übrige Formen		Botulismus	
	E[1]	ST[2]	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbeyern	2	1	84	–	–	–	8	–	24	–	–	–	2	–	2	–	13	–	204	1	5	–	2	–
Niederbeyern	–	–	13	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	28	–	6	–	–	–
Oberpfalz	–	–	17	–	–	–	6	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	92	–	1	–	–	–
Oberfranken	–	–	34	–	–	–	2	–	23	–	–	–	1	–	1	–	1	–	48	1	–	–	–	–
Mittelfranken	–	–	36	–	–	–	2	–	9	–	–	–	1	–	–	–	–	–	81	–	–	–	–	–
Unterfranken	–	–	34	–	–	–	1	–	10	–	–	–	1	–	2	–	–	–	51	–	3	–	–	–
Schwaben	–	–	22	–	–	–	2	–	1	–	–	–	1	–	2	–	4	–	39	–	3	–	–	–
Bayern	2	1	240	–	–	–	22	–	71	–	–	–	7	–	7	–	18	–	543	2	18	–	2	–
München	2	1	30	–	–	–	–	–	4	–	–	–	2	–	1	–	10	–	88	1	–	–	2	–
Nürnberg	–	–	16	–	–	–	1	–	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	25	–	–	–	–	–
Augsburg	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	1	–	3	–	6	–	–	–	–	–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8	–	–	–	–	–
Würzburg	–	–	5	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	6	–	–	–	–	–
Fürth	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–

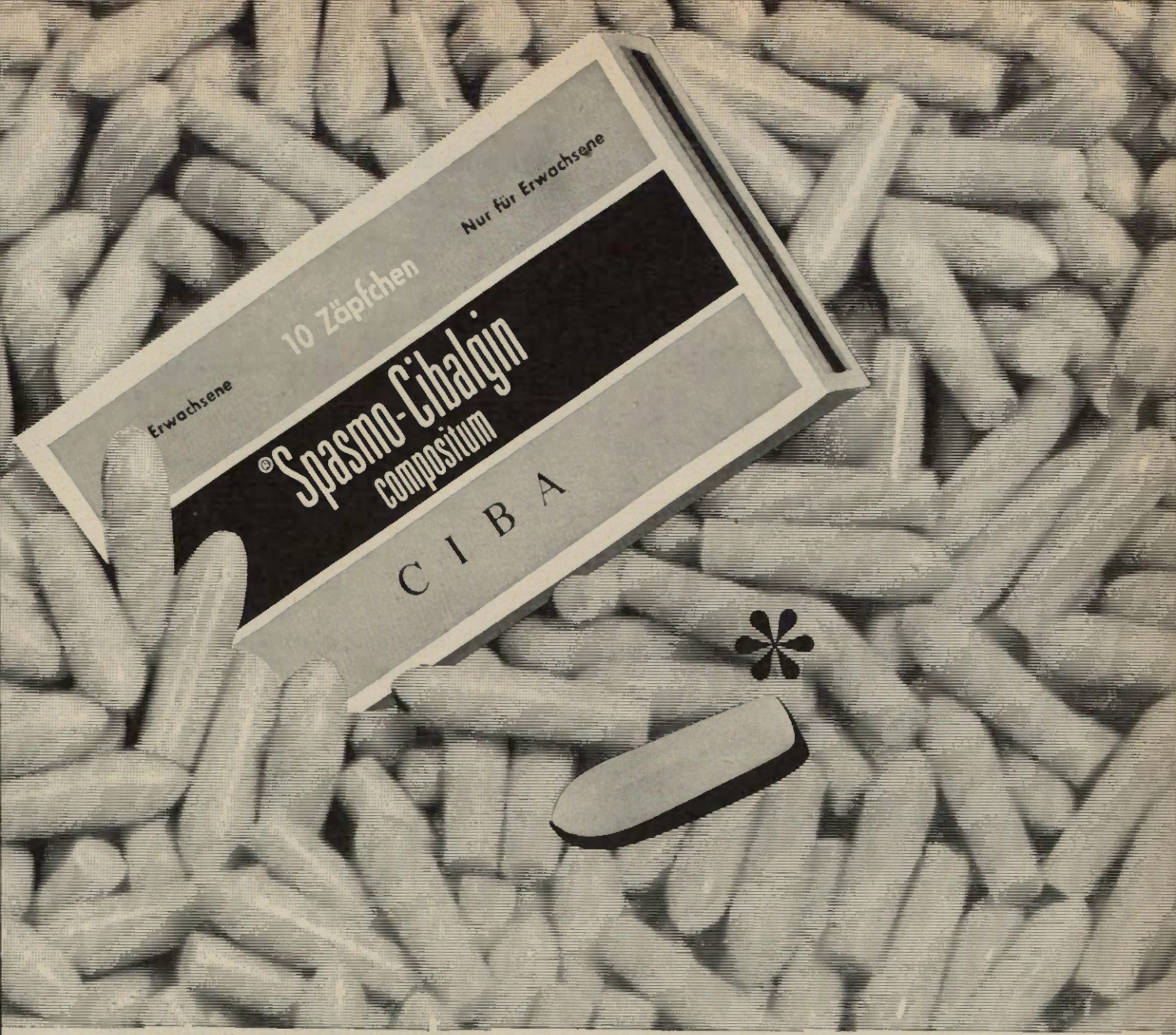
Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24
	Hepatitis infectiosa		Ornithose: Psittacose		Ornithose: übrige Formen		Bangsche Krankheit		Leptospirose: Weilsche Krankheit		Leptospirose: übrige Formen		Malaria-Ersterkrankung		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf						Verdachtsfälle von Tollwut[3]
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbeyern	136	–	–	–	1	–	1	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–					7
Niederbeyern	44	–	1	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–					1
Oberpfalz	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–					8
Oberfranken	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					8
Mittelfranken	50	1	–	–	–	–	2	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–					4
Unterfranken	34	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Schwaben	43	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	–	–	–					30
Bayern	353	2	1	–	3	–	3	–	1	–	1	–	1	–	5	–	1	–					58
München	71	–	–	–	1	–	–	–	1	–	–	–	–	–	1	–	–	–					4
Nürnberg	23	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Augsburg	11	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Regensburg	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Würzburg	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–					–
Fürth	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	–					–

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

[1]) „E" = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtefälle.

[2]) „ST" = Sterbefälle.

[3]) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.



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

Zusammensatzung

	Amino-phenazon	Diethyl-barbitur-säure	Tresen-tin®-6H	Codein-phosphat
Drag.	0,220 g	0,030 g	0,025 g	0,020 g
Zäpfch.	0,500 g	0,060 g	0,050 g	0,040 g

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

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

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

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

3733

CIBA Pharmazeutika · Büro München

15.00 – 15.40 Uhr:
Prof. Dr. K. H. Spitzy, Wien
Antibiotika und Sulfonamide

15.40 – 16.20 Uhr:
Prof. Dr. W. Börner, Würzburg
Schilddrüsenhormone und Thyreostatika

16.20 – 16.40 Uhr:
Prof. Dr. F. Krück, Bonn
Antihypertensiva und Antihypotonika

16.40 – 17.20 Uhr:
Peuse zum Besuch der Ausstellung

17.20 – 18.30 Uhr:
Farbfernseh-Demonstration mit Eidophor Ciba-Geigy
Zur Klinik der Hypertonie und Hypotonie
Krück, Kramer, Stumpe, Bonn
einschließlich Diskussion

Sonntag, 9. Dezember 1973

Tagesthema: Probleme der Konzeptionsverhütung

9.00 – 9.40 Uhr:
Prof. Dr. H. Scheefer, Heidelberg
Sozialmedizinische Aspekte der Familienplanung

9.40 – 10.20 Uhr:
Dr. K. Schwarz, Wiesbaden
Quantitative Auswirkungen der Konzeptionsverhütung

10.20 – 11.00 Uhr:
Peuse zum Besuch der Ausstellung

11.00 – 11.40 Uhr:
Prof. Dr. J. Zander, München
Probleme der Konzeptionsverhütung aus gynäkologischer Sicht

11.40 – 12.10 Uhr:
Prof. Dr. H. Reisner, Wien
Komplikationen auf neuropsychiatrischem Gebiet bei Einnahme von Ovulationshemmern

12.10 – 12.50 Uhr:
Prof. Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg
Funktionelle und organische Komplikationen bei Ovulationshemmern

12.50 Uhr:
Diskussion

Das Programm wurde allen Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland zugesandt.

Sitzung der Münchener Dermatologischen Gesellschaft e. V.

am 14. November 173 in München

Am 14. November 1973 findet in München eine Sitzung der Münchener Dermatologischen Gesellschaft e. V. statt.

Tagesordnung

1. Krankenvorstellung
2. Diskussion über die vorgestellten Patienten
3. H.-J. Vogt, München:
   Behandlung der Anorgasmie des Mannes
4. M. Meinhof, Erlangen:
   Candida-Mykosen: Klinik, Pathogenese und Behandlung

Ort: Ambulanzen und anschließend im großen Hörsaal der Dermatologischen Klinik der Universität
Zeit: 18.00 Uhr s. t.

6. Ärztliche Fortbildungstagung Aktuelle Rheumaprobleme

am 1. Dezember 1973 in München

Am 1. Dezember 1973 veranstaltet die Medizinische Fakultät der Universität München die 6. Ärztliche Fortbildungstagung „Aktuelle Rheumaprobleme".

Thema: Knochenerkrankungen

Ort: München, Kongreßhalle, Theresienhöhe

Zeit: 8.30 Uhr

Auskunft: Professor Dr. med. H. Mathies, Chefarzt der Medizinischen Klinik, Rheumazentrum Bad Abbach, 8403 Bad Abbach

Fortbildungsveranstaltung der Universitäts-Kinderklinik Würzburg

am 8. Dezember 1973 in Würzburg

Am 8. Dezember 1973 veranstaltet die Universitäts-Kinderklinik Würzburg (Direktor: Professor Dr. Ströder) eine Fortbildungstagung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Kinderärzte.

Thema: Tuberkulose im Kindesalter

Beginn: 9.00 Uhr – **Ende:** gegen 12.00 Uhr

Auskunft: Universitäts-Kinderklinik und Kinderpoliklinik Würzburg, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße, Telefon (0931) 3831

Liquirit® Magentabletten
Volle Wirksamkeit auf therap. Breite
bei Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis, Hyperacidität, nervösen Magenbeschwerden
KP 30/DP. 60 Tabl.
Dr. Graf & Comp. Nchf., Hamburg 52 - seit 1889

Mitteilungen

Jakob Fugger-Medaille verliehen

Die Jakob Fugger-Medaille für hervorragende Verdienste um das Zeitschriftenwesen wurde vom Kuratorium der Stiftung Jakob Fugger-Medaille dem Verleger Dr. Edmund Banaschewski verliehen.

Dr. Banaschewski ist Eigentümer des von ihm vor 35 Jahren gegründeten Verlagshauses Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski in München.

Im Pressewesen wurde Dr. Banaschewski allgemein bekannt durch seine berufspolitische Arbeit.

Curt-Adam-Preis 1974

Der von der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V. gestiftete Curt-Adam-Preis ist für das Jahr 1974 für die beste Arbeit zu dem Thema „Nebenwirkungen der Arzneimitteltherapie" ausgeschrieben worden.

Arbeiten, die der Fortbildung der Ärzte dienen und die im Jahre 1973 fertiggestellt oder veröffentlicht werden, können bis zum **31. Dezember 1973** zur Bewerbung um den Preis in dreifacher Ausfertigung als Sonderdruck oder Manuskript eingereicht werden an: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 1000 Berlin 41, Klingsorstraße 21.

Der Preis besteht in der Verleihung einer Urkunde sowie einer Goldmünze, und es ist ein Barpreis von DM 5000,– ausgesetzt. Er kann an Ärzte jeder Staatsangehörigkeit verliehen werden. Voraussetzung ist nur, daß die Arbeit in deutscher Sprache eingereicht wird.

Ab 1974 Preis der DHS

Der Vorstand der Deutschen Heuptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) hat nunmehr endgültig beschlossen, ab 1974 einen mit DM 5000,– dotierten Preis für „hervorragende Leistungen, die der Abwehr von Suchtgefahren und der Hilfe für Suchtkranke und Suchtgefährdete dienen", zu verleihen.

Der Preis kann en Personen, Verbände und/oder Institutionen verliehen werden, die auf dem anstehenden Sachgebiet tätig sind und hervorragende Arbeit geleistet haben.

Bewerbungen um den Preis sind mit ausführlicher Begründung jeweils bis zum **31. Dezember** des Kalenderjahres, das dem Jahr der Preisverleihung vorausgeht, an die Geschäftsstelle der DHS, 4700 Hamm, Bahnhofstraße 2, Postfach 109, zu richten.

Der Preis, der auch geteilt werden kann, wird jährlich im Herbst im Rahmen der Fachkonferenz oder des Wissenschaftlichen Symposions der DHS in einem besonderen Festakt verliehen.

Kongreßkalender

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

Dezember 1973

1. 12. in München:

Herbsttagung der Bayerischen EEG-Arbeitsgemeinschaft. Auskunft: Professor Dr. J. Kugler, Neurologische Klinik der Universität, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.

Klopf, Klopf Haben Sie schon mal ausprobiert, wie es klingt, wenn man an eine gute, alte Ziegelwand klopft? Haben Sie schon mal ausprobiert, wie es klingt, wenn es sich um keine Ziegelwand handelt – speziell bei Fertighäusern? Machen Sie den Klopftest bei uns – und anderswo. Und Sie erkennen:

Das **invormbau ziegelmontagehaus**

bietet Ihnen die Vorzüge eines massiven Ziegelhauses plus die Wirtschaftlichkeit eines modernen Fertigbaus

Preisgünstig, schnell und sorglos bauen
Wir bauen Ihr ganzes Haus einschließlich Keller in 8–12 Wochen zum Festpreis. Wir sind Ihr einziger Vertragspartner und bauen durch die Vorfertigung rationell – mit einem höheren Qualitätsstandard als bei konventionellen Bauten. Das bringt Freude und spart Ihnen Geld.

Massiver Ziegelbau
Ziegelwände garantieren gesundes Wohnen, angenehmes Raumklima und ausgezeichnete bauphysikalische Werte bei Wärmedämmung, Wärmespeicherung, Druckfestigkeit, Atmungsfähigkeit, Schalldämmung und Luftfeuchtigkeitsregelung. Keine komplizierten Formeln – Erfahrungen von mehr als 4000 Jahren sprechen für das Ziegelhaus.

Geringe Unterhaltskosten
Im invormbau-Haus sparen Sie Heizungskosten und durch die Klinker-Fassade Renovierungskosten für die Erneuerung von Putz und Anstrich.

invormbau – ziegelmontagehaus – das Fertighaus aus Ziegeln

Information durch: ERLUS BAUSTOFFWERKE AG, 8301 Neufahrn/Ndb., Postfach 40, Tel. (08773) 351

1. – 2. 12. in Boppard:

Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge und Seminar „Autogenes Training". Auskunft: Dr. G. Eberlein, Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

1. – 2. 12. in Hennef:

Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. med. D. Schnell, 5207 Ruppichteroth, Otto-Willach-Straße 2.

1. – 2. 12. in München:

Tagung der Münchener Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft. Auskunft: Professor Dr. G. Boette, 8130 Starnberg, Prinzenweg 1.

3. – 6. 12. in Neuherberg:

Symposion über somatische und genetische Wirkungen bestrahlter Lebensmittel. Auskunft: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

3. – 7. 12. in München:

Sozialmedizinischer Informationskurs. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

3. – 8. 12. in Wiesbaden:

15. Gynäkologisches und geburtshilfliches Symposion am Krankenbett. Auskunft: Professor Dr. H. Albers, Sekretariat der Städtischen Frauenklinik Wiesbaden, 6200 Wiesbaden, Idsteiner Straße 111.

4. – 8. 12. in München:

Kurs für Manuelle Behandlung der Extremitätengelenke. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin e. V., 4700 Hamm, Ostenallee 80.

7. – 8. 12. in Bochum:

Tagung der Gesellschaft für Lungen- und Atmungsforschung. Auskunft: Gesellschaft für Lungen- und Atmungsforschung, Institut für Lungenfunktionsforschung, 4630 Bochum, Hunscheidstraße 12.

7. – 9. 12. in München:

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

7. – 9. 12. in Nürnberg:

24. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16.

8. 12. in Iserlohn:

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

8. 12. in Leverkusen:

Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge einschließlich Seminar „Autogenes Training". Auskunft: Dr. G. Eberlein, Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

12. – 15. 12. in Wien:

10. Kurs über klinische Echo-Ophthalmographie (A- und B-Bilduntersuchungen des Auges und der Orbita). Auskunft: Dr. P. Till, 2. Universitäts-Augenklinik, A-1090 Wien, Alser Straße 4.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind Prospekte der Firmen **Asche & Co. KG, Hamburg,** und **Lindsay Pfäfflé KG, Heilbronn,** beigefügt.

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, Telefon (089) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, vertreten durch Dr. med. Lother Sluka. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

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

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

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rückaendung 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 gegenseitige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Dismenol®

1 Tablette enthält: Perasulfamidobenzoesäure 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

fermento duodenal

wirkt in Minuten statt in Stunden

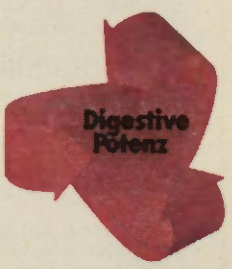
am Wirkort der Fermente

FERMENTO DUODENAL erfüllt drei wichtige Forderungen in der Ferment-Therapie

1. Die Spezial-Kapsel schützt die hochwertigen Fermente während der Magen-Passage
2. Die Spezial-Kapsel setzt die Fermente am Wirkort minutenschnell frei
3. Die Spezial-Kapsel sichert eine hohe Ferment-Aktivität im Fett-Resorptionsbereich

Die Verdauungs-Leistung setzt also rasch und kraftvoll ein

fermento duodenal mit kraftvoller Digestiver Potenz



Zusammensetzung: 1 Kapsel FERMENTO DUODENAL enthält:
400 mg Pankreas-Fermente (Lipase, Amylase, Proteasen) 40 mg Dimethylpolysiloxan (aktiviert)
Dosierung: Während oder nach den Hauptmahlzeiten 1 Kapsel unzerkaut, eventuell mit etwas Flüssigkeit, einnehmen
Handelsform: Packung zu 50 Kapseln · **Preis:** DM 14.70 · **Kosten pro Tagesdosis:** DM 0.59
Indikation: Ungenügende Verdauungsleistungen, besonders bei Pankreas-Ferment-Mangel (pathologisch und altersbedingt) · **Kontraindikationen:** keine

Sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH · 4019 Monheim/Rheinland

Bei der

Stadt Augsburg

– Gesundheitsamt –

ist zum 1. Januar 1974 die Stelle des

Gutachters

zu besetzen.

Die Planstelle ist bis BesGr. A 15 BayBesO (= Medizinaldirektor) bewertet.

Es handelt sich um amtsärztliche Gutachten für Erwachsene. Amtsarztexamen und Erfahrungen im Gutachterwesen sind erforderlich.

Die Stadt gewährt die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen. Die Möglichkeit zur Ausübung von Nebentätigkeiten ist im Rahmen der Nebentätigkeitsverordnung gegeben. Kongreßbesuche sind gewährleistet. 4½-Tage-Woche.

Augsburg (260 000 Einwohner) ist Universitätsstadt mit Pädagogischer Hochschule, Fachhochschule und sämtlicher Arten weiterführender Schulen. Die Stadt hat hohen Freizeitwert.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisabschriften und Tätigkeitsnachweisen werden bis 20. November 1973 an das **Personalamt der Stadt Augsburg, 8900 Augsburg, Maximilianstraße 4,** erbeten. Telefonische Auskünfte werden gerne erteilt unter Nummer (08 21) 3 24 22 36.

Beim **Städtischen Krankenhaus Weißenburg i. B.** ist die Stelle einer

med.-techn. Assistentin

für Röntgen

(bzw. einer Röntgenhelferin) zum Anfang 1974 zu besetzen. Bezahlung nach Tarif (BAT). Zusätzliche Altersversorgung. Beihilfen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Stadt, 8832 Weißenburg i. Bay. – Personalamt.**

Die

Landesversicherungsanstalt Schwaben

sucht für den Vertrauensärztlichen Dienst in Kaufbeuren (Allgäu) einen

hauptamtlichen Sozialgutachter

Die Tätigkeit erfordert Interesse an der Sozialmedizin. Neben einer guten medizinischen Ausbildung wäre die Anerkennung als Facharzt für innere Krankheiten oder für Nervenkrankheiten erwünscht.

Vergütung nach BAT; bei Erfüllung der rechtlichen Voraussetzungen kann Übernahme in das Beamtenverhältnis erfolgen. Gewährung von Trennungsentschädigung, Umzugskosten und Beihilfen. Nebentätigkeit wird im Rahmen der einschlägigen Bestimmungen zugestanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die **Landesversicherungsanstalt Schwaben, Personalabteilung, 8900 Augsburg, An der Blauen Kappe 18, Telefon (08 21) 3 10 82 25.** Der Landesvertrauensarzt steht zu einem Informationsgespräch zur Verfügung, **Telefon (08 21) 2 58 15).**

Die **Krankenanstalt Rotes Kreuz, München,** sucht zum baldmöglichsten Eintritt

1 Oberarzt

für die zweite Innere Abteilung. Unser modern eingerichtetes Haus hat 450 Betten mit echt Fachabteilungen und liegt an zentraler Stelle.

Die tarifliche Regelung erfolgt nach dem BAT.

Bewerbungen werden erbeten an die

Verwaltung der Krankenanstalt Rotes Kreuz, 8000 München 19, Nymphenburger Straße 163

Chirurg gesucht

In der **Marktgemeinde Zusmarshausen, Landkreis Augsburg,** wird dringend ein

Facharzt für Chirurgie

benötigt. Zusmarshausen hat ca. 2500 Einwohner und ein ausgedehntes Einzugsgebiet von ca. 10 000 Einwohnern. Im Markt befindet sich ein allgemeines Krankenhaus mit 90 Betten des Krankenhauszweckverbandes Augsburg mit den Abteilungen Chirurgie und Geburtshilfe sowie Innere Medizin. Die Abteilungen werden von zwei Belegärzten versorgt.

Der Belegarzt für Chirurgie und Geburtshilfe scheidet Ende dieses Jahres aus Altersgründen aus dem Belegarztverhältnis aus. Die Belegbetten werden dem Nachfolger zur Verfügung gestellt.

Am Ort ist außerdem eine neu errichtete Fachklinik für Lungen- und Bronchialerkrankungen der LVA Schwaben mit 152 Betten und eine leistungsfähige Apotheke.

Zusmarshausen liegt ca. 25 km von Augsburg entfernt und hat Anschluß an die Autobahn München bzw. Augsburg und Stuttgart sowie eine Omnibusverbindung nach Augsburg. Zusmarshausen entwickelt sich zu einem zentralen Erholungsort. Derzeit entsteht ein Badesee mit 120 000 Quadratmetern, der 1974 in Betrieb genommen wird.

Zusmarshausen hat eine Verbandsheuptschule. Nächstes Schulzentrum ist die Universitätsstadt Augsburg.

Die Marktgemeinde ist bereit, die Niederlassung eines Chirurgen nach besten Kräften, insbesondere in der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen, zu unterstützen.

Interessenten werden gebeten, sich brieflich oder persönlich mit uns in Verbindung zu setzen.

MARKT
8901 Zusmarshausen
Telefon (0 82 91) 2 53

Bei den **Krankenanstalten des Landkreises Dachau** (15 km vor der Landeshauptstadt München – S-Bahnanschluß) sind in der **Radiologischen Abteilung** wegen Erweiterung des Stellenplanes ab 1. Januar 1974 folgende Stellen zu besetzen:

1 Oberarzt

Der Bewerber muß die Facharztanerkennung besitzen oder im letzten Jahr der Facharztweiterbildung stehen. Vergütung nach I b BAT mit Nebeneinnahmen.

1 Assistenzarzt

Vergütung nach II BAT.

1 MTA

Die Radiologische Abteilung versorgt ein 1970 gebautes Kreiskrankenhaus mit 366 Betten und verfügt über alle neuzeitlichen Untersuchungsverfahren einschließlich Angiographie und Nuklearmedizin. Teilzulassung zur Facharztweiterbildung.

Bei der Wohnungsbeschaffung ist der Arbeitgeber behilflich. Für die MTA steht ein modernes Appartement zur Verfügung.

Bewerbungen mit Unterlagen werden erbeten an die **Verwaltung des Kreiskrankenhauses Dachau** oder an den **Chefarzt der Radiologischen Abteilung, Dr. Ulf Meyer, 8060 Dachau, Krankenhausstraße 15.**