



## Presseerklärung zur gesundheitspolitischen Plakataktion der SPD

„Seine Bereitschaft, dem Bundesjustizminister und bayerischen SPD-Landesvorsitzenden Dr. Hens-Jochen Vogel noch vor der Landtagswahl in Bayern die wichtigsten Grundkenntnisse über die ärztliche Versorgung in Bayern zu vermitteln, erklärte der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Hens-Joachim Sewering, am Donnerstag, dem 17. Oktober 1974 in München zu einer Plakataktion der bayerischen SPD.

Wenigstens eine Basisinformation über gesundheitspolitische Daten und Fakten der ärztlichen Versorgung in den Städten und in den Länderebenen Bayerns durch Einsicht in die einschlägigen Statistiken und durch persönliche Anschauung des Gesundheitswesens sollte der Spitzenkandidat der Oppositionspartei haben, erklärte Professor Sewering weiter, wenn er sich in Wort und Schrift über Aufgaben und Probleme der ambulanten ärztlichen Versorgung während des Landtagswahlkampfes äußere.

Auch der Spitzenkandidat der SPD müsse wissen, welche Erfolge die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns gerade innerhalb der letzten zwei Jahre erzielt habe, in der die Zahl der Neuniederlassungen von Kassenärzten gerade in den Länd- und Stadtrandgebieten sprunghaft gestiegen sei.

„Im Jahre 1973 haben die ärztliche Selbstverwaltung und die Bayerische Staatsregierung zusammen über 21 Millionen DM für diese Zwecke mit großem Erfolg eingesetzt“, erklärte Professor Sewering, „während die Verwirklichung der strukturpolitischen Vorstellungen der SPD-Opposition eine weitere Ausblutung der Ländgebiete nicht nur hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung, sondern auch in wirtschafts- und bildungspolitischen Fragen bedeutet hätte.“

„Wir kennen keine gesundheitspolitische Konzeption der bayerischen SPD, die eine wirkliche Verbesserung der ärztlichen Versorgung jedes einzelnen Bürgers bedeuten würde“, erklärte Professor Sewering abschließend, „vielmehr zielten alle Vorschläge zur Einrichtung von Ambulatorien und medizinisch-technischen Zentren darauf ab, anstelle der ortsnahen persönlichen ärztlichen Versorgung anonyme Zentraleinrichtungen zu schaffen, in denen der Patient zum Objekt einer Sozialbürokratie entwürdigt würde.“

# 27. Bayerischer Ärztetag in Ingolstadt

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer vom 27. bis 29. September 1974

## Eröffnung des Ärztetages

Mit einem Festakt im Festsaal des Stadttheaters Ingolstadt wurde am 27. September 1974 der 27. Bayerische Ärztetag eröffnet. Die musikalische Umrahmung übernahmen die Mitglieder des Ingolstädter Kammerorchesters unter der Leitung von Klaus Sporer.

Dr. Hermann Götz, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Ingolstadt-Eichstätt, begrüßte zugleich im Namen der oberbayerischen Ärzteschaft die Gäste.

Den Ärztetag eröffnete der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering.

Professor Dr. Sewering hieß die Delegierten der rund 23 000 Ärzte Bayerns und die zahlreich erschienenen Ehrengäste herzlich willkommen, an deren Spitze den Präsidenten des Bayerischen Landtags, Rechtsanwalt Hanauer; als Vertreter der Bayerischen Staatsregierung den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Pirkel; den Vizepräsidenten des Bayerischen Senats, Professor Dr. Scheuermann; den CSU-Bundestagsabgeordneten des Wahlkreises Ingolstadt, K. H. Gierenstein; den Vorsitzenden des

Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik des Bayerischen Landtags, v. Prümmer; die anwesenden Mitglieder des Bayerischen Landtags und des Bayerischen Senats, den Staatssekretär im bayerischen Sozialministerium Dr. Vorndran; Se. Exzellenz den Bischof von Eichstätt, Dr. Brems; den Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Bezirkstagspräsidenten Fischer; den Leiter der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, Ministerialdirigent Dr. Hein, sowie den Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Senator Ministerialdirigent Dr. Kläb; ferner die Repräsentanten der Landesbehörden, der Stadt Ingolstadt, der Heilberufe, Kirchen, Körperschaften, Behörden und Schulen.

Sein besonderer Gruß galt den Trägern der Paracelus-Medaille und des Ehrenzeichens der Deutschen Ärzteschaft, Mitgliedern der Vorstände der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, der ärztlichen Verbände und der Bayerischen Landesärztekammer.

## Eröffnungsansprache von Professor Dr. Sewering

Die ärztliche Versorgung war auch 1974 permanentes Thema in Politik und Publizistik. Wir haben dafür volles Verständnis. Sie ist nun einmal eine der unverzichtbaren Voraussetzungen für das Weiterleben unserer menschlichen Gesellschaft. Gerade im Mangel wird ihre Bedeutung für jeden voll bewußt.

Die ärztliche Berufsvertretung – Kammern und Kassenärztliche Vereinigungen – haben die seit einigen Jahren bemerkbar gewordenen Schwierigkeiten nie auf die leichte Schulter genommen. Die Behauptung, wir hätten immer nur bagatellisiert, widerlegt sich durch unsere Maßnahmen zur Beseitigung von Engpässen und Unterversorgungen, durch unsere Bemühungen zur Gewinnung neuer Kassenärzte. Wir haben uns aber nachdrücklich einer Dramatisierung widersetzt, wenn – aus Unkenntnis oder mit sehr deutlich erkennbaren Hintergedanken – ein angeblich unmittelbar auf uns zukommender Ärztenotstand mit dicken schwarzen Farben an die Wand gemalt wurde. Als typischen Fall erwähne ich nur die aus jedem Zusammenhang gerissene Darstellung der Altersstruktur der Allgemeinärzte, aus der dann fein säuberlich berechnet wurde, wann diese Berufsgruppe ausgestorben sein wird. Daß der Nachwuchs für die niedergelassenen Ärzte immer nur aus dem Krankenhaus kommt, wurde – ich sage noch einmal: bewußt oder aus mangelndem Einblick in die Materie – nicht

zur Kenntnis genommen. Darunter hat auch manche parlamentarische Debatte empfindlich gelitten.

Die Krankenkassen stellten die Behauptung auf, der eindrucksvolle Ärztezuwachs sei fast ausschließlich den Krankenhäusern zugute gekommen. Das Durchschnittsalter der Ärzte in Krankenhäusern und Kliniken liege wesentlich niedriger als bei den Ärzten in der freien Praxis. Daraus zogen sie den Schluß, die Tendenz gehe also eindeutig zum angestellten Arzt mit Versorgungsanspruch. Hier wird zwar endlich zugegeben, daß wir – genau wie von uns vorausgesagt – einen eindrucksvollen Ärztenachwuchs haben, aber zugleich die Tatsache, daß alle jungen Ärzte zunächst für eine längere Zeit (6 bis 8 Jahre) ins Krankenhaus gehen, bevor sie sich niederlassen, in einer völlig irreführenden Weise kommentiert.

Von den am Krankenhaus tätigen Ärzten entfallen rd. 87 Prozent als Assistenz- oder Oberärzte auf die Gruppe des ärztlichen Nachwuchses, während nur 13 Prozent ihre Lebensstellung im Krankenhaus gefunden haben. Erfahrungsgemäß streben etwa 80 Prozent der Nachwuchsärzte eine Niederlassung in freier Praxis an. Das wird auch in der Zukunft so bleiben, wenn die Lebensfähigkeit der Kassenpraxis nicht durch Maßnahmen verschiedenster Art gefährdet wird. Sowohl in Äußerungen der Bundesregierung, aber auch auf der letzten Vertreterversammlung des Bun-

desverbandes der Ortskrankenkassen wurde zugegeben, daß wir in der Bundesrepublik schon heute eine sehr hohe Arztdichte haben. Wir liegen im internationalen Vergleich in der Spitzengruppe! Eine Bedarfsanalyse bis zum Jahre 2000, welche der Bundesminister für Wissenschaft erstellen ließ, kommt zu dem Ergebnis, daß bei optimaler Besetzung aller Bereiche für die Zukunft ein Maximalbedarf von jährlich 7500 Studienanfängern der Humanmedizin anzunehmen ist. Wir erreichen damit in absehbarer Zeit eine Arztdichte von einem Arzt auf 340 Einwohner — eine Zahl, die sich kein anderes Land auch nur annähernd leistet.

Ermittlungen des Westdeutschen Medizinischen Fakultätentages haben ergeben, daß diese für die Zukunft gedachte Maximalzahl der Studienanfänger bereits 1973 annähernd erreicht worden ist. Vom Bedarf her gesehen ist damit auch das Problem des Numerus clausus überwunden.

Von der Zahl der Ärzte und vom Nachwuchs her können wir sehr optimistisch in die Zukunft blicken. Die Bedeutung des Verteilungsproblems — nicht nur für die freie Praxis, sondern auch für andere Bereiche ärztlicher Tätigkeit — verkennen wir dennoch nicht und werden ihm unsere volle Aufmerksamkeit zuwenden.

Wir bekennen uns voll zur sozialen Bindung des Arztberufes und zu seiner Verpflichtung, die ärztliche Versorgung in allen Teilen unseres Landes sicherzustellen. In diesem Grundanliegen befinden wir uns in voller Übereinstimmung mit der Zielsetzung in den Gesetzentwürfen der Bayerischen Staatsregierung und des Bundesministers für Arbeit. Eine Steuerung der Niederlassung, wie sie in beiden Gesetzentwürfen nach Versagen aller denkbaren Förderungsmaßnahmen vorgesehen ist, betrachten wir als eine Notbremse, von der wir überzeugt sind, daß sie niemals gezogen werden muß.

Mit Befriedigung stellen wir fest, daß beide Gesetzentwürfe von der Feststellung ausgehen, daß sich das derzeitige System der Kassenärztlichen Versorgung bewährt hat und nicht verändert werden soll.

Wir hoffen, daß die Fraktionen des Deutschen Bundestages auch bei der parlamentarischen Beratung Versuche abwehren werden, den für die Funktionsfähigkeit der kassenärztlichen Versorgung entscheidenden Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzuweichen und zu vertäuschen. Wir Ärzte haben uns stets mit voller Kraft für die gesetzliche Krankenversicherung eingesetzt. So haben wir uns auch bei der Neufassung des Kassenarztrechts 1955 der verbindlichen Schlichtung unterworfen und durch diesen Verzicht auf Bewegungsfreiheit bei der Durchsetzung wirtschaftlicher Forderungen den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem Hort der Sicherheit für unsere Mitbürger gemacht.

Während andere Gruppen unserer Gesellschaft — unkündbar im sicheren Schoß des öffentlichen Dienstes und damit ohne jedes Risiko — die Ordnung unseres Gemeinwesens und die Sicherheit unserer Bürger bedenkenlos durch Streiks in Gefahr brachten, bekennen sich die Kassenärzte auch heute im Interesse ihrer Patienten zum Grundsatz der verbindlichen Schlichtung und des Verzichts auf einen vertragslosen Zustand als Kampfmaßnahme. Wir hoffen, daß dieser Zusammenhang von Sicherstellungsauftrag und Verzicht auf Kampfmaßnahmen auch von denjenigen erkannt und beachtet wird, die den Sicherstellungsauftrag abbauen wollen.

Unsere Bedenken — insbesondere gegenüber einigen Teilen im Entwurf des Bundesarbeitsministeriums — werden wir im Rahmen der anlaufenden Beratungen im einzelnen vortragen und begründen.

Zum Abschluß darf ich feststellen: Wir Ärzte haben unseren Beruf nicht deshalb gewählt, weil wir an Notständen und Unzulänglichkeiten Geld verdienen wollen! Wir fühlen uns dem Auftrag des Arztes: in körperlicher oder seelischer Not befindlichen Menschen zu helfen, Krankheiten zu heilen und Schmerzen zu lindern, uneingeschränkt verpflichtet.

Unter diesem Bekenntnis wird auch der 27. Bayerische Ärztetag stehen, den ich damit eröffne.

## Grußwort des bayerischen Landtagspräsidenten Hanauer

Ich rechne es mir als eine besondere Ehre an, aus Anlaß des 27. Bayerischen Ärztetages wieder Ihr Gast sein und zur Eröffnung einige Worte sprechen zu können. Im Namen der bayerischen Volksvertretung und auch persönlich begrüße ich Sie in alter Verbundenheit sehr herzlich.

Das bayerische Parlament hat sich im Laufe seiner mehr als 150jährigen Geschichte wiederholt der vielfältigen Fragen im Bereich der Gesundheitspolitik angenommen und wohl keine Gelegenheit versäumt, den Ärzten seinen Respekt zu bezeugen, so auch wieder in dieser gestern praktisch, wenn auch nicht juristisch zu Ende gegangenen 7. Legislaturperiode.

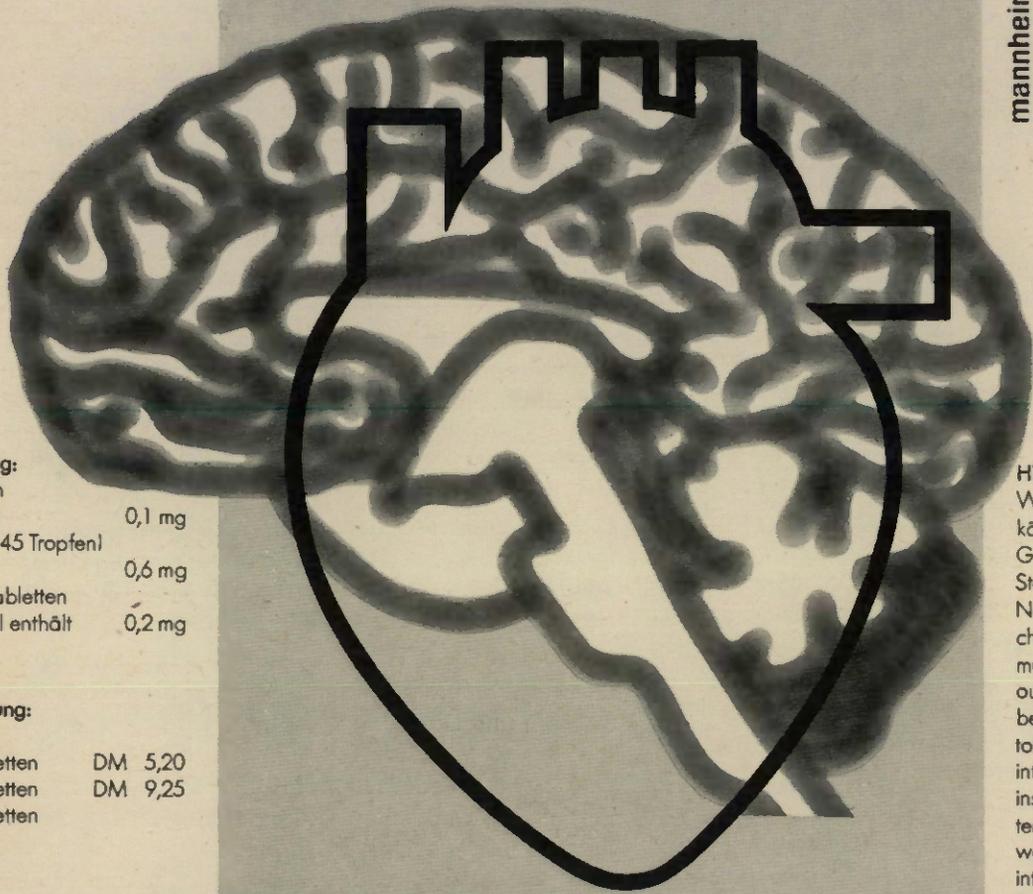
Meine Grüße entbiete ich selbstverständlich auch im Namen der durch den Landtag vertretenen Bürger dieses Landes.

Vor allem die Heilung und Linderung suchenden kranken Menschen werden an den Ergebnissen Ihres diesjährigen — wie jeden — Ärztetages interessiert sein. Eine Politik, die dem Menschen und dem Leben dient, kann an den gerade in unseren Tagen zum Teil schwierig gewordenen Problemen der medizinischen Versorgung und der Vorsorge innerhalb des gesamten Gesundheitswesens nicht achtlos vorübergehen. Kranke wie Ärzte wären zu Recht empört, würden Legislative und Exekutive im Rahmen ihrer Aufgaben

# gesteigerte Herzleistung - verbesserte Hirn- durchblutung

# Lanitop

mannheim  
boehringer



**Zusammensetzung:**  
 3-Methyl-Digoxin  
 1 Tablette enthält 0,1 mg  
 1 ml Liquidum (= 45 Tropfen)  
 enthält 0,6 mg  
 15 Tropfen = 2 Tabletten  
 1 Ampulle zu 2 ml enthält 0,2 mg

**Für Ihre Verordnung:**  
 Lanitop  
 OP mit 50 Tabletten DM 5,20  
 OP mit 100 Tabletten DM 9,25  
 AP mit 500 Tabletten

**Lanitop Liquidum**  
 OP mit 10 ml Liquidum DM 5,70  
 OP mit 20 ml Liquidum DM 10,30  
 AP mit 100 ml Liquidum

**Lanitop Ampullen**  
 OP mit 5 Ampullen DM 3,65  
 AP mit 25 und 100 Ampullen

**Kontraindikationen:**  
 Alle Herzglykoside sind bei Digitalis-  
 Intoxikation, Hypercalciämie und vor  
 einer Kardioversion kontraindiziert.  
 Außerdem kann eine Glykosid-  
 Therapie bei monifistem Kalium-  
 mangel, Störungen der atrio-ventriku-  
 lären Erregungsüberleitung und  
 pathologischer Bradykardie - je  
 nach Schweregrad - kontraindiziert  
 sein oder zusätzliche therapeutische  
 Maßnahmen erfordern. Bei jeder  
 Glykosid-Therapie ist von parenteralen  
 Calciumgaben - insbesondere bei  
 gleichzeitiger Verabreichung - abzu-  
 raten, da es zu Störungen der  
 Erregungsleitung, in extremen Fällen zu  
 Herzstillstand kommen kann.

Deshalb  
 an die Herzstütze mit Lanitop  
 denken bei Schlafstörungen,  
nächtlicher Unruhe und Nykturie -  
 Zeichen einer latenten  
 Herzinsuffizienz -  
 besonders beim älteren Patienten.

**Dosierung:**  
Sättigungsbehandlung: täglich 2 x 2 Tabletten Lanitop je  
 nach Glykosidbedarf über 3-5 Tage.

Dauertherapie: täglich 2-3 x 1 Tablette Lanitop je nach  
 Glykosidbedarf.

Gelegentlich genügen täglich 1-1/2 Tabletten Lanitop.

Die Prüfung ergab, daß in der Praxis mehr als die Hälfte aller  
 Patienten mit täglich 2 x 1 Tablette Lanitop auskommt.

**Hinweise:**  
 Wie bei jeder Digitalis-Therapie  
 können besonders bei Patienten mit  
 Glykosid-Überempfindlichkeit bzw.  
 Störungen des Elektrolythousholtes  
 Nebenwirkungen (Übelkeit, Erbre-  
 chen, Mogenbeschwerden, Rhyth-  
 musstörungen und Sehstörungen)  
 auftreten. Aus diesen Gründen soll  
 bei Cor pulmonale vorsichtig digi-  
 talisiert werden, insbesondere bei  
 intravenöser Therapie. Bei Nieren-  
 insuffizienz muß mit einem emiedrig-  
 ten Glykosid-Bedarf gerechnet  
 werden. Da die versehentliche  
 intraarterielle Anwendung von  
 Präparaten, die nicht ausdrücklich  
 zur intraarteriellen Therapie empfo-  
 len werden, zu Schäden führen kön-  
 nen, weisen wir vorsorglich darauf hin,  
 daß die intravenöse Applikation  
 von Lanitop gewährleistet sein muß.

Weitere Informationen enthält der  
 wissenschaftliche Prospekt  
 (z. Zt. gültige Auflage: MoI 1974),  
 auch informiert Sie gern unser  
 Mitarbeiter im wissenschaftlichen  
 Außendienst.



nicht auf gesetzlicher Grundlage die Voraussetzungen für die fortschrittliche Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses und für die ständige Weiterbildung schaffen. Ebenso werden die Voraussetzungen für den Fortschritt der medizinischen Forschung und der technischen Einrichtungen zur medizinischen Betreuung geschaffen. Dafür darf ich nur als eines von vielen Beispielen, wenn auch von besonderer Bedeutung, das erste Europäische Herzzentrum in München erwähnen.

Dessen ungeachtet wird niemand bestreiten können, daß das Gesundheitswesen und mit ihm die Gesundheitspolitik im Dienste des Menschen stets verbesserungswürdig bleiben werden. Dazu zwingen schon laufend neue Erkenntnisse, Erfahrungen und Entwicklungen. Ziele der staatlichen Gesundheitspolitik sind vor allem auch die rechtzeitige Aufklärung als eine Art Heilmittel und die verstärkte Vorsorge. Mangelhaftes Wissen unserer Mitbürger und vernachlässigte Vorsorgeuntersuchung müssen für jeden Gesundheitspolitiker alarmierende Beispiele sein. Ein Schwerpunkt kommt dabei in unseren Tagen dem Verbraucherschutz, dem Umweltschutz sowie dem Drogen- und Rauschmittelmißbrauch zu.

Gerade dies sind aber auch Beispiele dafür, daß Gesundheitspolitik nicht isoliert betrachtet werden darf und kann, sondern im Zusammenhang mit der Bildungs- und Finanzpolitik, mit der Sozialpolitik und dem Schutz unserer Umwelt bis hin zu einer sinnvoll verbrachten Freizeit gesehen werden muß.

Wenn es um die Gesundheit des Menschen geht, kann dem Gesetzgeber und der Verwaltung freilich nur eine helfende Rolle zukommen. Die öffentliche Hand kann erst dann eingreifen, wenn die Kräfte des einzelnen nicht mehr ausreichen. Eigeninitiative und Selbstverantwortung des einzelnen und der Gemeinschaft können nie durch die Ärzteschaft, den Gesetzgeber oder die ausübenden Organe der Staatsverwaltung allein ersetzt werden. Alle zusammen müssen auch den medizinischen Folgen der veränderten Lebensgewohnheiten aufgeschlossen und kritisch gegenüberstehen.

Auch die Engpässe in der ärztlichen Versorgung, vor allem in den Stadtrandgebieten und auf dem revierfernen Lande, stellen ein ernstes Problem dar. Auch damit beschäftigte sich der Bayerische Landtag. Auch die Bayerische Staatsregierung gab Denkanstöße und machte dazu Vorschläge. Die ausreichende Sicherstellung der ambulanten ärztlichen wie auch zahnärztlichen Versorgung kommt aber vor allem den auf Bundesebene eingeleiteten Gesetzesinitiativen zu. Ich denke dabei etwa an das Problem der Zulassung von Kassenärzten im Rahmen eines Bedarfsplanes, den die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam im Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen aufstellen.

Die Niederlassungsfreiheit des Arztes darf freilich vom Grundsatz her nicht in Frage gestellt werden. Sie ist mit Voraussetzung für den vom Vertrauen der Pa-

## Achtung!

Ab 4. November 1974 ist das Ärztehaus Bayern über die neue **Sammelrufnummer**

**(089) 4147-1**

erreichbar

tienten freigewählten Arzt, um den wir euch weiterhin kämpfen werden, zur Verhinderung staatlich bestellter, nach Hausnummern oder Anfangsbuchstaben zuständigen Gesundheitsbeamten. Ein Allheilmittel gegen die Engpässe in der medizinischen Versorgung wird es allerdings kaum geben.

Wenn der ärztliche Heilauftrag in das Gestrüpp parteiideologischer Überlegungen und Absichten verwickelt werden sollte, würde er ausgehöhlt und an Bedeutung verlieren. Das schließt nicht aus, daß manche liebgewonnene Überlegung zur Ablösung reif ist und dem Fortschritt geopfert werden muß, selbstredend echtem Fortschritt, nicht den mit Etikett verbrämten Ungereimtheiten und Unsinnigkeiten mit systemüberwindenden Tendenzen.

Für das Vertrauen des leidenden und Heilung suchenden Menschen wäre unter dem Deckmantel des demokratischen Sozialismus und seiner Folgen auch auf dem Gebiete der medizinischen Versorgung kein Platz. Die freien demokratischen Kräfte werden sich gegen die Systemveränderer und sozialistischen Weltverbesserer auch im Bereich der medizinischen Versorgung energisch zu wehren wissen. Die Mehrheit des Bayerischen Landtages hat euch beim Bayerischen Krankenhausgesetz verhindert, daß unter dem Begriff der sogenannten Demokratisierung Ansätze geschaffen werden, die Krankenhäuser zu politischen Experimentierstellen zu machen. Die Medizin in unserer freiheitlichen parlamentarischen Demokratie kann auf die sogenannten sozialistischen Errungenschaften wahrlich verzichten.

Die Fehlplanungen und Mißerfolge der medizinischen Versorgung und ihrer Einrichtungen unter dem Schatten des Sozialismus sind erschreckend offenkundig geworden. Im Interesse des Patienten und der parlamentarischen Rechtsordnung ist der sozialisierte Arzt unerwünscht. Auch in diesem Sinne bleibt die Ärzteschaft aufgerufen, ihre Standesinteressen im Dienste einer fortschrittlichen und wahrhaft humanen Medizin zu wahren und zu verteidigen.

Möge im Lichte der Menschlichkeit und der praktizierten Nächstenliebe der 27. Bayerische Ärztetag Ergebnisse zeitigen, die dem Kranken und seinem Arzt zugute kommen. — Meine Wünsche gelten einem guten Verlauf, mein Dank gilt Ihrer Arbeit!

## Ansprache des bayerischen Sozialministers Dr. Pirkl

Für die Bayerische Staatsregierung war es seit jeher — und ist es deshalb heute zum 27. Mal — weit mehr als eine selbstverständliche Repräsentationspflicht, bei der Eröffnung des alljährlichen Bayerischen Ärztetages vertreten zu sein.

In diesem Sinne empfinde ich es auch heuer als ebenso wichtige wie erfreuliche Aufgabe, den demokratisch gewählten Delegierten der gesamten bayerischen Ärzteschaft die besten Grüße und Wünsche des Herrn Ministerpräsidenten Dr. Goppel und meiner sämtlichen Kabinettskollegen, insbesondere des für Gesundheitsfragen mitverantwortlichen Innenministers Dr. Bruno Merk, zu überbringen. Die Bayerische Staatsregierung betrachtet es als eine der bedeutendsten Pflichten ihres sozialstaatlichen Verfassungsauftrages, die Voraussetzungen für das Schaffen der Ärzte in unserem Lande im Interesse unserer rund 10,9 Millionen Einwohner so effizient wie möglich zu gestalten.

Wenn ich auf das Jahr seit dem letzten Bayerischen Ärztetag in Coburg zurückblicke, darf ich als ersten erheblichen Unterschied feststellen, daß der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Ärztetages, Herr Senator Professor Sewering, inzwischen durch das Vertrauen der gesamten Ärzteschaft der Bundesrepublik auf dem 76. Deutschen Ärztetag auch an die Spitze der Bundesärztekammer gewählt wurde.

Ich erblicke darin nicht nur eine außergewöhnliche Würdigung seiner ganz persönlichen, jahrzehntelangen Leistungen für die deutschen Ärzte und das deutsche Gesundheitswesen. Ich meine, diese Wahl zum Präsidenten der Bundesärztekammer war auch eine bundesweite Anerkennung seiner außerordentlichen Erfolge in Bayern, die er gerade in den letzten Jahren in stets vertrauensvoller Zusammenarbeit, zuweilen natürlich auch nach harten Diskussionen mit der Staatsregierung hier in Bayern weithin sichtbar errungen hat.

Wenn ich „weithin sichtbar“ sage, so denke ich zugleich an die für Professor Sewering so ehrenvolle Tatsache, daß er auf der Jahresversammlung des Weltärztebundes Anfang dieses Monats in Stockholm wiederum für drei Jahre in den Vorstand dieser globalen Organisation gewählt wurde. Die Staatsregierung ist stolz darauf, daß ein Arzt aus unserem Lande eine derart weltweite Achtung, soviel internationale fachliche und politische Anerkennung genießt. Sie spricht zu dieser ehrenvollen Berufung hier und heute ihre herzliche Gratulation aus.

Was die sachlichen Probleme der Gesundheitspolitik angeht, die zu lösen uns gemeinsam aufgegeben sind, so hat sich das breite Spektrum seit Coburg kaum verändert. Etwas anderes konnte auch niemand Fachkundiger und sachlich Denkender erwarten. Denn

dazu sind die Aufgaben einfach zu groß und langfristig. Andererseits darf ich zu meiner Genugtuung feststellen, daß die bayerische Gesundheitspolitik 1973/74 nicht nur lebhaft bewegt war, sondern auch einige gewichtige Marksteine des Fortschrittes für Bürger und Ärzteschaft erarbeitet hat.

Stand das erste halbe Jahr im Zeichen der Aufstellung des Krankenhausbedarfsplanes des Freistaates Bayern und des Bayerischen Krankenhausgesetzes, so brachte das zweite Halbjahr bisher die Vorlage eines bayerischen Gesetzesentwurfes zur systemkonformen Weiterentwicklung des Kassenarztrechts im Bundesrat am 12. Juli und die Vorlage des Gesundheitsprogrammes der Bayerischen Staatsregierung in diesem Monat.

Sie sehen also, auch wenn man es da und dort nicht gerne hört, die Bayerische Staatsregierung hält in unseren Tagen nichts von einem gesundheitspolitischen Heilschlaf, um so mehr dafür von Bewegungstherapie, vor allem dort, wo diese nach gewissenhafter Diagnose echte Besserung verspricht.

Das neue Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung ist auf 260 Seiten niedergelegt, so daß schon ein durchgehender, ausreichend informativer Streifzug den Rahmen dieses Grußwortes sprengen würde. Ich hoffe sehr, daß es jeder von Ihnen möglichst bald in die Hand bekommt und sich auch mit seinen Aussagen beschäftigt.

Ich will mich darauf beschränken, Ihnen einen Eindruck wenigstens von dem in diesem Dokument niedergelegten gesundheitspolitischen Schwerpunktprogramm zu geben. — Dieses umfaßt folgende acht Punkte.

Hinsichtlich der **gesundheitlichen Aufklärung, Bildung und Erziehung** stehe ich auf dem Standpunkt, daß sie die beste Voraussetzung für die Erhaltung der Gesundheit und die aussichtsreichste Methode zur Krankheitsabwehr durch den Menschen selbst ist. Ihre gerade in den letzten Jahren so gestiegene Bedeutung brauche ich in diesem fachkundigen Kreise nicht näher zu erläutern. Mit ihr wird dem rechtsstaatlichen Bekenntnis zur Freiheit des Individuums und der Letztverantwortung des einzelnen Bürgers für seine Gesundheit am besten entsprochen.

Die Staatsregierung wird daher ihre Aufklärungs- und Bildungsarbeit im vorschulischen und schulischen Bereich, in der Mütterberatung, in der Ernährungsberatung sowie in der umfassenden gesundheitlichen Erwachsenenbildung durch die zuständigen Ressorts und durch die von ihr ins Leben gerufene Landeszentrale für Gesundheitsaufklärung verstärkt fortsetzen.

In diesem Rahmen wird sie auch die beispielhaften Bemühungen aller an der gesundheitlichen Aufklärung Beteiligten weiterhin unterstützen.

Besondere Aufmerksamkeit wendet die Staatsregierung der Bekämpfung des **Rausch- und Genußmittelmißbrauches** zu; durch Aufklärungs- und Fortbildungsmaßnahmen auf der Grundlage der von ihr erarbeiteten Richtlinien und durch neue gesundheitserzieherische Methoden soll Gefährdeten geholfen werden.

Bei der **Vorsorge** müssen wir der Entwicklung steuern, daß Zahl und Verbreitung jener Krankheiten, die über längere Zeiträume hinweg unbemerkt entstehen, in alarmierendem Umfang zunehmen. Es geht daher um die Aufdeckung aller Risikofaktoren und schließlich die Entwicklung eines in sich geschlossenen Systems wirksamer Vorsorgeuntersuchungen, die, soweit wie irgend möglich, vom freipraktizierenden Arzt durchgeführt werden sollen!

Die Frage der **ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung** in unserem Lande steht seit Jahren im Vordergrund nachweisbar erfolgreicher Bemühungen der Bayerischen Staatsregierung; gleichwohl befindet sie sich aus durchsichtigen Gründen derzeit im Zeichen äußerst unerfreulicher Polemik. Ich werde darauf noch zurückkommen.

Für die **Krankenhausversorgung** in Bayern war das Jahr 1974, wie schon erwähnt, gleichsam ein historisches Jahr. Als wichtigste infrastrukturelle Aufgabe des Gesundheitswesens sehe ich die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung. Aufbauend auf dem Bayerischen Krankenhausbedarfsplan wird ein leistungsfähiges, wirtschaftliches, sich funktionell ergänzendes System moderner Krankenhäuser geschaffen, ohne damit die Initiativen der Krankenträger zu beeinträchtigen oder gar dirigistisch in die innere Struktur der Krankenhäuser einzugreifen.

Bei der **Gesundheitspflege** geht es vor allem um die (aus Ihnen allen bekannten Gründen) ständig steigende Nachfrage nach ambulanter Betreuung Kranker; wir streben hier – gleichsam zweigleisig – sowohl die Förderung der bestehenden als auch die Erprobung und Unterstützung neuer Organisationsformen, wie z. B. von Sozialstationen, an. Der bestehende Personalmangel, vor allem bei Krankenschwestern, wird durch neue Aufgaben in der Rehabilitation und in der Pflege für den älteren Mitbürger noch weiter anwachsen. Dieser Entwicklung wird die Staatsregierung durch die Förderung zusätzlicher Ausbildungsplätze, durch individuelle Hilfen und verbesserte Aus- und Fortbildung Rechnung tragen.

Hinsichtlich des **Notfall- und Rettungsdienstes** hat der Freistaat Bayern als erstes Land der Bundesrepublik durch das 1974 in Kraft getretene Rettungsdienstgesetz die Grundlage für eine rasche, dem neuesten Stand von Medizin und Technik entsprechende Hilfe bei medizinischen Notfällen geschaffen. Darauf aufbauend werden im ganzen Land Rettungsdienstbereiche eingerichtet, in denen eine ständig besetzte Leitstelle alle Aktionen des Rettungsdienstes steuert.

Der von der Staatsregierung beschlossene Aufbau eines einheitlichen Notrufsystems wird die Möglichkeiten rascher Hilfeleistung noch verbessern.

Was die bekanntlich leider immer wichtiger gewordene **psychiatrische Versorgung** anbelangt, möchten wir vor allem die ambulante und teilstationäre Versorgung besser gestaltet wissen. Gerade hier wird es notwendig sein, erhebliche, zusätzliche Haushaltsmittel des Freistaates Bayern einzusetzen, wofür ich mich mit aller Kraft stark machen werde. Daß hierzu auch die Maßnahmen gegen den insgesamt in gar keiner Weise zurückgehenden Rauschmittelmißbrauch gehören – vom Alkohol bis hin zum Heroin –, brauche ich Ihnen nicht erst klarzumachen.

Im Rahmen des **Umweltschutzes** und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes werden wir unsere Bemühungen zur Reinhaltung von Luft und Wasser durch sorgfältig vorbereitete Aktionsprogramme noch mehr aktivieren. Im Programm „Gewässerschutz in Bayern“ haben diese Vorstellungen schon ihren Niederschlag gefunden. Im „Umweltprogramm 1974“ und im „Immissionsschutzprogramm Bayern“ werden sie auch für die anderen Bereiche konkretisiert.

Dem besonderen gesundheitlichen Schutzbedürfnis des Bürgers als Verbraucher wird die Staatsregierung durch verstärkte Aufklärung, Lebensmittel- und Arzneimittelüberwachung gerecht.

---

Ich will nun, wie versprochen, auf die Frage der ambulanten ärztlichen Versorgung in Bayern zurückkommen.

Ein Anlaß (von mehreren), den Blätterwald rauschen zu lassen, waren die in diesem Jahr gefaßten Beschlüsse der Bayerischen Staatsregierung zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in unzureichend versorgten Gebieten unseres Landes. Bedauerlicherweise hat dieses Sicherstellungskonzept verschiedene Reaktionen ausgelöst, die mitunter geradezu ein Zerrbild unserer Vorstellungen vermitteln. So emotional aufgeladen die Frage der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung derzeit auch sein mag, eine Lösung des Problems können wir nur erreichen, wenn wir uns alle um eine streng sachbezogene Objektivität bemühen.

Lassen Sie mich mit der Objektivität gleich dort beginnen, wo das Zentrum der gebotenen Aktivitäten liegt, nämlich bei der freipraktizierenden Ärzteschaft. Ihr – und insbesondere Ihnen ganz persönlich Herr Präsident Sewering – gebührt Dank und Anerkennung für das seit Jahren bewiesene intensive Streben, mittels finanzieller Anreize ärztliche Niederlassungen in unterversorgte Gebiete zu lenken. So hat die ärztliche Selbstverwaltung in Bayern für die Besetzung fast ausschließlich von Landpraxen im Jahre 1973 rund 19,5 Mio DM an Förderungsmitteln ausgeschüttet.

Diese konkrete Maßnahme halte ich für ein eindrucksvolles Beispiel einer festen Entschlossenheit, die be-

stehenden Probleme durch Eigeninitiativen zu bewältigen. Sie verkörpert einen Geist, auf den gleichermaßen die Bayerische Staatsregierung – und das ist der Schlüssel zum Verständnis ihrer Beschlüsse – baut. Unsere finanzielle Mitwirkung im Rahmen des ursprünglichen Förderungsprogrammes, des sogenannten Bayernprogrammes, sowie unsere Leistungen zum sogenannten erweiterten Bayernprogramm sind ebenfalls ein sichtbares Zeichen.

Die Bayerische Staatsregierung und besonders der bayerische Sozialminister sagen, wie schon immer, ein klares Nein zum „verplanten Arzt“.

Sicherlich, es ist das Ziel der Staatsregierung, eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Aufstellung eines laufend fortzuschreibenden Bedarfsplanes zu statuieren. Die ambulante ärztliche Versorgung ist einer jener Bereiche der Daseinsvorsorge, die ohne Planung im besten Sinne des Wortes nicht funktionieren könnte. Wenn wir jetzt eine ausdrückliche gesetzliche Regelung anstreben, so geht es also nur um die konkrete Ausformung eines ohnehin unabwendbaren Erfordernisses.

Der von der kassenärztlichen Selbstverwaltung aufzustellende Bedarfsplan wird die festgefügte Grundlage schaffen, auf der die Ärzteschaft ihre Eigeninitiativen gezielt und effizient einzusetzen vermag. Wenn ich in diesem Zusammenhang von Eigeninitiativen spreche, so meine ich damit die finanziellen, aber auch alle angemessenen und geeigneten Maßnahmen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung. Hier kommt nun der zweite Kernpunkt unserer auf eine systemadäquate Weiterentwicklung des Kassenarztrechtes gerichteten Vorstellungen zum Tragen, nämlich die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags. Es ist konsequent und unbestritten richtig, ins Gesetz eine umfassende Verpflichtung aufzunehmen, alle die eben erwähnten Sicherstellungsmaßnahmen durchzuführen, wobei als vordringliches Ziel die Gewährleistung einer gleichmäßigen und ausreichenden kassenärztlichen Versorgung zu postulieren sein wird; beispielhaft erwähnt und somit als Modalität der Sicherstellung zweifelsfrei sanktioniert soll gerade die finanzielle Förderung ärztlicher Niederlassungen in unzulänglich versorgten Gebieten werden.

Die beiden Säulen des Konzepts der Bayerischen Staatsregierung, die Regelung über den Bedarfsplan und die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags, mögen bei einer krisenfreien Entwicklung die hinreichende Gewähr dafür bieten, die Probleme in den Griff zu bekommen. Auch ich bin voller Zuversicht, daß dies gelingen wird, nicht zuletzt angesichts der durch die Förderungsprogramme bereits erzielten Erfolge.

Gleichwohl kann eine verantwortungsbewußte Sozial- und Gesundheitspolitik die Antwort auf eine letzte und – wie ich meine – gerade im Interesse unseres freiheitlichen Kassenarztrechts entscheidende Frage

nicht schuldig bleiben. Was soll geschehen, wenn alle angemessenen und geeigneten Maßnahmen wider Erwarten doch erfolglos sein sollten? Auf diese Frage gibt es zwei mögliche Antworten. Eine davon wäre folgeschwer, weil sie unser freiheitliches Kassenarztrecht an der Wurzel träfe. Das wäre die Antwort, die es beim Eingeständnis der Funktionsunfähigkeit des freiheitlichen Kassenarztrechts in Krisensituationen beließe und damit das bestehende bewährte System mit einer Sorglosigkeit ohnegleichen dem Zerfall preisgäbe.

Ich habe deshalb die andere Antwort gegeben, die einer gemeinschaftsbezogenen Freiheit einzig und allein gebührt, ihr gleichsam die letzte Absicherung verleiht. Wenn alle sonstigen Möglichkeiten der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung – und damit meine ich auch die Bereitschaft der niederlassungswilligen Ärzte, bei der freien Wahl des Niederlassungsortes den Bedarfsplan nicht außer acht zu lassen – wider Erwarten versagen sollten, dann kann es gar keinen anderen Weg geben, als die Neuzulassung für eine bestimmte Niederlassungszeit nur im Rahmen des Bedarfsplans auszusprechen.

Eine solche „Ultima-ratio“-Regelung als Notbremse bietet gerade die Gewähr dafür, daß es bestimmten Kräften unserer Gesellschaft niemals gelingen kann, das System des „verplanten Arztes“ zu verwirklichen.

Diese Einstellung der Bayerischen Staatsregierung entspricht auch der Entschließung des 77. Deutschen Ärztetages 1974 in Berlin zur Frage des Zulassungsrechts zur Kassenpraxis, in der es bekanntlich u. a. heißt:

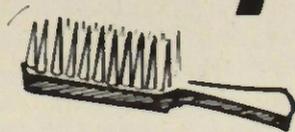
„Der Deutsche Ärztetag stellt fest, daß die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 zum Zulassungsrecht der Ärzte zur kassenärztlichen Versorgung nur als Ultima ratio eine gesetzliche Einschränkung der in Artikel 12 des Grundgesetzes garantierten Freiheit der Berufswahl und der Berufsausübung zuläßt.

Das bedeutet, daß alle anderen Möglichkeiten der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung zuvor restlos ausgeschöpft sein müssen ...“

Das Programm der Bayerischen Staatsregierung enthält nicht weniger als 24 Einzelvorschläge. Echtes publizistisches Interesse hat indes leider nur der die Änderung des Kassenarztrechts behandelnde Teil gefunden. Ich bedauere das. Hätte doch eine unvoreingenommene Gesamtschau unserer Vorschläge das Verständnis der Zielsetzungen im Bereich der Gesetzgebung wesentlich erleichtert. Denn das ganze Bündel von Vorschlägen strebt systematisch hin zum zentralen Punkt der freien Eigenverantwortung, ob es sich nun – um nur einige Beispiele zu nennen – um die intensiviertere Verwirklichung moderner Formen des Praktizierens, die Praxisrationalisierung und die Abhaltung von Sprechstunden in einer Zweigpraxis handelt, oder um die Entwicklung geeigneter Koopera-

# Hals Teufel haben keine Chance mehr bei Anginen Pharyngitis Laryngitis und Tonsillitis

**Wenn's  
um den Hals  
geht frubienzym®**



Ein Halsschmerzmittel soll nicht nur in vitro Bakterien abtöten. Es muß auch im erkrankten Hals die Infektionskeime vernichten. Frubienzym® tötet Bakterien nicht nur auf der Petrischale ab. Es erreicht sie dank seines mucolytischen und proteolytischen Effekts auch in den Krypten und Falten der Schleimhaut, vernichtet

sie, beseitigt die Entzündung und beendet Halsschmerzen, Rötung und Schwellung.

Das wurde neuerdings wieder bei 186 Patienten durch die bakteriologische Untersuchung von Rachenabstrichen vor und nach der Behandlung mit Frubienzym® bewiesen.<sup>1)</sup>

#### Zusammensetzung:

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

#### Anwendung/Dozierung:

Täglich 2 - 8 Tabletten, je nach Schwere der Krankheit. Tabletten im Munde zergehen lassen:  
nicht schlucken, nicht lutschen, nicht keuen.

#### 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. Resistenz gegen Bacitracin tritt praktisch nicht auf.<sup>2)</sup>

#### Packungsgrößen/Preise:

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

#### Literatur:

1. H. RODEGRA: Die derzeitigen Erreger der entzündlichen Erkrankungen des Mund- und Rachenbereiches und ihre Beeinflussung durch ein Lokalthérapeutikum, Med. Welt, Nr. 29/30 (1974)
2. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica Fibel, 1969, S. 385

**DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH  
BIELEFELD**

tionsformen zur rationellen und zuverlässigen Erbringung rein medizinisch-technischer Leistungen.

Die Ärzteschaft, die sich erst heute wieder durch ihren Präsidenten Sewering zur sozialen Bindung ihres Berufes bekannt hat, erkennt, so meine ich, ebenfalls die Zeichen der Zeit und handelt danach.

Ich habe dieser Tage zufällig das Ergebnis einer Ihnen vielleicht schon bekannten Meinungsumfrage gelesen, das meines Erachtens als eindeutiges Votum für den freipraktizierenden Arzt angesehen werden kann. Die Frage lautete hier: „Welche Infrastruktureinrichtungen halten Arbeitnehmer (!) für wichtig?“ Die Befragten konnten die einzelnen Posten der Infrastruktur auf einer Skala mit 1 bis 5 Punkten bewerten. Aus dem Gesamtergebnis von zwanzig Posten seien nur drei erwähnt:

Tabellenplatz Nr. 1 mit 4,7 Punkten = Prakt. Arzt,  
Tabellenplatz Nr. 3 mit 4,4 Punkten = Krankenhaus  
Tabellenplatz Nr. 12 mit 3,1 Punkten = Fußballplatz (womit natürlich nichts gegen den ESV und MTV Ingolstadt gesagt sein soll!).

Ich glaube, daß die genannte Meinungsumfrage über ein Bekenntnis zum freipraktizierenden Arzt hinaus noch etwas weiteres offenbart: den in allen Schichten der Bevölkerung und gerade im Kreise der Arbeitnehmer unvermindert vorhandenen Wunsch nach einem Hausarzt, insbesondere also einem praktischen Arzt, einem Arzt für Allgemeinmedizin.

Zweifellos ist es so, daß die Diskussion um diesen Hausarzt in vielen Ländern der Welt mit gleicher Intensität geführt wird. Dabei kann man erkennen, daß das Hausarztssystem – wenn ich es einmal so nennen darf – zu den Fundamenten jeder guten ambulanten ärztlichen Versorgung gehört und durch nichts zu ersetzen ist. Wir sind daher aufgerufen, Mittel und Wege zu finden, um den notwendigen, engagierten Nachwuchs für den Hausarzt sicherzustellen.

Da ich dies sage, obliegt mir als zuständigem Ressortminister zugleich die Pflicht, jenen zahlreichen Ärzten in Bayern zu danken, die trotz vieler gegen- teiliger Äußerungen auch heute noch in der Lage und vor allem bereit sind, in unermüdlichem Einsatz bei Tag und Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen, ohne Einhaltung einer zeitlichen Begrenzung, ihren Patienten – auch in abgelegenen Regionen – zur Verfügung zu stehen.

Indessen gilt es heute, nicht nur diesen speziellen Dank abzustatten. Ich halte es vielmehr für eine Selbstverständlichkeit, auf dem Bayerischen Ärztetag der gesamten bayerischen Ärzteschaft, sowie der Bayerischen Landesärztekammer und ihren Unterorganisationen den aufrichtigen Dank der Bayerischen Staatsregierung für die im vergangenen Jahr geleistete Arbeit abzustatten. Es ist hier der rechte Ort, ohne Pathos, ganz nüchtern, die schlichte Frage zu stellen: Wo wären wir eigentlich ohne unsere Ärzte?

Mit einiger Bestürzung las ich kürzlich in einer linksgerichteten Wochenzeitung der Bundesrepublik einen Artikel über die „Gesundheit in der DDR“. Darin wird u. a. allen Ernstes gefragt, ob – ich zitiere – „die Gründe dafür, daß so viele Ärzte im vorigen Jahr die Bundesrepublik vorzogen“, in der „vergleichsweise normalen, nichtprivilegierten, von keiner Standesorganisation abgeschirmten Existenz“ der Ärzte in der DDR liegen. Wir brauchen in Bayern auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik keine Kurskorrektur. Wir können getrost auf dem beschrittenen, erfolgreichen Weg weiter vorangehen und sollten uns durch niemand dazu verführen lassen, modische und illusionäre Reformprogramme aufzustellen, die dann weder finanziell noch personell erfüllbar sind.

„Im Zweifel für die Freiheit“ – auch und vielleicht gerade in der Gesundheitspolitik! Dies sollte unser gemeinsamer Weg in die Zukunft sein!

## Grußwort von Dr. Degenhard

Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Als dem Senior im Vorstand der Bundesärztekammer ist mir die ehrenvolle Aufgabe zugefallen, dem Bayerischen Ärztetag 1974 die Grüße der deutschen Ärzte zu überbringen. Ich tue das mit großer Herzlichkeit; gleichzeitig benütze ich die günstige Gelegenheit, die besonderen Sympathien des westlichen Anrainers Baden-Württemberg zu den Kollegen des Freistaates zum Ausdruck zu bringen.

Neben die Grüße stelle ich einen ganzen Blumenstrauß von Wünschen auf den bayerischen Tisch. Sie beziehen sich auf Ihr aller persönliches Wohlergehen und auf die Anregungen und geistigen Anstöße, die

Sie, meine Damen und Herren Kolleginnen und Kollegen, beim Ärztetag erhalten und zu Ihrem und Ihrer Patienten Nutzen verwenden werden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer ist Ihnen für die Einladung zur Teilnahme an Ihrer Hauptveranstaltung sehr dankbar. Solche Einladungen und unsere Teilnahme sind schon Brauch geworden. Aber jedes Jahr empfinden wir die Wohltat neu, Kollegen in ihrem eigenen Lande – im Milieu sozusagen – kennenzulernen, und jeweils in eine andere Region Ihrer schönen Heimat zu kommen. Erlauben Sie mir, diesen Dank qualifiziert an den Präsidenten Ihrer Kammer,

Herrn Professor Dr. Sewering, Präsident der Bundesärztekammer, zu richten. Er ist der Initiator dieser vorbildlichen und nützlichen Gepflogenheit und hat darum eine Hervorhebung von unserer Seite wohl verdient.

Zur Zeit ist jede Zusammenkunft deutscher Ärzte – offen zugegeben oder versteckt – mit Sorgen über die Zukunft unseres Berufsstandes belastet. Wir Ärzte sind in den Strudel massiver, polemischer Kritik geraten. Wir befinden uns in einem Spannungsfeld gezielter Neiderweckung. Als vielleicht letzte Spitzenfiguren bürgerlich-liberaler Prägung stehen wir im Kesseltreiben ideologisch fremder Gruppen und – das ist formell freilich etwas ganz anderes – im Reformziel besonders emsiger Regierungen. Reformen bringen Veränderungen. Die alte Meinung, daß Reform mit Verbesserung identisch sei, ist dagegen schlicht falsch und sogar gefährlich.

Wir Ärzte halten das altruistische Denken für die unabdingbare Grundlage unseres helfenden und dienenden Berufes. Diese Kostbarkeit ruht im Herzen. Sie verkümmert unter Zwang, zu ihrer Entfall-

ung braucht sie Freiheit. Deshalb unser fast verzweifelter Kampf um die Freiheit unseres Berufsstandes.

Jedes Gesetz nimmt ein Stück Freiheit weg. Das sollte jedermann, der Augen hat, zu sehen, in den letzten fünf oder sechs Jahren klargeworden sein. Wir Ärzte kämpfen im hinhaltenden Widerstand, d. h., wir müssen zusehen, wie ein Stück Boden nach dem anderen verlorengeht. Wir kämpfen, weil unsere innere Kraft noch nicht gebrochen ist; weil wir noch Hilfen haben. Weil wir auf nachlassenden Druck der Gegner hoffen, und weil unsere Leistungen noch überzeugen können. Solche und ähnliche Gedanken werden in die Beratungen des Bayerischen Ärztetages 1974 einfließen. Ich wünsche Ihnen zu den Erörterungen klaren Verstand, nüchternen Sinn für die Realitäten, Freiheit des Geistes und den Mut zu Entscheidungen.

Bei allem lassen Sie aber den Ernst nicht tierisch werden. Der liebe Gott hat euch das Lachen geschaffen, und das sollte nie vergessen werden. Ich wiederhole die Wünsche und Grüße der deutschen Ärzteschaft zum Bayerischen Ärztetag in Ingolstadt.

## Vollversammlung des Ärztetages

Zu Beginn der Vollversammlung am 28. September 1974 führte Professor Dr. Sewering aus:

„Seit unserer letzten Vollversammlung sind die Delegierten des Bayerischen Ärztetages Dr. Dr. Helmut Wendelstein, Ansbach, und Dr. Ernst Roedel, Tutzing, aus unserer Mitte abberufen worden. Gerade Kollege Wendelstein ist Ihnen allen bekannt. Er gehörte zu den markantesten Mitarbeitern in der ärztlichen Berufsvertretung in Bayern und sein Auftreten auf vielen Ärztetagen ist uns allen in bester Erinnerung. Er stand viele Jahre an der Spitze des Kreisverbandes Ansbach und war zweimal Gastgeber unserer Bayerischen Ärztetage.“

### Punkt 1 der Tagesordnung:

## Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

von Professor Dr. Sewering

Wir haben Ihnen auch in diesem Jahr wieder einen schriftlichen Tätigkeitsbericht zugeleitet und versucht, innerhalb dieses Tätigkeitsberichtes möglichst viele Fragen aus dem Arbeitsbereich der Bayerischen Landesärztekammer anzusprechen. Er zeigt Ihnen, wie vielfältig der Aufgabenbereich der ärztlichen Berufsvertretung ist und auf wievielen Gebieten wir tätig geworden sind, sei es in den Bereichen der medizinischen Assistenzberufe oder der ärztlichen Fortbildung, im Strahlenschutz usw.

Mit diesen beiden Kollegen gedenken wir zugleich aller anderen Kolleginnen und Kollegen, die in dieser Zeit aus unserer Mitte abberufen wurden.

Als nachgerückte Delegierte begrüße ich die Kollegen Dr. Eugen Goßner, Zusmarshausen (Schwaben), Dr. Karsten Harms, Pullach bei München, Dr. Stefan Nienhaus, Starnberg, und Medizinaldirektor Dr. Heinrich Schmidt, Ansbach.

Ich möchte euch noch berichten, daß wegen Krankheit der Geschäftsführende Arzt der Bayerischen Landesärztekammer Kollege Reichstein in den Ruhestand treten mußte. Die Geschäftsführung wurde durch Herrn Jürgens, der als kaufmännischer Geschäftsführer eingetreten ist, ergänzt.“

Die ärztliche Versorgung und die Fortbildung sind eigene Tagesordnungspunkte.

### Entwicklung der Arztzahlen in Bayern

Das Schaubild unseres Tätigkeitsberichtes (S. 888 dieses Heftes) zeigt eindrucksvoll, wie die Zahl der Ärzte in Bayern zugenommen hat. Von 1958 bis 1973 ergab sich eine Zunahme der Bevölkerung um rund 18 Prozent und eine Zunahme der berufstätigen Ärzte um 54 Prozent. Das sind überzeugende Zahlen. Bei der



Aus der Arbeitstagung

Krankenhaus in der Gruppe der vorübergehend dort tätigen, also der in Weiterbildung befindlichen Ärzte, ein Anteil festzustellen ist, der etwa 35 Prozent aller Ärzte ausmacht. Das ist ein Beweis dafür, wie stark inzwischen die Nachwuchsjahrgänge geworden sind und zeigt auch, daß die Unkenrufe, wir gingen einem Notstand der ärztlichen Versorgung entgegen, nicht gerechtfertigt sind.

Der Gesundheitsbericht der Bayerischen Staatsregierung enthält auch Zahlen über die personelle Besetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Sie zeigen, daß alle Alarmrufe hinsichtlich einer katastrophalen Situation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in seiner personellen Besetzung für den Freistaat Bayern nicht zutreffen. Von 296 Planstellen an Staatlichen Gesundheitsämtern sind immerhin 266 besetzt; also zur Zeit 30 Stellen unbesetzt. Bei den kommunalen Gesundheitsämtern sind von 97 Planstellen 90 besetzt. Bei den Regierungen werden 23 Planstellen verzeichnet; davon sind 18 besetzt. Im landgerichtsärztlichen Dienst sind bei 42 Planstellen 30 besetzt. Insgesamt sind also im Öffentlichen Gesundheitsdienst bei 493 Planstellen 432 besetzt und 61 offene Stellen. Das kann man nicht als einen katastrophalen Zustand bezeichnen.

Zur Frage des Nachwuchses an Medizinstudenten habe ich wiederholt darauf hingewiesen, daß uns als Unterlage über den zukünftigen Bedarf an Studienanfängern das McKinsey-Gutachten zur Verfügung steht, welches der Bundesminister für Wissenschaft hat erstellen lassen. Dieses Gutachten enthält eine Vorausberechnung bis zum Jahr 2000, geht davon aus, daß in dieser Zeit eine Zunahme des Behandlungsbedarfs etwa zwischen 60 und 70 Prozent eintreten wird, und kommt zu dem Ergebnis, daß, um den gesamten Bedarf in allen Bereichen zu decken — also auch unter Einbeziehung des vollen Ausbaus des werksärztlichen Dienstes und aller anderen Bereiche —, ein Nachwuchs von jährlich 7500 Studienanfängern maximal erforderlich sein wird. Mit dieser Studienanfängerzahl erreichen wir laut Gutachten eine Arztdichte von 1 : 340. Ich betone noch einmal: Das Gut-

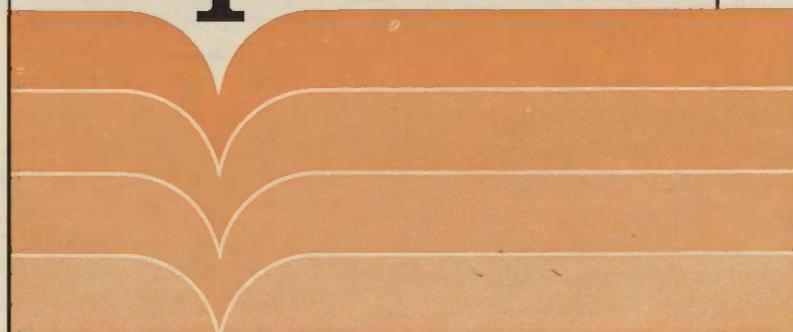
achten geht davon aus, daß diese Maximalzahl im Laufe der Jahre erreicht werden sollte. Tatsache ist aber, daß der Westdeutsche Medizinische Fakultätentag durch seine Ermittlungen bei den Medizinischen Fakultäten feststellen konnte, daß diese Maximalzahl bereits im vergangenen Jahr erreicht wurde. Nun kann man einwenden, daß sich in dieser Zahl auch die Quote der ausländischen Medizinstudierenden befindet. Dazu muß gesagt werden, daß daneben natürlich nach wie vor eine nicht unbeachtliche Zahl von jungen Medizinerinnen in den europäischen Nachbarstaaten studiert, so daß damit die Ausländerquote wieder ausgeglichen ist. Wenn man hinzufügt, daß — was inzwischen auch von der Bundesregierung bestätigt wurde — schon heute die Bundesrepublik mit ihrer Arztdichte mit vier anderen Staaten an der Spitze liegt, dann kann man feststellen, daß sich die Bemühungen zunehmend auf die Verteilungsfragen konzentrieren müssen.

Dabei meine ich unter Verteilungsfragen nicht nur die freie Praxis, sondern auch unsere notwendigen Bemühungen, für den Nachwuchs in den anderen Bereichen ärztlichen Wirkens zu werben, wie etwa im Öffentlichen Gesundheitsdienst, wie etwa auch innerhalb der Bundeswehr oder in Zukunft auch im Bereich des werksärztlichen Dienstes. Dazu eine Anmerkung: Es wird manchmal vorwurfsvoll festgestellt, man habe im Bereich des werksärztlichen Dienstes einen Fehlbestand von rund 5000 Werksärzten. Man muß aber klarstellen, daß die Planstellen für diese Werksärzte bisher gar nicht zur Verfügung stehen. Es ist nicht so, daß in der Bundesrepublik 5000 oder 6000 entsprechend dotierte Werksarztstellen seit Jahr und Tag vergeblich angeboten werden, sondern sie sind gar nicht vorhanden und müssen erst geschaffen werden. Das Betriebsärztegesetz ist erst vor kurzer Zeit vom Bundestag verabschiedet worden, und nun muß man es realisieren. Es wird ein relativ langer Zeitraum notwendig sein, bis ein solcher werksärztlicher Dienst in allen Bereichen überhaupt aufgebaut ist. Dabei wird es noch manche Probleme in der organisatorischen Regelung im Bereich der werksärztlichen

**neu**  
von  
**Hoechst**

# Dermatosen

## Topisolon®



### wirkt

- hohe Wirksamkeit
- hervorragende Verträglichkeit
- schnelles Abklingen der Symptome
- handelsüblichen Präparaten überlegen
- ein Wirkstoff

#### Zusammensetzung

1 g Topisolon enthält 2,5 mg Desoximetason in einer Wasser-in-Öl-Emulsion mit hautphysiologischem pH.

#### Indikationen

Ekzema vulgare  
Seborrhoisches Ekzem  
Endogenes Ekzem (Neurodermitis)  
Dermatitiden aller Art, z. B. Sonnenbrand  
Psoriasis, verschiedene Formen  
Verbrennungen 1. und 2. Grades  
sowie Verätzungen.

#### Kontraindikationen

Wie bei jeder äußerlichen Anwendung von Kortikosteroiden und ihren Abkömmlingen gilt, daß eine Anwendung bei Varizellen, spezifischen Hautprozessen (Lues, Tuberkulose etc.) und Vakzinationsreaktionen sowie bei Neoplasmen nicht erfolgen darf. Bei einer langfristigen Behandlung größerer Hautbezirke, besonders unter Okklusivverband, ist an die

Möglichkeit einer erhöhten Resorption des Kortikoids und deren Konsequenzen zu denken. Zur Behandlung am Auge ist Topisolon nicht geeignet.

#### Nebenwirkungen

Topisolon wird allgemein hervorragend vertragen. Nebenwirkungen wie Follikulitis, leichte Hautreizung, Zunahme nässender Erscheinungen sowie Auftreten von Teleangiektasien werden nur sehr selten beobachtet (0,24 %).

Von Kortikoid-Dermatika sind jedoch folgende weitere Nebenwirkungen bekannt: Steroid-Akne, Hypertrichosis, Pigmentveränderungen, Striae distensae, Hautatrophie, Hautmazeration, besonders unter Okklusivverband.

#### Anwendung in der Schwangerschaft

Bisher wurden bei Anwendung von Kortikoiden am Menschen Fruchtschädigungen nicht beobachtet.

Dennoch sollten Kortikoide in der Schwangerschaft nicht über längere Zeit in großen Mengen und möglichst nicht unter Okklusivverband angewendet werden. Über die Notwendigkeit der Verordnung muß von Fall zu Fall entschieden werden.

Gegen eine kurzfristige Anwendung bei Neugeborenen und Kleinkindern bestehen keine Bedenken.

#### Sonstige Hinweise

Bei Vorliegen einer Mykose ist eine zusätzliche antimykotische Therapie notwendig.

Liegt eine bakterielle Infektion vor oder kommt eine solche hinzu, so ist zunächst an eine entsprechende antibakterielle Therapie, ggf. systemisch, zu denken.

#### Handelsformen und Preise

Tuben mit 15 g DM 9,55  
Tuben mit 30 g DM 16,40  
Stand bei Drucklegung.

L66234

# Hoechst



Hoechst Aktiengesellschaft  
6230 Frankfurt (M) 80

Verteilung der Ärzte ist eindrucksvoll, daß allein im Versorgung der Mittel- und Kleinbetriebe geben; denn man muß ja davon ausgehen, daß diese Betriebe nicht jeder für sich einen Werksarzt tragen können, so daß Formen werksärztlicher Zentren gefunden werden müssen. Dabei vertrete ich persönlich nach wie vor die Auffassung, daß für viele Kleinbetriebe die nebenamtliche werksärztliche Versorgung durch niedergelassene Ärzte eine gute Art wäre, den werksärztlichen Dienst zu organisieren. Die normalen Anforderungen an eine werksärztliche Betreuung können von einem praktizierenden Arzt, wenn er sich mit Fragen der Arbeitsmedizin beschäftigt hat, ohne weiteres erfüllt werden. Es gibt sicherlich Bereiche, in denen hauptamtliche Werksärzte sinnvoll sind.

### Approbationsordnung

Die neue Approbationsordnung wurde vor einigen Jahren erlassen. Sie ist das Ergebnis jahrelanger Beratungen gewesen, und jetzt erst beginnen eigentlich richtig die Auswirkungen. Es ist gar kein Zweifel, daß die Umstellung von der alten Bestallungsordnung auf die neue Approbationsordnung eine Fülle von Problemen aufgeworfen hat. Die Jahrgänge, welche nun ausgerechnet in die Übergangszeit als Studenten hineingeraten, sind zu bedauern. Es bedarf großer Elastizität und Toleranz aller Beteiligten, um über diese Schwierigkeiten hinwegzukommen. Ich glaube aber nicht, daß es richtig ist, bereits jetzt, bevor man überhaupt einmal die neue Approbationsordnung realisiert und Erfahrungen gesammelt hat, schon wieder davon zu reden, sie grundlegend ändern zu müssen. Natürlich wird man sich Gedanken über die Fortentwicklung machen müssen. Die wesentlichen Schwierigkeiten entstehen in verschiedenen Bereichen durch die Umstellung des gesamten Unterrichtssystems. Die Fakultäten sind auf den Unterricht in der kleinen Gruppe zum Teil personell noch nicht eingerichtet. Es bedarf natürlich auch einer Umstellung der Arbeitsweise, wenn plötzlich eine Fülle kleiner Gruppen von Studenten unterrichtet werden soll. Aber es war eine der Kernüberlegungen dieser Approbationsordnung, daß der Unterricht mehr in die kleinen Gruppen verlagert werden sollte.

Eine weitere große Umstellung ist zweifellos die grundlegende Veränderung des Prüfungssystems. Nach der alten Ordnung mit Vorphysikum, Physikum und Staatsexamen als mündliche Prüfungen, wobei das Staatsexamen eine über Monate sich erstreckende Prüfung war, nun plötzlich die Umstellung auf eine fast totale schriftliche Prüfung. Die Kritik an dieser Umstellung auf die schriftliche Prüfung ist zum Teil sehr heftig.

Ich kann aus einem weltweiten Überblick über diese Fragen heraus sagen, daß in allen Ländern, die die schriftliche Prüfung eingeführt haben, nach wie vor die Auffassung vertreten wird, dies sei die einzige wirklich objektive und objektivierbare Form der Prüfung. Bei aller Würdigung der Möglichkeiten einer

mündlichen Prüfung sei eben doch die Aussagekraft der schriftlichen Prüfung eine wesentlich bessere. Andererseits habe ich volles Verständnis dafür, daß die Kritik heftig ist, weil ja nicht nur die Studenten vor etwas völlig Neuem stehen, sondern auch die Lehrenden sich mit einem neuen System vertraut machen und auch diejenigen, welche Prüfungsfragen erarbeiten, erst Erfahrungen auf diesem Gebiet sammeln müssen.

Schließlich gibt es noch Probleme mit der Realisierung des sogenannten praktischen Jahres, welches das letzte Jahr der medizinischen Ausbildung sein soll. Die Übergangsprobleme liegen darin, daß man gewisse Studentengänge, die jetzt bereits im Studium sind, einerseits der neuen Approbationsordnung hinsichtlich der Ableistung einer praktischen Zeit, wenn auch von acht Monaten, unterworfen hat, andererseits aber für sie das Staatsexamen noch nach der alten Art, am Ende des Studiums abgehalten werden soll. Hier passen die Dinge nicht zusammen; denn wenn diese Studierenden die letzten acht Monate ihres Studiums im Krankenhaus arbeiten sollen und gleichzeitig wissen, daß anschließend das mündliche Staatsexamen alter Art beginnt, dann läßt sich das nicht unter einen Hut bringen. Deshalb hat auch inzwischen die CDU/CSU-Fraktion des Bundestags in enger Zusammenarbeit mit uns einen Antrag im Bundestag eingebracht, die Übergangsbestimmungen in diesem Punkt zu ändern und für diejenigen, die das Staatsexamen noch nach der alten Art ablegen müssen, diese acht Monate aus den Übergangsbestimmungen zu streichen. Ich habe keinen Zweifel, daß diese Änderung vorgenommen werden wird; denn sie ist tatsächlich sinnvoll.

Eine andere Frage ist: Wie soll es in Zukunft mit der Ableistung des praktischen Jahres weitergehen? Daß es sinnvoll ist, den Studenten im letzten Jahr am Krankenbett auszubilden, kann man nicht in Zweifel ziehen. Aber die Durchführung dieses praktischen Jahres muß natürlich entsprechend vorbereitet sein. Ich persönlich meine, daß es für den Studenten nur dann wirklich fruchtbar werden wird, wenn es gelingt, die Zahl der Studierenden auf der einzelnen Abteilung so klein wie möglich zu halten. Wenn der Studierende im Rahmen der Mitarbeiter der Abteilung voll integriert ist, wird er am meisten Nutzen von diesem praktischen Jahr haben und dann ist auch der Kontakt zwischen den Ärzten und den Studierenden ein enger und der Student wird auch nicht als Belastung empfunden. Meine eigene Vorstellung ging also immer dahin, man sollte den Kreis der Lehrkrankenhäuser so weit wie möglich ziehen und wirklich allen Ärzten entsprechender Krankenhäuser, die sich für die Unterrichtung von Studenten interessieren, die Chance der Mitwirkung geben.

Dieser Gedanke wird nun leider durch Pläne überschattet, die aus dem Bundesgesundheitsministerium

(Fortsetzung Seite 848)

# Ist die Niederlassung in einer Allgemeinpraxis noch attraktiv?

von Dr. Hermann Braun

*Nach den Aussagen aller maßgebenden Gesundheitspolitiker ist die ärztliche Versorgung der Bevölkerung ohne Allgemeinärzte unvorstellbar. Auch in den verstaatlichten oder sozialisierten Gesundheitssystemen steht der Allgemeinarzt im Zentrum der sogenannten Basisversorgung. In manchen dieser Länder, wie z. B. in der DDR, gibt es sogar den Fecharzt für Allgemeinmedizin. Dort, wo die Spezialisierung in der Medizin am weitesten fortgeschritten ist, wie z. B. in den USA, ruft man seit Jahren wieder verstärkt nach dem Hausarzt. Man hat also überall erkannt, daß der kranke und auch der gesunde Mensch in seinen Nöten einen Arzt seines Vertrauens braucht, der ihm seelisch, aber auch räumlich nahesteht, und den er immer erreichen kann, wenn er sich in einer besonderen Notsituation befindet. Es ist auch festzustellen, daß das Vertrauen des Patienten wächst, wenn sein Hausarzt in der Diagnostik und in der Therapie möglichst viel selbst erbringen kann. Er setzt aber auch als selbstverständlich voraus, daß ihn sein Hausarzt an einen Spezialisten überweist, wenn seine eigenen Möglichkeiten nicht ausreichen.*

*Besonders von sozialistischer Seite wurden Pläne erwogen, den Allgemeinarzt, der angeblich zum Aussterben verurteilt ist, durch ein Team von Spezialisten zu ersetzen. In sozialistischen Ländern und auch in den USA wurden solche Dinge erprobt. Diese Modelle waren zum Scheitern verurteilt, weil sich sehr schnell herausstellte, daß man den Menschen nicht in Organsysteme und andere Sektoren unterteilen kann, ohne dabei die Gesamtpersönlichkeit in erster Linie zu würdigen. Auch wenn man in einem Team alle nur denkbaren Spezialitäten vereinen könnte, ist dadurch trotzdem nicht der Arzt zu ersetzen, der die gesamte Anamnese des Kranken, seine Familie, seine Lebensgewohnheiten, seine Arbeitsbedingungen, seine Freizeitgestaltung und anderes mehr kennt. Dieser Arzt aber ist der Allgemeinarzt als Hausarzt, der mitten unter seinen Patienten lebt.*

*Die jungen Mediziner wünschen auch in der freien Praxis die Teamarbeit. Das Team existiert an sich auch für jeden in Einzelpraxis niedergelassenen Allgemeinarzt durch die Kooperation mit seinen Fachkollegen, die er regelmäßig zur Beratung heranzieht. Die Gruppenpraxis mit mehreren Allgemeinärzten ist dort, wo sie wegen der Bevölkerungszahl wirtschaftlich tragbar ist, durchaus zu begrüßen. Wenn junge Mediziner schon während ihrer Ausbildung oder Weiterbildung eine spätere Gruppenpraxis anstreben, ist es zweckmäßig, daß sich jeder von ihnen schon während der Weiterbildungszeit je in einem bestimmten Teilgebiet besondere Kenntnisse und Fähigkeiten erwirbt (Kinderheilkunde, EKG, Labor, Proktologie usw.).*

*Bestimmte spezifisch allgemeinärztliche Kenntnisse, sowie Kenntnisse in wirtschaftlichen und organisatorischen Fragen, die für die Niederlassung wichtig sind, kann sich der junge Kollege während seiner Weiterbildung normalerweise nicht aneignen. Es sind dies Fragen der Soziologie und Psychologie der Allgemeinpraxis, die Beratung gesunder Menschen, Fragen der Praxisorganisation, der Raumordnung, des Personaleinsatzes, der Rationalisierung, der Finanzierung und andere.*

---

Zur Vermittlung auch dieser Kenntnisse veranstaltet die Bayerische Landesärztekammer für  
**angehende Allgemeinärzte**  
ein Wochenendseminar, das am 25. und 26. Januar 1975 im Ärztehaus Bayern in München stattfindet.

---

*Interessierte junge Kollegen bitten wir schon jetzt, sich diesen Termin vorzumerken und sich bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbaustreße 16, anzumelden. Sie bekommen dann rechtzeitig eine besondere Einladung mit dem vorgesehenen Programm.*

*Als Referenten sind auch Mitglieder des Vorstandes der Deutschen Akademie für Praktische Ärzte und Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin vorgesehen.*

stammen und die uns im Sinne der Selbsterhaltung zwingen, die guten Absichten, welche wir verfolgten, zu revidieren. Es wurde inzwischen ein Entwurf für eine Änderung der Approbationsordnung bekanntgegeben, der darauf abzielt, die Ausbildung am Krankenbett – die ausdrücklich und als Ergebnis langer Beratungen auf das Krankenbett konzentriert wurde – dahingehend zu ändern, daß von den vier Monaten Chirurgie drei Monate am Krankenbett und ein Monat in der Poliklinik abzuleisten sei, desgleichen von den



vier Monaten Innere Medizin auch drei Monate am Krankenbett, also in der Station, ein Monat in der Poliklinik, und auch von den letzten vier Monaten soll noch ein Monat in einer Poliklinik, also einem Ambulatorium, verbracht werden. Das hat zur Folge, daß dann an allen Lehrkrankenhäusern Polikliniken – sprich Ambulatorien – eingerichtet werden müßten. Auf diesem Wege wird durch die Hintertüre der Versuch gemacht, unter Mißbrauch der Approbationsordnung das Ambulatorium an allen Krankenhäusern einzuführen, und damit ist für uns der gute Gedanke einer breiten Streuung nicht mehr akzeptabel. Niemand kann uns zumuten, daß wir dazu beitragen, die ärztliche Versorgung in unserem Lande dadurch zu zerstören, daß man über den Weg der Approbationsordnung endlich sein Ziel erreicht, nämlich Ambulatorien an allen Krankenhäusern einzurichten.

Es ist nicht uninteressant, daß ich inzwischen von einer ganzen Reihe namhafter Polikliniker aus der Bundesrepublik und aus der Schweiz Stellungnahmen bekommen habe, in denen diese Kollegen, die Chefs von Polikliniken sind, nachdrücklich davor warnen, die Approbationsordnung in diesem Sinne zu ändern und in den Lehrkrankenhäusern Ambulatorien einzurichten. Sie weisen darauf hin, daß der poliklinische Unterricht etwas völlig anderes ist, wenn er richtig durchgeführt wird, als das Ambulatorium als Anhängsel an ein Krankenhaus. Sie betonen, daß, wenn eine Poliklinik sinnvoll arbeiten soll, sie eine völlig andere Struktur und eine völlig andere Zielrichtung haben muß, und damit also das Anhängen an eine stationäre

Abteilung zu einem Ambulatorium im üblichen Stile führt.

Es ist beachtenswert, daß in dem vorliegenden Entwurf zur Änderung des Kassenarztrechtes aus dem Bundesarbeitsministerium (Punkt 4 der Tegeordnung) bereits vorsorglich ein Paragraph enthalten ist, wonach Polikliniken an Universitäten und Polikliniken an Lehrkrankenhäusern automatisch an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, wobei im Gegensatz zur bisherigen Regelung, wonach lediglich ein Unkostensatz zu vergüten ist, weil Lehren und Forschen nicht von der Krankenversicherung zu finanzieren sind, die Kosten in einem weit größeren Umfang von der Krankenversicherung aufgebracht werden sollen.

### Bayerisches Hochschulgesetz

Das Bayerische Hochschulgesetz wird jetzt in Kraft treten. Das Rahmengesetz des Bundes ist nach wie vor noch nicht abzusehen. Man hat zwar vor der Sommerpause bereits gemeint, es würde rasch verabschiedet werden, die Bedenken gegen den Entwurf waren aber doch so erheblich, daß es bisher nicht dazu gekommen ist. Im Moment scheint weder bei der Koalition noch bei der Opposition eine große Neigung zu bestehen, das Hochschulrahmengesetz zu verabschieden. Von Interesse ist vielleicht ein Punkt: Bei den neuen Personalstrukturen, die im Rahmen des Hochschulrechtes geschaffen wurden und auch in einigen Bundesländern realisiert worden sind, ist der sogenannte Assistenzprofessor eingeführt worden. Wir haben in unseren Beratungen immer dar-



auf hingewiesen, daß dieser Assistenzprofessor für manche Bereiche der Hochschule ein Fortschritt sein mag; wenn ein Ägyptologe, ein Archäologe oder ein Geologe nach Beendigung seiner Studien brotlos an der Universität Wissenschaft betreiben sollte, dann war das eine sehr ungute Sache. Wenn er dann die Möglichkeit hat, für einige Jahre als Assistenzprofessor tätig zu sein, mag das gut sein. Für die Medizin bedeutete die Einführung des Assistenzprofessors aber eine Verschlechterung des Status der jungen

# Die Qualität Ihrer Sicherheit.

Den Umfang Ihrer Kranken-Vorsorge können Sie selbst bestimmen. Überall.

Deshalb sollten Sie Leistung und Beitrag kritisch vergleichen – hier gibt es Unterschiede.

Als führende Krankenversicherung des Ärztestandes bieten wir Ihnen im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages mit Ihrer Ärztekammer:

- Einkommenssicherung: bis zu 500,- DM Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung.
- Krankenhaustagegeld bis zu 200,- DM.
- Krankheitskostenversicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung.

Zahlreiche Variationen ermöglichen eine individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes – auch für Familienangehörige.

**Die Sicherheit des Arztes:  
individuell - zuverlässig - preisgünstig**

**Coupon** Ich interessiere mich für Ihr Angebot.

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich bin versichert bei:  Vereinigte  Salus  anderweitig

Vereinigte Krankenversicherung AG, Generaldirektion, 8 München 40, Leopoldstr. 24

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

Ärzte, vor allem deshalb, weil durch die Aufgabenstellung des Assistenzprofessors die Weiterbildung der jungen Ärzte in Gefahr geraten ist. Die Kritik wurde nie ernst genommen. Plötzlich vernimmt man nun, daß sich alle Parteien darüber einig sind, daß — wenn das Hochschulrahmengesetz verabschiedet wird — der Assistenzprofessor nicht mehr darin enthalten sein wird.

### Bayerisches Krankenhausgesetz

Die Diskussionen um die Landeskrankenhausgesetze sind in allen Ländern im Gang. Das ist ein zwingender Ablauf; denn seit der Bundestag das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundesregierung die Bundespflegegesetzverordnung erlassen haben, war es erforderlich, zur Realisierung ein Landeskrankenhausgesetz zu erlassen.

Die Meinungen darüber, was man in solche Landeskrankenhausgesetze aufnehmen soll, sind erheblich auseinandergegangen. So hat beispielsweise das Bundesland Rheinland-Pfalz mit einer Mehrheit der CDU ein Landeskrankenhausgesetz verabschiedet, in dem erhebliche Eingriffe in die innere Struktur der Krankenhäuser enthalten sind. Gegen dieses rheinland-pfälzische Krankenhausgesetz läuft zur Zeit eine Verfassungsklage, die von der SPD-Opposition getragen wird.

Wenn ich nun die Beratungen des Bayerischen Krankenhausgesetzes dem gegenüberstelle, dann hat die Bayerische Staatsregierung und die Mehrheit der Regierungspartei im Bayerischen Landtag sich auf den Standpunkt gestellt: Wir wollen ein Gesetz, das keine Eingriffe in die innere Struktur der Krankenhäuser bringt. Bei uns wiederum hat sich die SPD dafür stark gemacht, daß ein Krankenhausgesetz mit Eingriffen in die innere Struktur kommt. Diese beiden Dinge nebeneinander gestellt, sind eigentlich politisch ganz interessant.

Ein Krankenhausgesetz, das auch sehr erhebliche Eingriffe in die innere Struktur der Krankenhäuser mit sich bringt, wurde in Hessen erlassen. In den übrigen Bundesländern sind die Auffassungen derzeit noch nicht voll erkennbar.

Jedenfalls ist es so, daß das Bayerische Krankenhausgesetz für die Krankenhausplanung und für die Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Voraussetzungen schafft und eine geeignete Grundlage für die Fortentwicklung des Krankenhauswesens gegeben ist. Wir wollen aber keineswegs verkennen, daß der gesamte Komplex Krankenhausgesetz erhebliche Fregen für die ärztliche Berufsausübung und vor allem auch für die Privatinitiativen auf dem Bereich des Krankenhauswesens aufwirft: Es ist z. B. eine Frage, wie in der Zukunft private Träger in der Lage sein werden, ein Krankenhaus zu errichten, zu führen und fortzuentwickeln, wenn man die Aus-

wirkungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes voll sieht. Bei der Berechnung der Kosten eines Krankenhauses ist es fraglich, wie weit die Verzinsung des Eigenkapitals dabei noch zum Tragen gebracht werden kann. Das ist für die öffentliche Hand völlig uninteressant, für einen privaten Träger bedeutet aber die Nichtverzinsung seines Eigenkapitals oder die Unterverzinsung seines Eigenkapitals, auf eine längere Sicht gesehen, praktisch einen Kapitalverlust.

Wenn ein privater Träger Leistungen aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz in Anspruch nimmt, muß er damit rechnen, daß der Staat die Eintragung von Grundschulden auf das Vermögen verlangt. Aus Beispielen konnte man entnehmen, daß diese Grundschulden letzten Endes zusammen mit den vorhandenen echten Belastungen, in der ersten Hypothek oder wie immer, zusammengenommen größer sind als das vorhandene Vermögen. Daraus ergibt sich die Situation, daß ein solcher privater Träger überhaupt keinen Spielraum mehr für weitere Investitionen hat. Er hat sich also damit selbst wirtschaftlich bewegungsunfähig gemacht.

Die gesetzlichen Bestimmungen sehen einen sogenannten Kommunalanteil bei der Finanzierung der Aufwendungen vor. Dieser Kommunalanteil muß also von den kommunalen Trägern oder den kommunalen Behörden aufgebracht werden. Soweit nun die kommunale Behörde zugleich Träger des Krankenhauses ist, ist es naheliegend, daß sie auch einen Eigenanteil beisteuert. Aber nach den Bestimmungen muß die kommunale Behörde den gleichen Eigenanteil auch erbringen, wenn im Bereich der kommunalen Behörde ein privater Träger ein Krankenhaus errichtet oder erweitert oder neue Investitionen durchführt. Hier entsteht eine Interessenskollision. Der private Krankenhausesektor hat gerade bei uns in Bayern eine erhebliche Bedeutung und wir sollten diesen privaten Krankenhausesektor auch mit allen Kräften fördern; er ist Ausdruck der Privatinitiative, und überall, wo Privatinitiative ist, ist Bewegung und Fortschritt.

Ein weiteres Problem, das sich ergibt, ist das Schicksal der kleinen Krankenhäuser. Im Prinzip ist es das Ziel der Krankenhausförderung, kleine Krankenhäuser langsam abzubauen und nicht mehr zu betreiben und im wesentlichen nur größere Einheiten zu fördern. Auf der anderen Seite wird man aber zugeben müssen, daß im Bereich unseres Freistaates den kleineren Krankenhäusern eine erhebliche Bedeutung für die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung zukommt. Wir wollen nicht verkennen, daß es für eine Menge von Krankheiten, die zuhause nicht behandelt werden können, durchaus ausreichend ist, wenn die Betroffenen in ein nahegelegenes kleines Krankenhaus aufgenommen werden.

Es wurde kürzlich eine Kostenberechnung darüber angestellt, was die ärztliche Behandlung, die Operation einer Appendizitis in einer Privatklinik mit einem Be-



legarzt kostet und was der gleiche Patient an Aufwendungen erforderlich macht, wenn er aufgrund der Nähe in ein Spitzenkrankenhaus mit den bekannten Pflegesätzen aufgenommen wird. Soweit ich das vorläufige Ergebnis kenne, ist der Kostenvergleich etwa 1 : 3.

Wir müssen uns also überlegen, ob wir nicht neue Anregungen für die weitere Verwendung der kleineren Krankenhäuser geben können. Dabei ist zweifellos davon auszugehen, daß es gewisse Errungenschaften der Medizin gibt, auf die der Patient Anspruch hat und die ihm gewährt werden müssen. Ich möchte beispielhaft nur die Anästhesie erwähnen. Wir müssen also Formen der Kooperation finden. Erste Beispiele dafür sind schon vorhanden. Es hat sich ein Krankenhaus-träger gefunden, der meinen Vorschlag aufgegriffen hat, ein kleineres benachbartes Krankenhaus als Dependence mit dem größeren zu verbinden, mit der Folge, daß in diesem kleineren Krankenhaus jetzt ein florierender Betrieb ist, daß die Assistenten dort gern arbeiten, weil sie an das große Krankenhaus angeschlossen bleiben. Im übrigen werden die kleinen Krankenhäuser gerade als Belegkrankenhäuser auch in der Zukunft ihre Bedeutung haben.

Damit habe ich gleichzeitig ein weiteres Stichwort aus diesem Bereich gegeben, nämlich das Stichwort Belegarztfrage. Ich kann euch dazu aus dem Gesundheitsbericht der Bayerischen Staatsregierung zitieren, wo auf Seite 66 folgendes zu lesen ist:

„Die Staatsregierung wird darauf hinwirken, daß Ärzte bestimmter Fachrichtungen in stärkerem Maße auf dem Lande belegärztlich tätig sein können, um die fachärztliche Versorgung durch weitere Niederlassung zu verbessern. Durch die belegärztliche Tätigkeit ließe sich zudem das Zusammenwirken von Krankenhaus und freier Praxis fördern.“

Dieser Ausführung kann man nur in vollem Umfang zustimmen. Aber das habe ich auch sehr offen gegenüber dem Herrn Sozialminister in mehreren Gesprächen zum Ausdruck gebracht — mit verbalen Bekenntnissen zum Belegarztsystem ist uns nicht geholfen. Wir müssen die Staatsregierung bitten, daß Beleg-

ärzte dort, wo sie tätig sind, auch weiterhin tätig bleiben können und daß dort, wo es um die Frage fachärztlicher Besetzungen geht, die Frage geprüft wird, ob die Besetzung nicht sinnvoller durch Belegärzte als durch hauptamtliche Chefärzte erfolgen könnte.

An dieser Stelle muß ich auch die dringende Bitte an die Staatsregierung richten, im Falle der Beratung mit dem Krankenhaus-träger es nicht bei einer neutralen Feststellung bewenden zu lassen, daß beides gleich gut möglich sei, sondern auf die hohe Bedeutung des Belegarztsystems hinzuweisen. Das ist ein Bereich der Beratung der Krankenhaus-träger; denn gerade aus der Sicht des Sozialministeriums muß die ärztliche Versorgung global gesehen werden. Wenn wir den operativ tätigen Kollegen die Belegarztmöglichkeit verbauen, können wir nicht erwarten, daß er sich in den Kreisstädten niederläßt. Der Leidtragende ist dann der Patient.

#### Medizinische Assistenzberufe

Wir haben im vergangenen Jahr fast 1700 Arzthelferinnen durch die Prüfung gebracht, eine Zahl, die für unsere Praxen von erheblicher Bedeutung ist. Je mehr junge Mädchen wir zu Arzthelferinnen heranbilden, um so besser kann der niedergelassene Arzt seinen Aufgaben nachgehen. Ich habe den Eindruck, daß das Interesse der jungen Mädchen an diesem Beruf zunimmt. Wir sehen allerdings eine Gefahr, nämlich die geradezu verhängnisvolle Tendenz zur Verschulung der beruflichen Ausbildung. Es ist nun eine Ernüchterung auf diesem Sektor eingetreten und es fällt mir auch im Parlament, in den Senatsberatungen auf, daß die Zahl derer, die den Mut haben, nun gegen diese Fehlentwicklung Stellung zu nehmen, laufend zunimmt. Aber die Gefahr ist nicht beseitigt, und wir müssen als Ärzte genau wie alle anderen Bereiche des Handwerks und sonstige Bereiche darauf hinweisen, daß die Verschulung der beruflichen Ausbildung, wie sie von manchen Kräften betrieben oder gewünscht wird, das Ende der beruflichen Ausbildung bedeutet. Was dann herangezogen wird, sind unzufriedene Übergebildete, aber keine Ausgebildeten.

Wir haben uns in den vergangenen Jahren auch zunehmend der notwendigen Aufgabe der Fortbildung des ärztlichen Assistenzpersonals zugewandt, und es werden jetzt immer intensiver solche Fortbildungskurse vorbereitet und durchgeführt. Ich halte es für dringend notwendig, daß wir dem Assistenzpersonal Fortbildungsmöglichkeiten von uns aus anbieten; denn auch für die Mitarbeiter in unserer Praxis und im Krankenhaus gibt es immer etwas Neues zu lernen. Unsere Kammer pflegt hier eine Tradition; denn wir führen schon seit Jahren Fortbildungskurse für Röntgenhelferinnen und für Laborhelferinnen durch. Sie wissen, daß unsere Kammer, um auf dem Gebiet der Ausbildung von Assistenzpersonal noch besser tätig werden zu können, einen eigenen Verein zur Förderung der Ausbildung von ärztlichem Assistenzpersonal gegründet hat. Dieser Verein ist ein Kind der Kammer, der Träger der Walner-Schulen. Das ist eine Schule zur Ausbildung von medizinisch-technischen Assistentinnen in München, auch mit einer Sparte Arzthelferinnen.

Ich darf außerdem daran erinnern, daß wir als erstes Land in der Bundesrepublik eine Schule zur Ausbildung von Zytologie-Assistentinnen errichtet haben, die inzwischen schon eine Menge junger Damen für die Tätigkeit auf dem Gebiet der Zytologie herangebildet hat.

Wir haben auch eine Schule für Orthoptistinnen, und zwar sowohl in München als auch in Erlangen, allerdings mit einer kleinen Zahl von Schülerinnen. Sie sehen also, daß die Kammer auf dem Gebiet der Ausbildung und der Fortbildung des medizinischen Assistenzpersonals außerordentlich intensiv tätig ist, und ich glaube, das ist eine fruchtbare Aufgabe, die wir hier erfüllen.

### **Bayerisches Rettungsgesetz**

Bayern war das erste Bundesland, welches ein Rettungsgesetz verabschiedet hat. Inzwischen sind Rettungsgesetze auch in den anderen Bundesländern durchwegs in parlamentarischer Beratung. Das Ziel des Rettungsgesetzes ist es, in ganz Bayern ein dichtes und gleichmäßiges Netz von Rettungsstellen aufzubauen, um auf diese Weise bei Notfällen, vor allem aber bei Unfällen, auf schnellem Wege Hilfe leisten zu können. Es sollen nach einem Plan, der für das ganze Land aufgestellt wird, Rettungswachen eingerichtet werden. Diese Rettungswachen sind regional in Rettungsdienstbezirke mit einer Funkleitstelle zusammengefaßt. Auf diese Weise wird es in Zukunft möglich sein, das bereits heute gut funktionierende Rettungswesen zu verbessern.

Im Zusammenhang mit den Bemühungen um diese Neuordnung des Rettungswesens ist darauf hinzuweisen, daß auch versucht wird, die einheitliche Rufnummer 110 einzuführen. Träger des Rettungswesens nach dem Rettungsgesetz ist in Zukunft die Öffentliche Hand. Die Ebene der Kommunen, die kommunalen

Körperschaften, werden zu Zweckverbänden zusammengeschlossen. Die Durchführung des Rettungsgesetzes wird in den Händen der Rettungsorganisationen liegen. Dabei ist rein vom Volumen her zu sagen, daß insgesamt etwa 95 Prozent unseres Rettungsdienstes durch das Bayerische Rote Kreuz erbracht werden, die restlichen fünf Prozent durch die übrigen Rettungsorganisationen zusammen, als da sind der Malteser-Hilfsdienst, der Arbeitersamariterdienst und die Johanniter. Ich selbst hebe seinerzeit angeregt, sie in einer Arbeitsgemeinschaft zusammenzuschließen. Das wurde nicht gemacht. Ich hoffe aber, daß sich dennoch ohne gesetzliche Grundlage eine gute Zusammenarbeit entwickelt.

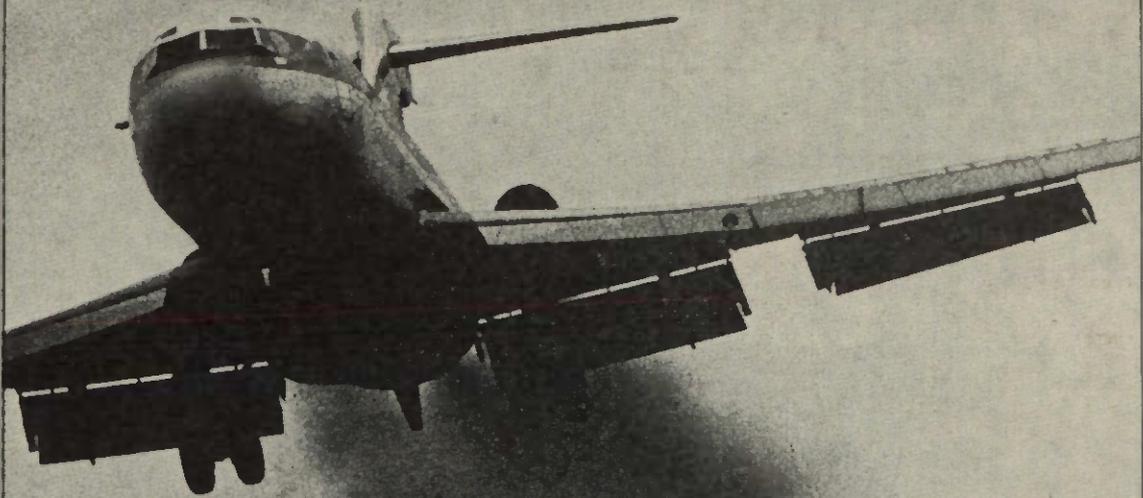
Das Rettungsgesetz kann von uns in seiner Zielsetzung natürlich nur begrüßt werden; denn jeder von uns hat ein echtes Interesse daran, daß an der Unfallstelle so schnell wie möglich Rettung zur Verfügung steht. Dabei bin ich persönlich allerdings der Meinung, daß nach wie vor der Schwerpunkt beim Einsatz von Sanitätskraftfahrzeugen liegt und daß man die Entwicklung des Hubschrauber-Rettungsdienstes nicht unter emotionalen Gesichtspunkten oder den Gesichtspunkten der öffentlichen Meinung sehen darf.

Ich will nicht verschweigen, daß mit der Organisation des Rettungsdienstes auch gewisse Fehlentwicklungen eingeleitet werden können. Die Bequemlichkeit unserer Mitmenschen wird möglicherweise dazu führen, daß man auch dann, wenn der Opa eine Nierenkolik oder Durchfall hat, eben 110 wählt. Wir müssen hier also Vorsorge treffen, daß es beim Rettungsdienst nicht zu einem Mißbrauch kommt, indem es zum Teil ein Hausbesuchsdienst wird. Auch dazu hat sich die Staatsregierung in ihrem Gesundheitsbericht geäußert und dazu ausgeführt:

„Die Staatsregierung wird dafür Sorge tragen, daß die Funkleitstellen des Unfallrettungsdienstes auch für den Notfall- und Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Verfügung stehen.“

Diese Feststellung ist das Ergebnis eingehender Beratungen, die wir mit dem Staatsminister des Innern und seinen Mitarbeitern und mit den Vertretern des Roten Kreuzes gepflogen haben. Wir sind folgender Auffassung: Ein moderner Notfall-Bereitschaftsdienst auch der Kassenärztlichen Vereinigung kann auf den Funk nicht mehr verzichten.

Wir müssen also auch von uns aus in Bayern überall Funkleitstellen für die diensthabenden Kassenärzte zur Verfügung stellen und unsere Kassenärzte mit Funkgeräten ausstatten. Es wäre aber wenig sinnvoll, wenn in einem Haus das Rote Kreuz seinen Funkdienst Tag und Nacht besetzt hat und in einem anderen Haus die Kassenärztliche Vereinigung getrennt davon noch einmal eine Funkstelle einrichtet, die wiederum personell besetzt sein muß. Deshalb sind wir übereingekommen, daß wir in Bayern, soweit es



# Trotzdem.

## Es gibt noch Dinge, die reine Natur sind.



Das beste Beispiel ist die Butter. Denn Butter wird ohne menschlichen Zugriff, ohne chemische Manipulation aus reinem Milchlager gewonnen. Einmalig wertvoll ist die Butter durch ihre Vielseitigkeit: Mit insgesamt 76 bisher identifizierten Fettsäuren – ungesättigte und gesättigte, kurzkettige und langkettige – sind in der Butter alle essentiellen Fettsäuren in ausreichendem Maße enthalten, darunter auch die Linolsäure mit 2,1 bis 4,6 Prozent und die Arachidonsäure mit 0,1 bis 1,6 Prozent. Darüber hinaus enthält Butter in natürlicher Form die Vitamine A, E, D, K, B 1,

B 2, B 6, viele Mineralien, zahlreiche Enzyme, Spurenelemente, natürliche Aromastoffe, Lecithin, Biokatalysatoren und vieles mehr, was unserem Körper in dieser leicht verwertbaren Form sonst nicht angeboten wird. Weil Butter so natürlich ausgewogen zusammengesetzt ist, kann der menschliche Körper sie vollständig aufnehmen und in Energie umsetzen. **Butter – reine Natur – eine Ausnahme in der Welt von heute.**

Essen aus Deutschland –  
naturgesund mit  
Deutscher Markenbutter



Wir informieren Sie gern  
ausführlicher und natürlich kostenlos.  
Bitte fordern Sie die Broschüre  
"GESÜNDER ESSEN" bei uns an.  
der deutschen Agrarwirtschaft mbH  
5300 Bonn – Bad Godesberg, Postfach 370



irgend möglich ist, die Funkstellen des Rettungsdienstes und die Funkstellen für den ärztlichen Notfall-Bereitschaftsdienst personell zusammenlegen, so daß also die gleiche Besetzung beide Dienste übernimmt. Die erste Stelle, die in dieser Weise arbeiten soll, wird am 1. Oktober in Aschaffenburg in Betrieb genommen. Ich hoffe, daß es uns möglich wird, in den nächsten Jahren hier gemeinsam mit dem Rettungsdienst ein gutes und wirksames Netz für die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung aufzubauen. Dieses Zusammenlegen der beiden Dienste wird auch bewirken, daß der richtige Arzt zum Patienten geschickt wird.

Wir hatten in den letzten Tagen Gelegenheit, mit den Krankenkassen auch über die Frage der Honorierung derjenigen Ärzte zu sprechen, die in Notarztwagen fahren. Wir haben uns auf den Standpunkt gestellt, daß diese Tätigkeit der Assistenzärzte in Notarztwagen nicht Bestandteil ihres Dienstverhältnisses sein kann, sondern daß der Assistenzarzt getrennt honoriert werden muß. Es blieben dann außerhalb dieser Regelung nur solche Ärzte, die hauptamtlich nur für den Rettungsdienst eingestellt sind, weil bei diesem dann das Dienststun, etwa im Hubschrauber, Dienstaufgabe ist.

Ich hoffe, daß die Krankenhausträger durch Erteilung der entsprechenden Nebentätigkeitsgenehmigungen das auch ihrerseits fördern. Wir wollen nicht verkennen, daß diese zusätzliche Tätigkeit der Assistenzärzte nicht nur eine zusätzliche Tätigkeit, sondern eine erhebliche zusätzliche Gefährdung mit sich bringt. Wir haben in diesem Zusammenhang auch eine Beratungsgruppe, welche die übrigen Fragen, wie Haftpflicht usw., behandelt. Ich hoffe, daß auch hier sinnvolle Vereinbarungen getroffen werden können.

### W Weiterbildung

Sie erinnern sich, daß im Mai 1972 das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe durch ein Urteil festgestellt hat, daß die sogenannten statusbildenden Normen der ärztlichen Weiterbildung gesetzlich geregelt werden müssen. Damit stand fest, daß von diesem Zeitpunkt ab eine Änderung der Weiterbildungsordnung



nicht mehr möglich sein wird, bevor nicht die gesetzlichen Grundlagen geschaffen sind. Seither sind intensive Beratungen gepflogen worden.

Die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten hat im Auftrag der Gesundheitsminister eine Arbeitsgruppe gebildet. Wir haben uns ebenso intensiv mit den Fragen beschäftigt. Es fanden gemeinsame Beratungen und Anhörungen statt. Es liegt nunmehr ein Gesetzentwurf vor, der den Landesregierungen empfohlen wird und der zu gegebener Zeit den Länderparlamenten zugeleitet werden müßte.

Die erste Landesregierung, welche bereits einen Referentenentwurf bekanntgegeben hat, ist die von Nordrhein-Westfalen. Dieser Entwurf liegt uns vor. Wir haben uns eingehend mit ihm beschäftigt und dazu auch eine Stellungnahme abgegeben. Wir nehmen an, daß dieser Entwurf auch in etwa Beratungsgrundlage für die übrigen Landesregierungen sein wird. Wir haben aber immer noch die Hoffnung nicht aufgegeben, daß es möglich sein wird, in einigen Punkten noch Änderungen zu erreichen.

Es ist für uns nach wie vor unverständlich, daß im Gesetzentwurf eine Ersatzhandlung der Landesregierung oder des Staates für den Fall vorgesehen sein soll, daß angeblich die Ärztekammer eine notwendige Facharztbezeichnung nicht einführt.

Es ist für uns eine Erschwerung, daß das Gesetz vorschreiben soll, daß generell zwei Drittel der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit an einer Weiterbildungsstelle und bei einem Weiterbilder abgeleistet werden dürfen. Wir hatten empfohlen, dies in eine Kann-Bestimmung umzuwandeln, d. h. eine Ermächtigung für die Ärztekammern, es dort vorzuschreiben, wo es sinnvoll ist.

Wir haben nach wie vor trotz gewisser Änderungen in der Formulierung Bedenken dagegen, daß das Gesetz am Ende der Weiterbildung eine formelle Prüfung auf der Grundlage einer vom Staat zu erlassenden Prüfungsordnung vorschreibt. Wir haben keine materiellen Einwendungen dagegen, daß der Bewerber, der sich um die Anerkennung für ein Fachgebiet bewirbt, vor einer Kommission erscheint und dieser Kommission auch einmal Rede und Antwort steht,

also ein Kolloquium mit ihm abgehalten wird, das zur Beurteilung des Bewerbers beitragen könnte. Aber der Erlaß einer Prüfungsordnung durch den Staat gibt dieser Prüfung einen Charakter, der der Art und Weise der ärztlichen Weiterbildung als Form der Berufsausübung nach unserer Überzeugung nicht gerecht wird. Die Gesundheitsminister haben zwar in einer umfangreichen Begründung zu ihrem Entwurf zum Ausdruck gebracht und ausdrücklich betont, daß die ärztliche Weiterbildung keine Ausbildung, sondern eine Art Nebenprodukt ärztlicher Tätigkeit ist und deshalb auch nicht mit einer Ausbildung verwechselt werden darf, aber wir sehen die Notwendigkeit und die Begründung für den Erlaß einer Prüfungsordnung durch den Staat nach wie vor nicht ein.

Eine Folge des Karlsruher Urteils steht ja bereits fest, nämlich die Möglichkeit, daß ein Arzt in Zukunft auch mehr als eine Facharztbezeichnung führen darf. Wer also im Laufe seiner klinischen Tätigkeit etwa die Anerkennung für Innere Medizin und für Radiologie erworben hat, wird nach dem neuen Recht auch auf seinem Arztschild die Bezeichnung „Internist und Radiologe“ führen dürfen. Wir haben dringend gebeten, man möge im Gesetz verankern, daß die Möglichkeit des Nebeneinanderführens auf zwei Bezeichnungen beschränkt wird; denn wenn keine zahlenmäßige Begrenzung vorgesehen wird, wird das Ganze ad absurdum geführt. Bis jetzt heißt es aber leider noch im Gesetz, daß mehrere Gebietsbezeichnungen auf verwandten Gebieten nebeneinander geführt werden dürfen.

Die Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“ ist bereits im Gesetz verankert, ebenso eine weitere etwas überraschende Gebietsbezeichnung, nämlich die für Öffentliches Gesundheitswesen.

Wir können nichts anderes tun, als so lange wie möglich unsere Bedenken vortragen und unsere Gegenvorschläge den Landesregierungen unterbreiten. Wenn dann das Gesetz eines Tages verabschiedet sein wird, werden wir damit zu leben haben, und wir werden versuchen müssen, Fehlentwicklungen zu vermeiden. Es darf andererseits nicht verkannt werden, daß man bei dem Entwurf in einer Reihe von entscheidenden Punkten auf unsere Anregungen eingegangen ist und auf diese Weise gute Voraussetzungen für die Fortentwicklung der Weiterbildungsordnung geschaffen wurden. So hat die Arbeitsgruppe, so haben die leitenden Medizinalbeamten und die Gesundheitsminister in ihrem Entwurf darauf verzichtet, etwa die einzelnen Gebietsbezeichnungen in das Gesetz aufzunehmen; denn es wäre natürlich dann überhaupt nur sehr schwer möglich, eine Fortentwicklung sinnvoll zu betreiben. Im Gesetz heißt es nun oder wird es heißen:

„Gebiets- und Teilgebietsbezeichnungen bestimmen die Ärztekammern in den Fachrichtungen: Konservative Medizin, operative Medizin, nervenheilkundliche

Medizin, theoretische Medizin, ökologische und methodisch-technische Medizin.“

Das sind die Grundbereiche, und hier haben wir uns in unseren Vorschlägen und dann auch die Gesundheitsminister in ihrem Beschluß weitgehend an die Approbationsordnung angelehnt. Damit ist eine Basis geschaffen, und es bleibt nun den Ärztekammern überlassen, im einzelnen Gebietsbezeichnungen zu beschließen und dazu die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen hinsichtlich der Weiterbildungszeit und des Inhalts der Weiterbildung.

Es bleiben eine Reihe von Fragen offen, so z. B., wie es in Zukunft noch möglich sein wird, die Ermächtigung des Arztes zeitlich zu beschränken; denn nach dem Gesetz ist in Zukunft vorgesehen, daß das Krankenhaus als solches eine Zulassung als Weiterbildungsstätte durch den Staat erhält, während der Arzt eine persönliche Ermächtigung durch die Ärztekammer bekommen soll, und diese Ermächtigung durch die Ärztekammer orientiert sich an den fachlichen Voraussetzungen des antragstellenden Arztes. Hier müssen wir nun sagen: Wenn wir in die Betrachtung der fachlichen Voraussetzungen nur die Person des Weiterbilders oder des Antragstellers, der weiterbilden möchte, einbeziehen und nicht auch seine Möglichkeiten, die sich aus seiner Arbeitsstätte ergeben, dann kommen wir zu keinen sinnvollen Entscheidungen und das würde dann sicher eine erhebliche Erschwerung bedeuten, um so mehr, als die Universitätseinrichtungen von vornherein als Weiterbildungsstätten anerkannt sind. Das ist bereits ein Vorgriff auf das Recht der Europäischen Gemeinschaft.

Wir beabsichtigen, dem Deutschen Ärztetag in Hamburg die Novelle einer Weiterbildungsordnung vorzulegen, weil wir davon ausgehen, daß bis dorthin jedenfalls im einzelnen zu sehen sein wird, wie die gesetzliche Grundlage aussieht. Es bleibt zu hoffen, daß die Länderparlamente bei der Verabschiedung dieser Gesetzentwürfe einheitlich vorgehen, daß also nicht in irgendeinem Land dieser Entwurf geändert wird. Das würde die Freizügigkeit der Ärzte im Bundesgebiet beeinträchtigen und die Gefahr einer Übernahme dieser Gesetzesmaterie durch den Bund heraufbeschwören.

Ich muß noch darauf hinweisen, daß über das Karlsruher Urteil hinausgehend beabsichtigt ist, auch die allgemeinen Normen der Berufsordnung im Gesetz zu regeln und dabei stoßen wir gleich bei der ersten Bestimmung auf eine Neuorientierung, der wir nicht zustimmen können. Sie wissen, daß heute in der Berufsordnung verankert ist, daß sich der Arzt innerhalb und außerhalb seines Berufes so zu verhalten hat, wie es der Würde und dem Vertrauen dieses Berufes entspricht. Die gesetzliche Bestimmung, wie sie kommen soll, lautet nun:

„Die Kammerangehörigen — das gilt ja für alle Heilberufskammern — sind verpflichtet, ihren Beruf ge-



wissenschaft auszuüben und dem ihnen im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen."

Das ist also eine erhebliche Einengung des bisherigen Grundsatzes, und man muß sich darüber klar sein, daß das nicht ohne Folgen sein kann. Die Begründung für diese Einengung scheint darin zu liegen, daß offenbar in verschiedenen Bereichen die Meinung vertreten wird, die Berufsgerichtsbarkeit sei zu weit ausgedehnt worden und man habe mit berufsgerichtlichen Verfahren in die private Sphäre des Arztes eingegriffen und damit also in einen Bereich, der nicht für eine Regelung durch spezifisches Berufsrecht offen ist. Auf der anderen Seite muß man sich aber darüber klar sein, daß die Persönlichkeit des Arztes auch dann im Blickpunkt der Öffentlichkeit steht, wenn er nicht gerade seinen Beruf ausübt, und daß das Vertrauen zum Arzt eben nicht nur davon abhängt, daß er innerhalb seiner Berufsausübung gewissenhaft ist, sondern sicher auch davon, wie er sich als Persönlichkeit verhält. Dabei bin ich durchaus der Meinung, daß es private Bereiche gibt, die unantastbar sein müssen und die selbstverständlich nicht durch berufsaufsichtliche Maßnahmen angetastet werden sollten.

Eine weitere Bestimmung wird dann lauten:

„Kammerangehörige, die ihren Beruf ausüben, haben insbesondere die Pflicht

- I. sich beruflich fortzubilden und dabei über die für ihre Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten,  
(— das ist die Übernahme eines Grundsatzes aus der Berufsordnung —)
- II. soweit sie freiberuflich tätig sind, grundsätzlich em Notfalldienst bzw. Bereitschaftsdienst teilzunehmen und sich dafür fortzubilden und
- III. über in Ausübung ihres Berufes gemachte Feststellungen und getroffene Maßnahmen Aufzeichnungen zu fertigen."

Wenn ich das Letzte zuerst anspreche, muß ich sagen, eine so banale Bestimmung wie die über die Verpflichtung, Aufzeichnungen zu machen, sollten wir

nicht in ein Gesetz schreiben; das ist eine typische Angelegenheit des Satzungsrechts, und es würde völlig genügen, das in der eigentlichen Berufsordnung festzuhalten.

Wesentlich weitergehende Auswirkungen hat aber der Punkt zwei mit der grundsätzlichen Verpflichtung, am Notfalldienst teilzunehmen und sich dafür fortzubilden. Wir sind selbstverständlich nach wie vor der Meinung, daß jeder Arzt, der die Praxis ausübt, auch grundsätzlich verpflichtet ist, em ärztlichen Notfalldienst teilzunehmen. Wir sind aber aus der Sicht der Effizienz dieses Notfall-Bereitschaftsdienstes, der in Bayern durch die Kassenärztliche Vereinigung organisiert und getragen wird, der Auffassung, daß der Notfall-Bereitschaftsdienst der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung in vollem Umfang gerecht werden muß. Das heißt, auch der Notfall-Bereitschaftsdienst ist unter dem Sicherstellungsauftrag des Gesetzgebers an die Kassenärzte zu sehen, und da muß ich sagen: Wenn mir ein Kollege, der das ganze Jahr ophthalmologisch tätig ist, erklärt, er sei mit den allgemeinen Fragen, die bei einem Notfall auftreten können, nicht mehr genügend vertraut, um den ärztlichen Dienst sicherzustellen, dann können wir meines Erachtens nicht die Verantwortung dafür übernehmen, einen solchen Arzt auch im Notfall allgemein einzusetzen.

Im übrigen bin ich der Meinung, mit dem Aufbau unseres lückenlosen Funknetzes wird es durchaus möglich sein, für bestimmte Fachgebiete eine Rufbereitschaft zu organisieren, um für gezielte Fälle auch am Sonntag einen Facharzt zur Verfügung zu haben.

#### Vorsorgesprechstunden

Es ist inzwischen bekanntgeworden, daß die Frage geklärt wurde, ob der praktizierende Arzt besondere Sprechzeiten für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen auf seinem Arztschild anzeigen kann. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, daß im Rahmen der Sprechstundenankündigung durchaus ohne Änderung der Berufsordnung auch angegeben werden kann, entweder „Vorsorgeuntersuchungen von . . . bis . . .“ oder „Vorsorgeuntersuchungen nach besonderer Vereinbarung“. Das ist eine Sprechstundenankündigung, die wir für zulässig halten und die wir auch empfehlen.

#### Gemeinschaftspraxen

Es wird zur Zeit wiederum die Frage diskutiert, ob die Bezeichnung „Gemeinschaftspraxis“ auf dem Arztschild bei echten Gemeinschaftspraxen geführt werden soll oder geführt werden darf. Die Meinung neigt sich nunmehr dazu, daß man zur Information des Publikums diese Bezeichnung auf dem Arztschild zulassen sollte, damit der Patient, wenn er diese Praxis aufsucht, weiß, daß er davon ausgehen kann, von dem einen oder dem anderen Mitglied der Gemein-



Beta-Persantin®  
gegen  
Risikofaktoren  
bei  
Angina pectoris

Die Verordnung von Beta-Persantin ist eine vernünftige Maßnahme, wenn es darum geht, den Risikofaktoren bei Angina pectoris-Patienten entgegenzuwirken.

Denn Beta-Persantin

- beseitigt die Myokardischämie durch Verbesserung der Sauerstoffbilanz im Myokard
- hemmt die adrenerge Überreizung durch modulierte Beta-Adrenolyse
- senkt die diagnostisch gesicherte Hypertonie
- reduziert erhöhte Cholesterinwerte
- mindert durch die Persantin-Komponente die Gefahr thromboembolischer Komplikationen.

**So erweist sich:**

**Mit Persantin® leistet ein Betalytikum mehr**

# Beta-Persantin®

**Zusammensetzung:** Beta-Persantin® 25: 1-(Isopropylamino)-3-(m-tolyloxy)-2-propanol-hydrochlorid 25 mg; 2,6-Bis(diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido[5,4-d]pyrimidin 75 mg; Beta-Persantin® 50: 1-(Isopropylamino)-3-(m-tolyloxy)-2-propanol-hydrochlorid 50 mg; 2,6-Bis(diäthanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido[5,4-d]pyrimidin 75 mg.  
**Indikation:** Angina pectoris. **Kontraindikationen:** Dekompensierte Herzinsuffizienz, frischer Herzinfarkt, Myokarditis, Cor pulmonale, Asthma bronchiale und Emphyse-  
bronchitis, Bradykardie, Überleitungsstörungen und Herzblock, ausgeprägte Hypotonie. **Anwendung und Dosierung:** Bei funktionellen Herzbeschwerden und leichteren Fällen 3 x täglich 1 Dragée Beta-Persantin 25, bei schweren Schmerzzuständen 3 x täglich 1 Dragée Beta-Persantin 50. Die Einnahme sollte zwischen den Mahlzeiten erfolgen. Es ist ratsam, jeweils mit der niedrigen Dosis zu beginnen und je nach Wirkung und Verträglichkeit, eventuell schrittweise, nach Anweisung des behandelnden Arztes die Dosis zu steigern. Die volle Wirkung wird u. U. erst nach 1 - 2 Wochen deutlich. Bei Einhaltung der Anwendungshinweise wird Beta-Persantin im allgemeinen gut vertragen. In Einzelfällen können allergische Hauterscheinungen auftreten, gelegentlich auch Magenbeschwerden, Schwindel und Kopfschmerzen. **Zur Beachtung:** Bei verstärktem Ansprechen auf Beta-Persantin (Blutdrucksenkung, Bradykardie) ist die Dosis zu reduzieren oder das Präparat abzusetzen. Bei allen Formen der Herzschwäche ist Beta-Persantin nur unter Digitalischutz anzuwenden (Vordigitalisierung, Begleitdigitalisierung, gegebenenfalls mit erhöhter Dosierung des Glykosids). Beta-Persantin kann die Wirkung von blutzuckersenkenden Arzneimitteln beeinflussen. Zu Beginn der Behandlung diabetischer Patienten, die auf solche Medikamente eingestellt sind, ist daher eine Kontrolle des Blutzuckerungsverhaltens und gegebenenfalls eine Anpassung der antidiabetischen Therapie empfehlenswert. Während der Schwangerschaft und Stillzeit gilt auch für Beta-Persantin die übliche Zurückhaltung. Die Einnahme von Beta-Persantin zusammen mit Bohnenkaffee oder Schwarztee ist zu vermeiden. Eventuell auftretende Müdigkeit, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, sollte im Hinblick auf die Verkehrssicherheit berücksichtigt werden. **Antidot bei relativer oder absoluter Überdosierung:** Initial 1 Tablette Aludrin® (20 mg sublingual) oder 1 Ampulle Alupent® (0,5 mg langsam i.v.), weitere Dosierung je nach Pulsfrequenzverhalten. \*Wz. der Fa. C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim am Rhein. **Handelsformen:** Beta-Persantin® 25: Originalpackungen mit 20 (DM 10,80) und 50 Dragées (DM 24,85). Klinikpackung. Beta-Persantin® 50: Originalpackungen mit 20 (DM 11,35) und 50 Dragées (DM 25,90). Klinikpackung. Unverbindliche empfohlene Preise IL AT.



schaftspraxis empfangen und behandelt zu werden. Hinsichtlich der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis stehen wir nach wie vor auf dem Standpunkt, daß wir sie nicht empfehlen; denn sie bringt weder für den Arzt noch für den Patienten echte Vorteile.

Die Vorteile der Kooperation von Fachärzten verschiedener Fachgebiete unter einem Dach sind ausnahmslos auch erreichbar, wenn der einzelne in dieser Gemeinschaft seine Kassenpraxis selbständig betreibt. Wir sollten also die jungen Kollegen dahingehend beeinflussen, Gemeinschaftspraxen nur innerhalb der Fachgebiete zu gründen. Das ist auch mit Sicherheit besser für den Bestand solcher Gemeinschaftspraxen.

Ich habe immer wieder Gelegenheit genommen, mit Kollegen aus den Vereinigten Staaten, die hier die längste Erfahrung haben, über diese Dinge zu sprechen. Trotz der sehr kooperativen Mentalität der Amerikaner haben sie immer und überall betont, das Schwierigste an einer Gruppenpraxis sei die Frage der Gewinnverteilung; denn es wird immer Unzufriedene geben, weil jeder für sich und für sein Fachgebiet der Meinung ist, daß er einen höheren Anteil haben sollte und haben müßte. Das kann vermieden werden, wenn mehrere Fachärzte verschiedener Fachgebiete unter einem Dach praktizieren, wenn sie Einrichtungen gemeinsam benützen und mit einem einfachen Verrechnungssystem diese Dinge erledigen. Ich habe selbst in dieser Richtung nunmehr eine mehr als dreijährige Erfahrung, und ich kann sagen, es hat in dieser Zeit überhaupt noch nie auch nur eine Meinungsverschiedenheit zwischen uns gegeben, weil jeder in seiner Kassenpraxis selbständig ist und die Fragen der Verrechnung rein technische Fragen der Apparatebenützung sind. Da gibt es keinen Konflikt, weil das einfache Additionen sind. Ich kann also nur dringend jedem jungen Kollegen, der in einem Fachgebiet tätig sein will, das apparativ aufwendig ist, empfehlen, sich mit anderen in dieser Form zusammenzuschließen.

### § 218

Aus der Presse kennen Sie die derzeitige Situation um den § 218 StGB: Der Bundestag hat die Fristen-

regelung mit einer knappen Mehrheit der Koalition verabschiedet. Es kam zu einer Klage in Karlsruhe. Es erging eine einstweilige Anordnung, durch welche die Fristenregelung oder das Gesetz, soweit es die Fristenregelung bestimmt, ausgesetzt wurde. Dieser Aussetzungsbeschluß wurde inzwischen verlängert, weil er immer nur für eine bestimmte Zeit ergehen kann.

Wir rechnen damit, daß Karlsruhe noch in diesem Jahr entscheiden wird. Man erwartet die Entscheidung im Dezember. Erst nach diesem Urteilspruch werden wir die Situation überhaupt analysieren können. Es gibt zwei Möglichkeiten: Sollte Karlsruhe trotz des Anscheins einer anderen Beurteilung zu dem Ergebnis kommen, daß die Fristenregelung mit dem Grundgesetz übereinstimmt, wird sich das Bemühen der ärztlichen Berufsvertretung auf den Schutz des Arztes vor Pressionen konzentrieren müssen. Dann werden wir mit allen Mitteln dafür zu sorgen haben, daß derjenige Arzt, welcher den Schwangerschaftsabbruch ohne Indikation ablehnt, auch diese seine Gewissensentscheidung frei vertreten kann. Ich möchte aber darauf hinweisen, daß diese Gewissensentscheidung bilateral ist. Wir müssen also auch die Entscheidung desjenigen Arztes respektieren, der dann, wenn die Fristenregelung Gesetz geworden ist, davon Gebrauch macht, und wir dürfen es nicht zulassen, daß gegen solche Kollegen irgendwelche Attacken geritten werden. Deswegen bin ich der Auffassung, daß Entscheidungen von Städten oder Landkreisen in dieser Frage fehl am Platz sind. Hier sollte die Entscheidung allein beim Arzt und nicht beim Krankenhausträger liegen. Denn wenn man sich im Augenblick so rein gefühlsmäßig darüber freut, daß die meisten Landkreise beschlossen haben: „In unserem Krankenhaus wird nicht abgetrieben“, müssen wir uns darüber klar sein, daß es genauso Beschlüsse von Krankenhausträgern geben kann, die das Gegenteil besagen. Deshalb noch einmal meine Auffassung, die öffentlichen Krankenhausträger sollten sich hier einer Meinung enthalten und die Entscheidung des Arztes respektieren.

Anders ist es im Bereich der privaten Krankenhausträger. Der private Krankenhausträger kann selbst-

verständlich für sein Haus eine verbindliche Entscheidung treffen. Das ist eine andere Situation, als sie im öffentlichen Bereich vorliegt.

Nun muß ich aber darauf hinweisen, daß sich der Aussetzungsbeschuß von Karlsruhe lediglich auf die Fristenregelung bezieht. Die eugenische Indikation, die ebenfalls vom Bundestag beschlossen wurde, ist nicht ausgesetzt worden, so daß sie schon im Augenblick geltendes Recht ist. Es kann also bei begründeter Besorgnis, daß die Mutter ein schwer mißgebildetes Kind zur Welt bringen wird, eine Unterbrechung genehmigt werden. Ich brauche vor einem Kreis von Ärzten die geradezu unübersehbare Problematik dieser Fragestellung nicht im einzelnen zu erörtern.

Wir sind als Kammer verständlicherweise sofort mit der Frage angegangen worden: „Habt ihr schon Richtlinien für die Anwendung dieser gesetzlichen Bestimmung über die eugenische Indikation; denn die Anträge kommen und die Kommissionen müssen entscheiden?“ Wir werden solche Richtlinien erarbeiten lassen, sofern die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts so ausfallen wird, daß die Fristenregelung, also der indikationslose Schwangerschaftsabbruch, nicht zugelassen wird; denn dann muß für jede zugelassene Indikation natürlich eine wissenschaftliche Grundlage für die Beurteilung der Anträge geschaffen werden. Ich beneide diejenigen, welche die Richtlinien für die eugenische Indikation erarbeiten müssen, nicht. Wir werden uns aber dann bemühen, Fachleute an den Tisch zu bringen.

Es wurde nach dem Karlsruher Urteil auch die kriminologische Indikation zugelassen, also der Abbruch einer Schwangerschaft „nach einer verbrecherischen Vergewaltigung“. Daß auch dieser Begriff in der Definition seine Probleme beinhaltet, brauche ich ebenfalls nicht im einzelnen zu erörtern. Ich meine aber, an der Formulierung „verbrecherische Vergewaltigung“ sollte man sich sehr genau orientieren.

### Die perinatale Säuglingssterblichkeit

In politischen Publikationen kann man ja sehr häufig lesen, daß das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik grundlegend geändert werden müsse. Ich könnte Ihnen dafür Beispiele vortragen. Da steht das alles drin, und eine der Begründungen dafür warum es keine freien Kassenärzte mehr geben darf und Ambulatorien eingerichtet werden müssen, und was weiß ich alles, ist die angeblich „katastrophale Säuglingssterblichkeit“ in der Bundesrepublik. Da kann man lesen, daß bei uns mehr Säuglinge sterben als z. B. in Albanien oder in einem sonstigen unterentwickelten Land.

Diese Publikationen haben mich veranlaßt, die Literatur und die Unterlagen dieses Bereiches etwas näher anzusehen, und dabei habe ich eine Fülle von Entdeckungen gemacht, die mich veranlaßten, im Rahmen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung um den Auftrag zu bitten, in einer wissen-

schaftlichen Untersuchung diesen Fragen einmal gründlich nachzugehen.

Zum Beispiel hat das so oft zitierte Albanien erstens so gut wie überhaupt keine Personenstandsgesetzgebung, und alle Säuglinge, die dort in den ersten Tagen, soweit sie überhaupt bekannt wurden, sterben, werden nicht als Säuglingssterbefälle registriert, sondern von vornherein den Totgeburten zugerechnet. Jeder von Ihnen weiß, daß der Gipfel der Sterblichkeit in den ersten Tagen liegt. Allein dieses eine Beispiel zeigt Ihnen die Unhaltbarkeit dieser Vergleiche. Auf der anderen Seite muß man die sehr genauen Bestimmungen in der Bundesrepublik sehen. Es genügt ja nach unseren geltenden Bestimmungen, wenn der Geburtshelfer oder die Hebamme auch nur eine Welle in der Nabelschnur beobachtet hat, wenn eine einzige Schnappatmung beobachtet wurde, und schon wird eine Lebendgeburt registriert, und dann ist es statistisch ein Todesfall. In anderen Ländern werden derartige Geburten von vornherein als Totgeburten registriert und belasten die Statistik nicht.

Das gleiche gilt für Maße, Gewichte und ähnliche Dinge. Hier erscheint es dringend notwendig, daß einmal in einer umfangreichen wissenschaftlichen Arbeit die Personenstandsgesetzgebung und die statistischen Grundsätze der verschiedenen Länder vergleichend miteinander zusammengetragen werden, damit wir endlich einmal einen echten Überblick haben. Wenn man sich nämlich die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit im Längsschnitt ansieht, so kann man feststellen, daß die Fortschritte auch in der Bundesrepublik erheblich sind. Das kann für uns keineswegs ein Anlaß zur Zufriedenheit sein.

Wir werden weiterhin größte Anstrengungen machen müssen, um noch bessere Ergebnisse zu erreichen. Ich glaube, dazu geschieht heute bereits sehr vieles. Es wird zur Zeit in München — das ist eine sehr verdienstvolle Aufgabe der gynäkologischen Kollegen — ein großer Modellversuch gestaltet, mit dem alle Geburten im Raum München erfaßt werden sollen, um sie im einzelnen zu analysieren. Wir haben vom Zentralinstitut aus uns bereiterklärt, die Kosten für diese Untersuchung in vollem Umfang zu übernehmen. Die Auswertung der Ergebnisse wird über die Datenverarbeitungsanlage der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erfolgen. Auch das ist ein Beitrag zur Ergründung der Ursachen; denn wir wollen alle, daß so viele Kinder wie möglich gerettet werden.

### Risikoschwangerschaften

Ein weiterer Beitrag, der ebenfalls von Bayern ausging: Es wurden Richtlinien über die Betreuung von Risikoschwangerschaften erarbeitet, die hervorragend ausgefallen sind und die mir mit der Anregung übergeben wurden, sie in Bayern anzuwenden. Ich habe sie für so gut gehalten, daß ich in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dafür eingetreten bin, sie zum Gegenstand der Richtlinien über die Schwan-

gerenbetreuung zu machen. Das wurde inzwischen akzeptiert und bereits im Oktober wird der Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen sich mit diesen Richtlinien über die Betreuung von Risikoschwangerschaften befassen.

Wenn man diese Fragen untersucht, zeigt sich im übrigen, daß tatsächlich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der regelmäßigen Inanspruchnahme der Schwangerenuntersuchung und den Prognosen sowohl bei der Mütter- wie bei der Säuglingssterblichkeit zu bestehen scheint, und daß die ausländischen Frauen von den Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere so gut wie keinen Gebrauch machen. Das liegt bei den Frauen aus den orientalischen Ländern sicherlich zum Teil an ihren religiösen Grundsätzen, ist aber außerordentlich bedauerlich. Man kann sagen, daß der Anteil der Säuglingssterblichkeit bei ausländischen Müttern etwa dreimal so hoch ist wie der Anteil der ausländischen Mütter an der Geburtenszahl; das ist doch sehr alarmierend. Wir werden also versuchen müssen, hier etwas zu erreichen, um auch die ausländischen Mütter, die in großer Zahl hier in Deutschland ihre Kinder zur Welt bringen, auch an diese ärztliche Betreuung heranzuführen.

Das ist ein außerordentlich wichtiges gesundheitspolitisches Thema, und wir wollen damit einen Beitrag zur Verbesserung leisten, ohne daß wir diese Sache zu einem Politikum machen. Wir sind der Meinung, auch diese Frage kann bestens innerhalb des derzeitigen Systems unserer ärztlichen Versorgung gelöst werden, ganz abgesehen davon, daß ja die Geburt ohnedies fast ausschließlich in die Krankenhäuser verlagert worden ist.

### Qualitätssicherung

Man konnte in der Zeitung in der letzten Zeit lesen, daß den Ärzten nun Wind ins Gesicht stünde und es sei ein sehr rauher Wind. Nun, wenn man die Publizistik verfolgt, wenn man die politischen Tendenzen verfolgt, dann kann man sich dieser Beurteilung durchaus anschließen. Was wir heute beobachten, geht weit über die Kritik an der Arbeitsweise eines Systems oder einer Gruppe hinaus, sondern ist gezielte politische Arbeit. Die Ziele, die dabei verfolgt werden, sind uns allen zur Genüge bekannt: Sie laufen auf einen Systemwandel hinaus, und wir werden alle Mühe haben, uns diesen Tendenzen zu widersetzen. Dabei wird es nicht nur darauf ankommen, unsere politischen Bemühungen zu intensivieren und immer wieder in allen Bereichen darauf hinzuweisen, daß eben zu einer freiheitlichen Gesellschaft nur ein freier Arzt paßt, sondern wir müssen auch Beiträge durch eine ständige Verbesserung der Qualität unserer ärztlichen Arbeit leisten. Ich bin mir durchaus bewußt, daß vieles, was wir heute unseren Kollegen zumuten, für sie eine echte Belastung darstellt. Das gilt z. B. für den ganzen Bereich der Qualitätskontrolle im Labora-

torium. Wir haben — das dürfen Sie mir glauben — diese Qualitätssicherung nicht eingeführt, um unsere Kollegen zu schikanieren, sondern deshalb, weil wir gesehen haben, daß diese Frage zu einem Politikum geworden ist, daß keine Gelegenheit vorüber ging, wo man nicht, um uns in Frage zu stellen, als typisches Beispiel erklärt hat: „Wer hat denn schon einmal kontrolliert, ob die Werte in Ihren Labors auch wirklich stimmen?“

Ich kann hier nur noch einmal berichten, mit der Einführung der Qualitätskontrolle ist dieses Argument schlagartig vom Tisch gewesen. Heute wird anerkannt, daß man uns damit nicht mehr treffen kann. Wir mußten also diese Last auf uns nehmen, ob wir wollten oder nicht.

Auch im Zusammenhang mit der Frage der zukünftigen Gestaltung der ärztlichen Fortbildung, über die wir uns zu unterhalten haben, werden wir diesen Gesichtspunkt nicht aus dem Auge verlieren dürfen. Politische Argumente sind natürlich immer nur durch politische Gegenwirkung abzublocken, aber man sollte denen, die mit Qualitätsargumenten politisch argumentieren, nicht auch noch Material liefern. Deshalb müssen wir auf dem Sektor der Qualität der ärztlichen Leistungen, auch wenn es für uns wesentlich unbequemer ist, eine Last auf uns nehmen. Wir müssen uns von der Illusion frei machen, wir seien unantastbar.

Man sollte als Kassenarzt die Situation des Kassenarztes und des Arztes schlechthin nicht beurteilen nach den immer noch zufriedenstellenden Ergebnissen am unteren Ende der Vierteljahresabrechnung. Wir sollten uns darüber klar sein, daß die Fortentwicklung der Kassenpraxis der letzten Jahre natürlich das Ergebnis unserer Bemühungen war, daß aber andererseits auch für die Zukunft dieses System nur dann erhalten werden kann, wenn es kein Qualitätsargument gibt, dem wir nichts entgegensetzen haben. Deshalb bitte ich Sie sehr herzlich, den Kollegen klarzumachen, daß die ärztliche Standesvertretung es wirklich nicht darauf abgesehen hat, den Ärzten das Leben schwerzumachen, daß wir aber gar nicht anders können, als die Qualität der ärztlichen Leistung fortlaufend zu verbessern. Der Patient muß wissen, daß er von seinem Arzt bestens versorgt wird, daß dieser Arzt alle Bemühungen unternimmt, immer auf dem laufenden zu sein, um seinem Patienten immer das Beste zu bieten. Wenn wir darin die Vertrauensgrundlage für das gute Verhältnis zwischen Arzt und Patient sehen, dann müssen diese Lasten von uns eigentlich gar nicht so schwer empfunden werden.

Ich habe damit ein zur Zeit sicher unpopuläres Gebiet angesprochen und ich weiß natürlich auch aus der eigenen Tagesarbeit, welche Forderungen hier dem Kassenarzt gegenüber erhoben werden. Aber ich bitte Sie, es aus dieser Sicht zu sehen. Ich glaube, dann werden wir auch damit fertig.

# Das Ödem

als zentrales Problem bei Trauma, Stauung und Entzündung

## Spezifisch behandeln!

Venalot<sup>®</sup> aktiviert den enzymatischen Abbau von Ödemeiweiß durch Makrophagen, fördert die Lymphkinese und wirkt antiphlogistisch

# Venalot<sup>®</sup>

löst das Problem, denn es wirkt kausal beim lokalisierten Ödem

#### Indikationen:

Variköser Symptomenkomplex, postthrombo-phlebitisches Syndrom, Ulcus cruris, Phlebitiden, Thrombosen und Thromboseprophylaxe. Postischämisches Ödem, Posttraumatische und postoperative Ödeme und Wundschmerzen, z. B. bei Frakturen, Prellungen, Gesichts- und Knieverletzungen und -operationen. Lymphatische Stauungen nach operativen Eingriffen oder/und Strahlentherapie. Mundtrockenheit nach Bestrahlung von Tumoren im Kopf- und Halsbereich.

Die Verordnung der Venalot-Präparate in der Schwangerschaft ist unter den üblichen Vorbehalten möglich.

Kontraindikationen sind bisher nicht bekannt. Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet.

#### Zusammensetzung:

1 Kapsel enthält:  
 Extr. Mellilot, stand. sicc. 25 mg  
 (Cumarinegehalt 5 mg)  
 Rutin 25 mg  
 1 Ampulle zu 2 ml enthält:  
 Rutinschwefelsäureester-Natriumsalz 50 mg  
 Extract Mellilot, equos stand. (Cumarinegehalt 3 mg) 10 mg  
 100 ml Liniment enthalten:  
 Extr. Mellilot, stand. 50,0 ml  
 (Cumarinegehalt 500 mg)  
 Heparin 5000 I. E.  
 Emulsion ad 100 ml  
 1 Depot-Dragee enthält:  
 Cumarin 15 mg  
 Troxerutinum 90 mg

#### Handelsformen:

30 Kapseln .....	DM 8,65
75 Kapseln .....	DM 17,55
5 Ampullen zu 2 ml .....	DM 8,05
10 Ampullen zu 5 ml .....	DM 27,20
40 ml Liniment .....	DM 5,85
70 ml Liniment .....	DM 9,10
20 Depot-Dragees .....	DM 10,25
50 Depot-Dragees .....	DM 23,30
Anstaltspackungen	



**Schaper & Brümmer**  
 3324 Salzgitter-Ringelheim

## **Punkt 2 der Tagesordnung:**

### **Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer**

- 2.1. Rechnungsabschluß 1973
- 2.2. Bericht über die finanzielle Entwicklung des laufenden Geschäftsjahres
- 2.3. Haushaltsvoranschlag 1975

Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Sann, Neu-Ulm, erläuterte die den Delegierten übersandten Unterlagen über den Rechnungsabschluß 1973. Im Anschluß daran billigte der Ärztetag den Rechnungsabschluß mit überwiegender Mehrheit.

Dr. Sann berichtete weiter über die bisherigen Ausgaben des Jahres 1974 im Vergleich zum Haushaltsvoranschlag 1974.

Zu Ziffer 3, Haushaltsvoranschlag 1975, trug der Vorsitzende Anmerkungen zu den vorliegenden Unterlagen vor. Der Ärztetag billigte anschließend den Haushaltsvoranschlag 1975 mit überwiegender Mehrheit.

## **Punkt 3 der Tagesordnung:**

### **Besetzung der Berufsgerichte für die Heilberufe mit nichtrichterlichen Mitgliedern und Stellvertretern**

Die Vollversammlung hat zur Besetzung des Landesberufsgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht und der Berufsgerichte für die Heilberufe bei den Oberlandesgerichten München und Nürnberg mit nichtrichterlichen Mitgliedern und Stellvertretern beschlossen:

#### **Landesberufsgericht**

4. Stellvertreter des nichtrichterlichen Mitgliedes Dr. Adolf Roth:  
Dr. Adolf Sprengard, praktischer Arzt, München

#### **Berufsgericht beim OLG München**

Nichtrichterliches Mitglied:  
Dr. Friedrich Stolber, München

#### **Berufsgericht beim OLG Nürnberg**

Nichtrichterliches Mitglied:  
Dr. Otto Moege, Allgemeinarzt, Würzburg

## **Punkt 4 der Tagesordnung:**

### **Ärztliche Versorgung in Bayern**

Darüber wird in Heft 12/1974 des „Bayerischen Ärzteblattes“ berichtet werden.

## **Punkt 5 der Tagesordnung:**

### **Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung**

Darüber wird in Heft 12/1974 des „Bayerischen Ärzteblattes“ berichtet werden.

## **Punkt 6 der Tagesordnung:**

### **Wahl des Tagungsortes des 28. Bayerischen Ärztetages**

Die Vollversammlung beschloß, den 28. Bayerischen Ärztetag vom 26. bis 28. September 1975 in Aschaffenburg abzuhalten.

Professor Sewering schloß den Bayerischen Ärztetag mit der Feststellung, daß die Sachlichkeit der Diskussionen wieder einmal bewiesen habe, wie gut die ärztliche Selbstverwaltung funktioniere. Er dankte allen Delegierten für ihre Mitarbeit während der nun zu Ende gehenden Legislaturperiode. Sein besonderer Dank galt den gastgebenden Ärzten.

## **Entschließungen des 27. Bayerischen Ärztetages**

### **Internatsjahr des Medizinstudenten nach der Approbationsordnung vom Jahr 1970**

Die Neuordnung des Medizinstudiums sieht — nunmehr ab voraussichtlich Oktober 1976 — für die Kandidaten der Medizin ein praktisches Jahr im letzten Studienjahr an einem akademischen Lehrkrankenhaus vor.

Die Verschiebung um ein Jahr zeigt deutlich, daß die Voraussetzungen für die praktische Einführung immer noch nicht gegeben sind. Es genügt nicht, Lehrkrankenhäuser auszuwählen, ohne dort die notwendigen personellen, räumlichen und finanziellen Bedingungen zu schaffen, die für einen erfolgreichen Studienabschluß notwendig sind. Auch

fehlen bisher klare Richtlinien für die praktische Gestaltung des Ausbildungsgangs.

Unerträglich erscheint auch die mangelnde Sicherung der Studierenden während der Tätigkeit am Lehrkrankenhaus. Hier erscheint eine ausreichende finanzielle Absicherung und Versicherungsschutz das mindeste, was gefordert werden muß.

Der Bayerische Ärztetag fordert alle Verantwortlichen, insbesondere die Bayerische Staatsregierung, die Medizinischen Fakultäten und die Krankenhausträger auf, unverzüglich die Voraussetzungen für die Durchführung des praktischen Jahres zu schaffen, ohne die die Studienreform zum Scheitern verurteilt sein wird.

## **Stärkere Ausrichtung des Medizinstudiums auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes**

Der Bayerische Ärztetag beauftragt die Bayerische Landesärztekammer, in der Neufassung der Studienordnung für Medizin und bei den Medizinischen Fakultäten zu erwirken, daß das Studium mehr den Bedürfnissen des späteren praktischen Arztes angepaßt wird. Da der praktische Arzt als der von der Bevölkerung gewünschte Hausarzt viel mehr noch als bisher auch als Berater in psychosomatischen Erkrankungen, die nach Erhebungen 30 Prozent bis 70 Prozent des Krankengutes ausmachen, ausgebildet werden soll, müssen mehr als bisher die Gebiete Soziologie, Psychologie, Psychosomatik, Sozialmedizin und Medizinische Psychologie sowie Psychotherapie in das Studium aufgenommen werden. Ferner soll das Studium durch Lehraufträge für Allgemeinmedizin in allen medizinischen Fakultäten praxisnäher werden. Die Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin sollen nach Absprache mit dem Landtag und dem Kultusministerium vom Staat honoriert und nach Absprache mit den Medizinischen Fakultäten in den Lehrkörper aufgenommen werden.

## **Arbeitszeit der Ärzte an Universitätskliniken**

Der Bayerische Ärztetag bedauert, daß der Bayerische Landtag es nach dem Willen der Staatsregierung versäumt hat, wie in den anderen Bundesländern die gesetzlichen Voraussetzungen für die Vergütung der Mehrarbeitsleistungen beamteter Klinikärzte aus dem Jahre 1972 und 1973 zu schaffen.

Die durch die Realisierung des nun einzubringenden Freizeitausgleichs drohenden Schwierigkeiten für die stetionäre Versorgung an den bayerischen Universitätskliniken erfordern die unverzügliche Korrektur der gesetzlichen Grundlagen. Darüber hinaus darf die bayerische Ärzteschaft erwarten, daß drei Monate nach Verabschiedung eines Gesetzes, dessen Inhalt seit dem Jahre 1973 voraussehbar war, endlich die Verweilungsmaßnahmen für den Vollzug der Bestimmungen getroffen werden, die wenigstens für die Zeit vom 1. Januar 1974 an die Abgeltung unvermeidbarer Mehrarbeitsleistungen, insbesondere den Bereitschaftsdienst, in einem gerechteren Umfang als bisher ermöglichen.

## **Lehrbefugnis für Hochschullehrer**

Der Bayerische Ärztetag betrachtet mit Besorgnis die Einführung einer besonderen „Lehrbefugnis“ für Hochschullehrer durch das Bayerische Hochschulgesetz (Art. 73 und 75). Er ist der Auffassung, daß die Entscheidung über die Qualifikation zur Lehre ein unverzichtbares Recht der Hochschulen darstellt. Diese muß deher ausschließlich der Selbstverwaltung der Universitäten vorbehalten bleiben. Eine staatliche Beschränkung des Lehrengelbots an der Hochschule durch Verlegen der Lehrbefugnis, wie sie das neue Bayerische Hochschulgesetz ermöglicht, wird im Interesse der akademischen Lehrfreiheit und einer umfassenden Lehre mit Entschiedenheit verurteilt.

## **Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Der Bayerische Ärztetag fordert die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns auf, die bisherigen Anstrengungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu intensivieren, um sämtliche noch vorhandenen Engpässe in der kassenärztlichen Versorgung Bayerns schnellstens zu beseitigen, da nur die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags Gewähr dafür bietet, dirigistische Maßnahmen zur Niederlassungsbeschränkung zu vermeiden.

Insbesondere werden die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Bayerischen Landesärztekammer gebeten, ein Schwerpunktprogramm zur Förderung der Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auszuarbeiten und realisieren zu helfen.

## **Turnus für die Weiterbildung zum Allgemeinarzt**

Der Bayerische Ärztetag ersucht die Bayerische Landesärztekammer, die Beschlüsse mehrerer Deutscher und Bayerischer Ärztetage zur Durchführung zu bringen, die in Zusammenarbeit mit den Krenkenheusträgern des Landes und den Medizinischen Fakultäten einen Stellenplan für einen Turnus zur Weiterbildung zum Allgemeinarzt fordern (für Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe). Nur damit kann man ausreichend viele junge Ärzte zum Allgemeinarzt hinführen helfen und verhindern, daß dann viele Allgemeinärzte nur verhinderte Fachärzte sind.

## **Unbesetzte Arztstellen an Krankenhäusern in Bayern**

Der Bayerische Ärztetag beauftragt die Bayerische Landesärztekammer, innerhalb acht Wochen eine Erhebung über freie MA-, Assistenz- und Oberarztstellen an bayerischen Krankenhäusern anzustellen und die Ergebnisse den Delegierten zuzustellen.

## **Bericht über die Erledigung von Anträgen des Bayerischen Ärztetages**

Der Bayerische Ärztetag beauftragt die Bayerische Landesärztekammer, auf jedem Bayerischen Ärztetag im Tätigkeitsbericht in einem Abschnitt einen Bericht abzugeben über die erfolgreiche Durchführung bzw. die Nichtanwendbarkeit der beschlossenen Anträge des vorjährigen Bayerischen Ärztetages.

## **Beteiligung von leitenden Krankenhausärzten und nachgeordneten Krankenhausfachärzten an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung**

Der Bayerische Ärztetag hält es für geboten, bei der Beteiligung leitender Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Versorgung einen strengen Maßstab anzulegen. Leitende Krankenhausärzte sollten nur an der ambulanten ärztlichen Versorgung beteiligt werden, wenn dieses nach einer strengen Bedarfsprüfung im Interesse des Sicherstellungsauftrages erforderlich ist.

## **Erweiterung von § 29 Zulassungsordnung**

Der Bayerische Ärztetag hält es für geboten, in der Zulassungsordnung für die kassenärztliche Tätigkeit den § 29 dahingehend zu erweitern, daß auch nicht leitende Krankenhausfachärzte in die ambulante kassenärztliche Versorgung einbezogen werden können, wenn dies zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrags notwendig erscheint. Dabei soll auch den sich wandelnden Strukturen und den Forderungen der deutschen Ärzteschaft zur Krankenhausreform (Westerländer-Beschlüsse) Rechnung getragen werden.

## **Förderung der belegärztlichen Tätigkeit**

Der Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, in folgenden Punkten tätig zu werden:

1. Die belegärztliche Tätigkeit ist ein wesentlicher Bestandteil der Freiberuflichkeit des Arztes. Sie bietet dem Patienten die optimale Verbindung zwischen ambulanter

# UNRUHE



## NERVO·OPT® DIE INSEL DER RUHE

### ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Na<sup>+</sup> diethylbarbituric, 100 mg, Acid. phenylethylbarbituric, 10 mg, Aminophenaz. 6 mg, Kal. bromal, 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 Erschöpfungsstände, Klimakterische Störungen — Angstzustände, nervöse Verspannungen, depressive Stimmungslagen, Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Nervöse Kopfschmerzen, Schlafstörungen.

### KONTRAINDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakointoxikationen, Porphyrie, schwere Nieren- und Myokardschäden.

### DOSIERUNG:

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

### 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.

Apothekenverkaufspreis incl. Mehrwertsteuer

NERVO OPT 50 Dragees DM 3 95

Verschreibungspflichtig



DR. BRAUN & HERBERG  
2407 BAD SCHWARTAU

und stationärer ärztlicher Versorgung. Sie bietet dem Krankenhaus und seinen Trägern die optimale Ausnutzung seiner Einrichtungen. Sie bietet dem Arzt die optimale Ausnutzung seines erlernten Wissens und Könnens und gibt so einen Anreiz für niederlassungswillige Ärzte, diese Tätigkeit zu wählen. Deshalb sollte die belegärztliche Tätigkeit erhalten und zugleich weiter ausgebaut werden.

2. Hierzu sollten folgende Institutionen mobilisiert werden.
  - a) Die zuständigen Ministerien sind ständig und intensiv auf den Nutzen der belegärztlichen Tätigkeit hinzuweisen, um Fehlsteuerungen zu vermeiden, wie sie bedauerlicherweise geschehen sind.
  - b) Die Bayerische Landesärztekammer möge bei der Beurteilung der Weiterbildungserlaubnis die guten Weiterbildungschancen an belegärztlich geführten Häusern mehr als bisher beachten, nicht zuletzt, um so möglichst vielen jungen Kollegen diese Art der Tätigkeit nahezubringen. Der Qualitätssicherung an diesen Häusern ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen.
  - c) Die Krankenhausträger sollen durch intensive Aufklärung und Richtigstellung bestehender Vorurteile mit dem Nutzen der belegärztlichen Tätigkeit, insbesondere in Teamarbeit, bekanntgemacht werden.
  - d) Bei der Öffentlichkeitsarbeit ist eine sinnvolle Richtigstellung der bestehenden Vorurteile anzustreben. Insbesondere sollte man gut funktionierende Modelle der ärztlichen Öffentlichkeit bekanntmachen.
  - e) Die freien Verbände sind mit ihren Publikationsorganen und mit ihren entsprechenden Ausschüssen zur Kooperation aufzurufen.
  - f) Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten zur Erhaltung und Verbesserung der finanziellen Attraktivität mobilisiert werden. Insbesondere durch die Last des nachgeordneten Dienstes besteht die Gefahr einer ökonomischen Austrocknung. Die Beseitigung der Limitierungsgrenze sollte den konservativen Fächern wieder die belegärztliche Tätigkeit ermöglichen.

### Protest gegen Dirigismus in der Niederlassungsfreiheit

Der Bayerische Ärztetag protestiert gegen alle dirigistische Maßnahmen zur Einschränkung der ärztlichen Niederlassungsfreiheit, solange nicht durch eine wissenschaftlich fundierte Bedarfsanalyse ein wirklicher Mangel an niedergelassenen Kassenärzten festgestellt wurde und solange nicht bewiesen ist, daß die von der ärztlichen Selbstverwaltung organisierten marktkonformen Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung tatsächlich unzureichend sind.

Der Bayerische Ärztetag weist in Kenntnis mancher Versorgungsengpässe in der kassenärztlichen Versorgung darauf hin, daß ein eklatanter Ärztemangel in der Bundesrepublik nur in solchen Bereichen besteht, welche vom Staat selbstverantwortlich verwaltet werden (Öffentlicher Gesundheitsdienst, stationärer psychiatrischer Dienst, Bundeswehr).

Dirigistische Maßnahmen zur Beschränkung der Niederlassungsfreiheit der Ärzte sind nicht geeignet:

- den Niederlassungswillen der Krankenhausärzte zu fördern,
- die ärztliche Versorgung auf dem Lande zu verbessern (wie sämtliche Beispiele aus sozialistischen Staaten beweisen),

- angehende Ärzte vermehrt zur Allgemeinmedizin zu motivieren,
- den ärztlichen Wettbewerb um den Patienten zu dessen Vorteil (freie Arztwahl) zu verbessern.

### Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung

Der Bayerische Ärztetag lehnt entschieden Empfehlungen ab, die zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen abgesprochen wurden und wonach die ambulante Übernahme vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Behandlung durch das Krankenhaus erfolgen soll.

### Vorgehen der bayerischen RVO-Kassen

Der Bayerische Ärztetag mißbilligt ausdrücklich das Vorgehen des Landesverbandes der bayerischen RVO-Kassen, mit Hilfe irreführender Zahlen der Öffentlichkeit katastrophale Mängel in der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung Bayerns suggerieren zu wollen.

So wird aus einer statistischen korrekten Angabe - „ca. 450 000 Bürger leben in Bayern in Gemeinden bis zu 500 Einwohnern, in denen nur 18 Ärzte niedergelassen sind“ - der nachweislich falsche und eindeutig tendenziöse Schluß gezogen, daß jeder dieser 18 Allgemeinärzte 24 000 Menschen zu versorgen habe. Da gerade diese irrigen Zahlenangaben nicht nur in der Analyse des Krankenkassenverbandes veröffentlicht wurden, sondern auch bei anderer Gelegenheit in einer sachkundigen Öffentlichkeit dafür herhalten mußten, Mängel zu konstruieren, wo es auch keine gibt, weist der Bayerische Ärztetag die Öffentlichkeit auf folgende selbstverständlich auch dem Krankenkassenverband bekannten Tatsachen hin:

1. In Gemeinden unter 500 Einwohnern hat ein niedergelassener Kassenerzt höchstens in Ausnahmefällen und bei günstigen Umlandbedingungen eine Existenzmöglichkeit.
2. Auch die Ortskrankenkassen sind weder willens noch in der Lage, den Ärzten, die sich in Mindergemeinden ohne wirkliche Existenzgrundlage niederlassen möchten, existenzsichernde Einkünfte zu garantieren.
3. Die Fortschritte der modernen Medizin, die nach dem Willen der Ärzteschaft allen Bürgern unseres Landes zuteil werden sollen, sind häufig nur dann auf die freie Praxis übertragbar, wenn qualifiziertes Hilfspersonal zur Verfügung steht. Dieses ist in Dörfern unter 500 Einwohnern in der Regel nicht zu gewinnen. Sogar Großkrankenhäuser in Ballungszentren sind darauf angewiesen, Fachpersonal aus dem europäischen und asiatischen Ausland anzuwerben!
4. Selbst sozialistische Länder richten ihre Polikliniken zur Landversorgung der Bevölkerung nicht in Weilern und Dörfern unter 500 Einwohnern ein, sondern überall da, wo sich größere Orte mit einer regionalen oder zentralen Bedeutung für die umliegenden Landgemeinden entwickelt haben.
5. Auch vor der Niederlassungsfreiheit für Kassenärzte waren Kassenarztsitze in Gemeinden unter 500 Einwohnern eine extreme Rarität und nur aufgrund besonderer lokaler Verhältnisse ausgeschrieben worden.

(Fortsetzung Seite 878)



# Tonsilgon®

bei lymphatischen Reaktionen

- steigert die Infektabwehr deutlich
- Appetit und Gesamtbefinden bessern sich
- akute Schübe bleiben allmählich aus

**Besistherapeutikum** bei lymphatischer Diathese und ihren akuten Keterrhen.

**Leitsymptom: Intektantälligkeit schon in der Kindheit.**

**Zusammensetzung:** Mac. ex: Rad. Althae. 0,4 g, Flor. Chamomill. 0,3 g, Fruct. Cynosbat. 0,4 g, Herb. Equiset. 0,5 g, Fol. Jugland. 0,4 g, Herb. Millifol. 0,4 g, Cort. Querc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g in 100 g.

1 Dragee enthält: Rad. Althae. 0,008 g, Flor. Chamomill. 0,006 g, Fruct. Cynosbat. 0,004 g, Herb. Equiset. 0,010 g, Fol. Jugland. 0,012 g, Herb. Millifol. 0,004 g, Cort. Querc. 0,004 g, Herb. Tarax. 0,004 g, Vitamin C 0,019 g.

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

**Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet.

**Dosierung:** Zur Besistherapie der lymphatischen Diathese gibt man Kindern bzw. Erwachsenen 3mal täglich 15 bis 25 Tropfen oder 1 bis 2 Dragees über Wochen, bei akuten Manifestationen (Keterrhen) vorübergehend 5-6mal täglich.

**Handelsformen:**

Tonsilgon	O. P. zu 30 ml	DM 5,25	O. P. zu 60 Dragee	DM 7,30
	Q. P. zu 50 ml	DM 7,30	O. P. zu 100 ml	DM 9,85



**BIONORICA KG · NÜRNBERG**

# Sedierung löst keine Probleme in der Psychopharmako-Therapie



DOGMATIL ist in erster Linie ein nicht sedierendes, stimmungsaufhellendes, entriebsstärkendes Psychopharmakon. Als Brückensubstanz besitzt es sowohl bestimmte neuroleptische als auch antidepressive Eigenschaften und verbindet damit den Grenzbereich zwischen Neuroleptika und Thymoaneleptika.

DOGMATIL ist das erste Glied einer neuen Generation von Psychopharmaka, die in Pharmakodynamik und Therapie bisher keine Parallelen hat.

DOGMATIL sediert nicht, dämpft nicht, macht nicht müde. DOGMATIL ist von keiner der herkömmlichen Psychopharmakogruppen abgeleitet.

DOGMATIL vertritt die aufdeckende Psychopharmakotherapie.

DOGMATIL führt sicher zu bewusster Konfliktverarbeitung. DOGMATIL verursacht keine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.

DOGMATIL wirkt als Antidepressivum thymoaneleptisch, entriebsstärkend, stimmungsaufhellend, hemmungslösend.

DOGMATIL wirkt als Neuroleptikum antipsychotisch, haluzinolytisch, entlautlich.

## DOGMATIL® (Sulpirid)

**ZUSAMMENSETZUNG:** 1 Kapsel enthält 50 mg Sulpirid N-[1-(3-Äthyl-pyrrolidin-2-yl)-methyl]-2-methoxy-5-sulfamoylbenzamid. **INDIKATIONEN:** Psychogestaltive Syndrome mit depressiver Komponente, Stimmungsabflaute mit Leistungs- und Initiationsverlust, Psychoneurosen, Phobien, endogen-depressive Verstimmungszustände, larvierte Depressionen, reaktive Depressionen, depressive Syndrome im Alter, abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, Antriebs- und Affektstörungen jeder Genese, Psychoematische Erkrankungen, Organneurosen, strahlungsbedingte Erschöpfung, psychische Dekompensation, psychogene Anorexie. Zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren. Weiterhin: Schwere Syndrome jeder Genese. **DOSIERUNG:** Psychische oder psychogestaltive Syndrome: 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln. N. N. O. (Verfügl.): 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln. **Pedialatrie:** 5 mg/kg/Körpergewicht (= 1 ml DOGMATIL, Saft) verteilt auf 3 Einzeldosen pro die.

Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL-FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. **BEGLEITWIRKUNGEN:** Gelegentlich akute Stimulation, Transpiration, Allergien, Mundtrockenheit, Nausea, Akkomodationsstörungen, Hypotonie, Erregungszustände, Dyskinesien, extrapyramidale Erscheinungen, Parkinsonismen, Zyklastörungen, Gelenksarthrosen, Einschlafstörungen, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. **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 18.00 Uhr einzunehmen. Da die Reaktion auf Alkoholgehalt nicht voraussagbar 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 kardial vorbelasteten Patienten ist die Dosisleistung der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Sorgfältige ärztliche Überwachung wird empfohlen.

**VERSCHREIBUNGSFORMEN:** DOGMATIL Kapseln, 20 zu 50 mg DM 16,95, 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, 8 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, Arztemuster, Literatur und Saftinformationen durch:

CHEMISCHE FABRIK SCHÖRHZOLZ GMBH, 5 Köln 51, Gottesweg 64, Tel.: 373085/6,7.



## Nächtliche Wadenkrämpfe



## Chinin aethylcarbonicum BUCHLER mit spezifischer spasmolytischer Wirkung auf den Muskelkrampf

schnelle Linderung der Beschwerden  
ermöglicht den Patienten  
wieder einen ungestörten Schlaf  
ist absolut geschmacksneutral

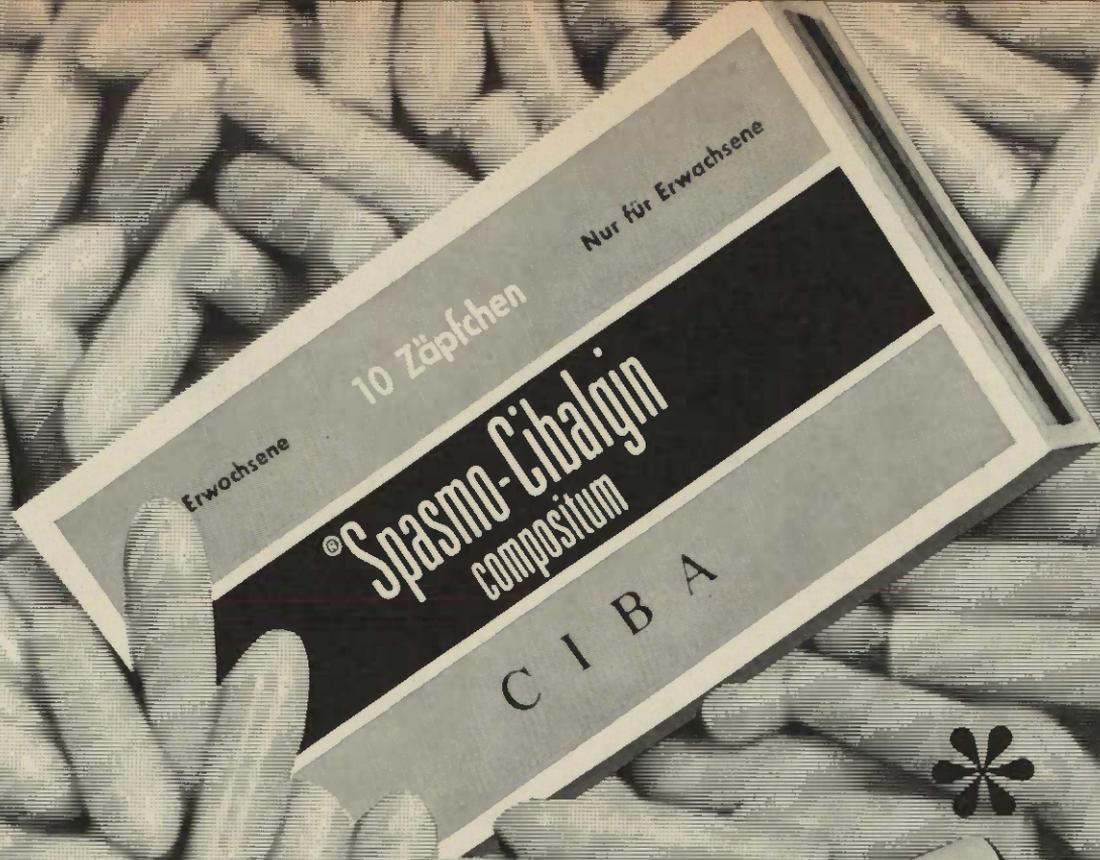
Chinin aethylcarbonicum Buchler wird in einer der ältesten und erfahrensten Chininfabriken der Welt, Buchler & Co. hergestellt. Seine zuverlässige Wirksamkeit wurde während der jahrzehntelangen Anwendung immer wieder bestätigt.

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 0,2 g Chininum aethylcarbonicum. **Indikationen:** Muskelkrämpfe, speziell der unteren Extremitäten (Wadenkrämpfe, Nachtkrämpfe). **Kontraindikationen:** Chininüberempfindlichkeit, Schwangerschaft, schwere Herzinsuffizienz. **Dosierung:** Eine Tablette während des Abendessens und eine weitere Tablette beim Schlafengehen unzerkaut mit etwas Flüssigkeit nehmen. **Handelsform und Preis:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 8,75.

Buchler & Co  
Bereich Chininfabrik Braunschweig  
33 Braunschweig



**BUCHLER & CO**



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

**Zusammensetzung**

	Amido- pyrin®	Dial®	Trasen- 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.

Postoperative und posttraumatische Schmerzen; zur Schmerzlinderung in der Gynäkologie und in der Geburtshilfe, in der zahnärztlichen Praxis.

**Kontraindikationen** Akute intermittierende Porphyrie, Granulozytopenie; Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zur Restharnbildung, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Koronarinsuffizienz; Zustände, die mit Einschränkung der Atemfunktion einhergehen, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation; akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmaka-Intoxikationen, schwere Nieren- und Leberfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden.

**Zu beachten** Aufgrund individuell unterschiedlicher Ansprechbarkeit des Patienten kann die Verkehrstüchtigkeit, besonders bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol, beeinträchtigt werden.

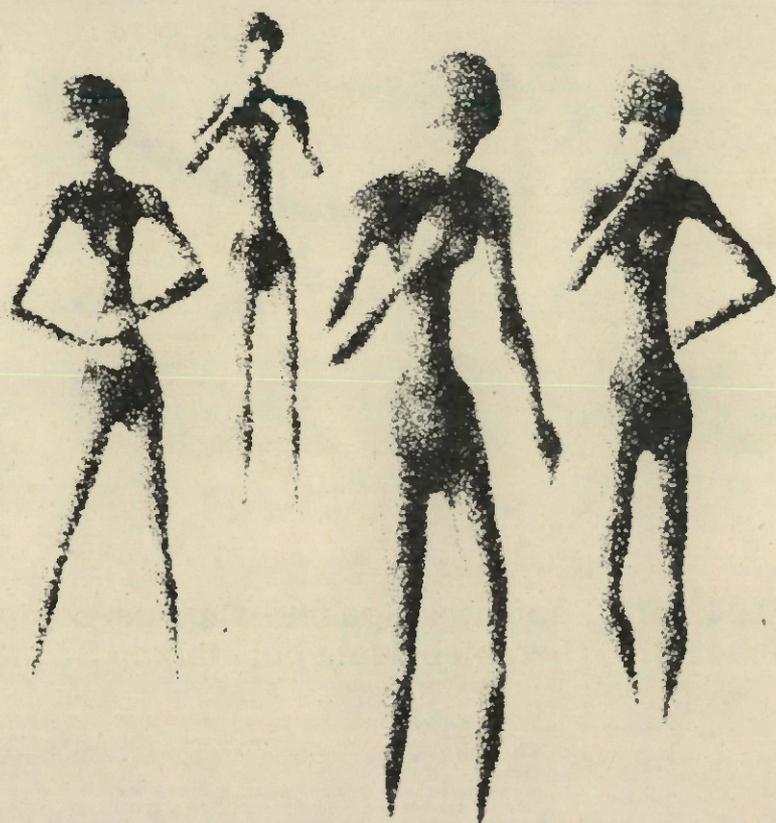
Ein längerer, dauernder, pausenloser Gebrauch ist im allgemeinen zu vermeiden; ggf. sind periodische Blutbildkontrollen angezeigt. Spasmo-Cibalgin compositum darf bei Kindern nicht angewendet werden. Für die Pädiatrie wurden Cibalen und Cibalen S entwickelt. MAO-Hemmer sollen mindestens 14 Tage vor der Behandlung abgesetzt werden. Wie andere Medikamente, sollte auch Spasmo-Cibalgin compositum im 1. Trimenon der Schwangerschaft nur unter besonders strenger Indikationsstellung angewendet werden.

**Handelsformen und Preise**

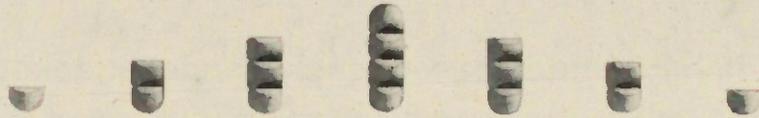
Dragées 20 Stück - DM 7,10  
Zäpfchen 5 Stück - DM 5,10; 10 Stück - DM 9,65  
Anstellschpackungen



# vegetative Dystonie



# Limbatril® Tabs



*die sanfte Alternative*

**sehr wirksam**

**sehr gut verträglich**

**auch bei vegetativer Dystonie**

**ohne Depressivität**

Eine Lacktablette enthält: 12,5 mg Amitriptylin und 5 mg Chlordiazepoxid. Mittlere Dosierung: 1-3 Lacktableten täglich. Relative Kontraindikationen: Glaukom, Prostatahypertrophie. Nebenwirkungen: gelegentlich Müdigkeit, Mundtrockenheit, Tachykardie, Hypotonie, Obstipation, Miktionsbeschwerden. Hinweis: Wie für die gesamte Gruppe der trizyklischen Antidepressiva und Neuroleptika — so auch für Limbatril — gilt der Hinweis, daß bei Verdacht auf Herzinsuffizienz sowie bei Rhythmus- und Reizleitungsstörungen, insbesondere bei älteren Patienten, vorsichtige Dosierung und sorgfältige Überwachung geboten sind. Amitriptylin kann die Wirkung adrenerge Neuronen blockierender Antihypertensiva, wie z. B. Guanethidin, hemmen. Vor allem bei prädisponierten Personen können trizyklische Antidepressiva und Neuroleptika EEG-Veränderungen verursachen; in seltenen Fällen wurden Konvulsionen beobachtet. Die Wirkung von ZNS-aktiven Substanzen sowie von Alkohol kann verstärkt, das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigt werden. Zwischen der Therapie mit MAO-Hemmern und Limbatril müssen 14 Tage Abstand eingehalten werden. 20 Lacktableten DM 4,85 m. US\*. 50 Lacktableten DM 11,75 m. US\*.



### **Einprägsame Telefonnummern für den ärztlichen Notdienst**

Der Bayerische Ärztetag beantragt, die Bundespost möge dem ärztlichen Notdienst eine einprägsame Nummer zugeteilen, damit kranke Menschen ohne Zeitverlust einen Arztbesuch anfordern können.

### **Rettungsgesetz**

Die Bayerische Landesärztekammer wird beauftragt, das aufsichtsführende Staatsministerium und die Organisationen des Rettungswesens (BRK, Johanniter, Malteser, Arbeitersamariter etc.) darauf hinzuweisen, die Sanitätswegen,

Rettungswegen und Notarztwegen zum Schutze des mitfahrenden Personals mit den auch für andere Kraftfahrzeuge empfohlenen Sicherheitseinrichtungen (Haltegurte und Kopfstützen) zu versehen.

### **Mütter- und Säuglingssterblichkeit**

Der Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer zu bitten, die wissenschaftlichen Grundlagen für eine objektive Beurteilung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit im nationalen und internationalen Bereich zu erstellen.

## **Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer**

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

### **Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer**

In den drei im Berichtszeitraum abgehaltenen Sitzungen wurden die jeweils aktuellen Angelegenheiten der allgemeinen Politik, soweit die Ärzte davon betroffen werden, sowie sonstige berufspolitische Angelegenheiten, Fragen und Probleme behandelt. Als Beispiele seien erwähnt das Reichsärztekammerabwicklungsgesetz, die Bundespflegesatzverordnung, das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das Bayerische Krankenhausgesetz, das Weiterbildungsgesetz, die ärztliche Fortbildung und die Vorbereitung der vom 26. Bayerischen Ärztetag beschlossenen Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung.

Aus dem Bereich der gesetzlichen Kammeraufgaben war in den Sitzungen über eine große Anzahl von Anträgen auf Ermächtigung zur Weiterbildung angehender Fachärzte zu entscheiden. Schließlich waren die Regularien und die finanziellen Angelegenheiten der Kammer sowie die Neuwahl der Delegierten zur Kammer zu beraten bzw. vorzubereiten.

### **Finanzausschuß**

Der Finanzausschuß tagte im Juni 1974 zur Beretung des Rechnungsabschlusses 1973 und des Vorschlages 1975.

Die beiden Vorlagen wurden eingehend beraten und ohne Änderung gebilligt mit der Empfehlung an den Kammervorstand, die Zustimmung zu erteilen und sie dem 27. Bayerischen Ärztetag zur Beschlußfassung vorzulegen.

Der Ausschuß beschäftigte sich ferner mit einem Bericht über die finanzielle Entwicklung des laufenden Geschäftsjahres.

### **Ausschuß für Hochschulfragen**

Der Ausschuß für Hochschulfragen der Bayerischen Landesärztekammer hat seit dem letzten Ärztetag zwei Sitzungen abgehalten.

In der Sitzung am 22. Februar 1974 legte Professor Dr. SEWERING den Vorsitz des Ausschusses angesichts der Zahl seiner sonstigen Verpflichtungen nieder. Anschließend wurde einstimmig Professor Dr. GROSS, Würzburg, zum Nachfolger gewählt.

Im einzelnen befaßte sich der Ausschuß in seinen beiden Sitzungen eingehend mit Fragen zum bayerischen Hochschulgesetz, ferner mit der Problematik Lehrkrankenhäuser und Internatsjahr wie sie sich aus den Bestimmungen der neuen Approbationsordnung ergibt.

### **Ausschuß für ärztliche Fortbildung**

Entsprechend der EntschlieÙung des 26. Bayerischen Ärztetages befaßte sich der Fortbildungsausschuß am 16. Januar 1974 eingehend mit der Planung einer Akademie für ärztliche Fortbildung in Bayern. Der Ausschuß erarbeitete in ausführlicher Besprechung in folgenden Punkten eine grundlegende Meinungsbildung:

1. Die Akademie-Fortbildung ergänzt die sonstigen Formen ärztlicher Fortbildung, ersetzt sie aber nicht.
2. Die Akademie ist als Zusammenschluß der gesamten ärztlichen Fortbildung in Bayern aufzufassen. Die Akademie setzt Richtlinien, macht Themenvorschläge und koordiniert die ärztliche Fortbildung.
3. Im Vordergrund steht die Leistungspflicht und nicht eine Präsenzpflcht. In der praktischen Durchführung sollte auf die „Eigenkontrolle“ nicht verzichtet werden (z. B. Feed-backbogen).
4. Als Bestätigung der Mitgliedschaft wird ein Diplom, gültig für das Fortbildungsjahr, ausgehändigt.

Weiteres Besprechungsthema war die „Fortbildung praktizierender Ärzte an Kliniken und eine zwischenzeitliche Praxisvertretung durch einen Assistenten der Klinik“. Anhand des Modells der Universitäts-Augenklinik München (Professor LUND) wird nach Gespräch mit allen Beteiligten festgestellt, daß damit sehr positive Erfahrungen gewonnen wurden. Nach Auffassung des Ausschusses eignet sich diese Form

der Fortbildung nur als gezielte klinische Fortbildung in sogenannten „kleinen Fächern“ und für Einzelfälle. Wenn sich auch diese Form zahlenmäßig in größerem Umfange nicht durchführen läßt, so stellt sie jedoch insgesamt eine wertvolle Ergänzung der bisherigen ärztlichen Fortbildung dar.

### Krankenhausausschuß

Der Ausschuß widmete seine Sitzung Anfang dieses Jahres der eingehenden Erörterung des Entwurfs der Bayerischen Staatsregierung für ein Krankenhausgesetz und des Gegenentwurfs der SPD-Fraktion. Desweiteren waren die Auswirkungen der Bundespflegegesetzverordnung auf bestehende und neu abzuschließende Verträge leitender Krankenhausärzte Gegenstand der Beratungen. Dabei wurden insbesondere die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft veröffentlichten Grundsätze für neue Chefarztverträge diskutiert und es wurde angeregt, in Gesprächen mit den Krankenhausverbänden zu versuchen, zu einem gemeinsamen Vertragsentwurf für Bayern zu kommen.

### Ausschuß für angestellte und beamtete Ärzte

Der Ausschuß für angestellte und beamtete Ärzte tagte zuletzt am 17. September 1973, befaßte sich u. a. mit Fragen der Ärzteversorgung und stellte den Antrag, die Bezeichnung „Ausschuß angestellte Ärzte“ zu ändern in „Ausschuß für angestellte und beamtete Ärzte“, ein Vorschlag, dem der Kammervorstand in seiner Sitzung am 5. Januar 1974 zustimmte. Weiterhin erörterte der Ausschuß den Fragenkomplex der Möglichkeiten der Ankündigung gemeinsamer ärztlicher Tätigkeit in freier Praxis.

### Hilfsausschuß

Der Ausschuß tagte in der vom Ärztetag gewählten Zusammensetzung im Dezember 1973, um wie alljährlich über die große Zahl von Anträgen auf Weitergewährung laufender monatlicher Beihilfen und über Einzel-

anträge auf einmalige Zuwendungen aus Mitteln des Hilfsfonds der Kammer zu beraten und zu entscheiden. Der Ausschuß nahm zunächst den Bericht über die Einnahmen und Ausgaben des Hilfsfonds für das vergangene Jahr entgegen und unterrichtete sich über die im Jahre 1974 zur Verfügung stehenden Mittel. Die für 1973 festgelegten Richtsätze von DM 800,- bis 900,- für verheiratete Ärzte und DM 500,- bis 600,- für alleinstehende Arzttwitwen und -waisen konnten entsprechend der inzwischen eingetretenen Teuerung der Lebenshaltung für die erstgenannte Gruppe auf DM 900,- bis 1000,- und für die zweite Gruppe auf DM 700,- bis 800,- angehoben werden. Unter dem Begriff Richtsatz sind jene Beträge zu verstehen, bis zu denen die darunter liegenden Einkünfte von Beihilfeempfängern und Antragstellern durch Zuschüsse aus dem Hilfsfonds aufgefüllt werden können. Es handelt sich dabei nicht um starre Beträge, vielmehr können Sonderbelastungen z. B. durch Krankheit und andere Aufwendungen des Antragstellers berücksichtigt werden.

Als Sonderzuwendung anlässlich des Weihnachtsfestes erhielten alle Empfänger monatlicher Beihilfen den Betrag von DM 150,- und jene mit zeitweise gewährten Beihilfen den Betrag von DM 100,-.

Über die Verlängerungsanträge von Empfängern im Jahre 1973 abgelaufener monatlicher Beihilfen sowie über Neuansprüche wurde die Entscheidung durch den vom Großen Hilfsausschuß dafür gewählten Kleinen Hilfsausschuß getroffen. Mit dieser Regelung konnte auch im Berichtszeitraum in dringenden Fällen Abhilfe geschaffen werden.

Die Entscheidungen dieses Gremiums, das aus drei Mitgliedern besteht, fanden für das Jahr 1973 die einstimmige Billigung durch den Großen Hilfsausschuß in seiner Jahressitzung Ende 1973.

Es darf an dieser Stelle daran erinnert werden, daß nach einer Absprache zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und der KVB Kassenärzte und deren Angehörige bzw. deren Hinterbliebene, soweit die Ärzte ab 1953 noch Kassenpraxis ausgeübt haben,

#### Pasalorin Dragees

1 Oragea enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spir. sicc.	60.0 mg
Extr. Salicis aquos. alcc.	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. %

#### Bal Angst-, Spannungs- und Unruhezuständen, als Tagessedativum:

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

#### Bal Einschlafstörungen: 2-4 Teelöffel bzw. 3-6 Oragees vor dem Schlafengehen

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

#### Passiorin Dragees:

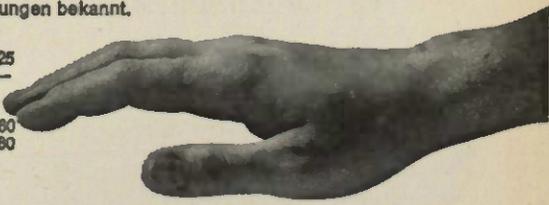
Packung mit	50 Oragees	DM 4.25
Kurpackung mit	250 Dragees	OM 16.-

#### Passiorin liq.:

Flasche mit ca.	100 ml	OM 5.60
Kurpackung mit ca.	500 ml	OM 23.80

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



*Passiorin*®

# Godipertussin®

100 ml



**Neu:** die Monosubstanz  
in Saftform von  
**TAESCHNER**

**Neu** in der Galenik:

- **doppelt \*)** gesicherte Retardwirkung

**Neu** im Geschmack:

- frisch, fruchtig

und als Beitrag zur  
Arzneimittelsicherheit:

- kindersicherer Verschuß

**Zusammensetzung:** 100 ml enthalten: 230 mg Codein gebunden an 1,15 g Polystyrol-divinyl-benzolsulfonsäure

**Indikationen:** Reiz- und Krampfhusten jeder Genese

**Kontraindikationen:** Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen, schwere chronische Obstipation.

**Packungsgröße und Preis:** OP mit 100 ml, DM 6,90

\*) Nähere Einzelheiten bitten wir der wissenschaftlichen Basisinformation zu entnehmen.



**TAESCHNER**

ausschließlich aus dem bei den Bezirksstellen errichteten Sozialwerk unterstützt werden. Der Personenkreis der Empfänger von Zuwendungen aus dem Hilfsfonds besteht somit überwiegend aus Ärzten, die entweder vor dem genannten Zeitpunkt ihre kassenärztliche Tätigkeit aufgegeben haben oder überhaupt nicht kassenärztlich tätig waren und ohne eigenes Verschulden unversorgt sind, bzw. eine mangelhafte Altersversorgung haben. Das Entsprechende gilt hinsichtlich der Versorgungssituation der Arzttwitwen und -waisen. Die Einnahmen und Ausgaben des Hilfsfonds sind aus dem Rechnungsabschluß der Kammer ersichtlich.

Die Empfänger monatlicher Beihilfen verteilen sich im Jahre 1973 wie folgt:

Es wurden durchschnittlich 21 Ärzte und 171 Arzttwitwen und -waisen unterstützt.

Im gleichen Jahr sind 11 Arzttwitwen verstorben. 4 Ärzte und 7 Arzttwitwen sind neu hinzugekommen.

Im 1. Halbjahr 1974 wurden 22 Ärzte und 166 Arzttwitwen und -waisen unterstützt.

In dieser Zeit sind 6 Arzttwitwen verstorben und dafür 6 Arzttwitwen neu dazugekommen.

Die Altersverteilung aller Empfänger monatlicher Beihilfen nach dem Stand Mitte 1974 stellt sich wie folgt dar:

Bis 49 Jahre	5
Zwischen 50 und 59 Jahren	8
Zwischen 60 und 69 Jahren	40
Zwischen 70 und 79 Jahren	76
Zwischen 80 und 90 Jahren	55
91 Jahre und älter	4

Wie in den vergangenen Jahren konnten auch im Berichtszeitraum für bedürftige Ärzte und Arzttwitwen vom BRK und einer Stiftung sowie in der Privatklinik Dr. Schlemmer Freiplätze für einen mehrwöchigen Erholungsurlaub vergeben werden.

Die Kammer hat den mit diesen Freiplätzen bedachten Arzttwitwen für ihren Aufenthalt einen Sonderzuschuß gewährt.

### **Mitarbeit in Ausschüssen und Konferenzen der Bundesärztekammer und in anderen Gremien**

Die Bayerische Landesärztekammer ist in einer Reihe von Ausschüssen der Bundesärztekammer vertreten. Soweit zu Ausschüssen Ständige Konferenzen gebildet sind, gehört ihnen ebenfalls ein Vertreter der Kammer an. In häufigen Sitzungen wurden die in den Arbeitsbereichen dieser Gremien anfallenden Fragen und Probleme beraten und dadurch der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Arbeit unterstützt.

In den Konferenzen der Geschäftsführer wurden An gelegenheiten der täglichen Arbeit der Kammer, wie sie sich aus ihrem gesetzlichen Aufgabenbereich ergibt, beraten und ein eingehender Erfahrungs- und

Meinungsaustausch gepflogen. Diese Arbeitstagen haben sich für die Zusammenarbeit der Kammern, vor allem auch im Sinne einer Koordinierung der Erledigung gemeinsamer bzw. gleichartiger Aufgaben, nützlich erwiesen.

Auch in Gremien außerhalb der ärztlichen Berufsvertretung hat die Kammer im Berichtszeitraum ihre Mitarbeit im Interesse der Öffentlichkeit und der Ärzteschaft zur Verfügung gestellt.

### Berufsaufsicht

Der Bayerischen Landesärztekammer obliegt es als einer ihrer gesetzlichen Aufgaben, welche in Art. 2 des Kammergesetzes für die Heilberufe festgelegt sind, die Einhaltung der Berufsordnung für die Ärzte zu überwachen. Diese Aufgabe trifft, wie alle übrigen in diesem Gesetz genannten Aufgaben mit Ausnahme der Errichtung eines Wohlfahrtsfonds für die ärztliche Berufsvertretung schlechthin, d. h. für die Ärztlichen Bezirksverbände und die Ärztlichen Kreisverbände, zu.

Das Kammergesetz sieht für leichtere Verstöße gegen ärztliche Berufspflichten eine Belehrung des Arztes durch den Ärztlichen Kreisverband als die geringste berufsaufsichtliche Maßnahme vor. Ihr kann, wovon seitens der Ärztlichen Kreisverbände häufig Gebrauch gemacht wird, eine kollegiale Abmahnung vorangehen. Bei wiederholten Verletzungen ärztlicher Berufspflichten oder in Fällen, in denen der Arzt sein Verhalten trotz Belehrung nicht ändert, kann der Vorstand des Ärztlichen Bezirksverbandes eine Ordnungsstrafe verhängen.

Liegt eine schwere Verletzung der Berufspflichten vor oder setzt der Arzt trotz Ordnungsstrafe sein berufswidriges Verhalten fort, so ist der Vorstand des Ärztlichen Kreisverbandes verpflichtet, Antrag auf Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens zu stellen. Das Recht auf Antragstellung haben auch der Ärztliche Bezirksverband und die Kammer. Der Primat für die Antragstellung liegt jedoch beim Ärztlichen Kreisverband, dem der Arzt als gesetzliches Mitglied angehört. Einer Empfehlung des Kammervorstandes entsprechend werden berufsgerichtlich zu ahndende Verletzungen von Berufspflichten von den Ärztlichen Kreisverbänden oftmals an den an den Ärztlichen Bezirksverband abgegeben, insbesondere dann, wenn der Vorgang einer Beratung oder Mitwirkung eines Juristen bedarf.

Dieser Regelung entsprechend hat die Kammer im Berichtszeitraum unmittelbar keine Anträge gestellt. Sie hat die ihr bekanntgewordenen Verhaltensweisen von Ärzten, welche den Verdacht einer Verletzung von Berufspflichten beinhalteten, zur Ermittlung und weiteren Behandlung an die zuständigen Ärztlichen Kreisverbände abgegeben allenfalls mit der Empfehlung des nach ihrer Ansicht in Betracht kommenden Vorgehens bzw. der Maßnahme nach dem Kammergesetz.



# Tromcardin® FORTE



sichert den Ausgleich intrazellulärer Elektrolytverluste, wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

Tromcardin FORTE optimiert die Leistung der Myokardzelle, macht die Glykosidtherapie sicherer und schirmt das Herz gegen Streß und kardiokretische Noxen ab. Der therapeutische Nutzen erweist sich eindrucksvoll in der Senkung der Nebenwirkungsrate der Glykosidbehandlung von 26,9% auf 5,72%. (Tilsner. V.: MMW 112 (1970), 291)

#### Indikationen

Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Extrasystolien; Herzinfarkt-Prophylaxe und -Therapie, Digitalis-Intoxikation und -Intoleranz, besonders beim Altersherz, Kalium-Mangelsyndrom, Magnesium-Defizit.

#### Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und av-Block.

#### Zusammensetzung pro Tablette

Kalium-D,L-hydrogen-aspartat · ½H<sub>2</sub>O ..... 360,42 mg  
Magnesium-bis-D,L-hydrogen-aspartat · 4H<sub>2</sub>O ..... 360,57 mg

#### Dosierung (Richtwerte)

Initialdosis 3 × tägl. 2 Tabl.  
Erhaltungsdosis 3 × tägl. 1 Tabl.

#### Handelsformen und Preis

Packung mit 50 Tabletten OM 12,40  
Anstaltspackung mit 500 Tabletten.



Trommedorf

H. Trommedorf  
Arzneimittelwerk · 511 Aledorf

2-84-11

Weitere Informationen über die gesamte Tromcardin-Gruppe entnehmen Sie bitte unseren wissenschaftlichen Dokumentationen oder fragen Sie unseren Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

Dadurch und durch die Benachrichtigung der Kammer über die Erledigung solcher Angelegenheiten erhält sie die auch für eine Koordinierung der berufsaufsichtlichen Behandlung von Verletzungen der Berufspflichten notwendige Übersicht.

Danach ist allgemein festzustellen, daß die überwiegende Zahl der Verstöße die Nichtbeachtung der Vorschriften über die Praxisschilder und sonstige Ankündigungen des Arztes betrifft.

Es folgen Verstöße gegen die mit den allgemeinen Vorschriften der Gebührenordnungen übereinstimmenden Pflichten hinsichtlich der Bemessung ärztlicher Gebühren.

In großer Zahl kamen immer noch Anzeigen, Zeitungsartikel und ähnliches der Berufsvertretung zur Kenntnis, in denen durch die Nennung des Namens des Arztes, seiner Tätigkeit, seiner Ausbildung usw. wie auch im Zusammenhang mit Indikationen und Behandlungsmethoden, insbesondere an Krankenanstalten in unzulässiger Weise unmittelbar oder mittelbar geworben wurde. Die wiederholten Hinweise der Kammer und der Ärztlichen Kreisverbände auf das in der Berufsordnung festgelegte, hinsichtlich der Krankenanstalten etwas gelockerte Werbeverbot, welche durch die Veröffentlichungen einschlägiger Entscheidungen von Berufsgerichten im „Bayerischen Ärzteblatt“ in besonders deutlicher Weise erfolgt sind, blieben hier offensichtlich unbeachtet. Es handelt sich dabei überwiegend um dieselben Ärzte.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß auch in Bayern ein Konsortium von Anwälten aufgetreten ist, die in dem Verein „pro virtute“ zusammengeschlossen sind, der sich in seiner Satzung die Sauberkeit der Werbung zur Aufgabe gemacht hat und solche Fälle aufgreift und die Ärzte unter Bezugnahme auf die Vorschriften des Gesetzes über den unlauteren Wettbewerb über die Anforderung von Unterlassungserklärungen mit Kosten belastet.

Das Bestreben der ärztlichen Berufsvertretung, die Ärzte in konkreten Fällen einer Berufspflichtverletzung, insbesondere wenn sie erstmalig erfolgt ist und sich als nicht schwerwiegend erweist, durch Abmahnung oder Belehrung nach dem Kammergesetz zur Beachtung der Berufsordnung anzuhalten, kommt in der nachfolgenden Aufgliederung der bei den Berufsgerichten und dem Landesberufsgericht für die Heilberufe in Bayern abgeschlossenen bzw. noch anhängigen Verfahren zum Ausdruck:

Das Berufsgericht für die Heilberufe beim OLG München war mit sechs Verfahren befaßt. Dabei führten vier zu einer Verurteilung, zwei sind noch nicht abgeschlossen. Die erledigten Verfahren betrafen einen Fall eines strafrechtlich geahndeten Verbrechens der Fremdabtreibung und eines Vergehens der fahrlässigen Tötung sowie zwei Fälle von herabsetzenden Äußerungen über Kollegen.

Bei den noch offenen Fällen liegt die Nichtbeantwortung von Zuschriften der ärztlichen Berufsvertretung und unzulässige Werbung vor.

Das Berufsgericht für die Heilberufe beim OLG Nürnberg entschied über einen gravierenden Fall eines Verstoßes gegen das Werbeverbot. Ein Fall konnte wegen Wegzugs des Arztes nicht abgeschlossen werden.

In zwei noch offenen Verfahren geht es um unkollegiales Verhalten und um Fernbehandlung.

Das Landesberufsgericht für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht fällte ein Urteil gegen einen Arzt, der wiederholt und in grober Weise sowohl gegen die Pflichten des Arztes hinsichtlich seines Verhaltens entsprechend dem Ansehen der Ärzteschaft innerhalb und außerhalb des Berufes als auch gegen das Werbeverbot verstoßen hatte. Da es sich um eine grundsätzliche und zugleich instruktive Entscheidung handelte, wurde sie im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht.



# Dismenol®

1 Tablette enthält: Parasulfamidobenzoessäure 0,06 g  
Dimethylamino-phenyldimethylpyrazolon 0,25 g

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

**Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrie.**

**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**

## Meldewesen, Kartei, EDV und Statistik

Die Gesamtzahl der Ärzte einschließlich der Medizinalassistenten betrug zum Stichtag 1. Januar 1974

22 973

und erhöhte sich damit gegenüber dem 1. Januar 1973 (22 345) um 628 oder um 2,8 v. H. (1. Juli 1972 bis 30. Juni 1973 = + 4 v. H.). Im Berichtszeitraum (1. Juli 1973 bis 30. Juni 1974) waren 1814 Zugänge abzüglich 1186 Abgänge (298 durch Tod, 888 durch Wegzug u. ä.) zu verzeichnen.

Während die Bevölkerung des Freistaates Bayern (1. Januar 1973 / 1. Januar 1974) nur um 0,69 v. H. zunahm, erhöhte sich die Gesamtzahl der Ärzte mit 2,8 v. H. wesentlich mehr.

Jährlich sind rund 10 800 Veränderungen zu bearbeiten, davon 2800 Personalveränderungen und etwa 8000 sonstige (Anerkennung als Allgemeinarzt oder Facharzt, Personenstands- und Anschriftenänderungen, Berichtigungen u. ä.). Der Arbeitsaufwand im Melde- und Karteiwesen sowie in der elektronischen Datenverarbeitung ist groß und steigt weiter an.

In der EDV werden in absehbarer Zeit zusammen mit der KVB austauschbare Programme entwickelt werden, die beiden Beteiligten und der Bundesärztekammer einen schnellen Zugriff berufspolitisch relevanter Daten ermöglichen und in der Kammer eine Verminderung von Routinearbeiten zur Folge haben werden.

### Tätigkeitsgruppen der Ärzte in Bayern

(1. Januar 1973 / 1. Januar 1974)

	1973	1974
Freie Praxis	9484 (43 %)	9431 (42 %)
davon Allgemeinärzte und praktische Ärzte	5085 (54 %)	5191 (55 %)
Fachärzte	4399 (46 %)	4240 (45 %)
Ärzte im Krankenhaus	8336 (37 %)	8784 (38 %)
Ärzte bei Behörden, Bundeswehr usw.	1177 ( 5 %)	1235 ( 5 %)
Sonstige Tätigkeit		
Pharmaindustrie, Journalisten usw.	381 ( 2 %)	408 ( 2 %)
Berufstätige Ärzte	19378 (87 %)	19858 (87 %)
Ohne ärztliche Tätigkeit	2967 (13 %)	3115 (13 %)
Insgesamt	22345 (100%)	22973 (100%)

Erfreulich ist das Ansteigen der Allgemeinärzte und praktischen Ärzte um 106 (= 1 Prozent). Diese Steigerung ist um so beachtenswerter, da die in freier Praxis tätigen Ärzte insgesamt um 53 abnahmen, was zu Lasten der Fachärzte geht (-159).

Der nachfolgende Jahresvergleich 1958/1973 zeigt eine sehr wesentliche Verbesserung der ärztlichen Versorgung Bayerns. Während die Bevölkerung um 18,10 v. H. zunahm, erhöhte sich die Zahl der berufstätigen Ärzte um 53,60 v. H. Die Zahl der Kassenärzte nahm absolut um 2480 bzw. um 38,90 v. H. gegenüber 1958 zu.

Im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung ist ganz besonders darauf hinzuweisen, daß erfahrungsgemäß rund 75 v. H. der im Krankenhaus vorübergehend in der Aus- und Weiterbildung tätigen Ärzte (1973 = 7744) sich in freier Praxis niederlassen, so daß hier in absehbarer Zeit eine Erhöhung um ca. 5800 Ärzte zu erwarten ist (s. auch Tabelle nächste Seite).

### Ausländische Ärzte

Die Zahl der in Bayern mit einer Arbeitserlaubnis gemäß Bundesärzteordnung (BÄO) § 10 als Assistenzärzte in der Weiterbildung tätigen ausländischen Kolleginnen und Kollegen liegt nach wie vor bei etwa 600. Durch die Änderungsverordnung vom 21. September 1973 ist ab 1. Januar 1974 der Vollzug auf die Regierungen übertragen worden. Örtlich zuständig ist nunmehr die Regierung, in deren Bereich der Antragsteller den ärztlichen Beruf ausüben will. Im übrigen wurde am bisherigen Genehmigungsverfahren nichts geändert. Die Kammer nimmt auf Anfrage der Regierungen jeweils eine Einzelüberprüfung des gesamten Weiterbildungsanges vor, was in 65 Fällen erfolgte.

### Vermittlung von Praxisvertretern und Familien

Im Berichtsjahr gingen 1441 Anträge auf Vermittlung eines Praxisvertreters ein, wobei die Landesärztekammer in rund 90 Prozent der Fälle helfen konnte. Damit ist die Tätigkeit in der Vertretervermittlung seit 1968 (418 Anträge) auf das Dreifache angestiegen.

Nach den Bestimmungen der neuen Approbationsordnung vom 28. Oktober 1970 kann die zweimonatige

## Seit mehr als 25 Jahren Partner des Arztes in der Medizin-Technik

- Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
- Beratung
- Projektierung
- Finanzierung
- Kundendienst

Röntgen- und elektromedizinische Apparate  
Arzt- und Krankenhausbedarf

# KURT PFEIFFER

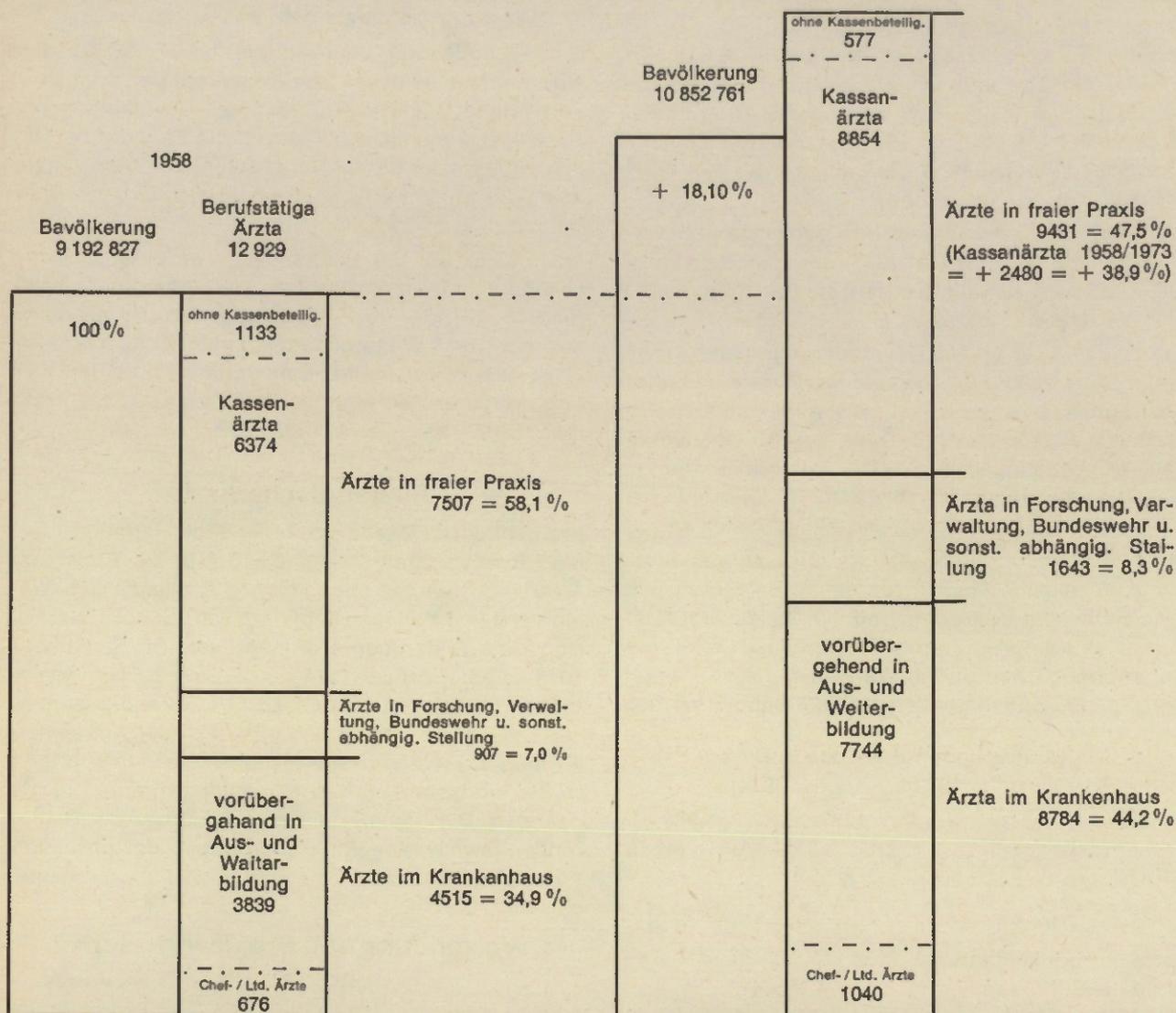
## 85 NÜRNBERG 1

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße (Colonia-Haus)  
Telefon (09 11) 20 39 03/04

- Röntgen-Apparate und Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker mit Fernsehkette
- Labortechnik
- Haemodialyse
- EKG - EEG - Echo-EEG - EMG

# Die ärztliche Versorgung Bayerns 1958/1973

Barufstätige Ärzte  
19 858 (= + 53,6%)



Jahresvergleich 1958/73		1958		1973		Veränderungen	
		absolut	v. H.	absolut	v. H.	absolut	v. H.
1.	In freier Praxis niedergelassene Ärzte – davon:	7 507	58,1	9 431	47,5	+ 1 924	+ 25,6
	a) ohne Kassenbeteiligung	(1 133)	(15,1)	(577)	(6,1)	- (556)	- (49,1)
	b) Kassenärzte	(6 374)	(84,9)	(8 854)	(93,9)	+ (2 480)	+ (38,9)
2.	In Forschung, Verwaltung, Bundeswehr und sonstiger abhängiger Stellung	907	7,0	1 643	8,3	+ 736	+ 81,1
3.	Ärzte im Krankenhaus – davon:	4 515	34,9	8 784	44,2	+ 4 269	+ 94,6
	a) vorübergehend / Aus- und Weiterbildung	(3 839)	(85,0)	(7 744)	(88,2)	+ (3 905)	+ (101,7)
	b) in Lebensstellung (Chef- und Ltd. Ärzte)	(676)	(15,0)	(1 040)	(11,8)	+ (364)	+ (53,8)
4.	Insgesamt berufstätige Ärzte	12 929	100,0	19 858	100,0	+ 6 929	+ 53,6
5.	Bevölkerung	9 192 827	100,0	10 852 761	100,0	+ 1 659 934	+ 18,1
6.	Ärztl. Versorgung: 1 barufstät. Arzt je Einwohner	711		546		165	



Analgesie  
in der Hand des Arztes

# Lonarid®

bei Schmerzzuständen jeder Genese,  
bei Schmerzen im Verlauf  
fieberhafter Krankheiten

Zusammensetzung:	Dimethyl-n-octyl-( $\beta$ -benzylsäureäthylester)-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-, Anelgetika- 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

	II. A. T.
Tabletten:	20 Stück DM 4,10
Suppositorien für Erwachsene:	5 Stück DM 3,10 10 Stück DM 5,35
Suppositorien für Kinder:	5 Stück DM 2,50 10 Stück DM 4,45
Suppositorien für Säuglinge:	5 Stück DM 2,05
Klinikpackungen	

**Boehringer  
Ingelheim**



Pflichtfamulatur auch in einer Allgemeinpraxis abgeleistet werden. Die Bayerische Landesärztekammer hat sich bereits im November 1973 an alle niedergelassenen Allgemeinärzte gewandt mit der Bitte, Famuli aufzunehmen. Nachdem sich erfreulicherweise fast 400 Kollegen hierzu bereit erklärten, haben wir zusätzlich eine Famulaturvermittlungsstelle eingerichtet, um den Medizinstudenten zu helfen.

Wir haben uns weiterhin Mitte Juni an die Dekane der Medizinischen Fakultäten Bayerns gewandt mit der Bitte, die übersandten Plakate zur Information über diese Möglichkeiten der Stellenvermittlung zu verteilen. Die Zahl der Anträge bis 1. August 1974 betrug 130, vermittelt wurden 62 Famuli.

### Ärztliche Versorgung im Katastrophen- und Verteidigungsfall

Im Rahmen des geänderten Einplanungs- und Beordnungsverfahrens für Sanitätsoffiziere der Reserve wurden im Berichtsjahr zweimal jeweils rund 1100 mobbeordnete Ärzte, die in EDV-Listen beim Personalstammamt der Bundeswehr geführt werden, einzeln überprüft. Diese Überprüfung erfolgte – soweit niedergelassene Kollegen betroffen waren – in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Für 25 niedergelassene Kollegen stellten beide ärztliche Körperschaften gemeinsam den Antrag auf Uk-Stellung. Desweiteren waren 191 Adressenänderungen zu erfassen, d. h. aber, daß knapp 18 Prozent aller erfaßten Ärzte innerhalb eines Jahres ihren Wohnort und/oder Tätigkeitsort gewechselt haben und zu einem erheblichen Teil gar nicht mehr in Bayern tätig waren.

Mehrere Besprechungen erfolgten mit Vertretern des Innenministeriums zu Fragen der Versorgung der Bevölkerung im Rahmen von Zivilverteidigung und Katastrophenschutz. Am Modellfall Schongau wurden in einem gemeinsamen Gespräch aller beteiligten Stellen Möglichkeiten und Grenzen der ärztlichen Besetzung eines Hilfskrankenhauses im Katastrophenfall erörtert und die Vorbereitungen hierzu von den beiden ärztlichen Körperschaften überprüft.

### Sanitätswesen der Bundeswehr

Im Berichtszeitraum bearbeitete die Bayerische Landesärztekammer 204 Anfragen von personalbearbeitenden Dienststellen der Bundeswehr von Kreiswehr-

ersatzämtern und Divisionsärzten. Davon betrafen 41 Anfragen die Einstellung von Kollegen als Berufs- und Zeitsoldaten, 23 die Verwendung als Vertragsärzte und 116 Anfragen bezogen sich auf die Stellungnahme zur Verwendung als Sanitätsoffizier der Reserve.

In dieser Zahl waren auch 24 Anträge auf Uk-Stellung wehrpflichtiger Ärzte enthalten, deren Tätigkeit am Krankenhaus für die Sicherstellung des ärztlichen Betriebes zwingend erforderlich war.

### Weiterbildungsermächtigungen

Im Berichtsjahr stellten 36 Allgemeinärzte den Antrag auf Ermächtigung zur Weiterbildung, damit erhöhte sich die Zahl der ermächtigten Weiterbilder in der Allgemeinmedizin auf 228.

In den übrigen Fachgebieten erfolgten 261 Neuanträge und 89 Erweiterungsanträge. Am Stichtag 1. Juli 1974 betrug die Gesamtzahl an Weiterbildungsermächtigungen in allen Fachgebieten  $228 + 1127 = 1355$ .

### Fortbildung

Eine Übersicht über die Aktivität auf dem Gebiet der ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen kann erfreuliche Tatsachen vorlegen.

Die Fortbildungsveranstaltungen der 63 Ärztlichen Kreisverbände Bayerns – ohne die regionalen Fortbildungszentren – wiesen eine Teilnahme von rund 30 000 Ärzten auf.

Die Fortbildung in regionalen Fortbildungszentren (Chiemgau-Fortbildung, Ostbayerische Fortbildung, Weißenhorner Fortbildung und Ostallgäuer Fortbildung) fand großen Zuspruch: An insgesamt 46 Abend- bzw. Wochenendveranstaltungen beteiligten sich rund 9000 Ärzte, wovon fast die Hälfte auf die Chiemgau-Fortbildung entfällt.

Am 17. Juli 1974 hat die Niederbayerische Fortbildung in Landshut als neues Glied in der Kette der regionalen Fortbildungszentren ihre erste Veranstaltung durchgeführt.

Die Klinische Fortbildung in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer verzeichnete 17 Veranstaltungen an Universitätskliniken – zeitlich von Ganztagsveranstaltungen bis zu vier Tagen reichend –, die von 1250 Ärzten besucht wurden.



## 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. 88,67 g, Apium grav. Auricul. 88,73 g, Val. 13 g, Cole 4,3 g. • 30 ml DM 4,95

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Auf diesem Sektor ärztlicher Fortbildung hat sich die Zahl der Veranstaltungen im Vergleich zum Vorjahr fast verdoppelt. Einen besonders regen Zuspruch fand die „2. Erlanger Fortbildungsveranstaltung in Neurologie und Psychiatrie für Allgemeinärzte und niedergelassene Fachärzte aller Gebiete“ (Professor Dr. H. H. WIECK) mit der Thematik „Kopfschmerz und larvierte Depression“, die von Ärzten aller Fachrichtungen, mit Schwerpunkt Allgemeinärzten, besucht wurde.

An den 5 großen bayerischen Fortbildungskongressen nahmen insgesamt 8500 Ärzte teil, davon

3800 beim 24. Nürnberger Fortbildungskongreß (trotz Sonntagsfahrverbot),

1600 beim 52. und 53. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin,

3100 bei der 51. und 52. Tagung „Ärztliche Fortbildung Regensburg“.

Parallel zum 24. Nürnberger Fortbildungskongreß organisierte die Bayerische Landesärztekammer den 2. Fortbildungskurs für Arzthelferinnen, dessen Kapazität wieder mit 484 Teilnehmerinnen mehr als ausgelastet war, so daß wir parallel zur 52. Tagung „Ärztliche Fortbildung Regensburg“ mit gleicher Thematik auch dort den 2. Fortbildungskurs für Arzthelferinnen mit 187 Teilnehmerinnen durchführten. Zu diesen Zahlen kommen noch die rund 200 Arzthelferinnen hinzu, welche die Laborseminare anlässlich der beiden Augsburger Fortbildungskongresse besuchten, so daß die Gesamtzahl der von uns über jeweils 1 1/2 Tage in Theorie und Praxis fortgebildeten Arzthelferinnen 870 betrug.

(Fortsetzung in Heft 12/1974)

## Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

52. Fortbildungstagung vom 23. bis 26. Mai 1974

(Fortsetzung)

**Thema: „Bronchitis – Mittelpunkt bronchopulmonaler Krankheiten“**

Obermedizinaldirektor Dr. O. P. SCHMIDT, Bad Reichenhall:

**„Morbidity und sozialmedizinische Bedeutung“**

Der medizinische Begriff Bronchitis wird trotz ernst zunehmender Komplikationen von Laien häufig mit leichtsinniger Beruhigung verwendet. Bronchitis, Asthma und Emphysem münden oft in eine gemeinsame Krankheitsendstrecke, die chronische obstruktive Lungeninsuffizienz. Die Erkrankungen des bronchitischen Formenkreises gehören zu den häufigsten und teuersten in der BRD und müssen als Volkskrankheit bezeichnet werden. Die Häufigkeit der manifesten Form liegt bei 3 bis 5 Prozent und die AOK registrierte jährlich bei ihren 7 bis 9 Millionen Pflichtversicherten 30 bis 40

Millionen Arbeitsunfähigkeitstage. Ca. 11 000 bis 15 000 Männer wurden jährlich durch die Bronchitis vorzeitig berufs- bzw. erwerbsunfähig. Der zum Teil vermeidbare Schaden überschreitet pro Jahr die 10 Milliarden-DM-Grenze. Da die Bronchitis chronisch und lange beschwerdefrei verläuft, erfolgt die Behandlung oft erst dann, wenn ein Emphysem, ein Asthma, eine respiratorische Insuffizienz oder schließlich ein Cor pulmonale entstanden sind, obwohl die oft mögliche Frühdiagnose und rechtzeitige Behandlung besser und billiger gewesen wären.

Professor Dr. W. HARTUNG, Bochum:

**„Bronchitis – neue Erkenntnisse in der Pathogenese und Morphologie“**

Als Frühsymptom der Bronchitis gilt die Dyskrie, d. h. eine an Menge vermehrte und qualitativ verän-

# Prostamed®

**Perlurethrale Adenome Stadium I und II · Chronische Prostatitis · Reizblase**

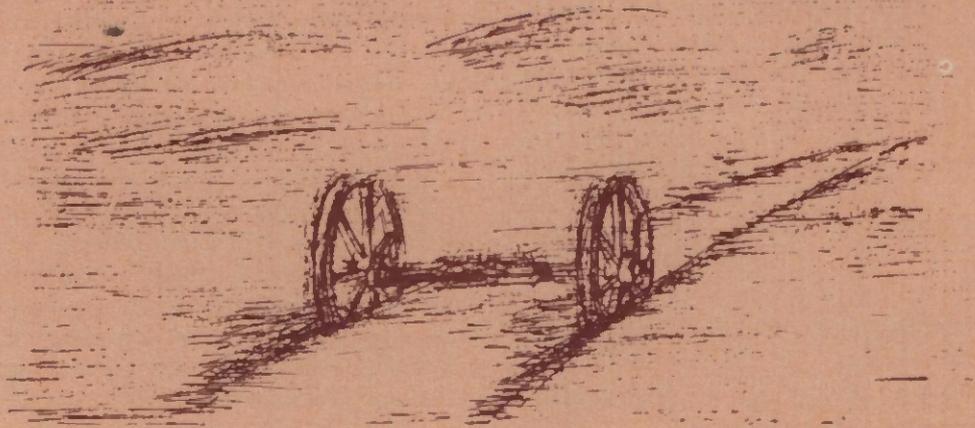
**Zusammensetzung:** Kürbiglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Extr. fl. Solidago 0,04 g, Extr. fl. Pop. trem. 0,06, Kakao 0,05, Sacch. lact. ad 0,5 g

**Dosierung:** 3 x täglich 2–4 Tabletten einnehmen.

**Handelsform und Preise (incl. MwSt.):** 60 Tabl. DM 6,95; 120 Tabl. DM 11,85; 360 Tabl. DM 29,50

Dr. Gustav Klein · Arzneipflanzenforschung · 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald





*Festgefahren*, das heißt auf konflikthafte Vorstellungen fixiert, ist der neurotische Patient und damit in eine Spur eingefurcht, die chronische Störung von Befinden und Verhalten bedeutet.

Von der psychovegetativen Symptomatik, ängstlich gespannter Nervosität bis hin zu ausgeprägten Organ-Funktionsbeschwerden oder -läsionen des psycho-somatischen Typs bewegt sich der Ausdruck seiner Leiden.

1. *Lösung* des Patienten aus einer neurotischen Fixation und Freiheit zu neuer Aktion und Interaktion.
2. Symptomatische *Linderung*, sowohl der psychischen als auch der organischen Beschwerden, kennzeichnen die Wirkungskapazität und damit den therapeutischen Grundwert von *Valium® Roche*.



## Valium Roche (Diazepam)

zeichnet sich durch entspannende, angstlösende, vegetativ-stabilisierende, schlaffördernde und muskelrelaxierende Wirkungen aus und eignet sich deshalb zur Behandlung psychoneurotischer sowie psychosomatischer Krankheitsbilder des Herz-Kreislauf-Systems, des Magen-Darm-Traktes, der Haut, des Urogenital-Traktes und des Bewegungsapparates; ferner zur Ergänzung spezifischer Therapiemaßnahmen.

### 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 voraussehen ist. Je nach Anwendung, Dosis und individueller Empfindlichkeit kann das Reaktionsvermögen (z.B. Fahrtüchtigkeit, Verhalten im Straßenverkehr, Maschinenbedienung) beeinflusst werden. Bei gleichzeitiger Gabe zentralwirksamer Pharmaka (Neuroleptika, Tranquillizer, Antidepressiva, Hypnotika, Analgetika, Narkotika) kann Valium Roche — besonders bei parenteraler Applikation — den sedativen Effekt dieser Präparate verstärken. Diese Wirkungsverstärkung ist gegebenenfalls therapeutisch nutzbar. Sind bei ambulanter Therapie (z.B. Berufstätige) höhere Dosen notwendig, empfiehlt es sich, den Schwerpunkt der Behandlung auf den Abend zu verlegen: z.B. abends 5 mg, tagsüber 2mal 2 mg Tabletten unzerkaut mit Flüssigkeit einnehmen. Besonders in den ersten Behandlungstagen und vor allem bei älteren und körperlich geschwächten Patienten ist einschleichend zu dosieren (ab 2 mg oral täglich).

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 kleinelumigen Venen droht das Risiko einer Thrombophlebitis.

Eine intraarterielle Injektion muß wegen Nekrosegefahr und deren Folgen 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.

Wie verschiedene andere Medikamente kann auch Valium Roche nach im.-Injektion (nicht aber nach oraler oder iv.-Verabreichung) einen Anstieg der Kreatinphosphokinase-Aktivität im Serum bewirken (Maximum 12–24 Stunden nach der Injektion). Diesem Umstand ist bei der Differentialdiagnose des Herzinfarktes Rechnung zu tragen.

Bei kreislaufunfähigen und älteren Patienten ist bei der parenteralen Anwendung von Valium Roche Vorsicht geboten. Patienten, denen Valium Roche parenteral verabreicht wird, sollten wegen der ausgeprägten Muskelentspannung noch kurze Zeit unter Beobachtung sein. Die Dosierung ist bei Patienten mit hirnorganischen Veränderungen (vor allem Arteriosklerose) sowie mit zirkulatorischer 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, Krampfstöße sehr langsam 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.

Auch gilt für Valium Roche, daß Wirksubstanz in die Muttermilch übertritt. Bei notwendiger regelmäßiger Einnahme wird empfohlen abzustillen.

Wie andere Medikamente mit dämpfender Wirkung auf das Zentralnervensystem kann auch Valium Roche bei Verabreichung an die Mutter charakteristische Veränderungen im fetalen Herzfrequenzmuster (Verlust der Kurzschwankungen) hervorrufen. Ein nachteiliger Einfluß auf den Fetus ist damit nicht verbunden; allerdings muß diesem Umstand bei der Interpretation von Aufzeichnungen der fetalen Herzaktion Rechnung getragen werden, weil damit die Kurzschwankungen als Kriterium zur Beurteilung des fetalen Befindens wegfallen.

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.

### Packungen und Preise\*:

20 Tabletten Valium 2 Roche	DM 3,20
50 Tabletten Valium 2 Roche	DM 7,40
20 Tabletten Valium 5 Roche	DM 5,50
50 Tabletten Valium 5 Roche	DM 13,05
20 Tabletten Valium 10 Roche	DM 8,85
50 Tabletten Valium 10 Roche	DM 21,—
100 ml Sirup Valium 2 Roche	DM 6,35
5 Zäpfchen Valium 5 Roche	DM 4,70
5 Zäpfchen Valium 10 Roche	DM 6,90
5 Ampullen Valium 10 Roche	DM 8,60

Weitere Anstaltspackungen

\*unverbindlich



Hoffmann-La Roche AG  
7889 Grenzach

derte Sputumproduktion. Atemnot bedeutet die Wendung zum Schlechten und korreliert mit der Erhöhung der Bronchialströmungswiderstände und mit dem Beginn meist irreversibler Komplikationen. Dem klinischen Bild der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung liegen meist differenzierbare morphologische Substrate mit unterschiedlicher Pathogenese zugrunde, worauf der große Nutzen in der frühzeitigen bronchobioptischen Diagnose beruht. Bei der Dyskrie ist u. a. der Anteil der schleimproduzierenden Becherzellen über das normale Maß von ca. 1 : 5 bis  $\beta$  Flimmerepithelzellen hinaus vermehrt. Beim Asthma bronchiale findet man neben der Dyskrie eine Eosinophilie und Basalmembranverdickung und eventuell CURSCHMANNsche Spiralen und CHARCOT-LEYDENsche Kristalle. Formen und Schweregrade der Bronchitis werden nach der Art und Ausdehnung der entzündlichen Infiltrate sowie nach dem Ausmaß der durch die Entzündung hervorgerufenen Wandschäden diagnostiziert. Sonderformen neben dem Asthma bronchiale sind die Mukoviszidose und die allergischen Formen der Bronchitis. Neuere Untersuchungen zum sinu-bronchialen Syndrom haben ergeben, daß bei etwa einem  $\frac{1}{4}$  aller Bronchitiker auch ein krankhafter, sanierungsbedürftiger Befund der Nasennebenhöhlen besteht. Bronchusbiopsien werden zur Tumorfahndung und heute zunehmend darüber hinaus auch zur Beurteilung und Differenzierung chronischer Entzündungsformen eingesetzt, wobei u. a. allergische Formen oft früher abgegrenzt werden können. Atemmechanische Befunde an isolierten Lungen haben im wesentlichen die Ergebnisse der Ganzkörperplethysmographie bestätigt, darüber hinaus aber u. a. gezeigt, daß bei ruhiger Atmung die Stenosen vorwiegend in der Peripherie, bei forcierter Expiration weiter zentral liegen. Zu den typischen Komplikationen der chronischen Bronchitis zählt vor allem das Emphysem, wobei entzündliche Schäden im Bronchiolenbereich eine Dilatation bewirken, die zum zentrolobulären Emphysemtyp führt, bei dem erst später der Alveolarbereich in die Umwandlung mit einbezogen wird. Ein Emphysem geht immer mit einem Gewebs- und damit auch Gefäßabbau einher, der so zu einer pulmonalen Hypertonie mit dem daraus resultierenden Cor pulmonale führt. Die häufigsten unmittelbaren Todesursachen sind dann Herzinsuffizienz, Pneumonie und Embolie. In den Sektionsstatistiken liegt die Häufigkeit der chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen zwischen 2 und 8 Prozent.

Professor Dr. D. NOLTE, Gießen:

### „Bedeutung von Umweltfaktoren für Bronchialerkrankungen“

Von den hereditären Faktoren sind sicherlich erst einige wenige bekannt, z. B. der Alpha-1-Antitrypsinmangel, die Mukoviszidose, die Atopie und der (nicht ausschließlich hereditäre) Status des überempfindlichen Bronchialsystems. Als Umweltfaktoren sind

Mikroorganismen, Allergene, Klima, Tabakrauchexposition und Luftverschmutzung von Bedeutung. Die Mehrzahl der bisherigen Befunde spricht dagegen, daß die Infektion des Tracheobronchialbaums primär mit der Ätiologie der chronischen Bronchitis etwas zu tun hat. Bei den Allergosen unterscheiden wir heute das exogen-allergische Asthma (Typ I-Allergie) und die allergische Alveolitis (Typ III-Allergie). Am undurchsichtigsten ist die Bedeutung der Luftverunreinigung. Nicht nur die Laienpresse geht mit davon aus, daß der Zusammenhang zwischen Luftverunreinigung und chronischer Bronchialerkrankung eine bewiesene Tatsache ist. Als Kronzeugen werden Smog-Katastrophen herangezogen, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß die  $SO_2$ -Konzentration dabei das sechsfache der üblichen Werte erreichte. Bei den epidemiologischen Untersuchungen werden statistische Zusammenhänge nachgewiesen, Aussagen über die zugrunde liegenden pathogenetischen Zusammenhänge sind dagegen meist nicht möglich. Außerdem sind die bisherigen Untersuchungen widersprüchlich und subtile Lungenfunktionsuntersuchungen fehlen meist. ULMER und REICHEL haben an ca. 8000 Personen mit empfindlichen Lungenfunktionsprüfungen einschließlich Bodyplethysmographie eine Studie durchgeführt und gefunden, daß die Werte der Bewohner der Ruhrgebietstadt Duisburg nicht schlechter waren als die der Kleinstadt Bocholt oder die des Landkreises Borken. Die Gefährdung durch das Rauchen ist um ein vielfaches größer als die Luftverschmutzung durch Industrie und Automobile. Akute Expositionsversuche gestatten Aussagen über pathogenetische Mechanismen, lassen aber am Menschen wiederum die Frage der Langzeiteffekte völlig offen. Versuchsergebnisse an Gesunden, Bronchitiskranken und Patienten mit exogen-allergischem Asthma bronchiale zeigten bei einer Exposition gegenüber Kaltluft und Tabakrauch einen unterschiedlichen Anstieg des Bronchialwiderstandes mit Mittelwerten bei diesen Gruppen von 1:2:5. Tierexperimente an meist kleinen Laboratoriumstieren zeigten nach mehrtägiger Exposition von z. B.  $SO_2$  deutliche entzündliche Reaktionen in den Bronchien, wobei allerdings offen bleiben muß, inwieweit sich diese Ergebnisse mit zum Teil sehr hohen Wirkstoffkonzentrationen auf den Menschen übertragen lassen.

Diese Befunde machen deutlich, daß wir im Augenblick noch weit davon entfernt sind, objektive Befunde in der Hand zu haben, die einen Zusammenhang von Luftverunreinigung und Bronchialerkrankungen im Sinne von Ursache und Wirkung schlüssig beweisen können.

Professor Dr. H.-W. KOEPPE, München:

#### „Diagnostik ohne technische Hilfsmittel“

Voraussetzungen für die Differentialdiagnose und Therapie sind gründliche Anamnese und körperlicher Befund. Ergänzende gezielte Fragen nach Gewichts-

entwicklung, Appetit, Durst, Schlaf, Stuhlgang, Wasserlassen, Husten und Auswurf, Nachtschweiß, Menstruationsstörungen, Einnahme von Medikamenten und Zigaretten- und Alkoholverbrauch sind notwendig. Gezielte Fragen beim bronchitischen Syndrom sind:

1. Nach Thoraxschmerzen, da bei schmerzfreien Lungen der Prozeß mediastinal, pleural oder in den angrenzenden Gebilden sich abspielt.
2. Nach Husten und Auswurf mit Angaben über Menge, Schichtung, Konsistenz, Farbe und Geruch.
3. Nach der Dyspnoe, wobei die expiratorische Form auf ein chronisch obstruktives Atemwegssyndrom, die inspiratorische Form auf eine Stenose im Bereich der oberen Luftwege hinweist.

Kombinierte Formen treten bei restriktiven Ventilationsstörungen auf (z. B. Pneumonie, Pleuraerguß oder Pneumothorax). Bei der körperlichen Untersuchung weisen Uhrglasnägel und Trommelschlegelfinger auf eine bronchopulmonale Erkrankung hin. Die Ätiologie dieser Veränderung ist bis heute trotz zahlreicher Untersuchungen unbekannt, wobei allerdings einige Untersucher eine vasoaktive Substanz postulieren. Heiserkeit muß beachtet und abgeklärt werden. Eine Zyanose ist durch Hypoxämie bedingt. Pleuraergüsse, infiltrative Prozesse, Hohlrumbildung und Pleuraschwarten können bereits durch Palpation, Auskultation und Perkussion differenziert werden. Mit dem Kerzentest (ein Gesunder kann mit offenem Mund eine Kerze in 15 cm Abstand ausblasen) ist der bronchiale Widerstand bereits grob zu prüfen. Restriktive Lungenerkrankungen können durch Prüfung der Zwerchfellverschieblichkeit und Thoraxumfangmessung erkannt werden. In der Allgemeinpraxis können mikroskopische Sputumuntersuchungen und heute bereits häufiger auch Thoraxaufnahmen durchgeführt werden. Nach diesen Untersuchungen muß dann aber die ganze Palette der mehrfach besprochenen Untersuchungsmethoden bis zur Klärung der endgültigen differenzierten Diagnose durchgeführt werden.

Professor Dr. E. KUNTZ, Wetzlar:

#### „Heutiger Stand der Differentialdiagnostik“

Bereits 1936 wurde postuliert, daß man nur dann von einer Bronchitis sprechen dürfe, wenn nicht mehr, aber auch nicht weniger als eine Bronchitis vorliege. Heute ist diese Forderung mehr denn je berechtigt. Die Bronchialschleimhaut reagiert, gleich auf welche Noxe, in der Regel mit zwei monotonen Antworten:

1. Mit einer Ziliarinsuffizienz, die über eine Dyskrinie zur Mukostase führt, die dann der Beginn der Symptomtrias Husten, Auswurf und Atemnot wird.
2. Die bronchiale Obstruktion — dann ist die Bronchitis eine Krankheit per se geworden, die dann eine genauso schlechte Prognose hat, wie ein Rektumkarzinom.

Diese zwei monotonen Reizantworten zeigen eigentlich bereits, daß es eine Fülle von Krankheiten geben muß, die mit Husten und Auswurf und später Dyspnoe einhergehen müssen. In zahlreichen Kasustiken wird ausgeführt, daß alle Formen der Tuberkulose, weiterhin Morbus BOECK, HODGKIN-Sarkom, Lungenabszeß, Emphysem mit zusätzlichem Bronchusadenom, Soormykose, kardiale Dekompensation mit aufgepöpfter Aspergillose, diffuse Metastasierung eines Prostatakarzinoms, PANCOAST-Tumor, Adenomatose, Lungenfibrose, Ornithose, Silikose, Asbestose und nicht zuletzt die verschiedenen Formen des Bronchialkarzinoms und der kardialen Dekompensation zur Symptomtrias Husten, Auswurf und Dyspnoe führen können, womit im übrigen die Liste der möglichen Erkrankungen nicht vollständig ist. Aus diesem Grunde ist neben Anamnese und gründlicher körperlicher Untersuchung eine weitere ausführliche Differentialdiagnose notwendig, wenn die Symptomtrias länger als 1 bis 2 Wochen anhält. Am Ende der klinischen Befunderhebung mit einem normalen Röntgenbild steht unabdingbar die Bronchoskopie, da weiteres Suchen nach diagnostischen Möglichkeiten sinnlos und Abwarten fahrlässig wäre. Bei den laborchemischen Un-

tersuchungen sucht man nach Entzündungszeichen und prüft darüber hinaus unter Umständen Immunglobuline, insbesondere IgE, weiterhin Alpha-1-Antitrypsin, KBR auf Ornithose und Sputumuntersuchungen. In Einzelfällen sind ausführliche Lungenfunktionsprüfungen, teilweise mit pharmakologischem Test indiziert. Bronchographie und Lungenszintigraphie können die Diagnostik vervollständigen. Jedes therapeutische Probieren ohne exakte Diagnostik ist nicht optimal und bereits im Ansatz falsch. Es sei daran erinnert, daß das Wort „chronische Bronchitis“ zwei Negativ-Trias-Syndrome beinhaltet, nämlich für „chronisch“ langwieriger Verlauf, morphologische Veränderungen im Bronchialsystem und höchst ungünstige Prognose und für das Wort „Bronchitis“ lange Schmerzfreiheit (weswegen der Patient oft zu spät kommt), lange klinische Latenz und schließlich lange Verharmlosung (so als wäre die „Raucherbronchitis“ ein Kavaliersdelikt). Deshalb unbedingte Forderung: differenzierte Frühdiagnose mit der Möglichkeit einer rechtzeitigen und ausreichenden Behandlung.

Referent: Dr. med. E. Weber, 8500 Nürnberg

(Fortsetzung folgt)

## Personalien

### Dem Dichterarzt Dr. med. Heinz Schauwecker zum 80. Geburtstag



Dr. Heinz SCHAUWECKER wurde am 11. Oktober 1894 in Regensburg geboren. Schon im August 1914 wurde er aktives Mitglied des Roten Kreuzes. Im Jahre 1915, während des Ersten Weltkrieges, bekam er das königlich-bayerische Verdienstkreuz für freiwillige Krankenpflege im

Krieg. Er ist also jetzt seit 60 Jahren aktives Mitglied im Roten Kreuz und gehört heute noch dem Vorstand des Bezirksverbandes Oberpfalz/Niederbayern an. Während dieser langen Zeit erhielt er für diese Tätigkeit zahlreiche Auszeichnungen.

Nach seinem ärztlichen Staatsexamen, das er am 30. März 1920 mit sehr gut bestand, wirkte er zunächst als Kassenarzt und nebenamtlicher Schularzt in Nürnberg. Am 1. Januar 1939 siedelte er nach Berching über, wo er bis 1963 Kassenarzt und Krankenhausarzt war. Dieses kleine, ganz erhaltene mittelalterliche Städtchen mit Stadtmauer und zahlreichen Türmen ist ihm so sehr ans Herz gewachsen, daß dies

sein dichterisches Schaffen erheblich beeinflusst hat und daß er, obwohl er sich vor Jahren als Alterssitz ein Häuschen im Oberbayerischen erbaute, trotzdem immer noch dort wohnt. Dieses Städtchen ist auch wahrlich eine Perle, die von Eingeweihten immer wieder besucht wird. Es liegt im Sulztal zwischen Beilngries an der Altmühl und Neumarkt in der Oberpfalz.

Schon früh, und zwar im Jahre 1919, begann er sein dichterisches Schaffen, das sowohl in seinen Gedichten als auch in seinen Erzählungen seine innige Heimatverbundenheit widerspiegelt. Es sind nicht weniger als 45 Werke im Druck erschienen. Daneben war er an der Herausgabe von Sammelbänden beteiligt. Zahllose andere Herausgaben und Zeitschriften hat er durch seine Gedichte und Erzählungen bereichert. Eine Reihe von Werken wurde auch vertont und von bekannten Interpreten gesungen.

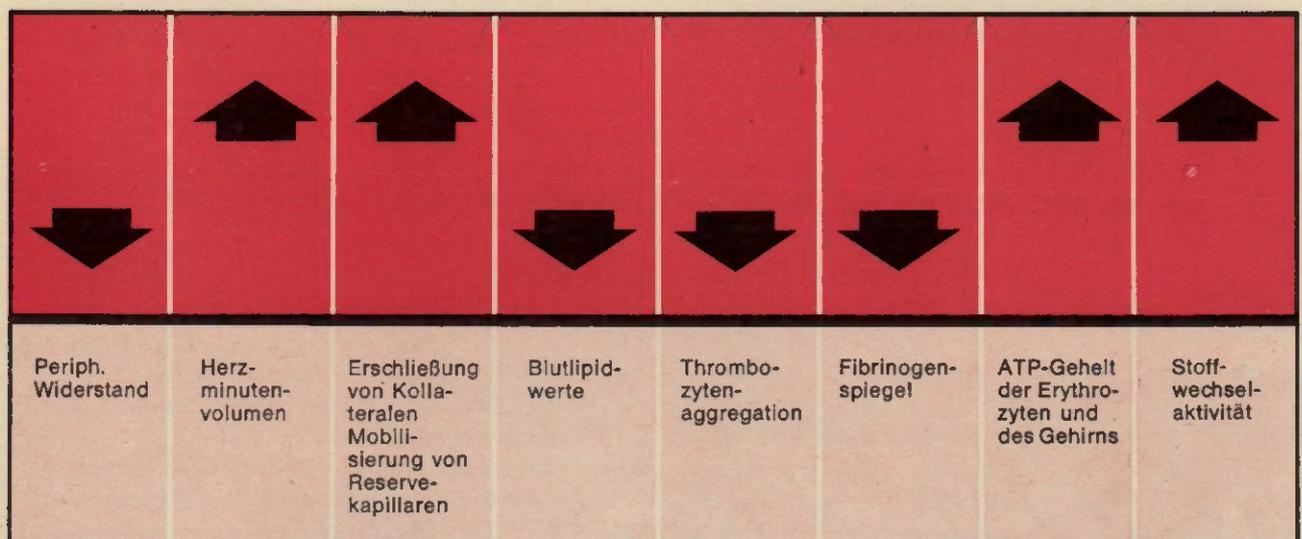
Sein ärztliches und dichterisches Wirken wurde durch zahlreiche Orden, Ehrenmitgliedschaften und Ehrenbürgerrechte gewürdigt.

Er ist schon lange Mitglied der Deutschen Schriftstellervereinigung. Sein Wunsch und seine unablässigen Bemühungen, die deutschen Schriftstellerärzte zusammenzuschließen, ging in Erfüllung, als er im Jahre 1968 einen bayerischen Landesverband der Schriftstellerärzte ins Leben rief, dem er heute noch vorsteht. 1969 wurde außerdem der Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte gegründet, dessen Präsident er bis zu diesem Jahre war. Beim Kongreß der Weltunion der Schriftstellerärzte 1969 in Nizza wurde er zum Vizepräsidenten dieser Internationalen Organisa-

# COMPLAMIN<sup>®</sup>

## 300

**Das umfassende Wirkungsprinzip  
zur Therapie peripherer Durchblutungsstörungen**

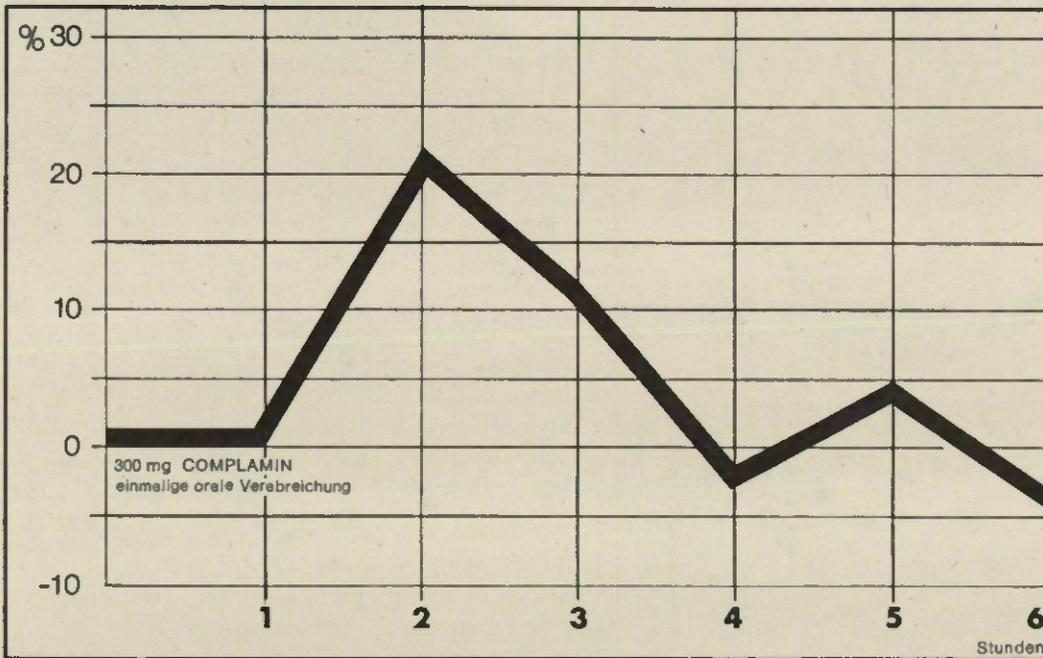


**Das bedeutet für die Behandlung:**

- **Deutliche Therapieerfolge, belegt in über 500 Veröffentlichungen im In- und Ausland**
- **Dankbare Patienten durch spürbare Besserung der Krankheitssymptome**



## COMPLAMIN in der Therapie z. B. Gefäßverschlüsse



COMPLAMIN-Effekt-Kurve getestet an 17 gefäßkranken Beinen, Unterschenkel-Verschluss-Typ (Rheographische Meßergebnisse)  
Musil, H. E.: Med. Welt, 24, 103 (1973)

### Der objektivierte Therapieerfolg: COMPLAMIN führt zu eindrucksvoller Mehrdurchblutung bei Gefäßverschlüssen des Beines.

**Zusammensetzung:** 1 Tablette COMPLAMIN 300 enthält:  
300 mg 7-[2-Hydroxy-3-(N-2-hydroxyäthyl-N-methylamino)-propyl]-  
-1,3-dimethylxanthin-pyridin-3-carboxylat (Xantinol-nicotinet)

**Indikationen:** Durchblutungsstörungen mit Claudicatio intermitens  
oder Ruheschmerz bei Arteriosklerose, Diabetes, nach Thrombosen,  
z. B. Endangitis obliterans, diabetische Angiopathie; Ulcus cruris;  
Oekubitus; bei Gangrän; zur Thromboseprophylaxe sowie bei  
Morbus Menière, plötzlichem Hörsturz und Retinadurchblutungs-  
störungen; zerebrale Insuffizienz.

**Kontraindikationen:** Akute Blutungen, frischer Myokardinfarkt  
und dekompensierte Herzinsuffizienz (nach Kompensierung mit  
Herzglykosiden bestehen keine Bedenken gegen eine Therapie mit  
COMPLAMIN 300).

**Hinweise:** Vorsicht bei floridem Magenulcus, labilem Blutdruck  
und bei Kombination mit Substanzen, die eine ausgeprägte und  
generalisierte gefäßerweiternde Wirkung haben, besonders bei

hoher Dosierung. Entsprechend den heute allgemein gegebenen  
Empfehlungen sollen Arzneimittel während der Schwangerschaft,  
besonders in den ersten 3 Monaten, nur unter strenger  
Indikationsstellung angewendet werden. Bei der Therapie mit  
COMPLAMIN 300 kann ein sogenannter Flush auftreten  
(Rötung und Wärmegefühl speziell im Gesicht und am Oberkörper).

**Dosierung und Anwendungsweise:** 3 x täglich 1-2 Tabl. unzerkaut  
mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten.

**Darreichungsformen und Packungsgrößen:**  
OP mit 60 Tabl. zu 300 mg DM 20,30; AP.

**Weitere Darreichungsformen:** COMPLAMIN RETARD-Tabletten  
zu 500 mg; OP mit 20 Tabletten und 60 Tabletten DM 10,85  
und DM 28,90; AP. COMPLAMIN-Ampullen zu 2 ml und zu 10 ml;  
OP mit 10 Ampullen zu 2 ml DM 11,20; AP. Anstaltspackung  
mit 10 Ampullen zu 10 ml zur Infusion.

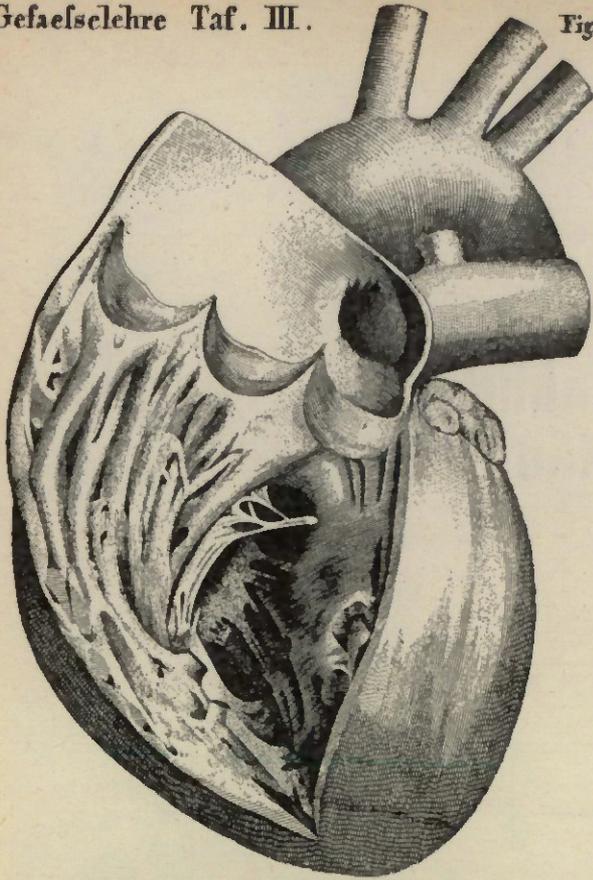


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1829.



Altersherz, nervöse Extrasystolen,  
Cor nervosum; Schwindelgefühl,  
Kollapsneigung, Ohnmachtsanfälle  
bei Hypotonie;  
für die Kleine Herztherapie.

**Dosierung:** 3x tgl. 4–5 Tropfen auf einem Stück Zucker. Diabetiker nehmen Korodin auf einem Stückchen Brot. Nicht mit Wasser einnehmen! Bei Schwächeanfällen und drohendem Kollaps werden alle 15 Minuten 5 Tropfen gegeben, bis der Patient sich wieder erholt. Bewußtlosen verreibt man 10 Tropfen unter der Nase.  
**Zusammensetzung:** Extr. Crataegi fluid. 55,0 g, Manthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Convallar. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Excip. ad 100 g.  
**Kontraindikationen:** keine bekannt.



ROBUGEN GMBH : PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

**Handelsformen und Preise:**  
DP Tropfflasche mit 10 ml DM 3,50;  
OP Tropfflasche mit 30 ml DM 8,30;  
Großpackung mit 100 ml DM 21,45.

tion gewählt. In dieser Eigenschaft organisierte er den Kongreß dieser Internationalen Vereinigung im Olympajahr 1972 in Regensburg.

Wer diesen zierlich gebauten und quicklebendigen Heinz Schauwecker kennt, kann es gar nicht fassen, daß er nun schon 80 Jahre alt wird. Er kann auf ein erfülltes ärztliches und dichterisches Wirken zurückblicken. Zahllose Menschen haben ihm zu danken, denen er als Arzt geholfen hat. Noch mehr Menschen aber auf der ganzen Welt danken ihm für die Freude, die er ihnen durch sein dichterisches Wirken geschenkt hat.

Wir aber wünschen ihm noch viele glückliche, gesunde und freudeerfüllte Jahre.  
Dr. H. Braun

### Auszeichnungen

Mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurden ausgezeichnet:

Dr. Josef BAUMÖLLER, Dachau,  
Dr. Johann ESCHENWECKER, Kulmbach,  
Obermedizinalrat Dr. Hermann HEUBECK, Erlangen,  
Professor Dr. Hans REMKY, München,  
Oberregierungsmedizinalrätin Dr. Annemarie SPIES, Bamberg.

Professor Dr. med. Herbert BLAHA, Ärztlicher Direktor des Zentralkrankenhauses München-Gauting, wurde für die Jahre 1975/76 zum 1. Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Lungenheilkunde und Tuberkulose gewählt.

Auf der Jahreshauptversammlung des Hartmannbundes in Baden-Baden wurde Dr. med. Otto PUSCHMANN, Dermatologe in Lichtenfels/Ofr., mit der Hartmann-Thieding-Plakette ausgezeichnet.

## Fakultät

### Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. Hans SIMMER (bisher University of California/Los Angeles/USA) wurde zum „ordentlichen Professor für Geschichte der Medizin“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. H. P. T. AMMON wurde als Wissenschaftlicher Rat und Professor an die Universität Tübingen berufen. Er hat dort die Pharmakologische Abteilung am Pharmazeutischen Institut im Fachbereich Pharmazie übernommen.

apl. Prof. Dr. med. dent. Lutz KOBES hat einen Ruf auf den neugeschaffenen Lehrstuhl für Zahnersatzkunde an der Georg-August-Universität in Göttingen angenommen.

apl. Professor Dr. med. Wendelin WALTER, Leitender Oberarzt an der Neurochirurgischen Klinik, wurde zum Wissenschaftlichen Rat und Professor an der Universität Münster ernannt.

apl. Professor Dr. med. Rolf ZEILHOFER, Leitender Oberarzt an der Medizinischen Klinik und Poliklinik, wurde zum Chefarzt am Zentrum für Innere Medizin der Städtischen Krankenanstalten Fürth ernannt.

Privatdozent Dr. med. Werner SCHUSTER, Abteilungsvorsteher an der Kinderklinik, wurde zum Professor an der Universität Gießen ernannt.

apl. Professor Dr. med. Wolf MEINHOF, Oberarzt an der Dermatologischen Klinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Lothar LAUTENBACH, Wissenschaftlicher Rat am Institut für Rechtsmedizin;

Privatdozent Dr. med. Wolfgang PFEIFFER, wiss. Ass. an der Nervenklinik (Psychotherapeutische Beratungsstelle).

Zum „Wissenschaftlichen Rat“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Eduard DAVID (I. Physiologisches Institut);

Privatdozent Dr. Ing. Manfred SPRENG (I. Physiologisches Institut);

Privatdozent Dr. med. Walter TRAUB (Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie).

Zum „Oberassistent“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. rer. nat. Erich GEBHART (Institut für Humangenetik und Anthropologie);

Privatdozent Dr. med. Hans-Dieter ROTT (Institut für Humangenetik und Anthropologie).

Zum „Akademischen Direktor“ wurden ernannt:

Dr. med. Leonhard BAUER (Pathologisches Institut);

Dr. rer. nat. Manfred BLÖSCH (Nervenklinik);

Dr. med. Ernst LEUXNER (Frauenklinik);

Dr. rer. nat. Gesa SCHWANITZ (Institut für Humangenetik und Anthropologie);

Dr. med. Hans TIEFEL (Abteilung für Anästhesiologie).

Zum „Akademischen Oberrat“ wurden ernannt:

Dipl. Chem. Dr. Hans-Jürgen ASCHOFF (Physiologisch-Chemisches Institut);

Dr. med. Theodor SCHMIDT (Abteilung für Urologie).

Zum „Akademischen Rat“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. phil. nat. Günther HASL (Institut für Physikalische und Medizinische Strahlenkunde);

Privatdozent Dr. med., Dipl. Phys. Siegfried KALLERT (I. Physiologisches Institut);

Dr. med. Friedrich EBERLEIN (Frauenklinik);

Dr. med. Ursula MAYER (Augenklinik);

Dipl. Phys. Dr. Manfred SÄBEL (Frauenklinik).

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Rolf BAER für „Psychiatrie und Neurologie“;

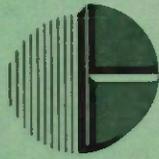
Dr. med., Dr. rer. nat. Claus Dieter BLOEDNER für „Innere Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Lungen- und Bronchialerkrankungen“;

# LIBRIUM TABS



eine eindrucksvolle Wirkung

**RUHE**



eine fühlbare Hilfestellung

**STABILITÄT**



ein behutsames Geleit

**UNBEFANGENHEIT**

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: 25 mg Chlordiazepoxid. **Indikationen:** Schlafstörungen, Nervosität, Angst, Unruhe, vegetative Dysregulationen. **Kontraindikation:** Myasthenia gravis. **Hinweis:** Die Wirkung von Alkohol und ZNS-aktiven Substanzen kann verstärkt und das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr beeinträchtigt werden. **Packungen und Preise:** 20 Tabletten DM 9,20 m.U.St., 50 Tabletten DM 21,40 m.U.St., Anstaltspeckungen.

\*unverbindlich.

Hoffmann-La Roche AG · 7889 Grenzach

Dr. rer. nat. Manfred BLÖSCH für „Experimentelle Neuropsychiatrie“ (Vergleichende Verhaltenspsychologie, Instinktlehre);

Dr. med. Wolfram DOMSCHKE für „Innere Medizin“;

Dr. Elke DRECOLL-LÜTJEN für „Anatomie“;

Dr. med. Hans-Günther ESSING für „Arbeits- und Sozialmedizin“;

Dr. med. Matthias GOTTSCHALDT für „Neurologie“;

Dr. med. Werner GOTTWALD für „Neurologie und Psychiatrie“;

Dr. med. Bernhard HUSEMANN für „Chirurgie und experimentelle Chirurgie“;

Dr. med. Ekkefried KRÖNERT für „Nuklearmedizin“;

Dr. med. Ursula MAYER für „Augenheilkunde“;

Dr. med. Thomas PASCH für „Physiologie“;

Dr. med. Wolfgang RÖSCH für „Innere Medizin“;

Dr. med. Wulf-Dieter RUMMEL für „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“;

Dr. med. Gustav SCHÄCKE für „Arbeits- und Sozialmedizin“;

Dr. med. Wolf SCHELLERER für „Chirurgie“;

Dr. med. Walter SCHULZ für „Innere Medizin“;

Dr. med. Ahmad TAGHAVY für „Neurologie und Psychiatrie“;

Dr. med. Frank WEIDNER für „Dermatologie und Venerologie“;

Dr. med. Günter Heinrich WILLITAL für „Kinderchirurgie“.

o. Professor Dr. med. Ludwig DEMLING, Direktor der Medizinischen Klinik, wurde auf dem ordentlichen Fakultätentag der Medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereiche in den Vorstand berufen.

o. Professor Dr. med. Helmut VALENTIN, Vorstand des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten, wurde auf dem ordentlichen Fakultätentag der Medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereiche erneut für drei Jahre zum Vorsitzenden des Vorstandes gewählt.

o. Professor Dr. med. Adolf WINDORFER, Direktor der Kinderklinik, wurde von der Französischen Gesellschaft für Pädiatrie zum Ehrenmitglied ernannt.

## München

### Medizinische Fakultät der Universität

apl. Professor Dr. med., Dr. med. dent. Heinz PICHL-MAIER, Leitender Oberarzt an der Chirurgischen Klinik, wurde zum „ordentlichen Professor“ an der Universität Köln ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Lorenz BRUNNER, Leitender Oberarzt an der Herzchirurgischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Enno CHRISTOPHERS, Leitender Oberarzt an der Dermatologischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Heinz Horst EDEL, Oberarzt an der I. Medizinischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Jochen EIGLER, Leitender Oberarzt an der II. Medizinischen Klinik;

Privatdozent Dr. rer. nat. Hans FRITZ, Abteilungsvorsteher und Kommissarischer Leiter des Instituts für Klinische Chemie und Klinische Biochemie;

Privatdozent Dr. med. Rainer HENN, wiss. Ass. am Institut für Rechtsmedizin;

Privatdozent Dr. med. Michael JÄGER, Leitender Oberarzt an der Orthopädischen Klinik;

Privatdozent Dr. med. Walther KUHN, Leitender Oberarzt an der I. Frauenklinik;

Privatdozent Dr. med. Erich LIEBHARDT, Abteilungsvorsteher am Institut für Rechtsmedizin.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Franz DASCHNER für „Kinderheilkunde“;

Dr. med. Günther DIETZE für „Innere Medizin“;

Dr. med. Adolf DÖRGE für „Physiologie“;

Dr. med. Joachim DUHM für „Physiologie“ (durch Umhabilitation – bisher Technische Hochschule Aachen);

Dr. med. Wilhelm van EIMEREN für „Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik“ (durch Umhabilitation – bisher Universität Ulm);

Dr. med. Peter FAUL für „Urologie“;

Dr. med. Udilo FINSTERER für „Anästhesiologie und Wiederbelebung“;

Dr. rer. nat. Friedrich FITTLER für „Physiologische Chemie“;

Professor Dr. med. Anselm FRICK für „Physiologie“ (durch Umhabilitation – bisher Technische Hochschule Aachen);

Dr. med. Werner GÖRDES für „Orthopädie“;

Dr. med. Wolfgang GRÖBNER für „Innere Medizin“;

Dr. med. Horst GROHMANN für „Innere Medizin“;

Dr. med. Joachim GRUNST für „Innere Medizin“;

Dr. med. Walter GUDER für „Klinische Chemie und Klinische Biochemie“;

Dr. med. Wolfgang KUSCHINSKY für „Physiologie“;

Dr. med. Kurt PIELSTICKER für „Allgemeine Pathologie und spezielle pathologische Anatomie“;

Dr. med. Diethelm RICHTER für „Physiologie“;

Dr. med. Jörn Henning WOLF für „Geschichte der Medizin“.

Privatdozent Dr. med. Friedrich-Wilhelm SCHILDBERG, Oberassistent an der Chirurgischen Klinik, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Zum „Abteilungsvorsteher“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. rer. nat. Adolf BAUERNFEIND, wiss. Ass. am Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie;

Privatdozent Dr. med. Holger SCHMID-SCHÖNBEIN, wiss. Ass. am Physiologischen Institut.

# FRÜHERKENNUNG UND FRÜHZEITIGE BEHANDLUNG DER HYPERURIKÄMIE VERHINDERN GICHT UND NIERENSCHÄDEN.

Die optimale Therapie:

# URICOVAC®

Benzbromaronum

## die „Nur-einmal-täglich-Tablette“

Zusammensetzung: Je Tablette 100 mg Benzbromaronum.

Indikationen: Hyperurikämie jeder Genese.

Kontraindikation: mittelschwere und schwere Niereninsuffizienz.

Handelsformen: 30 Tabletten zu je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- einschließlich MwSt. AP mit 300 Tabletten.

„1. Mit 100 mg Benzbromaronum täglich ist bis zu Serumkreatininspiegeln von 5,0 mg/100 ml eine Normalisierung des Serumharnsäurespiegels zu erreichen.

5. Aufgrund der vorliegenden Untersuchung scheint es gerechtfertigt, Benzbromaronum zur Behandlung einer Hyperurikämie auch bei Patienten mit Niereninsuffizienz einzusetzen.“

KOTHE et al., Therapiewoche 23.2927 (1973)

Hinweise:

Grundsätzlich soll der Hyperurikämiker, insbesondere zu Beginn der Behandlung, mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich nehmen. Bei Steindriese empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den annähernd neutralen Bereich von pH 6,4-6,8, speziell bis zur Normalisierung der Serumharnsäurewerte. Obwohl URICOVAC in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

LABAZ GmbH, Pharmazeutische Präparate Düsseldorf



## Berufsschulpflicht der Arzthelferin

### Neuer Lehrplan für den fachlichen Unterricht der Arzthelferinnen

Die Einführung des zweiten Berufsschultages im ersten Ausbildungsjahr bei dem zweijährigen Ausbildungsberuf der Arzthelferin an den Berufsschulen mit Fachklassen für auszubildende Arzthelferinnen, der mit Beginn des Schuljahres 1974/75 zugleich mit der Bekanntgabe eines neuen Lehrplanes für den Unterricht in diesen Klassen durch eine Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus angeordnet worden ist, hat bei den auszubildenden Ärzten Unwillen und Empörung hervorgerufen. Da diese Entschließung den Schulen und auch der Bayerischen Landesärztekammer erst zu Beginn dieses Schuljahres bekannt wurde, konnte eine rechtzeitige Unterrichtung der auszubildenden Ärzte im „Bayerischen Ärzteblatt“ nicht mehr erfolgen.

Wegen Raummangels wird dazu nachstehend eine kurze Darstellung der Rechts- und Sachlage gegeben. Das Bayerische Berufsschulgesetz vom 16. Juli 1960 mit den dazu erlassenen Änderungen legt die Berufsschulpflicht mit drei Jahren fest. Diese Pflicht beginnt mit dem Eintritt in den Ausbildungsberuf. Mit der Verordnung über den Berufsschulunterricht für Jugendliche mit zweijährigen Ausbildungszeiten vom 12. August 1969 wurde im § 1 Abs. 3 bestimmt, daß Jugendliche mit zweijährigen Ausbildungsverträgen ab dem Schuljahr 1969/70 im ersten Jahr der Berufsschule zwei Tage Unterricht in der Woche erhalten. Der Inhalt dieser Verordnung wurde in die zweite Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über das berufliche Schulwesen vom 29. Januar 1974 übernommen. Auf beide Regelungen wurde im „Bayerischen Ärzteblatt“ wiederholt hingewiesen.

Der Vollzug der Vorschrift über den zweiten Berufsschultag, gegen die sich alle davon betroffenen zuständigen Stellen für zweijährige Ausbildungsberufe, so auch die Bayerische Landesärztekammer, seinerzeit leider ohne Erfolg gewehrt hatten, scheiterte bisher wegen des Mangels an Schulräumen und Lehrkräften. Im Zusammenhang mit der Verstaatlichung der Berufsschulen und dem Erlaß eines neuen Lehrplanes hat das Kultusministerium die Schulleitungen erneut angehalten, die Vorschrift zu vollziehen.

In den meisten Schulen konnte der zweitägige Schulunterricht aus den o. g. Gründen noch nicht eingeführt werden, in anderen mußte er auf 1½ Tage beschränkt werden.

Es ist noch darauf hinzuweisen, daß die dreijährige Berufsschulpflicht auch dann als erfüllt gilt, wenn es dem Schulträger nicht möglich war, den vollen Be-

rufsschulunterricht im ersten Jahr von insgesamt 16 Stunden zu erteilen.

Der Begriff zweijähriger Ausbildungsvertrag geht von dem bundeseinheitlichen Berufsbild der Arzthelferin mit zwei Ausbildungsjahren aus. Aus diesem Grunde gilt die Pflicht zum zweitägigen Berufsschulbesuch im ersten echten Ausbildungsjahr auch dann, wenn dem zweijährigen Ausbildungsvertrag ein Vorvertrag vorausgegangen ist, oder wenn mit Einverständnis der Beteiligten in den Fällen, in denen die Voraussetzungen des Berufsbildes für einen zweijährigen Ausbildungsvertrag nicht vorgelegen haben, ein Ausbildungsvertrag für drei Jahre abgeschlossen worden ist.

BLÄK

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 4. September 1974 – Nr. I Z 4 – 5135/1 – 7/74

## Stellenausschreibung für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Im öffentlichen Gesundheitsdienst sind Stellen für beamtete Ärzte zu besetzen, und zwar

im **amtsärztlichen Dienst** Stellen für ärztliche Mitarbeiter bei den Staatlichen Gesundheitsämtern

Altötting, Amberg, Ansbach, Aschaffenburg, Bad Neustadt a. d. Seale, Bamberg, Cham, Coburg, Dingolfing, Erding, Erlangen, Forchheim, Fürth, Haßfurt, Hof, Kerstadt, Kelheim, Kulmbach, Landshut, Lauf a. d. Pegnitz, Lindau (Bodensee), Miltenberg, Mindelheim, Neumarkt i. d. Opf., Neustadt a. d. Aisch, Neustadt a. d. Waldnaab, Neu-Ulm, Passau, Pfarrkirchen, Rosenheim, Roth b. Nürnberg (Dienststelle Schwabach), Schwandorf (Dienststelle Burglengenfeld), Schweinfurt, Sonthofen, Straubing, Traunstein, Weißenburg;

im **tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst** (Lungenfachärzte und Internisten mit der Teilgebetsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde, ferner Internisten oder Radiologen mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Lungenkrankheiten) bei den Staatlichen Gesundheitsämtern

Bad Reichenhall (oder anderer Ort im südlichen Oberbayern), Bamberg, Donauwörth, Landshut, Neu-Ulm, Pfarrkirchen, Würzburg;

als **Röntgenschirmbilderzt** (fachliche Voraussetzungen wie im tuberkulosefürsorgeärztlichen Dienst) bei den Regierungen in Ansbach, Augsburg, Bayreuth;

im **landgerichtsarztlichen Dienst** (mit selbständiger Tätigkeit in gerichtlicher Psychiatrie und gerichtlicher Medizin), und zwar

Chefstellen (A 15): Amberg, Coburg, Deggendorf, Memmingen,

sonstige Stellen: Aschaffenburg, Augsburg, Bamberg, Kempten, München, Nürnberg, Regensburg, Traunstein.

Es können sich auch Ärzte bewerben, die erst kurze Zeit approbiert sind.

Der öffentliche Gesundheitsdienst bietet den Ärzten vielfältige und interessante Aufgaben mit der Möglichkeit, den jeweiligen besonderen Neigungen weitgehend Rechnung zu tragen. Den Ärzten wird auf Kosten des Staates eine umfassende fachliche Weiterbildung auf den verschiedensten Gebieten vermittelt, z. B. Umwelthygiene, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, öffentliche Impfungen, Sozialhygiene (Jugendgesundheitspflege, Beratung Behinderter, soziale Psychiatrie), Gesundheitserziehung, ärztliche Gutachtertätigkeit usw.; Fortbildungskurse vertiefen das Fachwissen; auch klinische Fortbildung ist möglich.

Bewerber, die schon Beamte sind und die Amtsarztprüfung abgelegt haben, werden als Beamte übernommen. Die übrigen Bewerber werden zunächst als Angestellte (BAT) eingestellt.

Die Teilnahme am Amtsarztlehrgang ist kostenlos. Während des Lehrgangs laufen die Dienstbezüge weiter; daneben wird Trennungsgeld gezahlt. Nach der Amtsarztprüfung erfolgt die Übernahme in das Beamtenverhältnis. Die Laufbahn reicht vom Medizinalrat (A 13) bis zum Obermedizinaldirektor (A 16).

Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung werden gewährt. Staatsbedienstetenwohnungen werden nach Möglichkeit vermittelt. Privatpraxis (ohne gesetzliche Krankenkasse) und vertrauensärztliche Nebentätigkeiten werden genehmigt.

Bewerbungen und jederzeit mögliche Anträge auf unverbindliche Vormerkung für künftig freiwerdende Stellen werden erbeten an:

Bayerisches Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3, Telefon (089) 21 92, Durchwahl 655.

## Brief aus Bonn

Zum Thema Nr. 1 in Bonn ist wieder einmal die Wirtschafts- und Konjunkturpolitik geworden. Das war zu erwarten, nachdem zur Jahresmitte die Arbeitslosenzahlen nicht, wie erhofft, gesunken, sondern sogar noch weiter angestiegen waren. Im August wurden immerhin 527 000 Arbeitslose registriert, was annähernd den Zahlen des Rezessionsjahres 1967 entspricht. Dennoch hat die konjunkturelle Abschwächung (noch?) nicht das Ausmaß wie in jenem Krisenjahre erreicht.

Das Bild der Beschäftigtenstatistik wird nicht nur von konjunkturellen Abschwächungssymptomen, sondern auch von strukturellen Krisen einiger Wirtschaftszweige bestimmt. Dies wird schon deutlich, wenn man auf die unterschiedlichen Arbeitslosenziffern in den einzelnen Regionen sieht. So liegt die Arbeitslosenquote in Leer beispielsweise bei 5,5 Prozent und in Städten wie Pirmasens, Gelsenkirchen und Coesfeld nur wenig darunter, während die durchschnittliche Arbeitslosenquote im Bundesgebiet 2,3 Prozent be-

trägt und Städte wie Reutlingen, Stuttgart eine Quote von weniger als 1 Prozent und Städte wie Frankfurt, Freiburg, Nürnberg und Hamburg einen Arbeitslosenanteil von etwa 1,3 Prozent haben.

Von Strukturkrisen werden vor allem die Bauwirtschaft und die Automobilindustrie, aber auch die Textil- und Bekleidungsindustrie heimgesucht. Das sind die eigentlichen Krisenherde, während Wirtschaftszweige wie Chemie, Stahl und Papier auf hohen Touren laufen. Für die Wirtschaftspolitik kommt es also darauf an, daß die strukturellen Anpassungen der notleidenden Bereiche nicht weitere Wirtschaftszweige infizieren und schließlich die Gesamtwirtschaft in den Strudel einer Rezession ziehen.

Die hier skizzierte konjunkturpolitische Linie wird von der Bundesregierung nach außen hin vertreten. Tatsächlich ist aber – zumindest in der Finanzpolitik – längst auf Expansion umgeschaltet worden. So hat die Bundesregierung Mitte September ein zweites Strukturprogramm beschlossen, und zwar mit einem Finanzvolumen von 900 Millionen Mark. Das erste im Frühjahr beschlossene Programm in Höhe von 600 Millionen Mark kommt jetzt im Herbst voll zum Tragen. Diese Programme zielen vor allem auf das Baugewerbe; der öffentliche Hochbau soll einen Teil der Ausfälle im privaten Wohnungsbau ausgleichen. Diese Programme werden aus Geldern finanziert, die bei der Bundesbank stillgelegt waren; es kommt also zusätzliche Kaufkraft in den Kreislauf.

Darüber hinaus muß man berücksichtigen, daß zur Jahresmitte das letzte Stück des steuerlichen Stabilitätsprogramms des Vorjahres außer Kraft gesetzt worden ist. Zuletzt fiel die Stabilitätsabgabe, vorher war schon die Investitionssteuer weggefallen und die degressive Abschreibung sowie die Sonderabschreibungen nach Paragraph 7 b wieder zugelassen worden. Auch ein Sonderprogramm für den sozialen Wohnungsbau hat es gegeben. Der Arbeitsmarkt wurde durch den Anwerbepost für ausländische Arbeitnehmer entlastet.

Noch bedeutsamer ist allerdings die Tatsache, daß die Haushalte der öffentlichen Hand nicht nur hohe Zuwachsraten aufweisen, sondern nahezu inflationär finanziert werden. So stiegen die Ausgaben des Bundes im ersten Halbjahr 1974 um 11 Prozent, die der Länder gar um 17 Prozent, zusammen um 14,5 Prozent. Die öffentlichen Investitionen liegen um etwa 20 Prozent über denen des Vorjahres. Das Finanzierungsdefizit von Bund und Ländern betrug in diesem Jahr bislang etwa sechs Milliarden Mark mehr als im Vorjahr. Es wurde nicht nur mit Kapitalmarktdarlehen, sondern auch mit Kassenkrediten der Bundesbank, also auf dem Wege der Geldschöpfung, finanziert. Für 1975 ist ein Anwachsen der öffentlichen Ausgaben um mindestens 10 Prozent zu erwarten; das Finanzierungsdefizit der öffentlichen Hand steigt auf über 30 Milliarden Mark in aberwitzige Größenordnungen hinein. Auf Stabilitätskurs liegt allein noch die Bun-

desbank, aber auch sie läßt die Zügel merklich lockerer.

Wenn die Konjunktursteuerer Schmidt, Apel, Friedrichs und Klasen dennoch behaupten, die Stabilitätspolitik werde fortgeführt, so hat dies politische Gründe: die Tarifparteien sollen unter Druck gesetzt werden, in der neuen Tarifrunde nicht wieder zweistellig abzuschließen. Tatsächlich dürfte die weitere wirtschaftliche Entwicklung sehr maßgeblich von den nächsten Tarifabschlüssen bestimmt werden. Mit politisch-psychologischen Tricks wird man der Vernunft aber kaum eine Gasse bahnen können. Der Koalition ist daran gelegen, den Bürgern maßgerecht einen neuen Konjunkturaufschwung für 1976 zu bescheren. Dann wird im Bund gewählt, dann geht es um die Macht.

In dieser Rechnung gibt es freilich zwei unbekannte Größen. Was setzen die Gewerkschaften im Herbst

und Winter an Lohnerhöhungen durch? Und: Bleibt es an der Außenflanke ruhig? Hohe Lohnraten würden mit Sicherheit einen neuen inflationären Stoß und wachsende Schwierigkeiten in den strukturschwachen Regionen bringen. Ein Abebben der Exportwelle könnte die Konjunktur aus der Phase der Stagnation in die Phase der Rezession bringen. Der deutsche Export ist um so mehr bedroht, je höher die Defizite der anderen Länder steigen. Das könnte zu Restriktionen mit schwerwiegenden Folgen für uns führen. So wird uns wohl nichts anderes übrigbleiben, als die Defizite der anderen (Italien, England, Frankreich) mitzutragen. Aber wie lange wird eine solche Politik durchzuhalten sein, die mit dem 5,6 Milliarden Mark Kredit an Italien eingeleitet wurde? Das beunruhigende an dieser Frage ist, daß niemand eine Antwort hat.

bonn-mot

## Kongresse

### 25. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 6. bis 8. Dezember 1974 in Nürnberg

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

Freitag, 6. Dezember 1974

**Thema: Tuberkulose heute**

9.00 — 9.30 Uhr:

**Eröffnung, Begrüßung und Einleitung**  
zu den Hauptthemen

9.30 — 10.00 Uhr:

**Fortschritte in der Tuberkuloseforschung**

Prof. Dr. G. Pließ, Nürnberg

10.00 — 10.30 Uhr:

**Zur Tuberkulose beim Kind**

Prof. Dr. A. Windorfer, Erlangen

10.30 — 11.00 Uhr:

**Aktuelle klinische Tuberkuloseprobleme beim Erwachsenen**

Prof. Dr. H. Blaha, München-Gauting

11.40 — 12.10 Uhr:

**Urogenitaltuberkulose heute**

Prof. Dr. W. Staehler, Tübingen

12.10 — 12.40 Uhr:

**Der heutige Stand der konservativen und operativen Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose**

Prof. Dr. A. Göb, München

13.40 — 14.50 Uhr:

**Filmvorführung**

**Tuberkulose aktuell**

Chemie Grünenthal GmbH

**Schock**

Bayer AG

**Thema: Neuester Stand der Pharmakotherapie**

15.00 — 15.30 Uhr:

**Neuentwicklungen in der Therapie der Koronarinsuffizienz**

Prof. Dr. G. Kronenberg, Wuppertal

15.30 — 16.00 Uhr:

**Psychopharmaka**

Prof. Dr. W. Pöldinger, St. Gallen

16.00 — 16.30 Uhr:

**Orale Antidiabetika**

Prof. Dr. K. Schöffling, Frankfurt

17.20 — 18.30 Uhr:

**Tuberkulose heute**

Farbfarnseh-Demonstration mit Eldophor Ciba-Gaigy

Blaha, Göb, Pließ, Staehler, Windorfer  
einschließlich Diskussion

Samstag, 7. Dezember 1974

**Thema: Besonderheiten der Therapie in der Geriatrie**

9.30 — 10.00 Uhr:

**Therapie beim sogenannten Altersherz**

Prof. Dr. D. Michel, München

10.00 — 10.30 Uhr:

**Bronchopneumonien im Alter und deren Therapie**

Prof. Dr. O. Gsall, Basel

10.30 — 11.00 Uhr:

**Therapie im höchsten Lebensalter**

Prof. Dr. H. Franke, Würzburg

11.40 — 12.10 Uhr:

**Therapie der depressiven Verstimmung im Alter**

Prof. Dr. H. Sattes, Würzburg

12.10 — 12.40 Uhr:

**Aktive Rehabilitation bei chronisch Kranken in der Geriatrie**

Dr. O. Lindner, Nürnberg

(Fortsetzung Seite 917)

gelassen und ruhig am Tag

# ADUMBRAN®

der unkomplizierte Tranquilizer  
zur medikamentösen Psychotherapie

entspannt zu erholsamem Schlaf bei Nacht

zuverlässig · bewährt · gut verträglich

**Zusammensetzung:** 7-Chlor-1,3-dihydro-3-hydroxy-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on

**Indikationen:** Im psycho-vegetativen Bereich: Störungen der Schlafrhythmik; kardiovaskuläre Störungen; gastro-intestinale Störungen; psychogene Atemstörungen; vegetative Syndrome der Frau; Denititionsbeschwerden bei Kleinkindern; Im effektiv-emotionalen Bereich: nervöse Reizbarkeit; Übererregtheit; nervöse Erschöpfungszustände; Sexuelneurosen; Überforderungssyndrom; Angst- und Unruhezustände, auch vor zeh-

ärztlichen und ärztlichen Eingriffen; Erwartungsangst vor besonderen Belastungen; Verhaltensstörungen, Eingewöhnungsschwierigkeiten.

**Kontraindikation:** Myasthenia gravis  
**Dosierung:** In der Regel empfiehlt sich folgendes Vorgehen: Morgens 1 Tabl., mittags 1 Tabl., abends 2 Tabl.  
Suppositorien für Erwachsene: Morgens 1 Supp., abends 1 Supp.  
Kindersuppositorien: Der Doppelkonus läßt sich leicht teilen, so daß eine individuelle Dosierung möglich ist. Als Richtlinie kann gelten bei Kindern im Alter von 1-3 Jahren 1-2 mal 7,5 mg

(1/2 Doppelkonus), 4-5 Jahren 2-3 mal 7,5 mg (1/2 Doppelkonus), ab 6 Jahren 1-3 mal 15,0 mg (1 Doppelkonus).

**Zur Beachtung:** Verkehrsteilnehmer sollten beachten, daß Adumbren die Verkehrssicherheit beeinflussen kann. Der gleichzeitige Genuß von Alkohol und die gleichzeitige Einnahme anderer beruhigender Arzneimittel sind zu vermeiden.

**Handelsformen:** Tabletten zu 10 mg  
DP mit 25 Tabletten DM 6,50  
DP mit 75 Tabletten DM 17,75  
Suppositorien für Erwachsene zu 30 mg  
DP mit 5 Suppositorien DM 5,20

Kindersuppositorien zu 15 mg  
DP mit 5 Suppositorien DM 4,45  
DP mit 10 Suppositorien DM 8,20  
Klinikeckungen  
zu allen Darreichungsformen  
Unverbindl. empf. Preise lt. AT

Thomae

## Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat August 1974 \*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie alljährlich im August ging auch im Berichtsmonat die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen wieder deutlich zurück und erreichte mit 33 Fällen auf 100 000 Einwohner (umgerechnet auf ein Jahr) den niedrigsten Monatswert im Jahre 1974. Die Zahl der Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung stieg im August an, und zwar an durch Meningokokken verursachter Meningitis von 2 auf 4, an übrigen Formen der Meningitis von 8 auf 16 Fälle, jeweils bezogen auf 100 000 Einwohner.

An Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) erkrankten im August ebenfalls mehr Menschen als im Juli; die Erkrankungsziffer stieg von 46 auf 52 je 100 000 Einwohner. Etwas niedriger als im Vormonat war dagegen die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung); sie sank von 31 im Juli auf 25 im Berichtsmonat, jeweils auf 100 000 Einwohner.

### Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. Juli bis 31. August 1974 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtheria		Scharlach		Kinderlähmung		Oberfregbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen			
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	140	—	—	—	5	1	58	1	—	—	4	—	1	—	10	—	155	—	3	—	—	—
Niederbayern	—	—	39	—	—	—	1	—	10	—	5	—	—	—	1	—	—	—	37	—	5	—	—	—
Oberpfalz	—	—	13	—	—	—	11	—	37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	58	1	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	36	—	—	—	4	—	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	56	—	—	—	2	—
Mittelfranken	—	—	47	—	—	—	6	—	21	1	—	—	—	—	—	—	1	—	140	1	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	31	—	—	—	4	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	33	—	5	—	—	—
Schwaben	—	—	42	—	—	—	9	1	7	—	—	—	—	—	1	—	1	—	58	—	5	—	2	—
Bayern	—	—	348	—	—	—	40	2	164	2	5	—	4	—	3	—	12	—	537	2	18	—	4	—
München	—	—	47	—	—	—	—	—	10	—	—	—	—	—	1	—	4	—	63	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	6	—	—	—	—	—	16	1	—	—	—	—	—	—	1	—	36	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	7	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		18		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Brucellose				Leptospirose (übrige Formen)		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf						Verdachtsfälle von Tollwut <sup>2)</sup>			
			Peltacosa		übrige Formen		Bang'sche Krankheit		übrige Formen															
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	95	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Niederbayern	19	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Oberpfalz	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19
Oberfranken	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Mittelfranken	36	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Unterfranken	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Schwaben	45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19
Bayern	259	1	1	—	1	—	1	—	1	—	1	—	5	—	6	1	—	—	—	—	—	—	—	53
München	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Nürnberg	15	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

14.00 – 14.50 Uhr:

Filmvorführung

**Die Rehabilitation des Hemiplegikers  
im fortgeschrittenen Lebensalter**

Lipha Arzneimittel GmbH

**Stoffwechsel und Hämodynamik der  
zerebralen Insuffizienz**

Lipha Arzneimittel GmbH

15.00 – 15.30 Uhr:

**Therapeutische Möglichkeiten bei Er-  
krankungen des Bewegungsappara-  
tes im Alter**

Prof. Dr. H. Me u, Tübingen

15.30 – 16.00 Uhr:

**Therapie und Prognose der Pyelone-  
phritis im Alter**

Prof. Dr. U. Gessler, Nürnberg

16.00 – 16.30 Uhr:

**Erfolge der Intensivtherapie in der  
Gerietrie**

Dr. J.-D. Summe, Nürnberg

17.20 – 18.30 Uhr:

**Altersdepressionen**

**Farbfernseh - Demonstre-  
tion mit Eidophor Ciba-Geigy**

Settes

einschließlich Diskussion

**Sonntag, 8. Dezember 1974**

**Thema: Probleme der Sterbehilfe**

9.00 – 9.40 Uhr:

**Zur ers moriendi**

Prof. Dr. M. Schmid, München

9.40 – 10.00 Uhr:

**Juristische Aspekte der Sterbehilfe**

Prof. Dr. G. Schwalm, Erlangen

10.40 – 11.10 Uhr:

**Ärztliche Probleme der Sterbehilfe**

Prof. Dr. R. Schubert, Nürnberg

11.10 – 11.40 Uhr:

**Reenimtion und ihre Grenzen**

Prof. Dr. J. Wawersik, Kiel

11.40 – 12.10 Uhr:

**Sittliche und religiöse Aspekte in der  
Sterbehilfe**

Prof. Dr. W. v. Loewenich, Er-  
langen

Der Tegung ist eine pharmazeutische  
und medizinisch-technische Ausstel-  
lung eingeschlossen.

Des Programm wurde ellen Ärzten  
in der Bundesrepublik Deutschland  
zugewandt

### **3. Arztheiferinnen- Fortbildungskurs**

während des 25. Nürnberger  
Fortbildungskongresses

am 7./8. Dezember 1974 in Nürnberg

veranstaltet von der  
Bayerischen Landesärztekammer

**Vorgesehene Themen:**

Fehler im Labor und ihre Beseitigung  
– Praxisrationalisierung – Schnell-  
diagnostik in der Praxis

**Praktikum in Arbeitsgruppen:**

Fettstoffwechseidiagnostik – Nieren-  
diagnostik – Blutgerinnung – En-  
zymaktivitätsbestimmung zur Herz-  
infarkt- und Leberdiagnostik – Dia-  
betes- und Harnsäurediagnostik

**Ort:**

Nürnberg, Meistersingerhalle

**Auskunft:**

Bayerische Landesärztekammer, 8000  
München 80, Mühlbauerstraße 16, Te-  
lefon (089) 41 47-294

## **Klinische Fortbildung in Bayern 1974**

### **Angiologisches Forum**

am 14. November 1974 und  
12. Dezember 1974 in München

**Veranstalter:**

Angiologische Arbeitsgruppe am Kli-  
nikum rechts der Isar der Techni-  
schen Universität München in Zu-  
sammenarbeit mit der Bayerischen  
Landesärztekammer

**Leitung:**

Privatdozent Dr. med. A. Kriessmann  
und Privatdozent Dr. med. P. Maurer,  
München

**Ort und Zeit:**

Hörsaalgebäude Klinikum rechts der  
Isar, München, Ismaninger Straße 22,  
20.00 Uhr

**Themen:**

Diagnostik und operative Therapie  
extrakraniell verursechter zerebraler  
Ischämien (14. November 1974)

Diagnostische und therapeutische  
Probleme bei chronischen Verschlüs-  
sen der Extremitätenarterien (12. De-  
zember 1974)

**Auskunft und Anmeldung:**

Bayerische Landesärztekammer, 8000  
München 80, Mühlbauerstraße 16, Te-  
lefon (089) 41 47-294

## **ferro - B<sub>12</sub> - EHRL**



**Zusammensetzung:**

1 Dragee enthält:

150 mg

Ferro-glukonat

15γ Vitamin B<sub>12</sub>

2 mg Folsäure

O.P. zu 20 Dragees

DM 4,20

O.P. zu 50 Dragees

DM 7,50

**Zur hochwirksamen  
preisgünstigen oralen  
Anämie-Therapie mit  
dem gut verträglichen  
und schnell resorbierbaren  
Fe<sup>++</sup>-glukonat**

**EHRL & CO., Arzneimittel KG,  
8 München 66**

### III. Zentralkongreß für Medizinische Assistenz- berufe

vom 13. bis 16. November 1974  
in Düsseldorf

#### Themen:

Kohlenhydrat-, Fett-, Eiweißstoffwechsel – Elektrolythaushalt – Serum-Harnsäurespiegel – Blutgerinnung  
Enzymdiagnostik – Harnweg-Bakteriologie – Photometrie – Vermeidung von Laborfehlern – Qualitätskontrolle – Schnelldiagnostik

#### Ort:

Neues Messegelände – Halle 6 – Düsseldorf

#### Auskunft:

Zentrum für medizinische Fortbildung, Professor Dr. med. A. Schretzenmeyer, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (0821) 33777

### IX. Bad Wörishofener ärztliche Vortragsreihe

am 16. November 1974 in Bad Wörishofen

#### Theme:

Herzinfarkt 74

#### Leitung:

Chefarzt Dr. W. Teichmann, Bad Wörishofen

#### Ort:

Medizinische Kurklinik der LVA Schwaben

#### Auskunft:

Kurklinik für Innere Krankheiten der LVA Schwaben, 8939 Bad Wörishofen, Telefon (08247) 9122-9124

### 7. Ärztliche Fortbildungs- tagung „Aktuelle Rheumaprobleme“

am 16. November 1974 in München

#### Theme:

Vorsorge, Früherkennung, Frühbehandlung

#### Ort und Zeit:

München, Kongreßhalle, Theresienhöhe

8.30 Uhr bis 17.00 Uhr

#### Auskunft:

Professor Dr. med. H. Mathies, Chefarzt der I. Medizinischen Klinik Rheumazentrum Bad Abbach, 8403 Bad Abbach bei Regensburg

### 14. Bayerische Internistentagung

vom 22. bis 24. November 1974  
in München

#### Veranstalter:

Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e.V. (1. Vorsitzender Dr. med. R. Schindlbeck)

#### Ort:

Sheraton-Hotel, München, Kongreßzentrum

Der Tagung ist eine Ausstellung pharmazeutischer Präparate und medizinisch-technischer Geräte angeschlossen.

#### Auskunft und Anmeldung:

Dr. med. R. Schindlbeck, Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e.V., 8036 Herrsching, Summerstraße 3, Telefon (08152) 6264

### 3. Gastroenterologischer Fortbildungskurs

am 30. November 1974 in München

#### Leitung:

Professor Dr. med. R. Ottenjenn, München

#### Thema:

Fortschritte und Tendenzen in der Gastroenterologie

#### Ort:

Sheraton-Hotel, München

#### Auskunft:

Dr. med. W. Bartelhelmer, I. Medizinische Abteilung des Krankenhauses München-Neuperlach, 8000 München 83, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, Telefon (089) 6794310

### Kongreßkalender

Die 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 1974

2. – 6. 12. in München:

**Sozialmedizinischer Informationskurs.** Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

6. – 8. 12. in Nürnberg:

**25. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer.** Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16.

7. 12. in München:

**Herbsttagung der Bayerischen EEG-Arbeitsgemeinschaft.** Auskunft: Prof. Dr. J. Kugler, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.

7. – 8. 12. in München:

**25. Tagung der Münchener Otorhinolaryngologischen Gesellschaft.** Auskunft: Prof. Dr. Boette, 8130 Starnberg, Prinzenweg 11.

12. 12. in München:

**4. Angiologisches Forum.** Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16

#### Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der Firma

**Asche A. G. Hamburg** bei.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbeurstraße 16, Telefon (089) 4147-1, Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. 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. Postscheckkonto Nr. 52 52-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früherer Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 562, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8080 Dacheu.

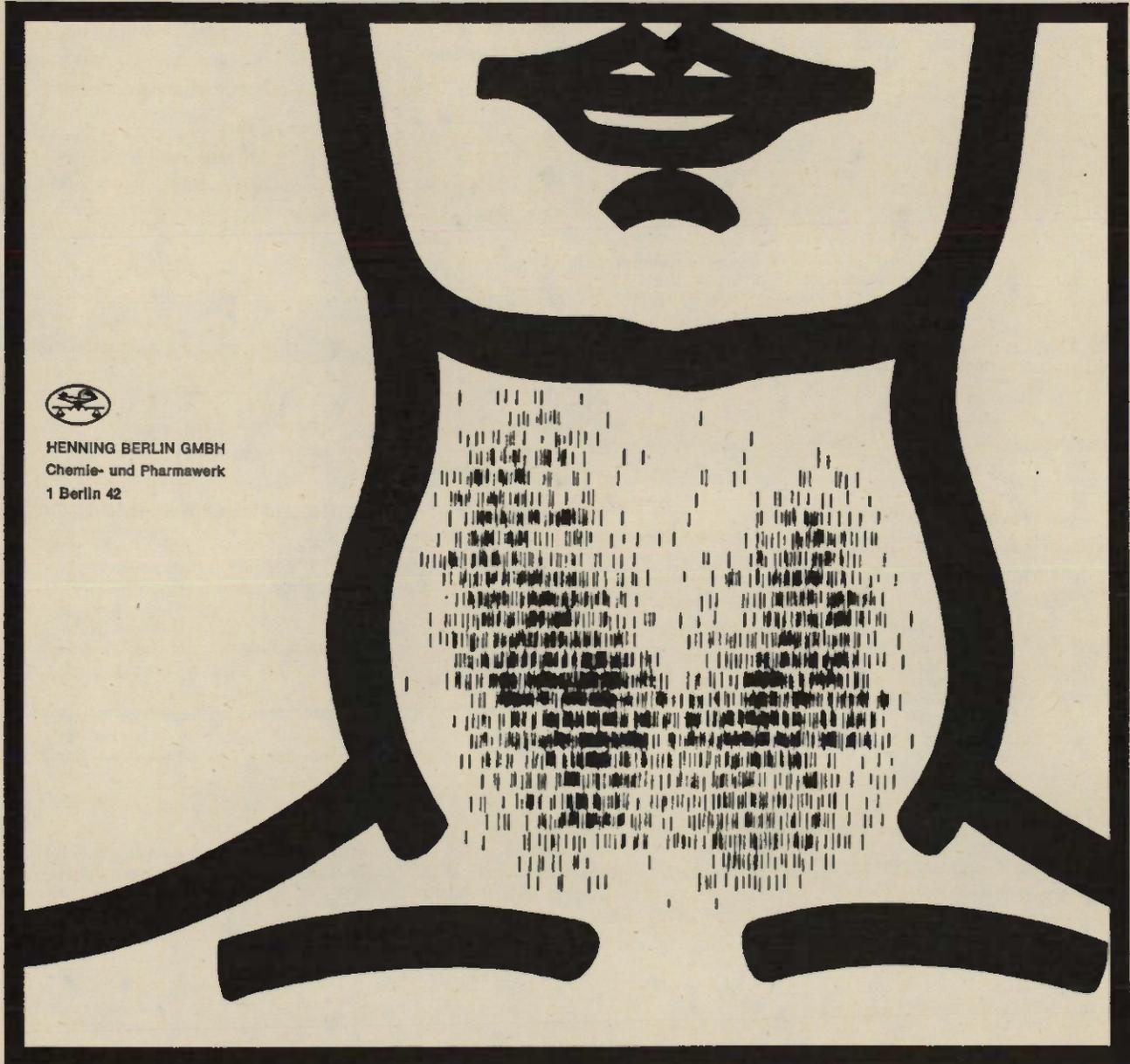
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

# Bei der blanden Struma



HENNING BERLIN GMBH  
Chemie- und Pharmawerk  
1 Berlin 42



Täglich 1 Tablette

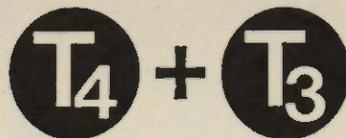
# Thyroxin-T<sub>3</sub> „Henning“

**Zusammensetzung:**  
1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin-Natrium (T<sub>4</sub>) und 20 µg L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid (T<sub>3</sub>).

**Indikationen:**  
blande Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumektomie, Zusatztherapie

bei thyreostetisch behandelter Hyperthyreose, Schilddrüsenmalignom, Hypothyreose.

**Kontraindikationen:**  
frischer Myokardinfarkt, Angine pectoris oder Myokardinfarkt bei älteren Strumapatienten.



**Packungen und Preise:**  
20 Tabletten DM 4.80  
50 Tabletten DM 9.90  
70 Tabletten DM 13.75

### Stadtkrankenhaus Traunstein (Oberbayern)

Wir suchen für die Strahlenabteilung einen erfahrenen

#### **Facharzt** (als Vertreter des Leiters)

zum 1. 1. 1975 (eventuell früherer Beginn)

zum nächstmöglichen Beginn

#### **1 Arzt** (Facharztaspiranten)

Kurzinformationen:

Schwerpunkt-Krankenhaus und große Ambulanz, Einzugsgebiet 100.000 (Strahlentherapie 300.000); zur Zeit 420, in einigen Jahren mit hinzukommender Urologie und Pädiatrie 700 Betten; Pathologisches Institut.

Radiologisches Zentralinstitut durchwegs modern, zum Teil weit überdurchschnittlich ausgestattet; Röntgendiagnostik einschließlich viel Angiographie und anderer Spezialverfahren; vielseitige nuklearmedizinische Diagnostik; Röntgenoberflächen-, Telekobalt- und Radiumtherapie. Ärztlicher Stellenplan 1,1,5 (eventuell künftig 1,2,5); Konsiliarphysiker; volle Weiterbildungsermächtigung; klinische Ausrichtung; voll kollegiales und dynamisches Arbeitsklima; angemessene Praxisgewinnbeteiligung.

Freundliche Kleinstadt mit allen weiterbildenden Schulen; München 100, Salzburg 40 km. Nähe Gebirge und Chiemsee, entsprechende Wohn-, Erholungs-, sowie Sommer- und Wintersportmöglichkeiten.

Auskünfte erteilt der Leiter der Strahlenabteilung, Dr. H. Schorr, Telefon (08 61) 44 24; Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an **Personalamt der Stadt Traunstein, 8220 Traunstein, Stadtplatz 39.**

Der **Landkreis Nürnberg Land** sucht für das

#### **Kreiskrankenhaus Aitdorf**

Klinik für Innere Krankheiten – zum 1. Januar 1975

#### **1 Oberarzt**

Der Bewerber sollte Facharzt für Innere Medizin sein oder vor der Anerkennung stehen.

Der Abteilung für Innere Krankheiten stehen 100 Betten zur Verfügung. Schwerpunkte sind Kardiologie und Gastroenterologie. Die Ausstattung mit modernsten Geräten ist gegeben. Intensivstation mit sechs Betten ist vorhanden. Weiterbildung in Innerer Medizin bis zur Facharztanerkennung.

Die Stelle ist nach VergGr. I b BAT ausgewiesen. Daneben werden gewährt: Bereitschaftsdienstvergütung, Chefarztzulage u. a. Nebenentnahmen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an Herrn **Priv.-Doz. Dr. Schwarzbach, 8503 Aitdorf, Kreiskrankenhaus.**

#### **Kreiskrankenhaus Hersbruck**

#### **1 Assistenzarzt**

für die Chirurgische und die interne Station.

Dreijährige chirurgische Weiterbildung und einjährige interne Weiterbildung sind möglich.

Der Landkreis bietet neben der tariflichen Höchstvergütung Bereitschaftsdienstzulagen und alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an Herrn **Chefarzt Dr. med. Elsoid, 8562 Hersbruck, Kreiskrankenhaus.**

Im **Kreiskrankenhaus 8300 Landshut in Niederhatzkofen** (131 Betten) sind

#### **1 Assistenzarztstelle der Internen Abteilung**

und

#### **1 Assistenzarztstelle der Chirurgischen Abteilung**

ab sofort zu besetzen.

Die Assistenzarztzeit wird für Facharztweiterbildung angerechnet. Unterkunft und Verpflegung im Hause.

Die Bezahlung erfolgt nach VergGr. II KAV + Bereitschaftsdienstvergütung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an das **Landratsamt Landshut – Personabteilung – 8300 Landshut.**

Für unsere **Werkgruppe Nürnberg-Langwasser** mit 6400 Mitarbeitern suchen wir zum möglichst baldigen Eintritt einen jüngeren

#### **Werkarzt (-ärztin)**

mit allgemeinmedizinischer Ausbildung.

Unsere Konditionen entsprechen der großen Bedeutung, die wir dieser Aufgabe beimessen. Einzelheiten möchten wir Ihnen in einem unverbindlichen Gespräch mit unserem leitenden Werkarzt darlegen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lichtbild, handgeschr. Lebenslauf, Zeugniskopien) erbitten wir unter Angabe Ihres frühestmöglichen Dienstbeginnes und Ihrer Gehaltsvorstellung an unsere

**Zentrale Personalabteilung  
8510 Fürth, Kurgartenstraße 37-54**

**GRUNDIG**

Die **Landesversicherungsanstalt Unterfranken**, Abteilung Krankenversicherung, sucht für Ihre Vertrauensärztliche Dienststelle **Ead Klissingen**

#### **einen hauptamtlichen Vertrauensarzt**

Erwünscht ist neben sozialmedizinischem Interesse eine gute klinische Weiterbildung oder eine mehrjährige praktische Tätigkeit, nach Möglichkeit in einer Kassenpraxis.

Bewerber, die eine Lebensstellung im Beamtenverhältnis anstreben, sollen das 45. Lebensjahr nicht überschritten haben. Bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ist sofortige Übernahme als Obermedizinalrat – Bes. Gr. A 14 BayBesG – möglich.

Geboten werden weiterhin geregelte Arbeitszeit – 5-Tege-Woche –, gutes Betriebsklima, Umzugskosten und Trennungsentschädigung, Beihilfe im Krankheitsfalle nach den BhV, Hilfe bei der Beschaffung einer Wohnung.

Die Ausübung einer Nebentätigkeit in begrenztem Umfang kann auf Antrag gestattet werden.

Bewerbungen mit Lichtbild und den üblichen Unterlagen bitten wir an die **Geschäftsführung der Landesversicherungsanstalt Unterfranken, 8700 Würzburg, Friedenstr. 14**, zu richten.

Der **Landkreis Regensburg** sucht für sein **Kreiskrankenhaus Wörth a. d. Donau** ab sofort

#### **1 Oberarzt** der Fachrichtung **Chirurgie**

#### **1 Assistenzarzt**

Die Vergütung erfolgt nach I bzw. II BAT/VKA. Zusätzliche Entschädigungen für Bereitschaftsdienst und Überstunden werden gewährt. Wohnung kann zur Verfügung gestellt werden.

1 Jahr chirurgische Facharztweiterbildung wird anerkannt.

Das **Kreiskrankenhaus Wörth a. d. Donau**, 25 km von Regensburg entfernt, hat 110 Planbetten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an das **Landratsamt Regensburg, Landratsverwaltung, 8400 Regensburg 5, Postfach 14.**

**Denken Sie für Kleinanzeigen bitte an die  
rechtzeitige, termingerechte Disposition!**

**Anzeigenverwaltung „Bayerisches Ärzteblatt“  
8000 München 2, Sonnenstraße 29**

## Die Bundesanstalt für Arbeit

bietet Ihnen eine interessante und vielseitige Tätigkeit im Bereich der

# Arbeitsmedizin

als **Arbeitsamtsarzt bei den Arbeitsämtern Aschaffenburg, Memmingen, München, Passau, Pfarrkirchen, Schwandorf, Walden und Weiheim** mit guten Aufstiegsmöglichkeiten.

Die Aufgaben umfassen insbesondere arbeitsmedizinische Tätigkeit im Rahmen der Beruissberatung, Arbeitsvermittlung, Förderung der beruflichen Bildung und Rehabilitation Behinderter.

Erwünscht ist eine vierjährige ärztliche Tätigkeit nach der Approbation, möglichst mit praktischen Erfahrungen in der ärztlichen Begutachtung

Bei Nachweis einer fünfjährigen ärztlichen Tätigkeit nach der Bestellung erfolgt die Einstellung in VergGr I b MTA (Manteltarifvertrag für die Angestellten der Bundesanstalt für Arbeit) – entspricht BAT –, sonst in VergGr II MTA. Höhergruppierung nach VergGr I a ist möglich. Bei Vorliegen der beamtenrechtlichen Voraussetzungen baldige Übernahme in das Beamtenverhältnis als Medizinalrat (BesGr A 13). Beförderung zum Medizinaloberarzt (BesGr A 14) im Rahmen der laufbahnrechtlichen Bestimmungen. Die Möglichkeit des weiteren Aufstieges zum Medizinaldirektor (BesGr 15) ist gegeben. Die Verbeamtung bzw. die Übernahme beamteter Bewerber im Wege der Versetzung ist nur vor Vollendung des 50. Lebensjahres möglich.

Außerdem bieten wir Ihnen: Jährliche Sonderzuwendungen etwa in Höhe eines Monatsgehalts, Fünf-Tage-Woche, gleitende Arbeitszeit, verbilligten Mittagstisch, Unterstützung bei Wohnraumbeschaffung, Umzugskosten, Trennungsgeld, Beihilfe in Krankheits-, Geburts- und Todesfällen. Im Rahmen der Fortbildung Entsendung zu wissenschaftlichen Veranstaltungen. Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ wird gefördert. Ausübung privatärztlicher Nebentätigkeit ist möglich.



Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte

für **Aschaffenburg, Schwandorf  
und Weiden**

**an den Präsidenten des  
Landesarbeitsamtes Nordbayern**

8500 Nürnberg  
Regensburger Straße 100

für **Memmingen, München, Passau,  
Pfarrkirchen und Weiheim**

**an den Präsidenten des  
Landesarbeitsamtes Südbayern**

8000 München 22  
Schackstraße 2

Der Landkreis Freising sucht für sein Kreis Krankenhaus **Moosburg** ab sofort

### Chirurgische Assistenzärzte und Medizinalassistenten

Es handelt sich um ein Allgemeinkrankenhaus mit 90 Normalbetten und zehn Säuglingsbetten. Es existieren Belegarztstellen für Innere Medizin und Gynäkologie/ Geburtshilfe.

Für die chirurgische Facharztweiterbildung werden zwei Jahre angerechnet. Die Vergütung erfolgt nach BAT II/b bzw. MA-Tarif. Dienstwohnung kann eventuell zur Verfügung gestellt werden.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnisse werden erbeten an das **Landratsamt Freising – Personalstelle – 8050 Freising, Amtsgerichtsgasse 6**

Die Stadt Schwabach sucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten) zum frühestmöglichen Zeitpunkt

### 1 Assistenzarzt (-ärztin)

für die Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung (66 Betten).

Die hauptamtlich geleitete Abteilung ist modern ausgestattet, hohe Operationsfrequenz (650–700); die vaginalen Methoden werden bevorzugt, ca. 450 Geburten, Perinatalmedizin.

Stellenplan der Abteilung: Chef, 1 Oberarzt, 2 Assistenzärzte. Baldiges selbständiges Operieren kann zugesichert werden. Bei der Bewerbung werden im Fach vorgebildete Kollegen und Kolleginnen bevorzugt. Die Facharztweiterbildung kann abgeschlossen werden; es werden z. Z. drei Jahre anerkannt.

Vergütung nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung nach den höchsten Sätzen. Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33.000 Einwohner) ist Teil der Städteachse Erlangen-Nürnberg-Fürth-Swabach und Sitz mittlerer und höherer Schulen. Gute Verkehrsverbindungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Personalamt der Stadt 8540 Schwabach, Postfach 1680, Telefon (0 91 22) 50 51.**

### „Herr Doktor bitte kommen ...“



wie oft hören Sie oder Ihre Helferinnen diese Worte - häufig aus dem Ortsteil, in dem Sie gerade erst waren.

Zeit ist Geld. Deshalb moderne Kommunikationsmittel: „Verordnen“ Sie sich Teletron Sprechfunk. Es ist das kleinste und zugleich leistungsstärkste deutsche UKW-Sprechfunkgerät.

Lassen Sie sich ausführlich über Leasing oder Kauf informieren.

Teletron Generalvertretung

**DEISS** Elektronik



8560 Lauf, Görlicher Straße 21, Telefon (0 91 23) 30 52  
Sprechfunk - Personruf - Anrufbeantworter

Am Kreis Krankenhaus 8483 Vohenstrauß/Opt. ist auf der Chirurgischen Abteilung die Stelle eines

### Assistenzarztes (-ärztin)

BAT II a und Nebeneinnahmen zu besetzen.

Das Kreis Krankenhaus ist zum Durchgangsarzt- und Verletzungsartenverfahren zugelassen.

Die Stadt Vohenstrauß liegt in reizvoller Landschaft im Oberpfälzer Wald. Realschule und Hallenbad am Ort. Gymnasium kann mit Schulbus leicht erreicht werden. Ausgezeichnete Ski-möglichkeiten in nächster Nähe.

Bewerbungen bitte an den **Chefarzt des Kreiskrankenhauses 8483 Vohenstrauß/Dpl., Telefon (0 96 51) 2 41.**



**Bad Kissingen**

Die Rhön-Kurklinik der BfA (250 Betten) mit sehr guten diagnostischen Möglichkeiten (großes Laboratorium, Röntgen-Fernsehen, Endoskopie) und Badeabteilung sucht zum 1. Januar 1975 oder auch früher einen

### Assistenzarzt (-ärztin)

**Wir bieten:** Vergütung nach Gr. II/b MTAng-BfA (BAT), bei Vorliegen der Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin Vergütung nach Gr. I/b/a MTAng-BfA (BAT) Zusatzversicherung (VBL), 13. Monatsgehalt und Beihilfen. Zusätzliche Einnahmen durch Bereitschaftsdienst und Gutachten. Bei Bewährung kann Übernahme in das Beamtenverhältnis in Aussicht gestellt werden. Aufstiegschancen im Rahmen unseres Aufbauprogramms sind gegeben. Unterkunft im Personalwohnhaus bzw. Dienstwohnung. Auf Wunsch Voll- oder Teilverpflegung. Zwei Jahre der hiesigen Tätigkeit können auf die Facharztweiterbildung angerechnet werden. Es besteht die Möglichkeit zu wissenschaftlicher Arbeit.

Bewerbungen erbeten an den **Leitenden Arzt der Rhön-Kurklinik Dr. H. G. Dehnhardt, 8730 Bad Kissingen, Pfaffstraße 10, Telefon (09 71) 20 34.**

### Die Stadt Schwabach

sucht für das **Stadtkrankenhaus (260 Betten)** zum frühestmöglichen Zeitpunkt

### 2 Assistenzärzte (-ärztinnen)

für die Innere Abteilung (94 Betten).

Vergütung nach BAT (13. Monatsgehalt), Bereitschaftsdienstvergütung nach den höchsten Sätzen. Auf die Facharztweiterbildung werden bis zu vier Jahre (mit Infektionskrankheiten) angerechnet. Umfangreiche Endoskopie mit Laparoskopie, Gastroskopie, Koloskopie. Klinische Zytologie. Stationsgebundenes Röntgen mit Bildverstärker-Fernsehkette. Ärztlicher Schichtdienst. Stellenplan der Abteilung: Chef, ein Oberarzt, sieben Assistenzärzte. Enger Kontakt mit Kliniken in Nürnberg.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33.000 Einwohner) ist Teil der Städteachse Erlangen-Nürnberg-Fürth-Schwabach und Sitz mittlerer und höherer Schulen. Gute Verkehrsverbindungen.

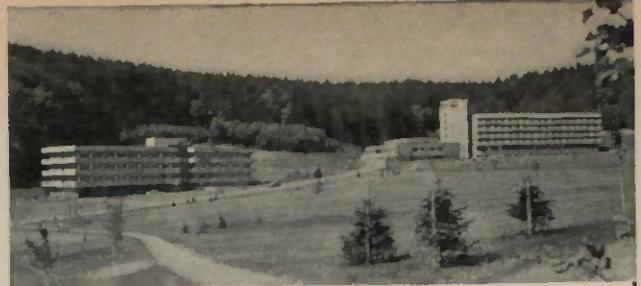
Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Personalamt der Stadt 8540 Schwabach, Postfach 1680, Telefon (0 91 22) 50 51.**

### Die moderne Arztpraxis

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

Bewährter Kundendienst seit 25 Jahren und eben solange Erfahrung garantiert Ihnen eine sorgfältige fachliche Beratung.

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



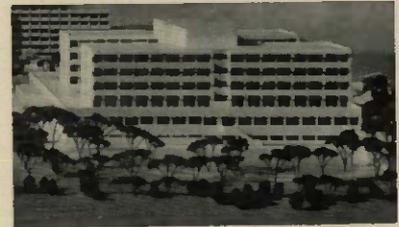
Bei der **Zusammenklinik der Landesversicherungsanstalt Schwaben in Zusmarshausen bei Augsburg** – Fachklinik für Lungen- und Bronchialerkrankungen mit 152 Betten – ist eine Stelle für einen

### Assistenzarzt

zu besetzen. Die erst vor fünf Jahren neu eröffnete Klinik ist sehr modern eingerichtet, so daß dort alle einschlägigen Krankheiten diagnostiziert und behandelt werden können. Zu Ihrer Einrichtung gehören zwei Labors, ein Funktionslabor für Herz-, Kreislauf- und Lungenerkrankungen (Spiroergometrie, Body-Pléthysmographie, Gasanalyse, Mikroherzkatheter), Arbeitsplätze für Bronchologie, Lungen- und Drüsenbiopsie.

Es besteht ein hoher monatlicher Durchgang an Patienten. Die Tätigkeit erstreckt sich auf den klinischen- und den Funktionsbereich. Wir bieten Bezahlung nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen in Krankheitsfällen, Weihnachtsgeld in Höhe eines Monatsgehalts, Fünf-Tage-Woche. Bei Erfüllung der beamtenrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich. Eine Wohnung steht im Klinikbereich zur Verfügung. Die Zusammenklinik liegt ca. 25 km von Augsburg entfernt an der Autobahn München-Stuttgart.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an **Herrn Chefarzt Dr. Gossner, Zusammenklinik der LVA Schwaben, 8901 Zusmarshausen, Paracelsusstraße 3.**



**Kreiskrankenhaus 8300 Eggenfelden** - Krankenhausneubau mit 300 Planbetten - eröffnet im Mai 1974

Wir suchen für die Chirurgische Abteilung **Chefarzt Dr. Eckert**

### Assistenzärzte

Die Anstellungsbedingungen regeln sich nach den Vorschriften des öffentlichen Dienstes. Geregelt Dienstzeit.

Zusätzliche Einnahmen durch Chefarztabgaben.

Eggenfelden ist eine aufstrebende Stadt im ostbayerischen Raum, mit allen Schulen, eigenem Theater usw.

Eine Stunde Autofahrt zum Chiemsee, in die Bayerischen Alpen, nach München und Salzburg.

Persönliche Vorstellung erwünscht bei Herrn Chefarzt Dr. Hans-Georg Eckert im Kreiskrankenhaus Eggenfelden, Telefon (0 87 21) 29 91 oder privat (0 87 21) 314.

Bewerbungen sind erbeten an das **Landratsamt Rottal-Inn, Personalabteilung, 8340 Pfarrkirchen, Ringstraße 4, Postfach 80, Telefon (0 85 61) 60 71.**

ideal gelegene

### Arztpraxisräume

in neuem Ärztezentrum in Augsburg zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/293 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.**