



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 12

Zum Jahreswechsel

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

In diesem Heft finden Sie die Namen der neugewählten Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer. Das soll Sie noch einmal daran erinnern, daß eine Wahlperiode zu Ende geht, eine neue im Januar ihren Anfang nimmt. Die Kollegen sind – wie es das Gesetz vorsieht – für vier Jahre gewählt. Welche Probleme werden in dieser Zeit auf sie zukommen? Es fällt schwer, eine optimistische Prognose zu stellen. Was sich in den letzten Jahren abzuzeichnen begann – jedenfalls für den, der realistisch um sich blickte –, hat sich in dem zu Ende gehenden Jahr markant verdeutlicht. Die im Reume der Gesundheits- und Sozialpolitik wirkenden Kräfte haben ihre Anstrengungen verstärkt, den Freiraum der Ärzte einzuengen, die Fundamente ihrer Selbstverwaltung zu untergraben.

Das penetrante Bemühen, das Ansehen des Arztes bei unserer Bevölkerung zu zerstören, den Arzt in das fahle Licht des permanenten Zweifels zu stellen, hat keineswegs nachgelassen. Es wurde engereichert durch Berichte über die rückständige deutsche Medizin und medizinische Forschung, über angeblich vermeidbare Operationen, die angeblich dennoch ausgeführt werden, z. B. deshalb, weil junge Ärzte ihre Operationsketologe zusammenkratzen müssen.

Immer wieder werden neue Pläne für die ärztliche Versorgung in die Welt gesetzt. Systemveränderung ist dabei Trumpf. Die Propagandisten solcher Pläne verlassen sich darauf, daß nicht bekannt wird, in welcher erschreckenden Maße die kranken Menschen in anderen Ländern bereits zu Leidtragenden solcher Systemveränderungen geworden sind.

Vor wenigen Wochen gingen Schlagzeilen durch die Presse über die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Nur sehr ungern und daher entsprechend undeutlich wurde zum Ausdruck gebracht, daß die Kostenentwicklung im Krankenhaussektor alle Rekorde schlägt, obwohl darin, jedenfalls soweit es die Ärzte angeht, nur Tarifgehälter und keine Honorare enthalten sind. Und das hier gemeinte Gutachten der Arbeitsgruppe des rheinland-pfälzischen Sozialministers Dr. Geißler spricht eine sachliche Sprache. Es zeigt, daß die Kostenentwicklung seit 1960 auf dem ambulanten Sektor der ärztlichen Versorgung etwa 50 v. H. des Krankenhausesektors beträgt und in der Prognose bis 1978 noch weiter zurückbleibt. Das Gutachten führt aus, daß dies eine Folge der maßvollen Honorarforderungen der Ärzteschaft sei. Haben Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, in irgendeiner Zeitung von dieser positiven Beurteilung unseres maßvollen Verhaltens bei Honorarverhandlungen jemals eine Silbe gelesen? Das würde nicht in dem Bild der „Honorarhyäne“ passen, welches man in der Öffentlichkeit von uns zeichnet. Obwohl aber für jeden Einsichtigen klar sein müßte, daß jede weitere Institutionalisierung der Medizin, also die Verlagerung ambulanter ärztlicher Leistungen in das Krankenhaus, zu Kostensteigerungen nach den bekannten Maßstäben der Krankenhauskosten führen muß – bis zu 85 Prozent der Krankenhauskosten sind Personalkosten! –, betreiben Verbände der Krankenkassen mit Verbissenheit die Einführung der vorstationären ambulanten Diagnostik und nachstationären ambulanten Behandlung im Krankenhaus, also im Ergebnis die Errichtung des Krankenhausambulatoriums.

In den letzten Monaten haben Gesetzentwürfe der Bayerischen Staatsregierung und der Bundesregierung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung viele Diskussionen ausgelöst. Wir möchten dazu heute nur feststellen, daß jeder von uns Dirigismus aus tiefstem Herzen ablehnt. Wir werden in den vor uns liegenden Jahren alles tun müssen, um ihn zu verhindern. Unser Handeln muß aber immer unter der Verpflichtung stehen, den Menschen unseres Landes eine überall zur Verfügung stehende ärztliche Versorgung zu sichern. Wir freuen uns besonders, wenn gerade die jungen Kollegen uns helfen, diesem ärztlichen Auftrag gerecht zu werden.

In diesem Jahr wurde euch der Versuch gemacht, einige Aktionen kleiner radikaler Gruppen zu einer „Welle des Unmuts“ der jungen Ärzte hochzuspielen. Das ist ein vergebliches Bemühen. Unsere jungen Kollegen äußern ihre Meinungen und Sorgen in unseren Gremien und Zeitschriften frei und – wie es der Jugend zukommt – manchmal ruppig. Das ist ihr gutes Recht. Es zeigt sich aber immer überzeugender, daß die jungen Ärzte längst erkennen haben, wo ihre Belange und ihre Zukunft gut aufgehoben sind. Wir stellen mit Freude fest, daß die Einheit der Alten und der Jungen in unserem Beruf so fest ist, wie wir es uns nur wünschen können. Das gibt uns die Zuversicht, daß wir euch in der vor uns liegenden Zeit nicht resignieren müssen. Gemeinsam werden wir die Zukunft bewältigen, auch wenn es härtesten Einsatz erfordert.

Am Ende dieser Wahlperiode ist es uns ein Bedürfnis, allen unseren Kolleginnen und Kollegen für ihre Mitarbeit und ihr Vertrauen zu danken.

Wir wünschen allen Ärzten unseres Landes und ihren Familien ein gesegnetes Weihnachtsfest, Glück und Gesundheit für das kommende Jahr.

Ihre

Dr. Hermann Braun

Professor Dr. Hans J. Sewering

Dr. Friedrich Kolb

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

7000 Stuttgart-Degerloch, Postfach 230, Haus der Ärzte

Sehr verehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Weihnachten ist mehr als jedes andere Fest während des Jahres ein Familienfest. Deshalb hat es sich gleichsam von selbst ergeben, daß anläßlich des Weihnachtsfestes innerhalb der Ärzteschaft an diejenigen besonders gedacht wird, die dieses Fest nicht mehr mit ihren Familien feiern können: an die Waisen und an diejenigen Kollegenkinder, die nicht nach Hause zu ihren Familien zum Fest können. Die Schützlinge unserer Stiftung sind auch an Weihnachten unserer Fürsorge anvertraut, so wie sie das ganze Jahr über unsere Hilfe benötigen.

Weihnachten ist auch ein Fest, an dem man von Herzen danken kann. Wir tun es all denen gegenüber, die durch ihre einmaligen oder Dauer-Spenden auch im vergangenen Jahr

die so notwendige und hilfreiche Tätigkeit dieses Gemeinschaftswerkes der westdeutschen Heilberufe ermöglichten.

In diesem Jahr wurden – wie schon seit 19 Jahren – über 900 Kollegenkinder von uns betreut. Immer noch schließen pro Jahr ungefähr 100 Schützlinge ihre Berufsausbildung erfolgreich ab und scheiden damit aus unserer Betreuung aus. Aber immer noch kommen pro Jahr auch ungefähr 100 Kollegenkinder neu zu uns, die ein hartes Schicksal der Eltern beraubte oder die ihr Zuhause verlassen mußten. Sie erhalten durch Ihre Spenden die Berufsausbildung, die wir auch unseren Kindern geben. Wir möchten ein wenig Stellvertreter der Eltern dieser Kinder sein.

Deshalb auch dieses Jahr unsere Bitte an alle, die helfen können: Lassen Sie Weihnachten nicht vorbeigehen, ohne an diese Kollegenkinder zu denken. Ihre Hilfe ist hier unersetzlich.

In kollegialer Verbundenheit

Professor Dr. Sewering
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Muschallik

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Bourmer

Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands
(Hartmannbund) e. V.

Dr. Odenbach

1. Vorsitzender des Marburger Bundes,
Verband der angestellten und beamteten Ärzte
Deutschlands e. V.

Dr. Roos

Bundvorsitzender des Verbandes der
Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.

Frau Dr. Heuser

1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.

Dr. Welther

1. Bundesvorsitzender des Deutschen Kassenarztverbandes

Dr. Haupt

Vorsitzender des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte
und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands e. V.

Dr. Schüller

1. Sprecher der

Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände e. V.

Professor Dr. Dr. Hoffmann

1. Vorsitzender des Verbandes der leitenden
Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Obermedizineldirektor Dr. Böhm

Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Eggers

Präsident des Bundesverbandes der
Deutschen Zahnärzte e. V.

Dr. Zedelmaier

Bundvorsitzender des Freien Verbandes
Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Schulz

Präsident der Deutschen Tierärzteschaft



Ich bin bereit, monatlich / vierteljährlich / einmalig *) DM auf des Konto „Ärzte helfen Ärzten“, Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-701 *), Dresdner Bank Stuttgart Nr. 1 222 387 *), Württ. Landessparkasse Stuttgart Nr. 1001 039 084 *) oder Städt. Girokasse Stuttgart Nr. 2 481 218 *) zu überweisen.

Ich beauftrage selbst meine Bank, KV, KZV *) in, Ihnen monatlich / vierteljährlich / einmalig *) DM zu überweisen ab

Ich bitte Sie, diese Karte an meine Bank, KV, KZV *) in zu senden mit dem Auftrag, Ihnen monatlich / vierteljährlich / einmalig *) DM zu überweisen ab

Steuerbefreiungsbescheinigungen: Bei einmaligen Spenden sofort nach Eingang, bei Dauerspenden spätestens bis Ende des 1. Quartals für das vergangene Jahr in Form einer Jahresgesamtbescheinigung.

Name:

Anschrift:

Datum:

(Arztstempel)

*) Nichtzutreffendes bitte streichen.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Ärztliche Versorgung in Bayern

Professor Dr. Sewering:

Das Thema „Ärztliche Versorgung in Bayern“ würde natürlich im Sinne des Wortes eine Behandlung aller Bereiche ärztlichen Wirkens verlangen. Wir haben uns aber im Rahmen des Tätigkeitsberichts schon mit Arztzahlen beschäftigt und vor allem auch die Zahlen über die Besetzung des öffentlichen Gesundheitsdienstes angegeben, die wir aus dem Bericht der Staatsregierung entnehmen konnten. Unsere Beratungen zu Punkt 4 der Tagesordnung werden sich deshalb auf die Frege der ambulanten ärztlichen Versorgung in Bayern beziehen. Es werden wohl die beiden Ihnen bekannten Gesetzentwürfe zur Änderung des Kassenarztrechtliches im Mittelpunkt unserer Diskussionen stehen. Zunächst einmal werde ich Ihnen die wesentlichen Grundsätze und Inhalte dieser beiden Gesetzentwürfe im Zusammenhang darstellen. Anschließend wird Herr Kollege Kolb über die Entwicklung auf dem kassenärztlichen Sektor — über die Maßnahmen der KV, die bereits beschlossen oder die eingeleitet sind — berichten, so daß Sie dann ein zusammenhängendes Bild haben werden.

Das Thema „ambulante ärztliche Versorgung“ ist ein permanentes Thema der öffentlichen Diskussion. Zeitungen, Fernsehen und Radio sind laufend damit befaßt, ebenso die Parlamente aller Bundesländer. Im Deutschen Bundestag ist dieses Thema immer wieder Gegenstand von Diskussionen. Die Zahl der Anfragen, der Interpellationen und der Beschlüsse ist schon gar nicht mehr zu übersehen. Es ist deshalb müßig, die Frage zu stellen, ob etwa der von Bayern im Bundesrat eingebrachte Antrag zur Änderung des Kassenarztrechtliches, wie es irgendwo geheißen hat, „schlafende Hunde weckt“. Der bayerische Antrag im Bundesrat ist nichts anderes als die Konsequenz aus einem Landtagsbeschluß, der seinerzeit einstimmig, also mit den Stimmen aller Parteien, gefaßt wurde und in dem die Bayerische Staatsregierung beauftragt worden ist, einen Überblick über die kassenärztliche Versorgung in Bayern zu geben und ihre Vorstellungen für eine Sicherung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung darzustellen.

Fast zur gleichen Zeit, als der bayerische Antrag im Bundesrat eingebracht wurde, hat das Bundesgesundheitsministerium seinen Gesetzesantrag bekanntgegeben. Die beiden Gesetzesvorhaben zielen in einem Bereich in die gleiche Richtung: Sie wollen eine Intensivierung aller Anstrengungen für die Verbesserung der kassenärztlichen Versorgung. Beide suchen einen Weg, wie nach Versagen aller Maßnahmen die kassenärztliche Versorgung sichergestellt werden kann. Von unserer Seite aus wurde immer wieder erklärt, daß

wir der Überzeugung sind, daß die von uns eingeleiteten Maßnahmen zur Förderung der Niederlassung greifen werden und irgendeine letzte Absicherung nicht notwendig ist. Wir haben uns aber ebenso klar zu der Verpflichtung bekannt, daß die ärztliche Versorgung unserer Bevölkerung auf alle Fälle sichergestellt werden muß und diesem Grundsatz der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung alle Überlegungen unterzuordnen sind.

Wenn wir uns auf den Standpunkt stellen, daß jene letzte Absicherung nicht erforderlich ist, weil wir von der Wirksamkeit unserer Maßnahmen überzeugt sind, müssen wir andererseits doch zugeben, daß die Situation aus der Sicht des Staates eine andere sein kann, wenn er von seinen Bürgern gefragt wird: „Was geschieht, wenn alle diese Maßnahmen versagen?“ Wir haben uns auch immer auf den Standpunkt gestellt, daß es durchaus offen ist, ob mit Maßnahmen, wie sie als letzter Schritt vorgesehen sind, etwas erreicht werden kann. Aber wir müssen dem Staat zubilligen, daß er seinen Bürgern gegenüber eine Antwort auf diese Frage geben muß.

Wenn man die beiden Entwürfe miteinander vergleicht und sie wertet, stellt man fest, daß sie nur in einem Teil identisch sind. Der Arendt-Entwurf geht weit über den bayerischen Entwurf hinaus, aber in dem Teil, der identisch ist, liegen sie im Grunde genommen nicht weit auseinander. In beiden Fällen soll das Gesetz vorschreiben, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen Bedarfspläne zu erstellen haben. Diese Bedarfspläne sollen einen Überblick über die Vorstellungen, über die Notwendigkeiten der kassenärztlichen Versorgung im jeweiligen Land geben, wobei die Art und Weise, wie Bedarfspläne zu erstellen sind, natürlich geklärt werden muß.

In beiden Entwürfen ist vorgesehen, daß der Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen Richtlinien über die Erstellung der Bedarfspläne zu beschließen hat, so daß also die Grundsätze, nach denen sie erstellt werden, in allen Bundesländern und Bereichen aller Kassenärztlichen Vereinigungen die gleichen sein sollten. Im bayerischen Entwurf heißt es, der Bedarfsplan ist von der Kassenärztlichen Vereinigung zu erstellen „im Einvernehmen mit den Krankenkassen“. Im Arendt-Entwurf ist das Wort „in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen“ gewählt worden.

Im Arendt-Entwurf ist zum Ausdruck gebracht, daß der Landesausschuß der Kassenärztlichen Vereinigung eine angemessene Frist geben muß zur Behebung von Notständen. Auch das ist wörtlich nicht im bayeri-

schen Entwurf enthalten, aber die Angemessenheit von Fristen zur Behebung von Notständen ist an sich ein allgemeiner Rechtsgrundsatz.

Die Entwürfe unterscheiden sich in der Art und Weise, wie im Falle einer Ultima ratio, also im Falle des Versagens sämtlicher Förderungsmaßnahmen, vorzugehen ist. Im bayerischen Entwurf heißt es, daß in diesem Falle die Zulassung auf die im Bedarfsplan ausgewiesenen Kassenarztstellen zu beschränken ist, während der Arendt-Entwurf sagt, daß in diesem Falle Zulassungsbezirke gesperrt werden können. Ich meine auch hier, daß es eine Frage der Wertung ist, welcher Weg gegebenenfalls, wenn überhaupt, der wirkungsvollere ist. Die Sperrung ganzer Bezirke würde insofern größere Probleme bereiten, als auch in gesperrten Bezirken dringlich zu besetzende Kassenarztstellen frei werden können. Das müßte jeweils wieder zur Aufhebung der Sperrung führen, während – wenn ich die Zulassung auf den Bedarfsplan beschränke – eben dann jede Stelle, die besetzt werden muß, im Bedarfsplan euzuweisen ist und damit keine globale Sperrung irgendeines Bereiches durchgeführt werden müßte.

Beide Entwürfe bringen ganz klare Vorschriften für die Kassenärztlichen Vereinigungen als gesetzliche Grundlage dafür, daß sie alle Möglichkeiten der Förderung der Niederlassung überhaupt erst einmal ausschöpfen können. Gerade in den Vorstellungen der Bayerischen Staatsregierung wurde ein ganzer Katalog von Maßnahmen aufgestellt, die alle als Förderungsmaßnahmen denkbar sind, bevor man sich zu einer Reglementierung entschließen würde. Es sind also eine große Zahl von Hürden und von Wegabschnitten vorgesehen, bis es jemals an diesen Punkt kommen könnte.

Wie die Entwicklung heute aussieht, bin ich der Überzeugung, daß es sich tatsächlich nur um eine Notbremse handelt, die wir nie zu ziehen brauchen; wobei auch zu berücksichtigen ist, daß Beschlüsse, die so schwerwiegend sind wie eine Lenkung der Zulassung, wiederum dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit unterworfen wären, also nicht etwa wegen einiger nicht besetzten Kassenarztstellen bereits derartige reglementierende Maßnahmen ausgelöst werden können. Im Gesamtrahmen unserer Rechtsordnung gesehen, kann man unter Berücksichtigung der faktischen Entwicklung also davon ausgehen, daß eine Notbremse vom Gesetzgeber zwar vorgesehen wird, daß wir aber mit voller Sicherheit oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sagen können, daß sie nie angewendet werden muß.

Das ist in etwa der Kern, in dem sich beide Entwürfe gleichen. Man muß aber sehen, daß der Entwurf des Bundesarbeitsministers über dieses Kernproblem erheblich hinausgeht und einige Vorschriften enthält, die zum Nachdenken anregen. So wird in diesem Entwurf bestimmt, daß gegebenenfalls die Kassenärztlichen Vereinigungen Eigeneinrichtungen schaffen

können zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung; dies allerdings nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen.

Dann aber folgt der wesentlichste und einschneidendste Schritt: Wenn die Kassenärztliche Vereinigung nicht in der Lage ist, trotz Ausschöpfen aller Möglichkeiten, trotz der Reglementierung der Zulassung die Versorgung in irgendeinem Bereich sicherzustellen, geht der Sicherstellungsauftrag wieder zurück in die Hand der Krankenkassen. Dann werden durch das Gesetz die Krankenkassen ermächtigt, von sich aus Eigeneinrichtungen zu schaffen. Sie können das tun durch Ambulatorien, die sie errichten, sie können Verträge mit anderen Trägern der ärztlichen Versorgung schließen, mit Krankenhäusern oder wie auch immer.

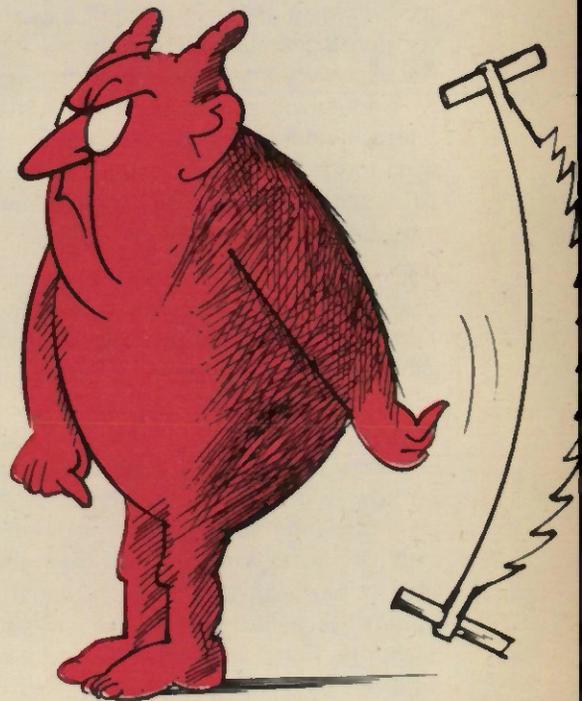
Wenn es uns trotz aller Bemühungen nicht gelungen ist, in irgendeinem Bereich eine Lösung zu finden, wird es auch den Krankenkassen nicht gelingen, dort mit einem Ambulatorium weiterzukommen. Entscheidend ist aber – und darin sehe ich die Gefahr des Arendt-Entwurfs –, daß er überhaupt die Möglichkeit eines Rückfalls des Sicherstellungsauftrages an die Kassen gesetzlich vorsieht. Die Entwicklung der letzten Jahrzehnte ist dahin gegangen, daß der Sicherstellungsauftrag nach der gesamten Rechtsmeinung eine originäre Angelegenheit der Kassenärztlichen Vereinigungen trotz des § 182 RVO ist. Nach dem Kassenarztrecht von 1955 haben die Krankenkassen ausdrücklich kein Recht, Eigeneinrichtungen zu schaffen, und zwar ausnahmslos. Es gibt für sie keine Lücke, durch die sie schlüpfen könnten. Hier wird also durch den Gesetzentwurf des Bundesarbeitsministers eine Türe aufgetan, und darin muß man eine Weichenstellung erblicken.

Es ist die Frage gestellt worden, ob die beiden Gesetzentwürfe durch das Karlsruher Urteil von 1960 gedeckt sind, durch welches die Beschränkung der Zulassung als verfassungswidrig erklärt wurde. Wenn man das Urteil genau liest und vor allem auch seine Begründung, wird man zu dem Ergebnis kommen müssen, daß die vorgesehene Ultima-ratio-Regelung, so wie sie ganz klipp und klar im Gesetz ausgebreitet ist, und zwar insoweit in beiden Gesetzentwürfen, mit dem Karlsruher Urteil in voller Übereinstimmung ist. Auch die Karlsruher Richter haben klargestellt, daß der Fall der mangelhaften oder der nicht mehr sichergestellten Versorgung bedacht werden muß und daß für diesen letzten Fall auch gewisse Maßnahmen ergriffen werden können.

In diesem Zusammenhang wurde von einer Gruppe der Ärzteschaft erklärt, bevor es zu einer Reglementierung der Niederlassung kommt, sollten erst einmal die Krankenkassen gezwungen werden, Ambulatorien einzurichten. Dazu kann ich nur sagen: Diese Argumentation ist geradezu lebensgefährlich für die Ärzteschaft! Wer fordert, daß die Krankenkassen Ambulatorien einrichten sollen, bevor man eine Reglemen-

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

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



in 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.¹⁾

Zusammensetzung:

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

Anwendung/Dosierung:

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

Indikationen:

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

Nebenwirkungen:

treten bisher weder im Tierexperiment noch in mehrjähriger praktischer Anwendung auf. Resistenz gegen Bacitracin tritt praktisch nicht auf.²⁾

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. 395

**DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH
BIELEFELD**



tierung der Niederlassung herangeht, der fordert, daß bereits mit der Feststellung des Notstandes der Sicherstellungsauftrag wieder an die Kassen zurückgegeben wird. Und wenn er einmal zurückgegeben ist, brauchen wir uns nachher darüber, ob sich in diesen Bereichen noch jemand frei und freiwillig niederlassen kann, keine Gedanken mehr zu machen. Denn den Gesetzgeber werden wir nie bekommen, der sich auf den Standpunkt stellt: Dort, wo die Ärzte gern hingehen, dürfen die Kassen keine Ambulatorien einrichten, aber dort, wo die Ärzte nicht hingehen wollen, da müssen sie Ambulatorien einrichten. Deswegen müssen wir uns darüber klar sein: Entweder wollen wir den Sicherstellungsauftrag als eine Aufgabe der Ärzteschaft, dann müssen wir auch bereit sein, letzte Konsequenzen zu tragen, wenn es darauf ankommt, oder wir wollen ihn nicht mehr, dann müssen wir aber auch in diesem Sinne bereit sein, die Konsequenzen zu tragen, selbst wenn sie uns in diesem Umfang dann nicht erwünscht sind.

Noch ein Wort zur Frage der Bedarfspläne: Es ist in den umfangreichen Diskussionen davon gesprochen worden, daß solche Bedarfspläne natürlich gefährlich werden könnten, man könne sie manipulieren, man könne sie so gestalten, daß man sozusagen die Unterversorgung permanent macht. Wenn ich dazu die Erfahrungen aus unseren Gesprächen heranziehe, die wir jetzt in ganz Bayern mit den Krankenkassen, den Landräten, mit Bürgermeistern geführt haben, dann muß ich sagen, daß man in dem Augenblick, wo man konkret lokal an die Frage herangeht, wo wir noch weitere Kassenärzte brauchen, allgemein eine sehr nüchterne und zurückhaltende Beurteilung beobachtet. Die Kassen wissen natürlich auch, daß jeder aufgeblähte Bedarfsplan wieder Bedarf weckt und damit die Aufwendungen der Krankenversicherung sich erhöhen.

Im übrigen wird kein Bundesausschuß auf die Idee kommen, etwa einen einheitlichen Bedarfsplan zu erstellen. Natürlich muß ein Bedarfsplan gegliedert sein. Er wird eine Gruppe von Arztsitzen enthalten, die als dringlich und unbedingt notwendig zu besetzen zu be-

zeichnen sind. Er soll aber zugleich — darin sehe ich eigentlich seine Bedeutung — eine Orientierung sein für den ärztlichen Nachwuchs etwa in dem Sinne, daß ein junger Arzt, der sich niederlassen will, aus dem Bedarfsplan Anhaltspunkte gewinnt, wo es sinnvoll wäre, sich niederzulassen, weil die von uns angestellte Analyse erwarten läßt, daß dort eine entsprechende kassenärztliche Existenz errichtet werden kann. Ein sinnvoll gestalteter Bedarfsplan kann uns also eine gute Hilfe sein. Es liegt an unserer Aktivität, dafür zu sorgen, daß er nicht zu einem Werkzeug gegen die Ärzteschaft wird.

Im übrigen ist darauf hinzuweisen, daß auch die Beschlüsse des Bundesausschusses, der Landesausschüsse justiziabel sind, daß also der Rechtsweg offen steht. So schnell kann man also aus einem Bedarfsplan keine Waffe gegen die Ärzteschaft machen und wir sollten unsere eigene Kraft auch nicht unterschätzen. Wir sollten Selbstvertrauen haben, wie wir es in den vergangenen Jahren immer bewiesen haben. Es ist uns immer wieder möglich gewesen, in dem partnerschaftlichen Verhältnis mit den Krankenkassen unsere Position zu behaupten, und ich sehe keinen Grund, warum das in der Zukunft anders sein sollte.

Der Arendt-Entwurf enthält noch eine weitere Bestimmung, die man erwähnen muß und gegen die wir erhebliche Bedenken haben. In dem Entwurf ist ein Paragraph enthalten, durch welchen die Kassenärzte verpflichtet werden sollen, entsprechende, von der KV vorgeschriebene Fortbildung zu betreiben. Wir sind der Meinung, daß die Bestimmungen über die ärztliche Fortbildung nicht in das Kassenarztrecht, sondern in das allgemeine Arztrecht gehören, daß sie also im Rahmen der Kammergesetze zu regeln sind und nicht in der RVO. Das wird auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertreten. Wir werden fordern, daß der entsprechende Abschnitt aus dem Entwurf beseitigt wird, der lautet:

„Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ferner Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit. Die Satzung hat auch das

Nähere über den Teilnehmerkreis, den Zeitpunkt und die Dauer sowie die Teilnahmepflicht zu bestimmen."

Die Grundsätze über die ärztliche Fortbildung gehören in die Kammergesetze. Dort ist verankert, daß der Arzt verpflichtet ist, sich fortzubilden und es ist Sache der Kammern, die notwendigen Konsequenzen aus diesem Grundsatz zu ziehen.

Hinzuweisen wäre noch darauf, daß nach dem Entwurf Arendt die getrennte Ersatzkassenbeteiligung, die heute möglich ist, nicht mehr zulässig sein wird. Ersatzkassenpatienten können also nach dem neuen Recht nur noch von Ärzten behandelt werden, die auch Versicherte der RVO-Kassen behandeln. Ich habe an sich diese Änderung im Interesse älterer Kollegen oder gesundheitlich angeschlagener Kollegen bedauert. Für den Landarzt war es so gut wie keine Chance, für den Stadtarzt war sie ausgezeichnet. Es ist offenbar so, daß die Möglichkeit, sich auf eine Ersatzkassenpraxis zu beschränken, in manchen Teilen des Bundesgebietes so viel Ärger ausgelöst hat, daß derzeit selbst die Ersatzkassen dieser Änderung nicht widersprechen.

Das sind die Bestimmungen, die uns direkt betreffen. Ich möchte aber auch noch darauf hinweisen, daß der Entwurf des Bundesarbeitsministers gewissermaßen als Zugmaschine eine Bestimmung enthält, die auf einem anderen Bereich liegt, der aber eine ganz erhebliche gesundheits-, sozial- und gesellschaftspolitische Bedeutung zukommen kann. In diesem Entwurf finden Sie eine Neuregelung der Kostenverteilung der Rentnerkrankenversicherung. Die Rentenbezieher der gesetzlichen Rentenversicherung haben die Wahlmöglichkeit, in einer RVO-Kasse oder einer Ersatzkasse versichert zu sein. Der größte Anteil der Rentner ist bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen versichert. Es war seinerzeit vorgesehen, daß die Kosten der Rentnerkrankenversicherung von den Rentenversicherungsträgern zu 80 Prozent an die Krankenversicherungsträger zu erstatten sind, während 20 Prozent der Kosten durch die aktiven Versicherten mit aufgebracht werden sollten. Diese Kostenverteilung hat sich längst verschoben. Heute ist die Situation in etwa so, daß mindestens 60 Prozent der Kosten der Rentnerkrankenversicherung durch die aktiven Mitglieder der Krankenversicherung aufgebracht werden, also aus den Mitteln der Krankenkassen nur knapp 40 Prozent noch als Beitrag der Rentenversicherung beigebracht werden können. Das bedeutete natürlich für die Krankenversicherungsträger eine enorme Belastung ihrer Haushalte, wobei diese sich völlig unterschiedlich ausgewirkt hat. Sie ist bei den Ortskrankenkassen enorm, sie ist bei den Ersatzkassen relativ gering.

An dieser Situation wird vor allem von Seiten der Ortskrankenkassen, aber auch unterstützt von den anderen RVO-Kassen, erhebliche Kritik geübt. Sie sehen das zunehmende Interesse der Angestellten an der

Angestellten-Ersatzkasse, einfach deshalb, weil die Angebote der Ersatzkassen im allgemeinen attraktiver gewesen und heute noch sind als die der Ortskrankenkassen.

Nun wäre die logische Folge aus dieser Entwicklung, daß man die alte Relation 80 Prozent Rentenversicherung wieder herstellt. Das würde aber bedeuten, daß der Bundesgesetzgeber einer Erhöhung des Beitrages zur Rentenversicherung zustimmen müßte, und zwar etwa kalkuliert von derzeit 18 auf 19 1/2 Prozent. Nachdem aber der Beitrag zur Rentenversicherung heute ein politischer Beitrag ist, an den niemand rühren will, hat man im Gesetzentwurf eine Gemeinschaftsstelle für den Lastenausgleich innerhalb der Krankenversicherung vorgesehen. Das heißt also, in Zukunft zahlt die Rentenversicherung ihren Gesamtbeitrag für die Rentnerkrankenversicherung an die Gemeinschaftsstelle. Diese Gemeinschaftsstelle, eine Bundeseinrichtung, verteilt die vorhandenen Mittel entsprechend der Belastung auf die verschiedenen Kassenarten. Das wird zur Folge haben, daß die Belastung der Ersatzkassen aus der Rentnerkrankenversicherung im Sinne des Lastenausgleichs enorm ansteigt und damit unter Umständen Ersatzkassen gezwungen sein werden, Beitragserhöhungen vorzunehmen. Die Ortskrankenkassen werden natürlich stark entlastet werden.

Man soll nicht übersehen, daß diese Regelung ein erster Schritt in die Richtung der Einheitskrankenversicherung sein kann. Darin liegt die erhebliche Bedeutung dieser so plausibel erscheinenden Lastenausgleichsregelung.

Welche Vorstellungen die Kassen über die künftigen Veränderungen haben, wird deutlich durch die Publikation, die der Bundesverband der Ortskrankenkassen gemeinsam mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen herausgebracht hat. Das Entscheidende daraus ist, daß die Position der Kassenärzte im Gesamtsystem entscheidend verschlechtert werden soll und daß das alte Ziel der Kassen: „Herr im Hause sein“ erreicht werden soll.

In diesem Sinne haben auch die Krankenkassen in Bayern in letzter Zeit versucht, entgegen dem geltenden Recht direkte Verträge mit anderen Leistungserbringern abzuschließen.

Ein Urteil des Bundessozialgerichts, das gerade vor wenigen Wochen ergangen ist, hat hier erfreulicherweise ganz klar und hart die tatsächliche Rechtslage herausgestellt. In diesem Urteil ist zum Ausdruck gebracht, daß alles, was zur kassenärztlichen Versorgung gehört, nur durch Verträge, die die kassenärztlichen Vereinigungen schließen, sichergestellt werden kann. Hier werden wir aufgrund des derzeit geltenden Rechtes unseren Standpunkt durchsetzen können.

Ein besonders krasses Beispiel, mit welcher Hartnäckigkeit die RVO-Kassen gegen uns vorgehen, ist der uns bekanntgewordene Entwurf über eine Empfehlungsvereinbarung zwischen den Bundesverbänden

den der RVO-Kassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Einführung der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung. Die Kassenverbände wollen – und inzwischen hat der Vorstand der Deutschen Krankenhausgesellschaft diesem Vorhaben zugestimmt – einen direkten Vertrag schließen, durch welchen die Krankenhäuser als Institution berechtigt sein sollen, stationär eingewiesene Patienten nicht aufzunehmen, sondern darüber zu entscheiden, ob sie ins Bett gelegt werden oder ob sie ambulant behandelt oder untersucht werden. Das würde bedeuten, daß, wenn ein Patient von einem Arzt aus der Überzeugung heraus, er gehöre ins Krankenhaus, in das nächstgelegene Krankenhaus eingewiesen wird, dann dort die Ärzte im Auftrag des Krankenhausträgers entscheiden können: „Den einen nehme ich auf, den anderen behandle oder untersuche ich ambulant.“ Und es soll das gleiche Recht hinsichtlich einer nachstationären Behandlung eingeräumt werden. Das Krankenhaus soll also entscheiden können: „Wir entlassen den Patienten, aber wir entlassen ihn nicht zu seinem behandelnden Arzt, gleich welcher Fachrichtung, sondern behandeln ihn ambulant weiter.“

In dem Augenblick, wo die Tür für die Verlagerung der medizinisch-technischen Diagnostik in das Krankenhaus geöffnet wird, möge sich jeder Facharzt und auch jeder Allgemeinarzt darüber klar sein, daß dann der Weg bis zu dem Status des englischen Allgemeinarztes, der sich auf Blutdruckgerät und Hörrohr beschränkt, nicht mehr weit ist.

Wir haben uns im Rahmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entschlossen, Grundsätze für die Ausschöpfung der ambulanten Diagnostik zu erarbeiten und sie zu verpflichtenden Grundsätzen für jeden Kassenarzt zu machen. Es werden also Richtlinien erarbeitet werden, die Gegenstand des Bundesmantelvertrages werden sollen, nach denen jeder Kassenarzt verpflichtet ist, zu überlegen, ob er wirklich alle Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik ausgeschöpft hat, bevor er einen Patienten ins Krankenhaus einweist. Ich betone dabei ausdrücklich, daß wir uns nach wie vor dazu bekennen, daß zur Ergänzung der ambulanten ärztlichen Versorgung Ärzte von Krankenhäusern beteiligt werden können und beteiligt werden sollen, sofern es notwendig ist. Wir können allerdings – und dafür müssen wir um Verständnis bei den Kollegen an den Krankenanstalten bitten – nicht anerkennen, daß es ein sinnvoller Weg wäre, nun zu einer generellen Beteiligung aller Krankenhausärzte an der ambulanten ärztlichen Versorgung zu kommen. Damit würden wir den gleichen Zustand nur in anderer Farbe erreichen; und das kann nicht der Sinn der Entwicklung sein. Aber es gibt für die hauptamtlichen Krankenhausärzte eine Fülle von Beteiligungsmöglichkeiten, die wir ausschöpfen. Gerade in Bayern wird das sinnvoll gehandhabt. Wir haben rund 500 beteiligte Krankenhausärzte und ich bin durchaus der Meinung,

daß auch nicht-leitende Ärzte für bestimmte Maßnahmen beteiligt werden sollten, wenn die Mitwirkung in der ambulanten Versorgung notwendig ist.

Ich wollte gerade an diesem Beispiel der Aktivität der RVO-Kassen zeigen, wie gefährlich die Situation ist, in der wir uns befinden. Insofern dürfen wir zwar sagen, beide Entwürfe – Pirkl und Arendt – würden in der vorliegenden Form euch für die Zukunft das derzeitige freiheitliche System der kassenärztlichen Versorgung mit dem Sicherheitsstellungsauftrag, mit der Vertragsfreiheit respektieren und erhalten.

Wir müssen uns alle darüber klar sein: Es geht gar nicht so sehr um die jetzt schon älter werdenden praktizierenden Kassenärzte, sondern es geht darum, ob die nächste Generation der Ärzte noch in der Lage sein wird, kassenärztliche Tätigkeit so auszuüben, daß sie sinnvoll und auch für den Patienten nützlich ist.

Soviel zur Einleitung dieses Themas. Dr. Kolb wird mich ergänzen.

Dr. Kolb, stellvertretender Vorsitzender der KVB:

Wenn Sie in den letzten Monaten in die Zeitung – ganz gleich, welcher Richtung – gesehen haben, wenn Sie Ihr Radio, Ihren Fernsehapparat eingeschaltet haben, konnten Sie neben vielem sonstigen Unerfreulichem, das insbesondere über die Ärzteschaft gesagt wurde, immer wieder hören, wie schlecht es um die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik und in Bayern bestellt sei, ein wie großer Mangel hier herrsche. Die Jusos in der Umgebung meiner Heimatstadt Nürnberg kamen sogar zu der Feststellung, daß wir bezüglich der ärztlichen Versorgung ein Entwicklungsland seien.

Nun, ein Entwicklungsland ist nach den Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation gut ärztlich versorgt, wenn es auf 10 000 Einwohner einen Arzt hat. Wir haben in Bayern zum 31. Dezember 1973 ohne die Krankenhausärzte auf 1134 Einwohner einen Kassenarzt. Damit ist schon klar, daß von einem generellen Ärztemangel nicht die Rede sein kann. Aber wir sind uns auch darüber im klaren, daß es örtlich und fachlich euch schmerzliche Engpässe gibt. Ich nenne nur zwei Beispiele, den Landarzt und Psychiater. Aber schon für die Stadtrandgebiete erkenne ich die Klagen nicht mehr an. Es ist heute im Zeitalter der Vollmotorisierung und der guten Verkehrsmittel keine Schwierigkeit, ein paar hundert Meter zurückzulegen oder zwei, drei Kilometer mit einem öffentlichen Verkehrsmittel zu fahren, um einen Arzt aufzusuchen.

Das Problem ist also ein Problem der Verteilung auf die einzelnen Regierungsbezirke und zwischen Stadt und Land.

Vom Jahre 1960 bis zum Jahre 1972 hat die Zahl der Kassenärzte in Bayern von 5788 auf 8271 zugenommen, also um 43 Prozent, bis zum 31. 12. 1973 nochmals auf 8447.



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

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, Prostehypertrophie mit Neigung zur Restriktion, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Koronarsuffizienz; Zustände, die mit Einschränkung der Atemfunktion einhergehen, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation; akute Alkohol-, Schlafmittel-, Anesthetika- 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 länger 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
Dregées 20 Stück - DM 7,10
Zäpfchen 5 Stück - DM 5,10; 10 Stück - DM 9,65
Anstaltsapackungen

Zusammensetzung

	Amidopyrin®	Dial®	Tresentin®-6H	Codeinphosphat
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



Wenn ich die Zunahme der Kassenärzte auf die Regierungsbezirke beziehe, ergeben sich folgende Zahlen: Von 1960 bis 1972 haben die Ärzte in München um 60 Prozent zugenommen, in Oberbayern um 63 Prozent, in Mittelfranken um 3 Prozent, in Unterfranken um 10 Prozent, in der Oberpfalz um 10 Prozent, in Niederbayern um 7 Prozent und in Schwaben um 14 Prozent, in Oberfranken sind sie gleich geblieben.



Die Kassenärztliche Vereinigung hat mit dem 1. Januar 1973 ihr sogenanntes erweitertes Bayernprogramm beschlossen. Wir unterscheiden in zwei Förderungsstufen verschiedener Dringlichkeit.

In Dringlichkeitsstufe I werden folgende Förderungsmaßnahmen gewährt: Vollfinanzierung eines Arzthauses, Praxis und Wohnung, zu 100 Prozent mit zinsgünstigen Hypotheken, Höchstzinssatz 5,5 Prozent. Dazu gibt es eine Einnahmegewähr für die ersten 6 Quartale in Höhe von 28 000 DM vierteljährlich. Außerdem wird ein zinsfreies Darlehen für die Praxiseinrichtung für 3 1/2 Jahre gewährt; die Rückzahlung beginnt erst nach 1 1/2 Jahren.

In der Dringlichkeitsstufe II, also der Stufe geringerer Dringlichkeit, wird das Arzthaus zu 80 Prozent finanziert, die Zinsen sind nicht ganz so billig, aber mit 7 Prozent immer noch günstig im Vergleich zum sonstigen Zinssatz. Unter bestimmten Umständen kann ein Darlehen zur Praxiseinrichtung wie unter I gewährt werden.

Die Finanzierung eines Arzthauses in Gebieten mit ärztlicher Unterversorgung erleichtert dem jungen Arzt die Existenzgründung wesentlich, sie fördert die Vermögensbildung, die für einen freien Beruf wichtig ist. In 30 Jahren gehört ihm das Haus schuldenfrei. Aber er muß sich nicht sofort binden, er kann auch bis zu 2 Jahren seine Tätigkeit in gemieteten Räumen ausüben und prüfen, ob er bleiben will. Einen Vorschlag, die KV solle die Häuser bauen und einrichten und an die Ärzte vermieten, möchte ich aus folgendem Grund ablehnen: Die Kassenärztliche Vereinigung müßte ein eigenes Referat für Liegenschaftsverwaltung mit einem erheblichen personellen Einsatz einrichten, wenn

sie an vielen ländlichen Stellen und auch in Stadtrandgebieten Arzthäuser bauen und unterhalten sollte. Andererseits ist an Mietwohnungen und Praxisräumen auf dem Lande kein Mangel, und auch die Preise sind durchaus erschwinglich. Es hat also der junge Kollege, wie ich schon ausführte, sehr wohl die Möglichkeit, sich zunächst in gemieteten Räumen niederzulassen und die Entscheidung, ob er bleiben will, zurückzustellen. Es gibt außerdem keine Einheitseinrichtung für eine Praxis, auch nicht für Ärzte gleicher Fachrichtung, einschließlich des praktischen Arztes.

Es gibt noch einen gravierenden Grund gegen die Einrichtung von Arzthäusern oder Praxen durch die KV: Wenn ein Kollege sich in einem Einzelarztsitz neben dem von der KV errichteten Haus in eigenen Räumen niederläßt, ist das KV-Haus nicht mehr vermietet- und verwertbar.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat über weitere Maßnahmen beraten, die der Vertreterversammlung am 16. November zur Beschlußfassung vorgetragen werden: Die KV übernimmt das Taschengeld für einen Famulus, der bei einem Allgemeinarzt seiner Famulatur nachgeht (bis zu wöchentlich 50 DM). In einem Grenzstreifen von 20 km entlang dem Eisernen Vorhang in Gemeinden unter 5000 Einwohnern soll eine monatliche Grenzlandzulage gewährt werden, unabhängig von der Einzelleistungsbezahlung des Kassenarztes. Außerdem sollen Einzelarztsitze mit häufigem Notdienst ebenfalls eine monatliche Zulage bekommen können.



Mit unserem Bayernprogramm fördern wir natürlich auch Praxismgemeinschaften, insbesondere von Fachärzten in Kreisstädten und in Randgebieten von Ballungsräumen. Hier scheint uns die Tätigkeit von Ärzten verschiedener Fachrichtungen unter einem Dach sehr sinnvoll. Natürlich fördern wir auch Gemeinschaftspraxen in einer Marktgemeinde, wo zwei oder drei Kassenärzte sind. Aber gerade für eine gute patientennahe Versorgung in unserem Lande in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte brauchen wir den Einzelarzt. Deswegen scheint der Vorschlag der SPD, die ärztliche Versorgung auf dem Lande mit

Gemeinschaftspraxen zu verbessern, nicht geeignet, wenn man weiß, daß unter Ausschluß der kreisunmittelbaren Städte 53 Prozent der Praxen in Bayern Einzelarztsitze sind.

Wir wollen natürlich auch dem Arzt auf dem Lande seine Tätigkeit erleichtern. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an den organisierten ärztlichen Notfalldienst, die geplante Einrichtung mit Funk, und die durch das Rettungsgesetz vorgesehene Zusammenarbeit mit den Rettungsstellen. Die Funkgeräte werden zugunsten der Ärzte auf dem Lande aus den Verwaltungskosten der KV getragen, einschließlich der Zuschüsse für die Funkgeräte, die sich die Landärzte selbst anschaffen.

Wir genehmigen fast immer, wenn irgendwie ein Bedürfnis besteht, Zweigpraxen; wir genehmigen Assistenten und Vertreter, wenn sie wirklich zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung benötigt werden.

Wir sind auch der Meinung, daß, wie von Professor Sewering ausgeführt, Krankenhausärzte mit Spezialkenntnissen und Spezialeinrichtungen in größerem Umfang als Person an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden sollten, wobei die Bedürfnisprüfung immer noch im Gesetz festgelegt und von uns zu beachten ist.

Die Gewerkschaften, Teile der SPD und andere linke Gruppen haben Vorschläge zur Verbesserung und Verdichtung des Netzes der Kassenärzte gemacht, die im allgemeinen wenig nützlich sind. Sie fordern u. a. Ambulatorien und medizinisch-technische Zentren. Nach Aussage dieser „Reformer“ wäre dem Patienten ein Weg bis zu 25 Kilometer ohne öffentliche Verkehrsmittel ohne weiteres zumutbar, um in diese Zentren zu kommen – während sonst schon ein Geschrei gemacht wird, wenn zum nächsten Kassenarzt vielleicht acht Kilometer zurückzulegen sind. Auch den Vorschlag von Ambulatorien an den Krankenhäusern ist nicht sinnvoll. Dort, wo es eine Unterversorgung auf dem Lande gibt, sind keine Krankenhäuser, insbesondere wenn das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das zahlreiche ländliche Krankenhäuser schließen will, zur Durchführung kommt. Und in den Kreisstädten gibt es zwar Krankenhäuser, aber sie haben selbst einen erheblichen Mangel an Assistenzärzten. In den Großstädten ist im allgemeinen kein Mangel an Kassenärzten.

In Nürnberg sollte bei dem dort neu zu errichtenden Südkrankenhaus ein sogenanntes integriertes Gesundheitszentrum für etwa 100 000 Einwohner errichtet werden. Diese Pläne werden vom Gewerkschaftsbund und seinem Wirtschaftswissenschaftlichen Institut verfolgt. Ich halte sie für utopisch, weil für eine Konzentration aller technischen Leistungen eine Bevölkerungsgruppe von 100 000 Einwohnern viel zu groß und der für die gleiche Bevölkerungsgruppe vorgesehene EDV-Verbund viel zu klein ist. Zur Zeit prüft das Zentreninstitut für die kassenärztliche Versorgung,

wie bei einem solchen EDV-Verbund die ärztliche Schweigepflicht zu wahren ist.

Welche Auswirkungen hatte das Bayernprogramm für die ärztliche Versorgung? 1972 wurden mit Staatsmitteln 24 Niederlassungen gefördert, 1973 mit Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigung und der Bayerischen Ärzteversorgung 118 neue Niederlassungen. Dafür wurden 19 1/2 Millionen DM aus Mitteln der Selbstverwaltung der Ärzteschaft bereitgestellt. 1974 wurde bisher die Niederlassung von 49 Ärzten, davon 20 nach Dringlichkeitsstufe I, 29 nach Dringlichkeitsstufe II gefördert. Derzeit sind im „Bayerischen Ärzteblatt“ 32 Stellen nach Dringlichkeitsstufe I und 79 Stellen nach Dringlichkeitsstufe II ausgeschrieben.

Zu der räumlichen Verteilung der Kassenärzte noch ein paar Zahlen: In Oberbayern ohne München (das ein Sonderfall ist) entfällt auf 1100 Einwohner ein Kassenarzt, in Oberpfalz auf ca. 1400 Einwohner. Die Unterschiede sind also nicht so gravierend, wie sie immer dargestellt werden.

Von unseren Gegnern wird gesagt, auch wenn die regionalen Unterschiede gering seien, gehe die Zahl der praktischen Ärzte laufend zurück. Wir hatten bis 1965 eine laufende Zunahme der Zahl der praktischen Ärzte. Von 1965 bis 1972 nahm ihre Zahl in Bayern insgesamt um 1,84 Prozent ab. 1973 wurden mit 258 Neuzulassungen praktischer Ärzte 52 mehr zugelassen, als ausgeschieden sind. Damit ist der Rückgang der Jahre 1965 bis 1972 fast vollständig ausgeglichen. Auch 1974 wird die absolute Zahl der praktischen Ärzte voraussichtlich nicht abnehmen. In den Städten brauchen wir weniger praktische Ärzte, weil Internisten, Kinderärzte, Gynäkologen und auch andere Fachärzte wesentliche Teile der primären ärztlichen Versorgung übernommen haben, so daß also in den Städten dieselbe Zahl praktischer Ärzte wie vor etwa 20 Jahren nicht mehr erforderlich ist. Die praktischen Ärzte, die neu zugelassen werden, müssen wir bevorzugt auf dem Lande einsetzen, wo sie nicht ersetzbar sind.

Die Zunahme der Fachärzte in Bayern ist beachtlich. 1960 machten sie noch 30 Prozent aller Ärzte aus, heute 49 Prozent aller niedergelassenen Kassenärzte. Früher gab es in den Kreisstädten kaum Fachärzte, heute sind sie in allen Kreisstädten vertreten.

Eine weitere Maßnahme, die sich die Kassenärztliche Vereinigung und ihr Vorstandsvorsitzender besonders angedeihen lassen, ist die Förderung der Belegarzt-tätigkeit. Professor Sewering hat den staatlichen Stellen dargelegt, daß eine gute fachärztliche Versorgung und eine gute Streuung der Fachärzte auf dem Lande nur dann möglich seien, wenn bestimmte Fachgruppen, insbesondere operative Fächer, die Möglichkeit zur belegärztlichen Tätigkeit hätten.

Die Zunahme der absoluten Zahl der Kassenärzte hält auch 1974 an. Wir haben am 31. 12. 1973 8471 Kassenärzte in Bayern gehabt und 9620 an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte. Nicht darin

enthalten sind die Ärzte, die nur zur Vorsorge ermächtigt waren. Im September 1974 ist die Zahl auf 8594 freipraktizierende Kassenärzte und 9761 an der kurativ-kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte angestiegen. Das heißt, wir haben eine stetige Zunahme sowohl der freipraktizierenden als der übrigen Ärzte, die für die kassenärztliche Versorgung tätig sind.

Auch die Entwicklung der Zulassungen gibt zu keinem Pessimismus Anlaß. Wir haben 1972 508 Zulassungen, Beteiligungen und Ermächtigungen, davon 444 echte Kassenzulassungen, 146 mehr, als die Praxis beendet haben. Dieselben Zahlen für 1973: 696, 546 freipraktizierende Kassenärzte, 256 Kassenärzte mehr als im Vorjahr. Bis September 1974 haben wir schon 497 Zulassungen, es haben in diesem Zeitraum 197 Kassenärzte mehr ihre Tätigkeit aufgenommen als beendet. Das beweist die Vorhersage von Professor Sewering, daß jetzt aus dem Krankenhaus die starken Jahrgänge in die freie Praxis drängen.

Die Altersstruktur der Kassenärzte wird von unseren Gegnern oft kritisiert: 3,9 Prozent sind älter als 70 Jahre, 28 Prozent der tätigen Kassenärzte älter als

60 Jahre. Wir haben ausgerechnet, daß 6,5 Prozent des bisherigen Bestandes an Kassenärzten im Jahre 1973 neu zugelassen wurden. Dieselbe Zahl ist für 1974 zu erwarten, jetzt 4,4 Prozent, hochgerechnet auf das ganze Jahr 6 bis 6,5 Prozent. Wenn dieser Trend anhält, erneuert und verjüngt sich gleichzeitig die Gesamtzahl der Kassenärzte in Bayern in 15 bis 16 Jahren. Da aber der normale Kassenarzt in der Regel länger als 16 Jahre tätig ist, wird damit auch eine ständige Vergrößerung der Zahl der Kassenärzte in Bayern eintreten.

Diese Zahlen und die aufgezeigte Entwicklungstendenz rechtfertigen meiner Ansicht nach eine Reglementierung der ärztlichen Niederlassung eigentlich nicht. Man könnte nach den bisherigen Erfolgen durchaus abwarten, wie die weitere Entwicklung mit den starken in die Praxis drängenden Nachwuchsjahrgängen verläuft. Eindreiviertel Jahre erweitertes Bayernprogramm sind eine kurze Zeit, zu kurz, um den Erfolg einer vernünftigen Verteilung – nur darum geht es – des vorhandenen und neu hinzukommenden Kassenarztpotentials in Bayerns endgültig beurteilen zu können.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Professor Dr. Sewering:

Wir haben schon auf dem letzten Bayerischen Ärzteskongress darüber beraten, ob wir zur Förderung der ärztlichen Fortbildung auch in Bayern eine Akademie für ärztliche Fortbildung als Einrichtung der Kammer schaffen sollen. Sie haben einen entsprechenden Grundsatzbeschluss gefaßt.

Es war an sich beabsichtigt, schon in diesem Jahr dazu Grundsätze oder Statuten vorzulegen. Die Überlegungen zum Thema ärztliche Fortbildung sind aber gerade in dieser Zeit in Bewegung geraten; das Thema ist politisiert worden, und wir selbst haben eine Fülle neuer Überlegungen angestellt. Wir hätten es deshalb nicht für richtig gehalten, Ihnen heute schon zu empfehlen, eine bestimmte Form der ärztlichen Fortbildung zu institutionalisieren. Wir glaubten, es wäre sinnvoller, noch einmal die Grundsatzfrage, nämlich wie die ärztliche Fortbildung gestaltet werden soll und wie man sich davon überzeugen soll, daß sich der Arzt fortbildet, zur Diskussion zu stellen.

Wir haben Ihnen mit den Unterlagen den Sonderdruck eines Artikels verteilt, den ich zur Zeit des Deutschen Ärztetags im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht habe, überschrieben „Neue Wege der ärztlichen Fortbildung“. Veranlaßt wurde ich zu diesem Aufsatz durch die Gesamtsituation, auch im Hinblick auf die Diskussionen anläßlich der Berliner Fortbildung. Dort haben sowohl der Vorsitzende, Profes-

sor Dr. Schettler, als auch die Frau Bundesgesundheitsministerin die Frage der ärztlichen Fortbildung und des Effizienznachweises angesprochen und Forderungen erhoben. Es gibt Forderungen, die sogar bis zur gesetzlichen Verpflichtung des Arztes gehen. Ich erinnere hier an den Entwurf zur Änderung des Kassenarztrechttes. Aber auch in unserer Berufsordnung ist der Grundsatz der Verpflichtung zur Fortbildung festgehalten.

Ich bin mit vielen anderen der Meinung, man sollte die Art und Weise, wie sich ein Arzt fortbilden möchte, unter keinen Umständen reglementieren. In einem Eingriff in diesen Bereich erblicke ich eine unerträgliche Einengung der persönlichen Entscheidungsfreiheit des Arztes für seine berufliche Tätigkeit. Wir müssen davon ausgehen, daß die Art und Weise, wie man sich neues Wissen aneignet, von der Veranlagung und der Neigung des einzelnen abhängt. Der eine geht lieber auf Kongresse, der andere zieht es vor, zu Hause Zeitschriften zu lesen oder einen anderen Weg zu wählen. Diese Freiheit, sich fortzubilden, muß dem Arzt unter allen Umständen erhalten bleiben. Das ist allein schon ein Grund, um gegen die vorgesehene Regelung im Kassenarztrecht zu protestieren, die hier sehr weitgehend eingreifen würde.

Wenn wir sagen, daß wir die Freiheit des Arztes nicht antasten wollen, entbindet das selbstverständlich die



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
Anspruch 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 Blutzuckerwertes 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 Über-**
dosierung: 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 i. d. AT.



Ärzttekammer nicht von der Verpflichtung, in großem Umfang ein Fortbildungsangebot bereitzuhalten, damit diejenigen, die auf Fortbildungskongresse gehen wollen, auch die Möglichkeit dazu haben. Dieses Angebot ist sehr breit. Die von der Bundesärztekammer – vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung – veranstalteten Kongresse werden jährlich von Tausenden und Abertausenden von Ärzten besucht. Wir haben aber auch auf Länderebene in Bayern – Augsburg, Regensburg, Nürnberg u. a. – lokale Fortbildung, die sich immer mehr eingebürgert hat, und auch unsere klinischen Kurse. Dieser bunte Fächer des Angebots soll von uns immer mehr intensiviert werden, so daß wir unsere Pflichten voll erfüllen.

Wenn man die Diskussionen verfolgt, so gewinnt man den Eindruck, daß noch so viel Fortbildungsangebot, noch so viel Publikationen über Teilnehmerzahlen, von Davos bis Grado und Meran oder sonstigen Kongressen, auch Publikationen über ärztliche Akademien mit ihrem Fortbildungsangebot, in der Öffentlichkeit relativ wenig Eindruck machen. Es wird uns immer härter die Frage gestellt: „Wie überzeugt Ihr Euch denn davon, daß der Arzt neues Wissen besitzt und sich immer wieder neues Wissen aneignet?“

Aus dieser Überlegung heraus habe ich den Vorschlag entwickelt, ob man nicht einen anderen Weg gehen sollte: Völlige Freistellung für den einzelnen Arzt, wie er sich fortbildet, aber auf der anderen Seite ein Angebot, einen Effizienznachweis der ärztlichen Fortbildung dadurch einzuführen, daß man den Kollegen in irgendeinem zeitlichen Abstand – sei es jährlich, sei es zweijährlich – einen gut ausgearbeiteten, auf sein Fachgebiet bezogenen Fragebogen nach Hause schickt. Man gibt ihm damit die Möglichkeit, entweder allein oder mit anderen zusammen diesen Fragebogen durchzuarbeiten und zu sehen, welche Fragen er beantworten kann und welche nicht. So hat er die Möglichkeit, entweder nachzulesen oder Kongresse, Fortbildungskurse, Vorträge zu besuchen und seine evtl. Lücken zu schließen. Am Ende einer gewissen Zeit würde der Arzt die Fragen alle beantwortet und damit auch das Niveau des neuen Wissens bewiesen haben. Das wäre ein Weg, der die persönliche Bewegungs-

freiheit des Arztes nicht einengen, uns aber in die Lage versetzen würde, der Öffentlichkeit ganz klipp und klar zu beweisen, was die Ärzteschaft tut. Diesen Vorschlag möchte ich zur Diskussion stellen. Ich glaube, daß er die Notwendigkeiten der Fortbildung mit der freien Entscheidung des Arztes und der notwendigen Wirkung gegenüber der Öffentlichkeit verbinden könnte. Ich habe angeregt, die Dinge gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu organisieren, was schon dadurch möglich wäre, daß der Apparat der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Verteilung solcher Fragebögen und den Rücklauf zur Verfügung stünde und auch die Datenverarbeitung eingesetzt werden könnte. Ich möchte Sie bitten, diese Überlegungen mit nachzuvollziehen. Es wäre für uns wertvoll, Ihre Meinung dazu kennenzulernen. Wir sollten nach diesem Ärztetag versuchen, ein Modell zu entwickeln. Kritik wird am besten dadurch widerlegt, daß man die Fragen beantwortet, die gestellt werden.

Herr Kollege Schretzenmayr als Vorsitzender des Deutschen Senats hat sich bereiterklärt, diese Ausführungen noch zu vertiefen und zu ergänzen. Ich darf ihn darum bitten.

Professor Dr. Schretzenmayr:

Ich darf Ihnen sagen, daß ich in Anbetracht der fortgeschrittenen Zeit 90 Prozent meiner Ausführungen gestrichen habe. Ich darf auf den 25. Bayerischen Ärztetag verweisen, auf dem ich Sie in einem Fortbildungsreferat mit den Möglichkeiten und Vorteilen der multiple choice-Verfahren und der feed-back-Verfahren vertraut gemacht habe und Ihnen auch die Fortbildungserfahrungen, die auf nunmehr zehn Jahre zurückgehen, mit diesen Verfahren mitgeteilt habe. Ich darf auf den Beitrag von Professor Sewering über neue Erfahrungen zur Fortbildung verweisen, über die er eben gesprochen hat, und ich darf auf den Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer verweisen, in dem auch über diese Verfahren etwas berichtet wird.

Nun einige wenige Schwerpunkte! Der Ausschuß Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer hat sich

in den vergangenen Jahren intensiv mit den Dingen beschäftigt. Es sind einige deutliche Schwerpunkte herausgekommen. Zunächst einmal: Wir haben uns die Satzungen und die Vorschläge aller anderen Ärztekammern, die eine Akademie bilden wollen, geben lassen. Wir sind aber abweichend von den Ärztekammern der übrigen Bundesländer zu der Überzeugung gekommen, daß die Bayerische Akademie einen ganz besonderen Weg beschreiten wird, daß sie nämlich nicht die Präsenzpflicht, sondern, wenn Sie so wollen, die Leistungspflicht, also die Beteiligung an einer Selbstkontrolle, als Maßstab, als Parameter für die Mitgliedschaft bei der Bayerischen Akademie einführen will. Warum tun wir das? Aus vielen Gründen. Zunächst, was der Herr Präsident schon gesagt hat: Dieses Verfahren ist die einzige Möglichkeit, bei dem wir dem Kollegen überhaupt freistellen können, wie er sich fortbilden will. Er kann zu den Kongressen gehen; über 50 Prozent der Kollegen gehen auch regelmäßig zu den Kongressen, ein anderer Teil geht nicht ganz regelmäßig und von wieder einem anderen Teil wissen wir nicht, was er macht, oder wir wissen es nur aus Fragebogen. Es kann sich der Kollege durch Zeitschriften, Monographien, Klinikbesuche, Fachkongreßbesuche fortbilden und sonstige Möglichkeiten wahrnehmen, er muß sein Wissen aber dann durch seine Teilnahme an der schriftlichen wissenschaftlichen Selbstkontrolle beweisen. Er muß beweisen, daß er sich zwar nicht durch Fortbildungskongresse, sondern durch andere Methoden fortgebildet hat. Das ist ein wesentlicher Grund, warum wir diesen Weg vorschlagen.

Der zweite Grund wurde vom Herrn Präsidenten schon genannt: Es ist der Hinweis für die Öffentlichkeit, daß wir wirklich nachsehen, ob der Kollege etwas weiß oder nichts weiß, wenn ich es einmal in diesem Jargon sagen darf.

Ein dritter Grund, warum wir für die Leistungspflicht sind, ist der, daß auch wir daraus etwas lernen. Wenn wir z. B. bei der jährlichen Selbstkontrolle die Frage Nr. 23 über diese oder jene Krankheit zu 70 Prozent falsch beantwortet bekommen, wissen wir doch, daß da irgendwie eine Lücke ist, ein Fehler, daß wir da ganz besonders mit der Fortbildung anfangen müssen.

Und der vierte Grund ist, daß natürlich so ein Fragebogen der Selbstkontrolle an sich schon ein Dokument ist, aus dem der Kollege entnehmen kann, daß dieses oder jenes Gebiet gerade aktuell ist, daß er sich darum kümmern muß.

Das alles sind also Gründe, warum wir das Leistungsprinzip, die Leistungspflicht der Akademiemitglieder vorschlagen. Ich darf noch einen letzten Gesichtspunkt einfügen: Mit Hilfe dieser Methode des multiple choice- oder des feed back-Fragebogens können wir euch außerordentlich leicht differenzieren zwischen den Fortbildungsbedürfnissen der Allgemeinärzte und der

In den

Bayerischen Landtag

wurden folgende Kollegen gewählt:

Dr. med. Friedrich CREMER (SPD)
8771 Lengfurth
Dr.-Kirchhoff-Straße 19

Dr. med. Fritz FLATH (FDP)
8823 Altenmuhr
Kirchenweg 199

Dr. med. Elisabeth HAMANN (SPD)
8070 Ingolstadt
Schrannenstraße 1

In den

Bezirkstag Oberbayern

wurde gewählt:

Dr. med. Otto SCHLOSSER (CSU)
8200 Rosenheim
Salinstraße 10

Fachärzte der verschiedenen Sparten. Wir müssen uns mit den verschiedenen Fachvertretungen zusammensetzen, also mit der Akademie für Praktische Ärzte, mit den verschiedenen Berufsverbänden und mit ihnen jährlich ein Programm erarbeiten, das für die einzelne Fachgruppe gerade aktuell ist. In dieser Zusammenarbeit sehe ich eine ganz besonders intensive Aktivierung und intensive Förderung der ärztlichen Fortbildung auf einem ganz anderen Gebiet als auf dem Kongreßgebiet. Die Akademie der Allgemeinärzte würde uns z. B. sagen, daß 20 Prozent der Fragen nur auf Notfälle, weitere 20 Prozent nur auf Vorsorgeuntersuchungen usw. entfallen sollen. Dagegen werden die Internisten andere Wünsche haben, die Gynäkologen wieder andere, und auf diese Weise werden wir ein differenziertes Programm für die Fortbildung aufbauen, das dann in diesen Selbstkontroll-Fragebögen zum Ausdruck kommt. Ich glaube, es sind so viele Vorteile in dieser Leistungspflicht der Akademie enthalten – ich kann auf weitere Dinge leider aus Zeitmangel nicht eingehen –, daß ich Sie bitte, diesem Prinzip, diesem Weg der Bayerischen Landesärztekammer zur Förderung der ärztlichen Fortbildung zuzustimmen. Der Ausschuß für ärztliche Fortbildung der Bayerischen Landesärztekammer wird sich im kommenden Jahr intensiv mit speziellen Fragen beschäftigen. Er wird den Entwurf einer Satzung machen, einen Entwurf über Ausführungsbestimmungen, Verbindung aufnehmen zu den einzelnen Fachgruppen und wird Ihnen dann im nächsten Jahr konkrete Vorschläge vorlegen können.

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.

(Schluß)

Strahlenschutzkurse der Bayerischen Landesärztekammer

Gemäß § 4 Abs. 2 der Röntgenverordnung vom 1. März 1973 müssen alle Ärzte, die mit Stichtag 1. September 1973 in freier Praxis radiologisch tätig oder an Krankenanstalten für die Leitung oder Beaufsichtigung des Röntgenbetriebes als Verantwortliche bestellt waren, bis zum 28. Februar 1975 dem Landesamt für Umweltschutz eine Fachkundebescheinigung vorlegen. Hier von sind in Bayern knapp 3000 Kolleginnen und Kollegen betroffen. Die Bayerische Landesärztekammer wurde durch Verordnung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 13. Mai 1974 für den Bereich ihrer Zuständigkeit nach dem Kammergesetz zur zuständigen Stelle für die Erteilung der Fachkundebescheinigung bestimmt.

Um den Kollegen einen Praxisausfall und lange Anreisewege zu ersparen, hat die Landesärztekammer an 7 Orten Bayerns (Ansbach, Augsburg, Erlangen, Kaufbeuren, Landshut, München und Passau) die vorgeschriebenen Strahlenschutzkurse mit insgesamt 18 Theoriekursen für den Herbst 1974 organisiert (Ausnahme Passau Anfang Juli), wobei die Kurse möglichst auf praxisfreie Zeiten (Freitagnachmittag bis Samstagnachmittag) gelegt wurden. Die Organisation der ca. 100 bis 120 Praktika am jeweiligen Kursort kann fast ausschließlich erst nach der Erfassung der Teilnehmer beginnen, da hierzu noch umfangreiche Vorarbeiten zu leisten sind.

Am Strahlenschutzkurs in Passau vom 5. bis 7. Juli 1974 nahmen insgesamt 265 Kolleginnen und Kollegen teil.

Vertragsberatung und -überprüfung

Der in der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns festgelegten Verpflichtung, alle Verträge von wesentlicher Bedeutung für die Ausübung des ärztlichen Berufes vor ihrem Abschluß der Kammer zur Prüfung vorzulegen, ob die beruflichen Belange gewahrt sind, ist eine große Zahl von Ärzten nachgekommen. Dabei handelte es sich überwiegend um Dienstverträge mit leitenden Krankenhausärzten an bayerischen wie auch an außerbayerischen Krankenanstalten, soweit sie vorher in Bayern tätig waren. Es zeigte sich bei der Überprüfung der Verträge, daß eine ganze Reihe unterschiedlicher Vertragsmuster auch in Bayern vorhanden ist, welche überwiegend von den Organisationen der Krankenhausträger ausgearbeitet worden sind. In allen bekanntgewordenen Verträgen fand die Bundespflegesatzverordnung ihren Niederschlag.

In einer Reihe von Verträgen wurden die umstrittenen Grundsätze der Deutschen Krankenhausgesellschaft

für Chefarztverträge übernommen. Es handelte sich dabei um Verträge, in denen dem leitenden Arzt das Liquidationsrecht versagt und dafür ein Festgehalt mit einer Gleitklausel angeboten wird. Bei einer solchen Regelung besteht für den Chefarzt nicht mehr die Möglichkeit, seine Mitarbeiter zu entschädigen. Auch der Krankenhausträger lehnt darin eine zusätzliche Vergütung an diese Ärzte ab. Unter diesen Umständen wird der Krankenhausträger künftig nicht mehr in der Lage sein, qualifizierte nachgeordnete Ärzte zu finden. Gegen eine solche Regelung ist durch die Bayerische Landesärztekammer stets mit Entschiedenheit Stellung genommen worden.

Ferner wurden Vertragsentwürfe bekannt, welche auf die Regelungen bereits in anderen Bundesländern erlassener Krankenhausgesetze und der darin festgelegten Strukturen einschließlich einer Abgabenregelung für die ärztlichen Mitarbeiter abgestellt waren.

Neben diesen Vertragsentwürfen für neu eingestellte leitende Krankenhausärzte war die Kammer auch mit Vorschlägen und Anweisungen von Krankenhausträgern an ihre angestellten und beamteten Ärzte befaßt worden, welche bereits seit Jahren bestehende Verträge betrafen und auf die die Besitzstandsklausel der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden war.

Die Beratung der Krankenhausärzte und die Verhandlungen mit Krankenhausträgern in mündlicher Form und durch ausführliche schriftliche Stellungnahmen im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben der Kammer erfolgte unter maßgebender Mitwirkung des Justitiars der Bayerischen Landesärztekammer. Dieser Bereich der Tätigkeit der Geschäftsstelle nahm einen großen Umfang ihrer Gesamtarbeit ein.

Bei den Beratungen und Stellungnahmen sowie gutachtlichen Äußerungen wurden jeweils die vom Deutschen Ärztetag beschlossenen Leitsätze zur Struktur der Krankenhäuser und ihres ärztlichen Dienstes sowie das gegen Ende des Berichtszeitraumes vom Bayerischen Landtag verabschiedete Bayerische Krankenhausgesetz zugrunde gelegt.

Im Gegensatz zu den Chefarztverträgen war die Inanspruchnahme der Kammer zur Überprüfung von Belegarztverträgen verhältnismäßig gering.

In einzelnen Fällen wurde beobachtet, daß Krankenhausträger versuchen, unter Bezugnahme auf die Bundespflegesatzverordnung vom Belegarzt eine Abgabe zu verlangen, ohne daß die Inanspruchnahme eines vom Krankenhaus angestellten Assistenzarztes vorliegt. Die im Jahr 1959 zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten Grundsätze für Belegarztverträge sehen ausdrücklich eine Abgabe an

Das Ödem als zentrales Problem bei Trauma, Stauung und Entzündung

Spezifisch behandeln!

Venalot[®] aktiviert den enzymatischen
Abbau von Ödemeiweiß durch Makrophagen,
fördert die Lymphkinese und wirkt
antiphlogistisch

Venalot[®]

löst das Problem, denn es wirkt
kausal beim lokalisierten Ödem

Indikationen:

Veriköser 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
Kieferverletzungen und -operationen,
Lymphatische Stauungen nach operativen Ein-
griffen oder/und Strahlentherapie, Mundtrocken-
heit 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. Meillot. stand. sicc. 25 mg
(Cumeringehalt 5 mg)
Rutin 25 mg
1 Ampulle zu 2 ml enthält:
Rutinschwefelsäureester-
Natriumsalz 50 mg
Extract Meillot. aquos stand. 10 mg
100 ml Liniment enthalten:
Extr. Meillot. stand. 50,0 ml
5000 I. E.
Heparin ad 100 ml
Emulsion
1 Depot-Dragee enthält:
Cumarin 15 mg
Troloxerutin 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

den Krankenhausträger nur für den vorgenannten Fall vor. Die Vertragspartner haben nach dem Erlaß der Bundespflegesatzverordnung in einem in der Zusatzvereinbarung zu den Belegarztgrundsätzen vorgesehenen Ausschuß ausdrücklich festgestellt, daß die vereinbarten Belegarztgrundsätze auch nach dem Inkrafttreten dieser Verordnung keiner Änderung bedürfen, da das Krankenhaus einen kostendeckenden um die Arztleistungen ermäßigten Pflegesatz erhält.

Anerkennungen Allgemeinarzt/Facharzt

In der Zeit vom 1. Juli 1973 bis 1. Juli 1974 gingen ein:

- 94 Anträge auf Anerkennung als Allgemeinarzt;
- 659 Anträge auf Anerkennung als Arzt für ein Fachgebiet, davon
 - 45 von ausländischen Kollegen;
- 28 Anträge auf Genehmigung zum Führen einer Teilgebietsbezeichnung.

49 Anträge mußten wegen zeitlicher oder inhaltlicher Nichterfüllung der Bestimmungen der Weiterbildungsordnung zurückgestellt und 6 Anträge abgelehnt werden. 79 Anträge sind noch in Bearbeitung. 617 Urkunden über die Anerkennung als Allgemeinarzt oder Arzt für ein Fachgebiet wurden ausgestellt.

Die Aufschlüsselung der Anerkennungen ergibt:

- 116 Internisten
- 86 Allgemeinärzte
- 62 Kinderärzte
- 57 Chirurgen
- 53 Frauenärzte
- 53 Anästhesisten
- 33 Nervenärzte (davon 26 Neurologie und Psychiatrie, 1 Neurologie und 6 Psychiatrie)
- 32 Orthopäden
- 30 Radiologen
- 29 Augenärzte
- 18 Hautärzte
- 18 HNO-Ärzte
- 11 Urologen
- 9 Laborärzte
- 6 Lungenärzte
- 1 Kinder- und Jugendpsychiater
- 1 Mund- und Kieferchirurg
- 1 Pathologe
- 1 Pharmakologe

Genehmigungen zum Führen einer Teilgebietsbezeichnung

Unfallchirurgie	11
Gastroenterologie	9
Kardiologie	6
Kinderchirurgie	1
Lungen- und Bronchialheilkunde	1

Zusatzbezeichnungen

Die Gesamtzahl der Anträge auf Genehmigungen zum Führen einer Zusatzbezeichnung betrug 152, wovon 6 derzeit noch in Bearbeitung sind, 4 wegen Ergänzung der Unterlagen zurückgestellt und 7 abgelehnt werden mußten.

Erteilte Genehmigungen:

Arbeitsmedizin	23
Badearzt oder Kurarzt	27
Homöopathie	4
Naturheilverfahren	13
Psychotherapie	15
Sportmedizin	49
Stimm- und Sprachstörungen	3
Tropenkrankheiten	1

Medizinische Assistenzberufe

e) Auszubildende im Ausbildungsberuf der Arzthelferin

Im Rahmen der Bildungspolitik der Bundesregierung wurden im November 1973 Grundsätze zur Neuordnung der beruflichen Bildung unter der Bezeichnung „Markierungspunkte“ bekanntgegeben. Die darin zum Ausdruck kommenden Vorstellungen der Bundesregierung sehen einen weitgehenden Einfluß des Staates auf die Ausbildungsberufe vor. Sie halten zwar an dem dualen System, d. h. an der Ausbildung in Ausbildungsstätten bei gleichzeitigem Besuch der Berufsschule fest, jedoch soll die Ausbildung und Prüfung in staatliche Verantwortung überführt werden. Der Ausbildungsgang, der Prüfungsinhalt und das Prüfungsverfahren sollen staatlich geregelt werden. Es sollen staatliche Prüfungsausschüsse eingesetzt werden. Wirtschaftliche Interessen der Ausbildungsbetriebe sollen dabei zurückgestellt werden. Die Aufgaben der Kammer sollen sich künftig nur noch auf das Vorschlagsrecht, die Mitwirkung bei der Akkreditierung der Ausbildungsstätte, die Führung des Verzeichnisses der Ausbildungsverhältnisse, die Geschäftsführung der Prüfungsausschüsse, Beratung von Kammerangehörigen in Berufsbildungsfragen und auf die statistische Zusammenfassung wichtiger Daten erstrecken. Die Markierungspunkte lassen ferner eine allgemeine Verschulung der Ausbildung erkennen. Die Finanzierung der Ausbildung ist über eine Berufsbildungsabgabe vorgesehen.

In einer eingehenden Aussprache über diese Grundsätze zur Neuordnung der beruflichen Bildung, welche unter der Leitung des bayerischen Kultusministers stattfand, an der Vertreter aller Kammern und Berufsverbände teilgenommen haben, wurde eine solche Reform einhellig abgelehnt mit der Feststellung, daß unter diesen Voraussetzungen bei den Auszubildenden keine Bereitschaft zu finden sein wird, Jugendliche auszubilden.

Daneben hat die Bundesregierung den Entwurf einer Neufassung des Berufsbildungsgesetzes vorbereitet,

der die Markierungspunkte enthält, und dessen Ziel es ist, die berufliche Bildung der schulschen gleichzustellen. Eine solche Regelung würde zu einer Stärkung der schulisch-theoretischen Ausbildung führen. Auch die ärztliche Berufsvertretung hat eine solche Neuregelung abgelehnt, mit der Begründung, daß eine qualifizierte Ausbildung nur durch eine praxisnahe und nicht allein durch eine theoretische Ausbildung ermöglicht werden kann. Sie hat ferner auf die damit verbundenen personellen Schwierigkeiten



hingewiesen und Zweifel geäußert, daß derartige Maßnahmen geeignet sind die Effizienz der Ausbildung zu verbessern.

Die Reaktion der Arbeitgeberverbände auf diese Vorstellung der Bundesregierung war an der Verminderung der angebotenen Ausbildungsplätze um die Hälfte gegenüber dem Vorjahr deutlich zu erkennen.

In einer außerordentlichen Sitzung des Berufsbildungsausschusses des Bundes, die wegen dieser alarmierenden Entwicklung Anfang 1974 einberufen wurde, wurde unter anderem beschlossen, in den Ausbildungsbetrieben als Ausbildungsstätten mit dem entsprechenden Gewicht festzuhalten. Der Entwurf eines neuen Berufsbildungsgesetzes sollte zurückgestellt und überarbeitet werden. Die Besitzstandsklausel für Ausbilder hinsichtlich ihrer erbeitspädagogischen Eignung wurde ausdrücklich festgestellt und die Frist zum Nachweis der Eignung bis September 1977 zurückgestellt. Es ist damit zu rechnen, daß bei Ärzten als Ausbilder von Arzthelferinnen mit der durch die Approbation gegebenen Qualifikation als Ausbilder auch ihre Eignung in arbeitspädagogischer Hinsicht als gegeben festgestellt werden wird. Damit würde eine erhebliche Belastung auch für die Ärzteschaft entfallen, da auch die Anforderung für die pädagogische Eignung in dem vorgesehenen Umfang zu einem erheblichen Rückgang der Bereitschaft zur Ausbildung von Arzthelferinnen geführt hätte. Unbeschadet dieser angekündigten Entwicklung wird die Bundesärztekammer über ihre Konferenz Medizinische Assistenzberufe den Ausbildern Unterlagen zur Ver-

mittlung pädagogischer Kenntnisse zur Verfügung stellen und Vorträge darüber im Rahmen der ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen anbieten.

In der Regierungserklärung des neuen Bundeskanzlers ist auf die Notwendigkeit der Reform der Berufsbildung unter sachverständiger Mitwirkung der daran beteiligten Kammern und Organisationen ausdrücklich hingewiesen worden. Die personelle Besetzung des zuständigen Ministeriums läßt jedoch erhebliche Zweifel aufkommen, daß die beabsichtigte Reform die angekündigte Entwicklung nehmen wird. Der Einfluß der Gewerkschaften und die Tendenz der Verstaatlichung der Ausbildung sind weiterhin deutlich erkennbar.

Das vom Bundesarbeitsministerium im Jahre 1965 anerkannte Berufsbild der Arzthelferin soll im Zuge der Reform der Berufsgrundbildung eine Neufassung erhalten und dazu ein Kurrikulum für das Berufsfeld Gesundheits- und Körperpflege erarbeitet werden. Die ärztliche Berufsvertretung hat gegenüber den zuständigen Stellen wiederholt nachdrücklich darauf hingewiesen, daß Arzthelferinnen aus verschiedenen Gründen nicht in dieses Berufsfeld gehören, in das Friseur und Kosmetiker bereits eingeordnet sind, und daß es aus sachlichen Gründen geboten ist, die Helferinnen der Heilberufe in einem gemeinsamen Berufsfeld zusammenzufassen.

Bei der Neufassung des Kurrikulums für das Berufsbild der Arzthelferin wird sich die Berufsvertretung für eine dreijährige Ausbildung im Hinblick auf den Umfang der Kenntnisse und Fertigkeiten einsetzen.



Ein kurrikularer Lehrplan nach dem geltenden Berufsbild mit dem in Bayern festgelegten zweitägigen Berufsschulbesuch im ersten und eintägigem Besuch im zweiten Ausbildungsjahr wurde vom Institut für Schulpädagogik in einem Arbeitskreis unter Teilnahme der Kammer und ärztlicher nebenamtlicher Fachlehrer im Auftrag des Kultusministeriums fertiggestellt. Er soll die Grundlage für den Unterricht der Auszubildenden im Ausbildungsberuf der Arzthelferin an den Berufsschulen in den kommenden Jahren werden.



Nächtliche Wadenkrämpfe



Chinin aethylcarbonicum BUCHLER mit spezifischer spasmolytischer Wirkung auf den Muskelkrampf

schaft 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

1/74

Die Verordnung aus dem Jahr 1968 über den zweiten Berufsschultag im ersten Ausbildungsjahr für alle Auszubildenden in zweijährigen Ausbildungsberufen, unabhängig von ihrer schulischen Vorbildung, hat in die zweite Durchführungsverordnung über das berufliche Schulwesen Eingang gefunden. Ihre Verwirklichung scheiterte bisher an den meisten Berufsschulen wegen Mangels an Räumen und Lehrkräften. Diese Regelung bedeutet eine Verschiebung der Ausbildung zuungunsten der Ausbildungsstätte und hat zu Recht den Widerspruch der ärztlichen Ausbilder ausgelöst. Es ist der Bemühung der Kammer leider nicht gelungen, die für alle vorgenannten Ausbildungsberufe geltende Vorschrift zu Fall zu bringen. Die Verminderung auf einen Schultag wird erst mit der Festlegung der für den Eintritt in den Ausbildungsberuf erforderlichen schulischen Vorbildung im Berufsbild möglichst sein.

Das Berufsgrundschuljahr, das vor allem für Interessentinnen unter 16 Jahre in Betracht kommt, konnte dieses Jahr noch nicht eingeführt werden.

Der Vorvertrag, dessen Konstruktion verschiedene Bedenken ausgelöst hat, führte zu Schwierigkeiten, insbesondere in bezug auf die Leistungen an die Erziehungsberechtigten aus dem Ausbildungsförderungsgesetz. Es sind deshalb Überlegungen im Gange dafür eine geeignete Lösung bis zur Einführung des Berufsgrundschuljahres zu finden.

Das bisherige Muster für einen Ausbildungsvertrag bedurfte einer Überarbeitung durch die Ständige Konferenz Medizinische Assistenzberufe der Bundesärztekammer. Der Entwurf wurde mit wenigen Änderungen vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer angenommen und inzwischen für ihren Bereich eingeführt.

Der Berufsbildungsausschuß Arzthelferin der Bayerischen Landesärztekammer, der, nach Ablauf der zweijährigen Amtszeit seit der erstmaligen Bestellung, nach einigen Schwierigkeiten auf der Seite der Arbeitnehmer für die Dauer von vier Jahren berufen werden konnte, trat am 8. Mai 1974 zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen. Zum Vorsitzenden wurde der Vizepräsident der Kammer, Dr. BRAUN, wiedergewählt. Der Ausschuß beriet und beschloß Änderungen der Prüfungsordnung, einen neuen Bewertungsmaßstab für die Abschlußprüfung und die Grundsätze für die nach dem Berufsbildungsgesetz vorgesehene Zwischenprüfung sowie ihre Durchführung.

Der Arbeitsausschuß Medizinische Assistenzberufe des Kammervorstandes trat zweimal zu Sitzungen zusammen, in denen Angelegenheiten der verschiedenen Gruppen dieser Berufe, vor allem aber der Arzthelferinnen erörtert wurden.

Zur Ausbildungssituation der Arzthelferinnen in Bayern ist folgendes kurz zu berichten.

in keiner
reisetasche
sollte fehlen



STULLMATON

Klimawechsel, ungewohnte
Küche, schwer verdauliche
Speisen, Alkohol- und Niko-
tinabusus führen oft zu Ma-
gen- und Darmstörungen.

Hier hilft STULLMATON

Oft schon nach einmaliger Einnahme von STULLMATON ist Bes-
serung zu spüren, selbst bei hartnäckigen Durchfällen werden
nach 1-2 Tagen wieder normale Resorptions- und Verdauungs-
verhältnisse hergestellt.

STULLMATON ist auf rein pflanzlicher Basis aufgebaut und
deshalb sind auch bei Dauergebrauch und Überdosierung keine
Nebenwirkungen zu befürchten. Selbst bei Säuglingen und Klein-
kindern kann STULLMATON bedenkenlos gegeben werden.

Indikationen: Alle Arten von Schleimhauterkrankungen des Magen- u. Darmkanals.

Zusammensetzung: 0,80 g Trockenextrakt aus 0,04 g Herbe Centaurei, 0,03 g Flores Arnicae,
0,40 g Folie Melissa, 0,48 g Flores Chamomillae, 0,04 g Herbe Absinthii,
3,80 g Summitates Piceae excelsae;

Extraktionsmittel: Aque dest. - 0,14 g p-Hydroxybenzoesäuremethyl-
ester, 0,06 g p-Hydroxybenzoesäurepropylester, 0,36 mg Mengen-
chlorid, 0,20 mg Kobaltchlorid, 0,13 mg Kupferchlorid, ad 200 ml Aque dest.

Handelsform: Originalpackung 200 ml DM 4,65.

VAW Flußpat-Chemie GmbH
8470 Stulln/Nabburg

ANTIMYCOTICUM STULLN

Dermeticum für allgemeine Be-
handlung und therapieresistente
Sonderfälle. Flüssigkeit zur Pin-
selung der Haut, reizlos und
juckreizstillend, farb- und geruch-
los. Empfohlen für Patienten mit
empfindlicher Haut.

Indikation:

Pilzkrankungen der Haut, Epi-
dermophytien. Trychophytien,
Sporotrichosen, Blastomykosen,
sowie Hautinfektionen, etaphylo-
genen und streptogenen Chersk-
tere.

Zusammensetzung:

8-Hydroxychinolinellikofluorid 0,0045 g;
Chinolinellikofluorid 0,0045 g; p-Hydro-
xybenzoesäurepropylester 0,27 g; Iso-
propylalkohol 4,20 ml; Glycerin DAB 7
4,70 ml; Aque dest. ad 10 ml.

Handelsform:

Originalpackung 10 ml DM 3,95.

AUGENTONICUM STULLN

die lokale Therapie am Auge,
wenn bei Normaleichtigkeit oder
richtiger Brille die Augen beim
Lesen, Fernsehen, Mikroskopie-
ren u.e.w., d.h. bei allen Arbei-
ten, welche die Augen in Neh-
einstellung beanspruchen, vor-
zeitig ermüden. Auch angezeigt
bei Augenbrennen, Vereschwim-
men, Lichtscheu und anderen
Störungen muskulärer, accomo-
dativer oder nervöser Art am
Auge.

Indikationen:

Aethenopie, senile Maculodege-
neration

Zusammensetzung:

0,40-0,54 mg chloroformlöslicher Trok-
kenrückstand einer wäßrigen Extraktion
aus 0,18 g Folie Digitalis entsprechend
0,2 mg Digitoxin-Beijetrektion, 1,0 mg
Aesculin; 200,0 mg Acidum boricum; ad
10,0 ml Aque bideest.

Handelsform:

Originalpackung 10 ml mit Augen-Pi-
pette DM 4,10.



Mit dem Beginn des Schuljahres 1973/74 sind mit Vorverträgen 467 Jugendliche (gegenüber 416 im Jahr 1972) und in das 1. Ausbildungsjahr 1938 Mädchen (gegenüber 1713 im Jahr 1972) eingetreten.

Die Anzahl der unterrichtenden nebenamtlichen Fachlehrer hat sich auf 84 (von 77 im Jahr 1973) erhöht.

Der Abschlußprüfung unterzogen sich 1690 Auszubildende des letzten Ausbildungsjahres gegenüber 1470 Schülerinnen des Vorjahres.

Die Anzahl der Fachklassen an den 24 Berufsschulen in Bayern hat entsprechend zugenommen, wobei versucht wurde, kleinere Klassen zu bilden.

Der steigende Zugang von Auszubildenden an die Berufsschule in München und der hier bestehende erhebliche Raummangel hat die Einrichtung einer aufsteigenden Fachklasse in Garmisch-Partenkirchen mit Beginn des Schuljahres 1974/75 erforderlich gemacht. Sollte jedoch der Zugang zum Ausbildungsberuf Arzthelferin für das Einzugsgebiet der Münchener Schule im gleichen Maße anhalten, wird dadurch kaum eine Entlastung erreicht werden können.

Der dargestellten Entwicklung entsprechend hat sich auch die Zahl der von den nebenamtlichen Lehrkräften gehaltenen Unterrichtsstunden vergrößert.

Der Kammervorstand hat nach Erhöhung der Vergütungen an diese Lehrkräfte durch den Schulträger auch den Zuschuß der Kammer um einen angemessenen Betrag ab 1. Januar 1975 angehoben. Mit dieser Unterrichtsvergütung sind auch alle Nebenarbeiten der Lehrkräfte abgegolten.

An der am Ende dieses Jahres erstmals durchgeführten Zwischenprüfung der Auszubildenden nach Ablauf des ersten Ausbildungsjahres haben 1918 Mädchen teilgenommen. Die nach dem Berufsbildungsgesetz vorgesehene Prüfung dient der Feststellung des Ausbildungsstandes und vorhandener Mängel. Das Ergebnis wurde den Beteiligten mitgeteilt.

Aus der Tätigkeit der Ausbildungsberater ist auch in diesem Jahr zu berichten, daß gravierende Mängel

und Schwierigkeiten bei der Ausbildung Jugendlicher zur Arzthelferin bei niedergelassenen Ärzten nicht aufgetreten sind. In einigen Fällen ergab sich die Notwendigkeit die Ausbildungsdauer wegen fehlender Ausbildungsmöglichkeiten für bestimmte Bereiche auf ein Jahr zu verkürzen.

Die Ausstattung der Schulen mit Lehrmitteln, vor allem für das Teilgebiet Laborkunde, konnte auch bei einer finanziellen Beteiligung der ärztlichen Berufsvertretung und des Vereins zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e.V. noch nicht im erforderlichen Maße erreicht werden.

Aus dem dargestellten Umfang dieses Aufgabebereiches der Kammer, als der nach dem Berufsbildungsgesetz für diesen Ausbildungsberuf zuständige Stelle, wird das Arbeitsvolumen deutlich sichtbar, das von nur wenigen Mitarbeitern unter zeitweiser Heranziehung von Hilfskräften, insbesondere für die Vorbereitung der beiden Prüfungen, geleistet werden mußte. Dabei war die Kammer bemüht, die Prüfungen mit dem geringsten Verwaltungs- und finanziellen Aufwand für die Ausbilder abzuwickeln. Zu diesen Aufgaben kommt noch der sehr große Umfang des Schriftwechsels und der persönlichen und telefonischen Auskünfte, vor allem in Bezug auf Vertragsfragen und tarifliche Angelegenheiten.

Über die Fortbildung der Arzthelferinnen wird unter dem Kapitel Fortbildung berichtet.

b) Röntgenhelferinnen

Die im Herbst 1973 und im Frühjahr 1974 von der Bayerischen Landesärztekammer veranstalteten Kurse waren mit der dafür vorgesehenen Teilnehmerzahl von insgesamt 65 voll belegt. Das Interesse an dieser Fortbildungsmöglichkeit von Mitarbeitern in der Radiologie, welche dafür eine praktische Tätigkeit von mindestens drei Jahren in diesem Bereich bei einem Radiologen oder in einer Röntgenabteilung nachwei-

ferro - B₁₂ - EHRL



Zusammensetzung:

1 Dragee enthält:
150 mg
Ferro-glukonat
15γ Vitamin B¹²
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 verträglichem
und schnell resorbierbarem
Fe⁺⁺-glukonat

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

sen müssen, ist weiterhin sehr groß. Dies zeigt sich in der zunehmenden Zahl von Bewerbern aus allen Bundesländern, von denen nur ein Teil Aufnahme finden kann. Dabei werden Bewerber aus dem Bereich der Bayerischen Landesärztekammer verständlicherweise bevorzugt.

Als Dozenten und Lehrkräfte für die praktische Fortbildung stellen sich in bewährter Weise Fachärzte der Medizinischen Universität Erlangen und Mitarbeiter der Firma Siemens zur Verfügung, die es der Kammer nunmehr seit vielen Jahren ermöglicht, diese vierzehntägigen Kurse in dem werkseigenen Institut durchzuführen.

Der Inhalt dieser Fortbildung ist so gestaltet, daß den Teilnehmern die nach der Röntgenverordnung erforderliche Fachkunde mit dem Bestehen der Abschlußprüfung und der Aushändigung des Prüfungszeugnisses bestätigt werden kann.

c) Laborhelferinnen

Im Herbst 1973 konnte die vierzehntägige Weiterbildung von Mitarbeitern in ärztlichen Praxen und klinischen Laboratorien mit mindestens dreijähriger Tätigkeit im Laborbereich an den Städtischen Krankenanstalten Nürnberg mit 18 Teilnehmern abgehalten werden. Ein weiterer, für das Frühjahr vorgesehener Kurs kam wegen zu geringer Beteiligung nicht zustande. Die rückläufige Entwicklung der Teilnehmerzahl an diesen Kursen hat ihre Ursache offensichtlich in dem breiten Angebot von Fortbildungsveranstaltungen, die für diese Mitarbeiter teils von ärztlichen Organisationen, teils von der pharmazeutischen Industrie durchgeführt werden. Die Kurse der Bayerischen Landesärztekammer stehen seit 1965 unter der Leitung des Chefs des Zentrallabors der genannten Krankenanstalten, Herrn Professor Dr. HILLMANN, unter Beteiligung von Ärzten dieser Häuser.

Nach bestandener Prüfung erhalten die Teilnehmer ein Zeugnis der Kammer als geprüfte Laborhelferin. Die Kurse dienen nicht nur dem Zweck, die den in Betracht kommenden Mitarbeiter des Arztes die Möglichkeit einer Weiterbildung zu bieten, sondern auch dem Arzt qualifizierte Helferinnen an die Hand zu geben.

Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V.

Der im Jahre 1968 gegründete Verein, dessen Geschäftsführung von der Kammer wahrgenommen wird, hat sich in seiner Satzung die Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen zur Aufgabe gemacht. Er kann zu diesem Zweck eine oder mehrere Ausbildungsstätten unterhalten.

Im Rahmen dieser Aufgaben wurde im Jahre 1967 in München eine Schule für Zytologie-Assistentinnen in räumlicher Verbindung mit der I. Universitätsfrauen-

klinik errichtet. Im Jahre 1969 folgte die Einrichtung einer Schule für Orthoptistinnen an der Augenklinik und -poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München und ein Jahr später einer weiteren Schule für Orthoptistinnen an der Universitäts-Augenklinik Erlangen.

Am 2. November 1970 wurde dem Verein von Frau Walner, der Inhaberin der Walner-Schulen für medizinisch-technische Assistentinnen und für Arzthelferinnen, diese Schule übertragen.

Mitgliederversammlung und Vorstand des Vereins beschäftigten sich im Berichtszeitraum in mehreren Sitzungen mit Angelegenheiten dieser Schulen. Dabei nahmen jene der Walner-Schulen entsprechend ihrer Größe im Verhältnis zu den anderen Schulen des Vereins einen besonderen Raum ein. Hierbei waren finanzielle, schulische und personelle Probleme zu beraten bzw. zu regeln, neben der Abwicklung des Nachlasses der inzwischen verstorbenen Frau Walner.

Ein besonderes Anliegen des Vereins ist es, für diese Schulen eine geeignete und ausreichende räumliche Unterbringung zu finden. Zu diesem Zweck ist die Erstellung eines Schulgebäudes im Zusammenhang mit der Errichtung eines Personalwohnhauses für ein Münchener städtisches Krankenhaus durch die Bayerische Versicherungskammer in Aussicht genommen, an dessen Planung der Verein maßgebend mitwirkt. Ferner waren die schulrechtliche Anerkennung der vom Verein getragenen Schulen, die staatliche Anerkennung der Ausbildung zur Arzthelferin, zur Orthoptistin und zur Zytoassistentin Gegenstand eingehender Verhandlungen mit den zuständigen Behörden und von Beratungen in den Gremien des Vereins.

Im Aufgabenbereich der Aus- und Fortbildung der Arzthelferinnen wurde die Bayerische Landesärztekammer bei der Ausstattung der Fachklassen für Auszubildende dieses Berufes an den Berufsschulen und der dort vorhandenen Laborräume, die auch zu Fortbildungszwecken dieses Personenkreises benutzt werden, insbesondere finanziell unterstützt.

Walner-Schulen

(Schule für technische Assistentinnen in der Medizin – Fachrichtung Labor – und Privatschule für Arzthelferinnen)

In der seit 1964 staatlich anerkannten Schule für technische Assistentinnen in der Medizin wurden im Berichtsjahr 84 Schülerinnen nach dem neuen am 1. Juli 1972 in Kraft getretenen Gesetz über die technische Assistentin in der Medizin unterrichtet. In der Abschlußklasse haben 35 Schülerinnen im August die Prüfung nach der neuen Prüfungsordnung abgelegt, bei welcher der schriftliche Teil gegenüber der bisherigen Regelung ein größeres Gewicht hat.

Die neue Ausbildungsordnung und die sich daraus für die Schule ergebenden Schwierigkeiten hinsichtlich der Unterbringung der Unterrichtsstunden und

der Ferlenordnung waren Gegenstand von Beratungen mit den übrigen Schulen in Bayern und der Regelung von Oberbayern als Aufsichts- und Prüfungsbehörde der Walner-Schulen.

Die geringe Zahl der Schülerinnen ergibt sich aus den räumlichen Beschränkungen, die sich im Jahre 1972 aufgrund des Umbaus und der räumlichen Erweiterung der Schule ergeben haben.

Nach beratender Mitarbeit seit Anfang 1974 konnte der Leiter der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt, Obermedizinaldirektor a.D. Dr. FREYTAG, nach seinem Übertritt in den Ruhestand, ab 1. März 1974 als Leiter der Walner-Schulen gewonnen und damit die dringend notwendige Führung der Schule durch einen qualifizierten Arzt herbeigeführt werden.

Anfang des Jahres konnte die staatliche Anerkennung nach dem Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen erreicht werden. Damit erhält die Schule einen staatlichen Zuschuß zu den Personalkosten.

Ferner wurde dem Antrag auf Erweiterung der Ausbildungsberechtigung für 48 Schülerinnen in der MTA-Schule stattgegeben.

Die Verhandlungen über die staatliche Anerkennung der Privatschule für Arzthelferinnen sind noch nicht abgeschlossen. Die Anerkennung als Berufsfachschule liegt bereits vor.

Im Berichtszeitraum wurden an dieser Schule 150 Mädchen ausgebildet. Im zweiten Schulhalbjahr waren die Schülerinnen erstmalig jeweils am Freitag bei niedergelassenen Ärzten tätig. Auf diese Weise wurde der Versuch gemacht, ihnen einen Einblick in die ärztliche Praxis zu geben und die praktische Ausbildung berufsnah zu gestalten. Dieser Weg hat ein positives Echo bei den beteiligten Ärzten, die sich zu dieser Mitarbeit bereitgefunden haben, gefunden.

Die Schülerinnen konnten sich bereits in diesem Halbjahr ihre festen Arbeitsplätze nach dem Verlassen der Schule sichern.

Dem Bemühen des Vereins entsprechend, die Schule in geeigneten neuen Räumen unterzubringen, soll durch eine Initiative seines Vorsitzenden, des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, im Zuge eines Bauvorhabens der Landeshauptstadt München für das Personal eines Städtischen Krankenhauses, bei dem die Bayerische Ärzteversorgung als Bauherr auftritt, ein eigenes Schulgebäude errichtet werden, das die beiden Schulzweige aufnehmen wird.

Die Schulräume sollen auch für die Fortbildung der technischen Assistentin in der Medizin, der Arzthelferin sowie gegebenenfalls für die Weiterbildung zur medizinisch technischen Lehrassistentin Verwendung finden.

Die Planungsvorbereitungen sind nach der Besichtigung einiger bereits vorhandener Schulen im Gange. Es ist jedoch nicht beabsichtigt, die Ausbildungsrichtung Radiologie dabei einzubeziehen, da, abgesehen

von den hohen Kosten der dazu erforderlichen Einrichtungen, die Zahl der Interessentinnen an dieser Ausbildungsrichtung zu gering ist und es nach den bisherigen Erfahrungen auch bleiben wird.

Schulen für Orthoptistinnen in München und Erlangen

Träger der beiden Schulen ist der Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V.

Die Münchener Schule ist der Augenklinik am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München angegliedert und steht unter der Leitung des Direktors der Klinik, Professor Dr. MERTÉ. An dieser Schule werden insgesamt 16 Schülerinnen ausgebildet.

Die zweite Schule ist der Universitäts-Augenklinik Erlangen unter der Leitung von Professor Dr. SCHRECK angeschlossen. Die Schule kann pro Jahrgang vier Schülerinnen aufnehmen.

Die Ausbildung erfolgt nach den Vorschriften für die Ausbildung von Orthoptistinnen im Land Nordrhein-Westfalen, in dem dieser Beruf bereits staatlich anerkannt ist.

Die Ausbildungsbestimmungen sind gleichlautend mit jenen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft.

Im Anschluß an die zweijährige Ausbildung und an die bestandene Abschlußprüfung, welche unter dem Vorsitz eines Vertreters der DOG abgehalten wird, ist ein Praktikum von sechs Monaten bei einem Augenarzt mit Sehschule und einer dort vollbeschäftigten, erfahrenen Orthoptistin vorgeschrieben. Erst danach wird ein Diplom ausgestellt.

In den Bemühungen der Berufsverbände der Augenärzte und der Orthoptistinnen um die Erlangung der staatlichen Anerkennung, die von der ärztlichen Berufsvertretung unterstützt werden, konnten weder auf Bundes- noch auf Landesebene Fortschritte erzielt werden. Offensichtlich ist die geplante Neuordnung der Assistenz- und Heilhilfsberufe und die Tendenz, ihre Zahl zu verringern, der Grund für diese Entwicklung. Es bleibt deshalb zunächst nur der Weg, die schulrechtliche Anerkennung als Berufsfachschule zu erreichen.

Während sich die Schule an der Augenklinik der Technischen Universität München selbst trägt, erfordert die Schule an der Universitäts-Augenklinik Erlangen noch die Bezuschussung durch den Verein.

Der Bedarf an diesen Mitarbeitern bei praktizierenden Augenärzten und Universitäts-Augenkliniken ist nach den Feststellungen des Bundesverbandes um ein erheblich Vielfaches höher als die in der Bundesrepublik zur Verfügung stehenden Ausbildungsplätze. Der Verein unterstützt deshalb alle Bemühungen um die Errichtung neuer Ausbildungsstätten an Kliniken und in geeigneten Augenarztpraxen.

Ihr Problem: Der alternde Mensch
mit Herzinsuffizienz
und eingeschränkter
Nierenfunktion

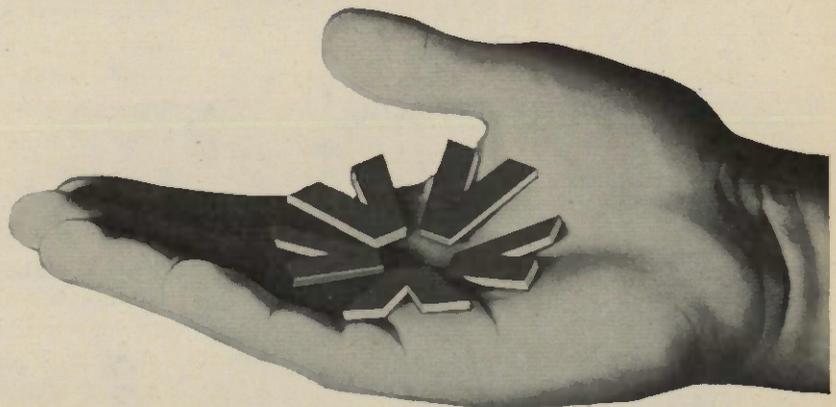
Die Lösung: **Talusin[®]**
Theo-Talusin[®]

denn:

Talusin wird unabhängig
von der Funktionsfähigkeit
der Niere eliminiert und ist
daher auch für diese
Patienten das Glykosid
mit den fünf

Vorzügen:

- ▼ zuverlässig in der Wirkung
- ▼ leicht steuerbar
- ▼ gut verträglich
- ▼ einfach zu dosieren
- ▼ risikoarm in der Anwendung



Indikationen

Alle Formen der Herzinsuffizienz,
Altersherz, Nachbehandlung des
Herzinfarktes. Bei Cor pulmonale
und bei starker Flüssigkeitsretention
ist die Behandlung mit Theo-Talusin
besonders angezeigt.

Kontraindikationen

Bei Berücksichtigung der üblichen
Regeln für jede Therapie mit
Herzglykosiden liegen für Talusin
und Theo-Talusin keine
Kontraindikationen vor.

Zur besonderen Beachtung

In den ersten drei Monaten einer
Schwangerschaft ist die Verordnung
des Arzneimittels – entsprechend
den heutigen Auffassungen über den
Arzneimittelgebrauch durch

werdende Mütter – kritisch
abzuwägen.

Nebenwirkungen

Während der Behandlung können
gelegentlich gastrointestinale
Beschwerden auftreten.

Dosierung

Sättigungstherapie:
1–2,5 mg pro die,
Erhaltungstherapie:
0,75–2 mg pro die; je nach
Schwere der Herzinsuffizienz.

Zusammensetzung

Talusin ist reines, kristallisiertes
3 β -Rhamnosido-14 β -hydroxy- Δ^4 ,20,22-
bufatrienolid (Proscillaridin), ein
Glykosid aus Scilla maritima var. alba.
1 Dragée enthält ¼ mg bzw. ½ mg
Talusin. Theo-Talusin ist die

Kombination von Talusin mit
7-(β -Hydroxyäthyl)-theophyllin.
1 Dragée enthält ¼ mg bzw. ½ mg
Talusin und 75 mg 7-(β -Hydroxyäthyl)-
theophyllin.

Handelsformen

Talusin ¼ mg

50 Dragées Orig.-Pckg. DM 5,55
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 10,40

Talusin ½ mg

50 Dragées Orig.-Pckg. DM 8,90
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 16,25

Theo-Talusin ¼ mg

50 Dragées Orig.-Pckg. DM 7,10
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 13,35

Theo-Talusin ½ mg

50 Dragées Orig.-Pckg. DM 12,15
100 Dragées Orig.-Pckg. DM 22,15



KNOLL AG
Chemische Fabriken
6700 Ludwigshafen

Schule für Zytologie-Assistentinnen

Diese in Bayern einzige Schule ist dem Institut für klinische Zytologie der Technischen Universität München angegliedert, das unter der Leitung des Lehrstuhlinhabers, Professor Dr. SOOST, steht.

Die hier zur Verfügung stehenden Räume und das Personal ermöglichten bisher lediglich die Ausbildung von acht Schülerinnen im Jahr. Von September 1974 an werden zehn Schülerinnen aufgenommen werden können.

Die zweijährige Ausbildung teilt sich in ein theoretisches und ein praktisches Jahr, an die sich jeweils eine Prüfung anschließt. Die gemeinsam mit dem Leiter der Schule angestrebte staatliche Anerkennung der Ausbildung der Zytologie-Assistentinnen konnte bislang noch nicht erreicht werden.

Inzwischen hat die Deutsche Gesellschaft für Zytologie einen Vorschlag für eine Ausbildungs- und Prüfungsordnung der Zytologie-Assistentin als bundeseinheitliche Regelung erstellt, welche auf die an der Münchener Schule praktizierte zweijährige Ausbildung abgestellt ist. Dieser Vorschlag wurde den zuständigen Ministerien der Länder vorgelegt. In der Konferenz der leitenden Medizinalbeamten wird in dieser Angelegenheit der Weg erwogen, die Ausbildung der Zytologie-Assistentin über eine Novelle zum Gesetz über technische Assistentinnen in der Medizin zu regeln. Initiativen dazu sind allerdings noch nicht zu erkennen. Deshalb wurden die bereits im vergangenen Jahr begonnenen Verhandlungen mit den Bayerischen Staatsministerien des Innern und für Unterricht und Kultus weitergeführt, um auf einem anderen Weg zur staatlichen Anerkennung zu gelangen.

Die Aufwendungen für die im Jahr 1967 errichtete Schule gehen fast ausschließlich zu Lasten der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. Die unterrichtenden Lehrkräfte gehören dem Institut für klinische Zytologie an. Im Berichtszeitraum konnten sie mit 30 neuen und leistungsfähigen Mikroskopen ausgestattet werden.

Gruppenversicherungsvertrag der Bayerischen Landesärztekammer mit der Vereinigten Krankenversicherung AG

Der seit fast zehn Jahren mit der Vereinigten bestehende Gruppenversicherungsvertrag wurde im Jahre 1973 auf eine neue vertragliche Grundlage gestellt. Neben der in der Krankentagegeld- und Krankenhaus-tagegeldversicherung unumgänglichen Beitragserhöhung — die Beiträge waren seit Beginn des Gruppenversicherungsvertrages bei laufend steigenden Schadenquoten unverändert — und der gleichzeitig entsprechend den Wünschen der Ärzteschaft in diesen Tarifen vorgenommenen Leistungsverbesserungen wurden die Spezialtarife für Ärzte in der Krankheits-

kostenversicherung in den Gruppenversicherungsvertrag aufgenommen.

Dieser Schritt hat zu einer kaum voraussehbaren Belebung des Gruppenversicherungsvertrages geführt. Während bisher die Krankheitskostenversicherung von Ärzten die Ausnahme war, läßt der nunmehrige Umfang dieser Versicherungsart im Gruppenversicherungsvertrag einen Wandel im Verhalten der Ärzteschaft erkennen.

Es setzt sich immer mehr die Ansicht durch, daß auch für Ärzte eine Krankheitskostenversicherung zweckmäßig, im Falle einer stationären oder zahnärztlichen Behandlung nahezu unerläßlich ist. Sicherlich wurde die Entscheidung, eine Krankheitskostenversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages abzuschließen, auch durch die sehr günstigen Beiträge der Vereinigten erleichtert.

Diese Beiträge waren aber nur dadurch möglich, daß die Vereinigte bei der Kalkulation der Spezialtarife für Ärzte bestimmte Annahmen traf, die ein bei Ärzten gegenüber Nicht-Ärzten geringeres Risiko auswies. Diese Annahmen — vor allem eine im Durchschnitt wesentlich niedrigere Liquidation bei der Behandlung von Ärzten und deren Familienangehörigen sowie im Falle eines stationären Aufenthaltes die Berechnung einer niedrigeren als der tatsächlich aufgesuchten Pflegeklasse — stützten sich sowohl auf Auswertungen des Versicherungsbestandes der Vereinigten als auch auf die Erfahrungen und Empfehlungen der ärztlichen Standesorganisationen gegenüber ihren Mitgliedern; wie überhaupt festgehalten werden muß, daß die Ärztespezialtarife in enger Zusammenarbeit zwischen der Vereinigten und der Ärzteschaft, in erster Linie mit dem Ärztebeirat geschaffen wurden.

Die Vereinigte hat aber nun den Ärztebeirat davon unterrichtet, daß die Annahmen sich nicht in allen Bereichen bestätigt haben. Während dies im ambulanten Bereich weitestgehend der Fall war, ist im stationären und zahnärztlichen Bereich zwischenzeitlich — die Tarife wurden 1971 kalkuliert — ein grundlegender Wandel eingetreten. So unterscheiden sich hier die Liquidationen und auch die Krankenhausrechnungen für Ärzte gegenüber Nicht-Ärzten nicht mehr im ursprünglichen Umfang.

Die Vereinigte muß deshalb noch im Laufe dieses Jahres die Beiträge in den Krankheitskostentarifen für Ärzte anpassen. Der Ärztebeirat der Vereinigten mußte nach eingehender Prüfung die Notwendigkeit einer Beitragserhöhung anerkennen. Die Ärzte werden hierüber von der Vereinigten noch gesondert unterrichtet. Allerdings steht bereits jetzt fest, daß auch nach erfolgter Beitragserhöhung die Beiträge für Ärzte erheblich unter den Beiträgen vergleichbarer Tarife für Nicht-Ärzte liegen.

Auch im Jahre 1973 konnte die gute Zusammenarbeit der Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages fortgesetzt und eine Verständigung in allen ge-

meinsamen Angelegenheiten herbeigeführt werden. Die im Hinblick auf den Umfang der Gruppenversicherung unbedeutende Zahl von Beschwerden von Versicherungsnehmern konnte geklärt und zum Teil im Kulanzwege bereinigt werden. Die Anwendung des im Vertrag vorgesehenen Schiedsverfahrens in Streitfällen war in keinem Falle erforderlich.

Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft

– gemeinsame Pressestelle der Landesärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, zugleich Redaktionsbüro München des „Deutschen Ärzteblattes“ –

55 Informationsdienste boten Kurzinformationen über Aktuelles aus der Presse, befaßten sich mit Fortbildungskongressen, mit allgemeinen statistischen Angaben aus dem ärztlichen Bereich oder nahmen u. a. Stellung zum „Ländergesetz über das Facharztwesen“, zur „Novellierung des § 218“ und zur „Ambulanten ärztlichen Versorgung“, um nur einige der Themen aufzuzeigen.

16 Nachrichtendienste berichteten und informierten über Fortbildungskongresse und stellten u. a. Tatsachen zur ärztlichen Versorgung in Bayern richtig.

4 Pressekonferenzen wurden anlässlich der Einweihung eines neuen Bettenhauses in Bad Trißl,

des 26. Bayerischen Ärztetages sowie von ärztlichen Fortbildungskongressen abgehalten.

Die Pressestelle lieferte ferner 8 Berichte über „Aktuelles aus Bayern“ an das „Deutsche Ärzteblatt“.

Verlag Bayerische Landesärztekammer

„Bayerisches Ärzteblatt“

Auflage 23 500. – Einzelexemplare wurden an Ärzte in der DDR und in das Ausland gesandt, darunter nach Brasilien, Bulgarien, Finnland, Großbritannien, Italien, Jugoslawien, Österreich, Polen, Rumänien, Schweiz, Sowjetunion, Tschechoslowakei, Ungarn, Uruguay und USA.

Schriftenreihe

In der Berichtszeit sind zwei Bände erschienen:

„Schnelldiagnostik und Soforttherapie – Therapie bei Bluterkrankungen – Psychopharmaka – Gesundheitsschäden durch Überlastung“ (Vorträge des 23. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer)

„Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“ (Vorträge der 12. Bayerischen Internistentagung)

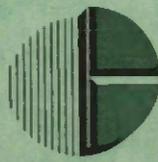
Zwei weitere Bände sind in Vorbereitung und werden im Spätherbst dieses Jahres ausgeliefert (Vorträge des 24. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer – Vorträge der 13. Bayerischen Internistentagung).

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., Anstaltspackungen.

*unverbindlich.

Hoffmann-La Roche AG · 7889 Grenzach

Auf Einzelanforderungen wurden im Berichtszeitraum rund 3500 Bände versandt, darunter auch an die deutschen Landesbibliotheken und die bayerischen Universitätsbibliotheken.

Dr. Willy REICHSTEIN, der langjährige Schriftleiter, trat aus gesundheitlichen Gründen in den Ruhestand. Die Schriftleitung setzt sich nunmehr wie folgt zusammen:

Professor Dr. med. Hans Joachim SEWERING, Dr. med. Hermann BRAUN, Dr. med. Friedrich KOLB, Dr. med. Kurt STORDEUR – verantwortlich für den Inhalt: Rita HORN

Allgemeine Arbeiten der Kammer

Die Inanspruchnahme der Kammer im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben, soweit sie in diesem Bericht nicht in den entsprechenden Kapiteln gesondert dargestellt sind, läßt sich in ihrem Umfang in einem schriftlichen Bericht für die einzelnen Bereiche nicht aufzeigen. Das Volumen der persönlichen Vorsprachen, Besprechungen, fernmündlichen und vor allem der schriftlichen Auskünfte an Ärzte, Behörden, Dienststellen und Privatpersonen war nur bei einem über die normale Arbeitszeit hinausgehenden Einsatz aller Mitarbeiter erfüllbar. Dennoch ist es, nicht zuletzt wegen der gerade in einer Großstadt kritischen Personalsituation nicht immer gelungen, die schriftlichen Auskünfte und Stellungnahmen zeitgerecht zu erledigen. Es besteht deshalb Anlaß, den davon betroffenen Kolleginnen und Kollegen für ihr Verständnis, das sie dafür gezeigt haben, an dieser Stelle zu danken.

Hervorzuheben ist aus der Kammerarbeit noch die Erstellung von Gutachten für Behörden und Gerichte zu standesrechtlichen Fragen und vor allem in Honorarstreitigkeiten, die im Berichtszeitraum gleichfalls an Umfang zugenommen haben.

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

Die Arbeitsgemeinschaft hielt im Berichtszeitraum eine Mitgliederversammlung und eine Vorstandssitzung ab. Gegenstände der Beratung waren die Aufklärung der Bevölkerung und der Ärzteschaft, die Tumorkliniken, weitere in der Satzung des Vereins festgelegte Aufgaben sowie Regularien. Anstelle des infolge Übernahme eines neuen Tätigkeitsbereichs außerhalb Bayerns ausgeschiedenen 2. Vorsitzenden, Dr. KOLB, 1. Direktor der LVA Oberbayern, wurde sein Nachfolger im Amt der LVA Oberbayern, Direktor EBERLEIN, gewählt.

Die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft, soweit sie die Laienaufklärung und die Betreuung der Tumorkliniken betreffen, werden nachfolgend gesondert dargestellt. Die Arbeitsgemeinschaft ist Trägerin der Schule für

Zytologie-Assistentinnen, die von ihr finanziell unterhalten wird. Die Mittel stammen aus einem Zuschuß des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung sowie aus Zuwendungen der Rentenversicherungsträger, des Verbandes der Ortskrankenkassen und der KVB.

Laienaufklärung

Die Unterrichtung von Laien über Krebsfrüherkennung, -vorsorge sowie über Krebsbehandlung beschränkte sich auf persönliche Gespräche, fernmündliche und schriftliche Auskünfte sowie Ratschläge. Die Aufklärungsschriften der Arbeitsgemeinschaft, vor allem der Kalender für die Frau, wurden in großer Menge über die Ärzteschaft, Apotheken und Krankenkassen an Laien zur Verteilung gebracht.

Vorträge für Laien wurden infolge der langdauernden Krankheit des Geschäftsführers im letzten Zeitraum nicht abgehalten.

Tumorkliniken

Die satzungsgemäße und mit den Trägern der beiden Tumorkliniken vereinbarte Betreuung erstreckte sich vor allem auf die laufende Unterrichtung der Ärzteschaft über die Nachbehandlungsmöglichkeiten von Tumorpatienten nach Operation und/oder Bestrahlung. Diese erfolgte durch persönliche Schreiben an die Direktoren der Kliniken, Ärzte an Krankenanstalten sowie über die vierteljährlich versandten Rundschreiben sowie Sonderrundschreiben der Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns an die über sie abrechnenden Ärzte unter Beifügung der für die Einweisung von Tumorpatienten erforderlichen Befundvordrucke.

Die Landesverbände der gesetzlichen und Ersatzkrankenkassen wurden gebeten, ihre Mitglieder auch in diesem Jahr auf die Nach- und Weiterbehandlungsmöglichkeiten in den beiden Tumorkliniken hinzuweisen.

Trotz dieser vielseitigen Bemühungen liegt die Anzahl der eingewiesenen Patienten, mit Ausnahme jener nach Tumoren des weiblichen Genitales und der Brust, noch immer erheblich unter der nach der Morbidität zu erwartenden Patientenzahl. Dies zeigte sich vor allem in den letzten Monaten des Berichtsjahres.

Die gute und verständnisvolle Zusammenarbeit mit den Krankenkassen konnte auch in diesem Jahre weiter fortgesetzt werden.

Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trüßl / Oberaudorf

Nach verhältnismäßig kurzer Bauzeit konnte das vierte Bettenhaus mit 80 Betten am 27. Juli 1973 eröffnet werden. Damit erhöht sich die Kapazität der Klinik auf 271 Betten. Diese Zunahme an Betten ermöglichte es, die Wartezeit für Patientinnen in den folgenden Monaten bis zum Jahresende abzubauen.

Im Jahre 1973 wurden ca. 1028 Patientinnen über die Arbeitsgemeinschaft eingewiesen und in der Klinik behandelt.

Die enge wissenschaftliche und kollegiale Zusammenarbeit mit den Münchener Universitätskliniken und dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg wurde in bezug auf die Behandlung der Patientinnen der Klinik wie auch auf die Fortbildung der in der Klinik tätigen Ärzte intensiv fortgesetzt.

Am 24. bis 26. Oktober 1973 fand das erste Oberaudorfer Gespräch über Krebsbehandlung unter der Leitung von Professor Dr. SCHMÄHL in der Gynäkologisch-Onkologischen Klinik statt, an dessen Vorbereitung die Arbeitsgemeinschaft beteiligt war.

In einem Kreis international anerkannter Fachärzte wurde das Leitthema „Krebsbehandlung unter chemotherapeutischen Gesichtspunkten“ eingehend diskutiert und es wurden für die Durchführung einer prophylaktischen Chemotherapie Postulate aufgestellt.

Schloßbergklinik Oberstaufen

Neben den Anstrengungen der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft, eine optimale Belegung der Kliniken zu erreichen, über die bereits berichtet wurde, erfolgte die verstärkte Mitwirkung der Arbeitsgemeinschaft bei der Bemühung um eine Überführung der Klinik in die Hand eines öffentlichen Trägers.

Es fanden in Fortsetzung vorangegangener Verhandlungen in dieser Angelegenheit eine Reihe von Gesprächen mit den Eigentümern und den Bezirken

Schwaben und Oberbayern sowie mit der Arbeitsgemeinschaft der Bezirkstagspräsidenten statt.

In diesem Rahmen erfolgte auch eine eingehende Besichtigung der Klinik durch Vertreter des Bezirks Schwaben. Die Verhandlungen konnten zwar weit vorangetrieben, jedoch noch nicht zum Abschluß gebracht werden.

Die Arbeitsgemeinschaft war auch laufend bemüht, die ausreichende ärztliche Versorgung durch die Besetzung mit qualifizierten Mitarbeitern zu erreichen. Hierbei wurde die Notwendigkeit einer öffentlichen Trägerschaft besonders deutlich.

Die Verhandlungen über einen neuen Pflegesatz konnten mit gutem Ergebnis abgeschlossen werden.

Die Belegung war, wie bereits erwähnt, trotz intensiver Unterrichtung der Ärzte und der Öffentlichkeit unzureichend und lag zeitweise weit unter dem optimalen Ausnutzungsgrad. Insgesamt wurden 1337 Patienten behandelt.

Reichsärztekammer-Abwicklungsgesetz

Das am 1. Dezember 1973 in Kraft getretene Gesetz hat die Reichsärztekammer jetzt auch de jure aufgelöst und regelt die Verteilung der Versorgungslast ihrer früheren Dienstangehörigen.

Die Bayerische Landesärztekammer ist zum Treuhänder für die Durchführung des Reichsärztekammer-Abwicklungsgesetzes vom 9. Oktober 1973 (BGBl. I S. 1449/73) bestellt worden. Der Treuhänder untersteht dem Bundesminister des Innern.

Die Allgemeinmedizin und ihre Zukunft

von Hermann Braun

Aus den Reihen der Kritiker unseres Systems hört man immer wieder, daß der Hausarzt im Aussterben begriffen sei, daß die Allgemeinärzte hoffnungslos überaltert seien und es für dieses Fach keinen Nachwuchs mehr gäbe. Hat das Interesse an der Allgemeinmedizin bei den Studenten und jungen Kollegen wirklich so erheblich nachgelassen, wie es häufig dargestellt wird? Wenn man den Ergebnissen der Meinungsumfragen bei Medizinstudenten und jungen Ärzten glauben darf, ist das Interesse an der Allgemeinmedizin außerordentlich gering. Nach unseren eigenen Erfahrungen bei Seminarveranstaltungen für junge Kollegen und bei persönlichen Gesprächen sieht aber die Prognose ganz anders aus. Viele junge Kollegen bezeugten uns ihr Interesse an der Allgemeinmedizin. Dieses Interesse wird vor allem dann geweckt und gesteigert, wenn der junge Kollege schon einmal einen lebendigen Kontakt mit der Allgemeinmedizin hatte — sei es mit einem Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin, bei der Anwesenheit in einer Allgemeinpraxis während des Studiums, bei einer Famulatur

oder während einer Assistententätigkeit in einer Allgemeinpraxis. Bei all diesen Kontakten stellt sich immer wieder heraus, daß der junge Mediziner während seines Studiums oder seiner Weiterbildungszeit in der Klinik ein völlig verzeichnetes Bild von der Allgemeinpraxis vermittelt bekam. Er ist immer wieder dankbar für eine positive Korrektur dieses Bildes und entscheidet sich dann häufig selbst für die Allgemeinmedizin.

Ein Teil der jungen Kollegen, mit denen wir Kontakt hatten, äußerte die Absicht, später in einer Allgemeinpraxis tätig zu werden. Er meinte aber, es sei sinnvoll, doch zuerst die Facharztanerkennung für Innere Medizin zu erwerben, damit man auf jeden Fall den Facharzttitel in der Tasche hätte. Dies zeigt uns, daß die Bemühungen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern, den Allgemeinarzt durch einen gesonderten Weiterbildungsgang den Fachärzten gleichzustellen, bei den jungen Kollegen noch nicht genügend reflektiert wird. Mit der neuen Weiterbildungs-

ordnung, die nach dem Inkrafttreten der Landesgesetze zur Weiterbildung geschaffen wird, muß also endlich der Westländer Ärztetagsbeschluß zum Tragen kommen, der die Abschaffung aller Facharztbezeichnungen gefordert hat. Als Alternative gäbe es nur die Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin.

Es gibt viele Möglichkeiten, um dem jungen Mediziner die Aufgaben, die Tätigkeiten und die umfassenden Möglichkeiten des Allgemeinarztes näherzubringen und damit dieses Fach attraktiver zu machen. Selbst engagierte Hochschullehrer bekennen heute, daß die medizinische Ausbildung an unseren Universitäten nicht allgemeinmedizin-freundlich ist. Die Spezialisierung und Subspezialisierung der Medizin und besonders der Hochschullehrer ist wegen der rasanten Fortschritte in Forschung und Technik eine Notwendigkeit. Aber gerade deshalb ist es heute notwendiger denn je, daß es für den Medizinstudenten Lehrer gibt, die die Mosaiksteinchen der Subspezialitäten zu einem Bild des lebendigen Menschen zusammensetzen. Diese Aufgabe kann kein anderer erfüllen als der Allgemeinarzt, der im ständigen Kontakt zu seinen Patienten und ihren Problemen steht. Darum muß für ihn in der Lehre eine Institution geschaffen werden, die ihm Mittel und Personal in die Hand gibt, mit deren Hilfe er seine wichtige Aufgabe an der Hochschule erfüllen kann. Nur wenn der Medizinstudent frühzeitig während seines Studiums und bei der Famulatur mit der Allgemeinmedizin, so wie sie wirklich ist, konfrontiert wird, wird das bisher total verzeichnete Bild von der Allgemeinmedizin korrigiert werden können.

Dazu gehört aber auch, daß sich genügend Allgemeinärzte finden, die in ihrer sowohl im Leistungsspektrum wie in der Organisation qualifizierten Praxis bereit sind, Studenten als Famuli aufzunehmen, da die Famulatur in der Allgemeinpraxis nach der neuen Approbationsordnung zwingend vorgeschrieben ist.

Auch für die vorgeschriebene Weiterbildungszeit in Allgemeinmedizin brauchen wir genügend beispielhaft arbeitende Allgemeinärzte. Die Deutsche Akademie für Praktische Ärzte hat nach zwei Jahren Arbeit das Fach Allgemeinmedizin neu definiert und den Inhalt der Weiterbildung dargestellt. Es bleibt zu hoffen, daß nach Verabschiedung der Ländergesetze diese in die Weiterbildungsordnungen integriert wird, damit für die an der Allgemeinmedizin interessierten jungen Kollegen ein klarer Weg vorgezeichnet wird. Wir hoffen, daß sich auch genügend Chefärzte und Krankenhäuser finden, die diese Weiterbildung in allen Phasen garantieren.

In der Fortbildung auf allen Ebenen ist in den letzten Jahren viel geschehen, um die Themen und deren Darstellung praxisbezogener zu gestalten. Trotzdem ist zu wünschen, daß bei den angelaufenen Arbeiten für eine Neugestaltung und Intensivierung der Fortbildung mehr Gewicht auf die Erfordernisse der Allgemeinpraxis gelegt wird.

Um die Allgemeinärzte, besonders auf dem Lande, zu entlasten und sie von der ständigen Präsenzpflcht auch an den Wochenenden zu entbinden, war die Einrichtung von ärztlichen Notdiensten unbedingt erforderlich. Sie sind heute im ganzen Bundesgebiet zufriedenstellend organisiert und ermöglichen so auch dem Landarzt freie Wochenenden. Die Notdienste rund um die Uhr, wie sie in manchen Ballungszentren existieren, sollten aber nicht dazu verleiten, daß auch die als Hausärzte tätigen Allgemeinmediziner ihren Patienten nur mehr während der Sprechstundenzeiten zur Verfügung stehen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Hausarzt erfordert es zwingend, daß der gewählte Arzt des Vertrauens seinen Patienten gerade auch bei einer Notsituation zur Verfügung steht. Unser freiheitliches System der ärztlichen Versorgung steht und fällt mit der Bereitschaft der Ärzte, jederzeit für ihre Patienten dazusein. Damit sie dies ohne unzumutbare physische Überlastung auch tun können, ist es erforderlich, daß jeder Arzt seine Patienten so erzieht, daß sie ihn außerhalb der Sprechstundenzeiten nur in wirklichen Notfällen in Anspruch nehmen.

In unseren eigenen Praxen können wir sehr viel tun, um die Versorgung der Patienten zu verbessern und uns das Leben angenehmer zu gestalten. Es müßte heute keine langen Wartezeiten mehr geben, wenn alle Ärzte entsprechende Umstellungen in ihrer Organisation vornehmen würden. Wie sich in meiner eigenen großen Landpraxis gezeigt hat, ist auch hier das Bestellsystem durchaus praktikabel. Wenn man aber, wie ich, in Abständen von 15 Minuten die Patienten bestellt, mit denen man zu reden und die man zu untersuchen hat, muß man organisatorische und räumliche Maßnahmen treffen, um auch die vielen anderen Patienten zufriedenstellen zu können, die keine zeitaufwendigen Maßnahmen (z. B. Spritzen, Verbände usw.) benötigen. Um organisatorisch dies bewältigen zu können, braucht man auch eine zentrale Annahme mit einer guten Kartei, die die Patienten erfaßt, bevor sie das Wartezimmer betreten. In der Anordnung der Räume, in der Organisation und im Personaleinsatz ist heute vieles möglich, um den Ablauf eines Arbeitstages ruhiger und effizienter zu gestalten. So wie in wirtschaftlichen Dingen ist aber der Arzt meist auch in organisatorischen Fragen überfordert. Darum wird es notwendig sein, daß sich die Fortbildung auch der Fragen der Praxisrationalisierung annimmt.

Zu einer befriedigenden allgemeinärztlichen Tätigkeit gehört auch die gute Kooperation mit den Fachärzten und Krankenhausärzten. Während es früher Fachärzte nur in größeren Städten gab, haben sich in den letzten Jahren in zunehmendem Maße Fachärzte auch in den kleineren Kreisstädten niedergelassen. Vielerorts besteht heute eine komplette Facharztbesetzung. Dort, wo die Kooperation zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten gut funktioniert, war dies schon immer eine

Hohe SICHERHEIT

durch breites Spektrum

GRAM +

Staph. aur.

Str. pyogenes

Str. faecalis

Dipl. pneumoniae

Neiss. gonorrh.

Neiss. mening.

H. influenzae

B. pertussis

Klebsiella

E. coli

Salmonellen

Shigellen

Proteus

Pseudomonas aerug.

M. tuberc.

Tr. pallidum

GRAM -

BACTRIM[®] ROCHE

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



KONTRAINDIKATIONEN Schwere Leberschäden, Blutdyskrasien, Niereninsuffizienz, Sulfonamidüberempfindlichkeit. Bactrim ist vorläufig während der Schwangerschaft kontraindiziert. Falls eine solche nicht ausgeschlossen werden kann, sind mögliche Risiken gegen den erwarteten therapeutischen Effekt abzuwägen. Ferner sollte Bactrim Früh- und Neugeborenen während der ersten Lebenswochen nicht verabreicht werden. **VERTRÄGLICHKEIT** Bactrim ist in der angegebenen Dosierung gut verträglich. Übelkeit und Erbrechen sowie Arzneimitteltoxikation können auftreten. In vereinzelten Fällen, vorwiegend bei älteren Patienten, sind hämatologische Veränderungen beobachtet worden. Dabei handelt es sich fast stets um leichte, asymptomatische Erscheinungen, die sich nach Absetzen des Medikamentes als reversibel erwiesen.

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

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

PACKUNGEN UND PREISE* 20 Tabletten DM 18,15 m. U. St. 20 Kindertabletten DM 5,70 m. U. St. Sirup für Kinder
50 Tabletten DM 41,30 m. U. St. 50 Kindertabletten DM 13,60 m. U. St. 100 ml DM 12,50 m. U. St.

* unverbindlich



HOFFMANN-LA ROCHE AG,
7889 GRENZACH

Art von Gruppenpraxis, nur daß das Team dabei nicht unter demselben Dach arbeitete. Die jungen, nachwachsenden Kollegen haben im Krankenhaus das Teamwork gelernt, wissend um seine großen Vorteile, und versuchen, es auch in der Praxis zu realisieren. Ohne Zweifel ist die Zusammenarbeit mehrerer Ärzte unter einem Dach bei gemeinsamer Nutzung der Räume, der Einrichtung und gemeinsamer Beschäftigung des Personals sehr sinnvoll. Diese Art der Zusammenarbeit ist wirtschaftlicher und effizienter als die in mehreren Einzelpraxen. Die wirtschaftlichen und kooperativen Vorteile sind in einer Gemeinschaftspraxis und in einer Praxisgemeinschaft die gleichen. Vor allem aus Gründen der menschlichen Unzulänglichkeiten ist die Gemeinschaftspraxis nur für enge Verwandte zu empfehlen. Während sich in einer Gemeinschaftspraxis nur Kollegen des gleichen Faches zusammenschließen können, ist in einer Praxisgemeinschaft der Zusammenschluß von Vertretern verschiedener Fachrichtungen möglich. Wenn Allgemeinärzte eine Praxisgemeinschaft gründen und auch Vertreter anderer Fachrichtungen mit hineinnehmen wollen, muß in erster Linie überlegt werden, welche Fächer als Ergänzungen für den Allgemeinarzt die sinnvollsten sind. Die Beantwortung dieser Frage hängt von zahlreichen Kriterien ab. Die Zahl der Beteiligten muß durch die Größe des Einzugsgebietes bestimmt werden. Die Frage, ob und welche Fachärzte zu Allgemeinmedizinern in einer Gruppe aufgenommen werden sollen, kann nur gelöst werden, wenn man das Leistungsspektrum der sich zusammenschließenden Allgemeinärzte überblickt. So wäre es z. B. sinnlos, einen Internisten aufzunehmen, wenn die Allgemeinärzte selbst aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung die EKG-Auswertung, die Laborleistungen oder auch Proktologie und Rektoskopie selbst erbringen können. Sinnvoll ist in größeren Orten auf jeden Fall der Zusammenschluß mehrerer Allgemeinärzte, von denen ein jeder schon während der Weiterbildungszeit sich mit einem bestimmten Teilgebiet besonders beschäftigt hat. Sie können sich dann echt ergänzen. In einem solchen Zusammenschluß können der Bereitschaftsdienst in der sprechstundenfreien Zeit, die Urlaubsvertretungen und die Vertretungen bei Besuch von Fortbildungskongressen leicht geregelt werden. Auch kann sich eine solche Gruppe ihre Praxis wesentlich aufwendiger einrichten und qualifiziertes Personal beschäftigen, ohne dabei in große wirtschaftliche Schwierigkeiten zu geraten.

Darüber hinaus aber wird es die Einzelpraxis in der Allgemeinmedizin immer geben müssen. Der Allgemeinarzt im Sinne des Hausarztes kann nur dann optimal arbeiten, wenn er patientennah arbeitet und wohnt. Ganzheitsmedizin im Sinne der Allgemeinmedizin kann nur dann betrieben werden, wenn der Arzt die Lebensgewohnheiten, die Familien, die Arbeitsbelastung und die Freizeitgestaltung seiner Patienten

kennt. Dies kann er aber wiederum nur, wenn er unter ihnen lebt.

Die Ärzteschaft hat von sich aus in den letzten Jahren vieles getan, um die patientennahe ärztliche Versorgung, besonders auf dem Lande, zu verbessern. Diesen Bemühungen waren auch beachtliche Erfolge beschieden. Man kann aber von der Ärzteschaft nicht verlangen, daß sie auch Probleme löst, die nicht in ihre eigene Kompetenz fallen. Der Staat und die Kommunen, die so gerne bereit sind, nach einer Optimierung der ärztlichen Versorgung zu rufen, sollten wissen, daß sie hier vieles versäumt haben, und daß es vor jeder Kritik an der Ärzteschaft ihre eigene Pflicht wäre, die Fehler zu erkennen und wieder gutzumachen. Periphere Gebiete werden eben immer unattraktiver, wenn dort Bahnstationen, Postämter, Polizeistationen, Gemeindeverwaltungen, Gerichte, Schulen u. a. geschlossen und aufgelöst werden, um alles zu zentralisieren. Sogar Pfarrstellen werden wegen des Priestermangels nicht mehr besetzt. Man denkt nicht daran, daß auch junge Ärzte, die gewillt sind, in solchen Gebieten sich niederzulassen, Kinder haben, die volks- und weiterbildende Schulen besuchen sollen, daß auch sie Ansprüche an die Gesellschaft haben, die das Leben auf dem Lande erträglich machen.

Das Interesse an der Allgemeinmedizin wächst bei den jungen Kollegen, es kann durch Maßnahmen in der Aus- und Weiterbildung noch gesteigert werden. Wenn alle zusammenwirken und wenn jeder einzelne von uns sich zusammen mit den Selbstverwaltungsorganen bemüht, ständig seinen Wissensstand zu verbessern, die Aus- und Weiterbildung praxisbezogener zu gestalten, dafür die Einrichtungen zu schaffen und in seinem eigenen Arbeitsbereich zu rationalisieren und mit den anderen zu kooperieren, wird die Allgemeinmedizin in Deutschland ein wissenschaftliches und praktisches Niveau erreichen, das von niemandem übertroffen werden kann.

Ansch. d. Verf.: Dr. med. Hermann Braun, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16

Band 34 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen **k o s t e n l o s** zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge der 13. Bayerischen Internistentagung in München 1973.

„Vorfelduntersuchungen in der Inneren Medizin“

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

25 Jahre Nürnberger Fortbildungskongreß

von René Schubert

In diesem Jahr feiern wir das 25jährige Jubiläum des Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer. Jedes Jubiläum ruft dazu auf, sich über Beginn, Entwicklung, Erfolg und auch Zukunft Gedanken zu machen, die möglichst nicht durch allzu viele historische Zahlen gestört werden sollen; darum möchte ich nur die stolze Zahl 25 nennen.

Das Hauptverdienst kommt meinem verehrten Vorgänger in Klinik und Kongreß, Professor Friedrich Meythaler, zu, der damals in der Zeit des Wiederaufbaus nicht so sehr an Städte, Häuser und Straßen dachte, sondern in erster Linie an die Defizitsituation im ärztlichen Fortbildungsbereich. Hier war es dringend notwendig, nicht nur aufzuholen, um einigermaßen wieder Gleichschritt zu bekommen, sondern es wurde von vornherein das Ziel verfolgt, durch eine wohl-durchdachte Systematik einen Wissens- und Erfahrungsstatus zu erreichen, der als Ausgangsbasis für die weitere Fortbildung erforderlich war. Meythaler sprach von wissenschaftlichen Ärztetagen, d. h., es kam ihm nicht nur auf den lapidaren Aufholbedarf an, sondern auf die substantielle Fundierung. Die Bayerische Landesärztekammer als die eigentliche Veranstalterin dieser Kongresse trug in all den Jahren wesentlich dazu bei, die Entwicklung ihres Kongresses in jeder Hinsicht zu fördern. Und so wuchs der Nürnberger Fortbildungskongreß zu einem der größten in der Bundesrepublik heran.

Wenn wir jetzt in der großartigen Meistersingerhalle tagen, in der wir uns am Armaturenbrett mit vielen Hebeln und Knöpfen als Herrscher über die modernste Technik fühlen, sollte man nicht vergessen, mit welcher erheblichen Schwierigkeiten der Anfang dieses Kongresses belastet war. Allein die Raumfrage war in den ersten Jahren ein stetes Problem. Über den Marstall auf der Burg, über Theater, Kino und Hotelsäle ging es in die alte Messehalle, die zur damaligen Zeit an Atmosphäre so ziemlich alles vermissen ließ, was man sich von einem Kongreßsaal wünscht. Endlich konnte 1964 die Übersiedelung in den großen Saal der Meistersingerhalle erfolgen, die jetzt zu unserer geliebten und auch bewährten Kongreßheimat geworden ist. Das große und kleine Foyer bieten Platz für eine immer noch wachsende Zahl von Ausstellerfirmen auf dem Gebiet der Pharmazie und der technischen Medizin. Der kleine Saal der Meistersingerhalle und weitere Nebensäle nehmen Mitarbeiterinnen unserer Kollegen auf, um auch sie fortzubilden; ich nenne hier vor allem die seit einigen Jahren veranstalteten Kurse für Labortechnik.

Mit Stolz habe ich vor zwölf Jahren die Nachfolge von Meythaler angetreten. An dieser Stelle möchte ich dem Initiator und dem Veranstalter den herzlichsten Dank aller Kollegen aussprechen. Professor Sewering

ist als Präsident der Bundesärztekammer der Präsidentschaft der Bayerischen Landesärztekammer treu geblieben. Fürwahr eine bürdevolle Kombination von zwei hohen verantwortungsschweren Ämtern. Seiner Initiative ist es zu verdanken, daß der Nürnberger Fortbildungskongreß wuchs und gedieh.

Der Nürnberger Ärztekongreß der Bayerischen Landesärztekammer hat von Anfang an sein Gesicht behalten und ist damit nicht schlecht gefahren, d. h., er ist ein Einsaalkongreß geblieben und hat sich nicht zum „splitting“, wie es jetzt so schön heißt, entschließen können. Einfach und verständlich gesprochen heißt das: Lieber ein großer Saal voll als mehrere Säle und Sälchen halb oder noch schlechter besetzt. Diese Tatsache berührt nicht die Erfahrung, daß am Anfang und am Ende jeder Kongreßsaal auf der ganzen Welt zu groß ist. Der in den letzten Jahren nicht mehr so häufig gehörte Vorwurf des methodischen Konservatismus mußte gelassen ertragen werden; Bewährung und Erfolg sind hier entscheidend.

Und nun zur thematischen Programmierung. Wir haben uns immer bemüht, übergeordnete und zusammenfassende Probleme anzusprechen und gezielte Organthemen zu umgehen. Der römische Leitsatz „multum, non multa“ sollte gelten. Die rechte Auswahl der Themen und auch die Gewinnung erfahrener Referenten war bei der Kongreßgestaltung unser Bestreben. Immer wieder müssen wir den Vortragenden danken, die es zwanglos fertigbringen, in einer Redezeit von 30 Minuten ohne zeitraubende Einleitung und Zusammenfassung das für die Praxis entscheidend Wichtige und vor allem Neue zu bringen. Diese Vorträge dürfen nicht an Rezeptkurse erinnern, sie dürfen aber auch nicht allzu wissenschaftlich sein. Der als richtig erkannte Mittelweg entscheidet auch hier. Zum Punkt Wissenschaft möchte ich noch sagen, daß immer Wert darauf gelegt wurde, neue Forschungswege, insbesondere auf therapeutischem Gebiet, anzusprechen, um auch den an der Praxisfront stehenden Kollegen über Entwicklungen zu orientieren. Der Schwerpunkt jedoch heißt nach wie vor: Fortbildung, d. h. Umbau der bestehenden eigenen Kenntnisse nach dem neuesten Stand der Erfahrung, also Abbau alter diagnostischer und vor allem therapeutischer Vorstellungen und Anbau neuer Faktoren.

Mit diesen Gedanken wollte ich das Fortbildungsprinzip, dem wir viele Jahr hindurch folgen, darlegen. Als Einzelbeispiel sei auf unser diesjähriges Programm hingewiesen, bei dem wir nach dem aufgezeigten, nicht immer ganz leichten Grundsatzverfahren sind. Hochaktuell ist die Tuberkulose. In früherer Zeit galt bei der Differentialdiagnose von Lungeninfiltrationen zurecht der Spruch: „Was man nicht definieren kann, sieh als Tuberkulose an.“ In den letzten Jahren trat

bei unseren Überlegungen das Bronchialkarzinom ganz in den Vordergrund unter der Devise der Früherkennung. Heute gilt es, an beides zu denken.

Ein anderes Thema wird ewig dringlich bleiben: Neuester Stand der Pharmakotherapie. Wir wissen alle nur allzu genau, daß es kaum mehr dem Fachkliniker möglich ist, sich bei dem Überangebot von Präparaten schon rein nomenklatorisch zurecht zu finden. Hier kann nur eine klare Systematik helfen, die uns gleichsam eine Erfahrungsmatrix liefert, die wir im Prinzip des Ab- und Anbaus stets einsatzbereit haben müssen.

Ein weiteres Thema erfaßt die Geriatrie mit Rücksicht darauf, daß die Hälfte, oft sogar noch mehr unserer Patienten, in der täglichen Praxis im fortgeschrittenen Alter stehen. Besonderheiten der Therapie, gerade in der Geriatrie, müssen daher in verstärktem Maße in unseren Erfahrungsschatz aufgenommen werden. Die Zeiten sind glücklicherweise überwunden, wo man noch glaubte, daß die geriatrische Therapie lediglich eine Sache der abgewandelten Dosierung sei; hierbei gab es geradezu tragikomisch zwei konträre Gruppen. Die einen meinten: Höher dosieren wegen Resorp-

tionsstörung, die anderen: Niedrig dosieren, um nicht zu schaden.

Unser Thema am Sonntag berührt bewußt ein zur Zeit heißes Gebiet: Probleme der Sterbehilfe. Wir haben ganz besonderen Wert darauf gelegt, dieses Thema interdisziplinär betrachten zu lassen. Es ist an der Zeit, die echte Sterbehilfe in ihren richtigen Grenzen zu sehen. Hierbei können nie Emotionen eine Entscheidung herbeiführen, sondern nur sachliche und zugleich auch vom Gewissen geprägte Faktoren, die nicht zuletzt auf Erfahrungen basieren, die an der Front des Sterbens gesammelt wurden.

Wir wollen hoffen und wünschen, daß der Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer auch in Zukunft seinen hohen Auftrag erfüllt, nämlich in der Atmosphäre einer Großfamilie die medizinischen und vor allem auch die ärztlichen Erkenntnisse zu vermitteln, die uns befähigen, allen rat-suchenden und kranken Menschen zu helfen.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. René Schubert, Direktor der 2. Medizinischen Klinik Nürnberg, 8500 Nürnberg, Flurstraße 17

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:

„Die Spirographie als Grundlage einer optimalen Diagnostik und Therapie der Atemwegssyndrome“

Mehrere Mechanismen sind für eine Bronchialobstruktion verantwortlich, die bei pulmonalen Erkrankungen in erster Linie den Patienten gefährden. Deshalb muß die Feststellung der Bronchiallumenengung im Mittelpunkt einer rechtzeitigen Diagnostik stehen. Von überlegener Aussagekraft sind dafür selbst einfache pulmonale Funktionsteste, während sowohl die bisher üblichen Untersuchungsmethoden (pathologische RG, Röntgen-Thorax) als auch die unspezifischen subjektiven klinischen Symptome (Husten, Auswurf, Atemnot) versagt haben, da z. B. nicht einmal eine Korrelation zwischen der subjektiv empfundenen Dyspnoe, dem klinischen Kriterium des expiratorischen Pfeifen bzw. Giemen einerseits und der Schwere der objektiv gemessenen Obstruktion andererseits besteht. Auch bei Beschwerdefreiheit kann der ventilierbare Raum des Lungen- und Bronchialsystems bis auf 60 bis 70 Prozent der Norm eingeschränkt sein. Die mukoziliare Insuffizienz stellt zunächst eine reparable Funktionsstörung dar, die spä-

teren Komplikationen sind inkurabel. Zur Vermeidung einer ungenauen oder gar überflüssigen Behandlung ist die Bestimmung der Ventilationswerte unumgänglich. Das Volumenmaß der Vitalkapazität genügt dafür nicht, sondern es ist notwendig, zu wissen, ob dem Patienten genügend Luft in ausreichend schneller Zeit zur Verfügung steht, d. h., die für die ärztliche Praxis wichtigste Information ist die in 1 sec ausatembare Luftmenge nach TIFFENEAU. Für diese Messungen hat sich von mehreren Spirometern einfacher Bauart das englische Trockenspirometer VITALOGRAPH in der Praxis besonders bewährt. Bei leichter Handhabung kann in 3 bis 5 Minuten das Ausmaß und die Beeinflußbarkeit einer Ventilationsstörung festgestellt werden. Bei dieser Spirographie ist man auf die aktive Mitarbeit des Patienten angewiesen, wobei sich Fehler oder Normabweichungen durch Verlaufskontrollen einschränken lassen. Unzureichend sind diese Funktionsuntersuchungen bei Lungenerkrankung, bei denen die Schäden am Lungenparenchym oder dem Gefäßsystem des Lungenkreislaufs im Vordergrund stehen. Auf der anderen Seite gibt es auch falsch negative und positive Aussagen, so daß in klinischen Zweifelsfällen die Überweisung an ein gut ausgerüstetes Lungenfunktionslabor zu empfehlen ist. Aber das schränkt die Notwendigkeit der Durchführung spirometrischer Untersuchung in Klinik und Praxis keineswegs ein.

Professor Dr. W. T. ULMER, Bochum:

„Bronchitis: Richtlinien für eine moderne medikamentöse Therapie“

Steht die Diagnose einer genuine Bronchitis fest, muß alles heute mögliche getan werden, um diese zum Abklingen, Ausheilen oder doch wenigstens zum Stillstand zu bringen. Eine akute Bronchitis sollte unter der Therapie mit Sekretolytika in 2 bis 3 Wochen ausheilen, wenn zusätzliche Schonung, wie Rauchverbot und Zimmeraufenthalt, eingehalten wird. Bei fieberhaftem Verlauf ist eine ausreichend lange und hohe Antibiotikatherapie angezeigt. Die letzte Chance einer Ausheilung besteht bei einer subakuten Bronchitis (mehrere Wochen dauernd) darin, daß spätestens jetzt alles therapeutisch zu Gebote Stehende eingesetzt werden muß. Antibiotika müssen 1 bis 3 Wochen hochdosiert verabreicht werden, zehn Tage nach Beginn einer blanden Bronchitis sollten Glukokortikoide in einer Dosierung von 5 bis 15 mg/die Prednisolon eingesetzt werden, die dann nur langsam abgebaut werden dürfen. Liegt eine chronische Bronchitis vor, dann stellt sich die Frage der Dauerbehandlung, da sonst Komplikationen nicht zu vermeiden sind. Eine Dauertherapie mit Glukokortikoiden wird bei der chronischen, nicht obstruktiven Bronchitis nur dann durchgeführt, wenn die Exazerbationen in zu rascher Reihenfolge auftreten, ansonsten werden die akuten

Schübe rechtzeitig mit Prednisolon abgefangen. Allergische Bronchitiden werden nach Testung mit Allergenkarenz, Desensibilisierung oder Dinatrium cromoglicium (Intal) behandelt. Die Atemwegsobstruktion, unmittelbare Ursache der Atemnot, erfordert neben den für die einfache Bronchitis angegebenen therapeutischen Richtlinien vor allem den Einsatz von bronchodilatatorischen Substanzen, wie Katecholamin-, Atropin- und Theophyllinabkömmlingen. Die Katecholamine wirken per os und inhalationem, wobei letzteres wegen der wesentlich niedrigeren Dosierungsmöglichkeit vorzuziehen ist. Neben der Spezifität auf die Beta-2-Rezeptoren der Bronchialmuskulatur ist auch die Wirkungsdauer der Präparate unterschiedlich. Folgende Reihenfolge mit immer deutlicher werdender Beta-2-Spezifität und länger dauernder Wirkung wird angegeben: Alupent, Sultanol, Berotec. Eine Einzeldosis wirkt drei bis sechs Stunden. Seltene Nebenwirkungen bei therapeutischen Dosen sind „heftiges Herzschlagen“, leichter feinschlägiger Tremor und Unruhe. Der Atropinabkömmling Sch 1000 (Atrovent) hat bei größerer therapeutischer Breite eine gleich lange und gute Wirkung wie Berotec. Bei konsequenter Behandlung mit Bronchodilatoren, d. h. in ca. dreistündlichen Abständen, läßt sich im Mittel der Strömungswiderstand um 25 bis 50 Prozent herabsetzen. Katecholamine und Atrovent haben eine eindeutig optimale Dosis, deren Erhöhung keine Ver-



Thermosan®

Liniment mit angenehmer Geruchskomponente

Zusammensetzung:

Monoethanolaminsalicylat	10,00 g
Nicotinsäurebenzylester	0,35 g
Nonyläuravanillylamid	0,05 g
Liniment-Grundlage ad	100,00 g

Indikationen: Rheumatische und neuralgische Erkrankungen, Myalgien, Arthralgien, Neuralgien, Neuritiden, Ischialgien, Lumbalgien, Prellungen, Zerrungen, Tendovaginitis, Perniones, periphere Durchblutungsstörungen.

In der Sportmedizin zum Vorwärmen der Muskulatur.

Kontraindikationen: Akut entzündliche, tuberkulöse und tiefe Hauterkrankungen, arterielle Gefäßverschlusssyndroma.

Hinweise: Von Schleimhäuten (Lippen, Nasenöffnungen, Augenpartien) und Geschlechtsorganen fernhalten. Hände nach dem Einreiben sofort mit Wasser und Seife gründlich reinigen.

Wegen allgemein resorptiver Nebenwirkungen müssen sich besonders ältere Patienten darauf beschränken, nur die erkrankten Körperpartien einzureiben.

Bei Überempfindlichkeit Präparat absetzen.

Handelsformen:

OP 75 g Plastikflasche OM 5,95 m.U.

AP 225 g

Reg.-Nr. T 1448



DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE
1 BERLIN 21

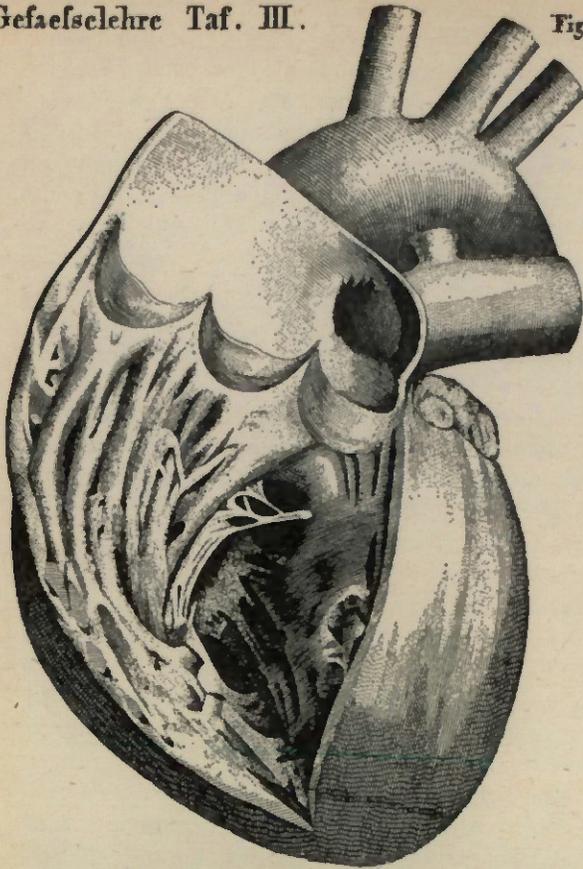


Abb. aus „Dr. H. Oesterreicher's Anatomischer Atlas“, 1929.



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. Cretaegl fluid. 55,0 g, Menthol. 0,2 g, Camphor. 2,5 g, Tinct. Conveller. 0,4 g, Tinct. Val. 2,0 g, Excip. ed 100 g.
Kontraindikationen: keine bekannt.



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

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/NECKAR

besserung, aber erheblich mehr Nebenwirkungen bringt.

Je früher in den Morgenstunden mit der Behandlung begonnen wird, um so besser ist der gesamte Tagesverlauf. Eine konsequente bronchodilatatorische Therapie hilft Glukokortikoide einsparen. Nur bei zwei Prozent muß wegen Nebenwirkungen die Glukokortikoid-Dauertherapie reduziert oder abgesetzt werden. Mit Intal läßt sich das Asthma bronchiale und die allergische Bronchitis gut und praktisch nebenwirkungsfrei behandeln. Da eine optimale Therapie nur durch eine exakte Diagnostik und Verlaufskontrollen zu erzielen ist, sollten schwer erkrankte Patienten einer entsprechend eingerichteten Spezialabteilung zugeleitet werden. Abschließend sei darauf hingewiesen, daß therapieresistente und häufig rezidivierende obstruktive Bronchitiden auf einen Gamma-Globulinmangel oder dem Fehlen auch nur einer immunoelektrophoretisch nachweisbaren Fraktion im Gamma-Spektrum zurückgeführt werden könne, wobei durch Gamma-Globulinsubstitution oft eine wesentliche Besserung zu erreichen ist.

Professor Dr. H. DREXEL, München:

„Möglichkeiten der physikalischen Therapie in Klinik und Praxis“

Bei der chronischen Bronchitis wird eine symptomatische Behandlung durchgeführt mit Inhalationen, Krankengymnastik und der assistierten Beatmung, darüber hinaus werden Hydro- und Thermotherapie und die Behandlung mit elektrischen Strömen angewandt. Zur Inhalation stehen Düsen-, Ultraschall- und Treibstoffvernebelung prinzipiell zur Verfügung. Die klassische Treibstoffvernebelung ist die Dosier-Aerosol-Therapie, womit man rasch stark wirksame Medikamente in kleinen Dosen zuführen kann. Für die Düsenvernebelung verwendet man Geräte mit niedrigerem und höherem Druck, wobei man bei den ersteren, um den gleichen Effekt zu erzielen, die Düsen eng machen muß, weshalb sie leicht verstopfen. Vorteil der Ultraschallvernebeler ist nicht die Teilchengröße, sondern die zehn- bis fünfzehnmal größere Nebelmenge pro Zeiteinheit. Die Ablagerung von Substanzen in den Atemwegen hängt von der Weite der Atemwege und von der Tröpfchengröße ab, wobei Tröpfchen, die über 20 µ groß sind, in der Regel den Endbronchus nicht erreichen. Allerdings nimmt mit Abnahme der Teilchengröße die Masse der Medikamente in der dritten Potenz ab. Langsame Atmung verbessert die Absorption von zugeführten Medikamenten in der Lunge.

Die krankengymnastische Therapie strebt prinzipiell vier Ziele an: Lösung der verspannten Atemmuskulatur bei dem Patienten mit schwerer Atemnot – Ventilationsvertiefung durch betont langsame Atmung oder Vorschalten von Stenosen – Herabsetzung des expiratorischen Atemwegwiderstandes durch langsames Ausatmen gegen einen Widerstand – Beibringen

gen von Maßnahmen, die es dem Patienten ermöglichen, im Anfall mit diesem besser fertig zu werden.

Anwendung von Wärme und Kälte in Form von Duschen oder Kompressen wirken, wie mehrfach nachgewiesen, auf das Atemsystem. Kurzwellen- und Ultraschalltherapie haben sich bei der Behandlung des chronischen Atemwegssyndroms bewährt, da bei beiden Methoden elektrische Energie im Körper in kinetische Energie, d. h. Wärme, umgewandelt wird, wobei vor allem die primär schlecht durchbluteten Gewebe besonders gut durchwärmt werden, was den Vorteil hat, daß gerade jene Gebiete bei den chronischen Atemwegssyndromen erreicht werden, die sonst von dem Anfluten der Medikamente ausgeschlossen sind. Es ist unzweifelhaft, daß die medikamentöse und physikalische Kombinationstherapie bessere therapeutische Ergebnisse bringt als eine Methode allein. Beim Schwimmen steigt der Druck nicht nur in der Aorta, sondern auch in der Arteria pulmonalis und bleibt danach erstaunlich lange erhöht. Diese Tatsache muß man kennen, um nach Abschätzung der pulmonalen Hypertonie die Therapie sinnvoll einzusetzen.

Dr. W. KOLLMANN, Stuttgart:

„Bronchopulmonale Erkrankungen im Kindesalter“

Der geringe Durchmesser des Bronchialsystems und die erst nach geraumer Zeit in Gang kommende Antikörperproduktion beim Neugeborenen führen u. a. dazu, daß bronchopulmonale Erkrankungen im Säuglings- und Kleinkindesalter häufig wesentlich dramatischer ablaufen. Da bei allen Infektionen die humoralen Antikörper eine größere Rolle spielen, nützt diese gute zelluläre Abwehr dem Neugeborenen wenig. Im Kindesalter ist der Gesamtorganismus bei allen viralen und bakteriologischen Erkrankungen der Atemwege wesentlich mehr beeinträchtigt als beim Erwachsenen. Nicht selten sind die typischen physikalischen Symptome einer Pneumonie gering ausgeprägt bei starker Dyspnoe, Tachypnoe, Nasenflügeln, blassem Munddreieck, inspiratorischem Einziehen der Interkostalräume, aber auch bei unspezifischen Symptomen wie einer Meningitis, Appendizitis, Pyelonephritis oder einem Meteorismus. Deshalb in Zweifelsfällen immer eine Röntgen-Thoraxaufnahme. Beim Atemnotsyndrom des Neugeborenen können sofortiges Absaugen, Intubieren und O₂-Beatmung sowie Verbringen in den Incubator das Kind vor einem schweren hypoxischen Schaden bewahren. Eine Aspirationspneumonie läßt sich oft durch Beatmung und massiver antibiotischer Behandlung mit Totocillin und Gentamycin über mindestens acht bis zehn Tage und zusätzlicher Gabe von Gamma-Globulin erfolgreich behandeln. Bei der im Kindesalter meist bestehenden Laryngo- oder Tracheobronchitis, die länger dauern, muß an eine Sinubronchitis gedacht und diese intensiv und ausreichend behandelt werden. Ein außerordentlich dublöses Krankheitsbild, das ca. 1/3 der

TAMPO- VAGAN®

Vaginal-Suppositorien

C-N

**Indikationen: Unspezifische
Kolpitis, besonders
bakterieller Genese.
Eitriger Fluor post abortum,
postoperative Behandlung
von Portio und Vagina,
Pruritus genitalis.**

Kontraindikationen: Soorkolpitis, Lues; Allergie gegen Neomycin oder Sulfonamida.

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

Packung mit 8 Suppositorien DM 7,85

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

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

BayÄ



AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN

plötzlichen Todesfälle im Kindesalter ausmacht, ist die Bronchiolitis, die mit schwerster Atemnot, einer Tachypnoe um 100/min und schwerster Tachykardie einhergeht; wobei man über der Lunge fein- bis mittelblasige RG, zuweilen aber auch keinen pathologischen Befund findet. Therapeutisch notwendig sind absolute Ruhigstellung mit Nahrungskarenz, Dauertropfinfusionen mit Antibiotika, Broncholytika (z. B. mehrmals 1/2 bis 1 Ampulle Bricanyl), eventuell Cortison, zusätzlich Sauerstoff und Gamma-Globulin. Die klassische Pneumokokkenpneumonie ist weitgehend der Virus- und Mykoplasmenpneumonie gewichen. Die kruppöse Pneumonie, die nur jenseits des vierten Lebensjahres auftritt, beginnt oft mit Schüttelfrost, Bauchschmerzen und zum Teil mit Meningismus und erst am zweiten oder dritten Tag findet man Husten, Bronchophonie, Bronchialatmen, feine RG und Dämpfung. Todesfälle sind nicht bekannt und es werden immer nur ein oder zwei Lappensegmente befallen. Virus-pneumonien spielen sich fast ausschließlich im Interstitium ab, haben einen uncharakteristischen Verlauf mit spärlichem Lungenbefund und heilen oft ohne besondere Therapie in wenigen Tagen ab. 10 bis 20 Prozent der Pneumonien im Kindesalter sind Mykoplasmenpneumonien. Die Diagnose kann nur serologisch oder kulturell gestellt werden. Nach einer Inkubationszeit von zwei bis drei Wochen beginnt die Krankheit mit starken Kopfschmerzen, Erbrechen und nicht selten Fieberschüben bis 40°C. Fast ausschließlich wurden diese Pneumonien mit täglich 20 bis 50 mg/kg Erythromycin über zwei Wochen zur Ausheilung gebracht. Nebenwirkungen, wie cholestatischer Ikterus, Brechreiz, Leibschmerzen und Exantheme, sind reversibel. Die abszedierende Pneumonie wird im Säuglings- und Kleinkindesalter meist durch Staphylokokken erzeugt. Die endgültige Diagnose ist oft erst nach der Entleerung des Abszesses zu stellen, der dann sofort drainiert werden muß. Schwartenbildung sind oft innerhalb von drei Monaten nicht mehr nachweisbar. Das kindliche Asthma bronchiale beginnt mit nächtlichen quälenden Hustenattacken, die oft bedrohlich sein können und nicht selten zu Bewußtseinstrübungen führen. Kortikoide und Brincanyl haben sich bewährt, Digitalisierung ist unumgänglich. Das Herausfinden der Allergene ist schwierig, sollte aber durchgeführt werden. Bewährt hat sich ein Klimawechsel, wobei viele Patienten ohne Medikamente auskommen. In 50 Prozent der Fälle hat sich Intal als Dauerbehandlung im Intervall bewährt. Die Prognose des

kindlichen Asthmas ist zweifelhaft, da bei einem Teil der Kinder sich die Anfälle in der Pubertät verlieren, in 80 bis 90 Prozent leichter werden, zu einem Teil sich aber auch verschlimmern und dann zu den bekannten Komplikationen führen.

Professor Dr. K. Ph. BOPP, Bad Ems:

„Hellverfahren in der Therapie bronchopulmonaler Erkrankungen“

60847 Personen wurden im Jahre 1971 Hellverfahren wegen unspezifischer Lungen- und Bronchialerkrankungen gewährt. Trotz zahlreicher endogener und exogener Einflüsse ist für das Gros dieser Syndrome in erster Linie der chronische Zigarettenkonsum verantwortlich. Beim klinischen Hellverfahren sollte – wenn irgend möglich – die Differentialdiagnostik dem Kliniker am Kurort überlassen werden, da nur durch die aktuellen Befunde eine differenzierte Therapie möglich ist. Das Vorhandensein eines anlagemäßig bedingten Defektes, wie Alpha-1-Antitrypsinmangel, IgE-Erhöhung sowie Verschiebungen im Bereich der Immunglobuline, das Vorliegen einer manifesten Bronchialobstruktion sowie Hinweise auf ein Cor pulmonale machen die Durchführung eines klinischen Hellverfahrens notwendig. Eine chronische, nicht obstruktive Bronchitis kann einem ambulanten Hellverfahren zugeführt werden. Die Versicherungsträger werden aufgefordert, neben einer Koordination des ärztlichen Potentials neuzeitliche technische Mittel vermehrt einzusetzen. Kurkliniken sollten im allgemeinen internistischen Institutionen gleichgesetzt werden können, denen lediglich eine gewisse Schwerpunktbildung zukommt. Für die Errichtung von Kurkliniken ist ein stauballergen- und reizgasarmes Klima eine conditio sine qua non. Eine Mitbehandlung durch psychologische Fachkräfte sollte gewährleistet sein. Gute Erfolgsaussichten durch stationäre Hellverfahren bestehen bei folgenden Krankheiten:

1. Das monovalente allergische Asthma im jugendlichen Alter.
2. Häufig rezidivierende beginnende asthmatische Syndrome.
3. Rezidivierende bzw. chronische bronchitische Syndrome ohne Dyskrinie.

Systematische Unterrichtskurse sollen den Patienten über das Wesen der vorhandenen Krankheit aufklären, wobei die Rolle des Rauchens, der Allergen-



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g, Valerian 17g, Tinct. Cornu 0,8g, -Castor 0,6g, Camph. 1,0g, Menthol 0,5g, Nicotin 0,155g. • O.R. 90g DM 4,90

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

karenz, der Infektionsprophylaxe und langzeittherapeutische Maßnahmen zu bereden sind. Ein guter Kontakt zwischen allen behandelnden Ärzten muß angestrebt werden, da sonst die notwendige Behandlung nicht selten zu kurz oder in falscher Dosierung durchgeführt wird.

Professor Dr. K. PABST, Freiburg i. Brg.:

„Früherkennung und therapeutische Fortschritte bei kardialen Komplikationen“

Die kardiale Komplikation bei Lungenerkrankungen ist eine Druckbelastung des rechten Herzens, die durch eine pulmonale Druckerhöhung durch Lungengefäßveränderungen hervorgerufen wird. Bei der chronischen Bronchitis spielen die organischen Veränderungen wahrscheinlich eine geringere Rolle. Bei den funktionellen Störungen kommt es durch eine Minderbelüftung der Alveolen mit Verminderung des Sauerstoffpartialdruckes zu einer Erhöhung des Gefäßwiderstandes, was wahrscheinlich zu einer Fixierung der pulmonalen Hypertonie führen kann. Eine konstante pulmonale Druckerhöhung kann wahrscheinlich in ca. einem halben Jahr zu einer meßbaren Hypertrophie führen. Ziel der Diagnose ist es, eine Rechtsherzhypertrophie rechtzeitig zu erkennen, wobei die bekannten röntgenologischen und elektrokardiographischen Untersuchungen helfen können; weit wichtiger sind jedoch die Anamnese und die klinischen Befunde. Von großer Bedeutung ist ein anamnestisch angegebenes Herzklopfen, Schwindelattacken und schließlich Herzschmerzen. Bei einer bekannten Bronchitis sollte man bei diesen Symptomen an eine Rechtsherzbelastung denken. Klinisch von großer Bedeutung sind vermehrte präkordiale und vor allem epigastrische Pulsationen, die man beim Gesunden nicht tastet. Spaltung und Akzentuierung des zweiten Herztones, eine prominente Alpha-Welle im Jugularvenen-Puls und schließlich eine Tachykardie können das Bild vervollständigen. Hat man mit diesen klinischen Befunden die Diagnose gestellt, so sollte man auch bei negativem EKG und Röntgenbefunden von der Diagnose nicht mehr abgehen. Therapeutisch hat

sich im Prinzip nichts Wesentliches geändert, d. h., man gibt Digitalis, Diuretika und behandelt die Bronchitis. Nach einer Dekompensation sind kurzfristige Kontrollen in ein bis zwei Wochen notwendig, bei noch nicht dekompensiertem Cor pulmonale in sechs bis acht Wochen. Ein dekompensiertes Cor pulmonale sollte man mit Antikoagulantien behandeln, weil in mindestens 80 Prozent mit Mikroembolien zu rechnen ist und man mit dieser Therapie die Gefahr um das drei- bis vierfache vermindern kann. Heute gibt man bei einem dekompensiertem Cor pulmonale Sauerstoff, wenn mit den anderen Mitteln eine Rekompensation nicht zu erreichen ist. Die mittlere Lebenserwartung ohne spezielle Überwachung beträgt nach einer einmal eingetretenen Dekompensation durchschnittlich 1,25 Jahre, bei sorgfältiger Überwachung und Behandlung ist diese Überlebenszeit um mehr als vier Jahre länger.

Professor Dr. R. FERLINZ, Bonn:

„Früherkennung und therapeutische Fortschritte bei der respiratorischen Insuffizienz“

Eine respiratorische Insuffizienz (ist nicht das gleiche wie Dyspnoe) liegt dann vor, wenn die Lungen nicht mehr imstande sind, das Blut zu arterialisieren. Die Ursachen der respiratorischen Insuffizienz können extrapulmonal z. B. bei neuromuskulären Erkrankungen und beim Verschuß der oberen Atemwege sein und intrapulmonal durch eine Erhöhung des Atemwegwiderstandes, eine Verminderung der Lungenausdehnungsfähigkeit und durch eine Erniedrigung der Diffusionskapazität. Eine respiratorische Insuffizienz ist allein aus den arteriellen Blutgasanalysen zu diagnostizieren. Der Normalwert für CO₂ beträgt 35 bis 45 Torr. Beim Sauerstoffpartialdruck ist der Normwert altersabhängig, so daß ein Wert von 70 Torr bei einem 60jährigen noch normal ist. Bei einer generellen alveolären Hypoventilation ist der Partialdruck von O₂ erniedrigt, von CO₂ erhöht. Bei einer Diffusionsstörung ist oft nur der CO₂-Partialdruck erniedrigt. Mit einer Arbeitsbelastung läßt sich eine latente respiratorische Insuffizienz erfassen, als Hinweis —

Solidago[®] >Dr. Klein<

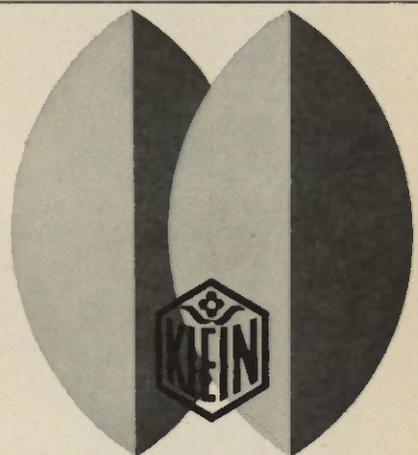
Glomeruläre Nephropathien · Chronisch renale Hypertonie · Entzündungen und Spasmen der Harnwege

Zusammensetzung: Extr. fl. Herb. Solldag. virg. 50 g, -Potentill. anserin. 17 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, -Equiset. arv. 12 g, Fruct. Petrosel. sat. 5 g; Ol. Junip. 1 g.

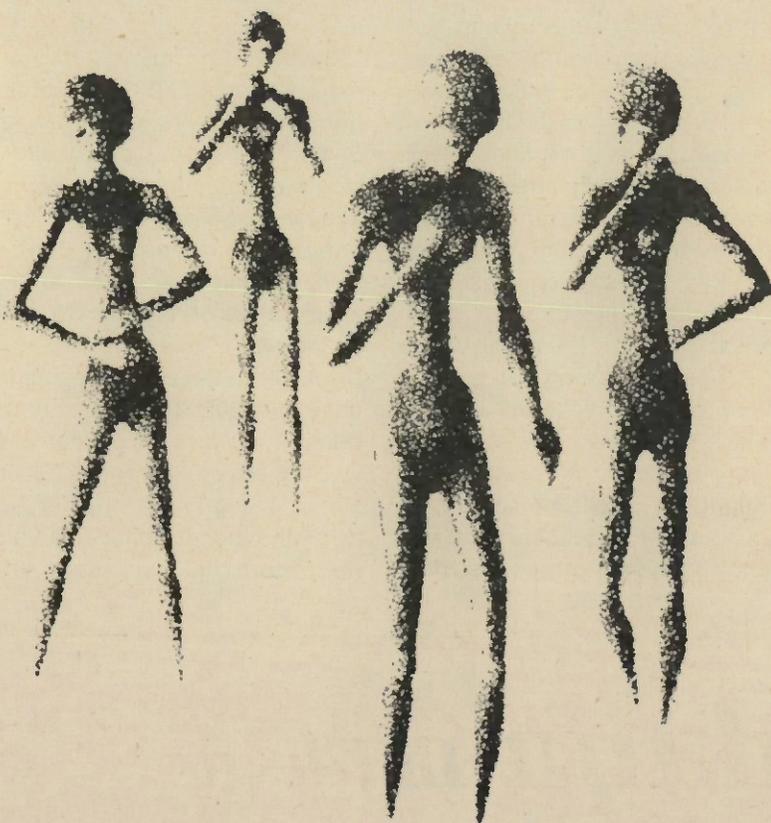
Ooslerung: Bei mittlerer Ooslerung 3 x täglich 20 Tropfen in etwas Flüssigkeit.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 20 ml 5,95 DM, 50 ml 11,95 DM, 100 ml 20,45 DM

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



vegetative Dystonie



Limbatril® Tabs



die sanfte Alternative

sehr wirksam

sehr gut verträglich

auch bei vegetativer Dystonie

ohne Depressivität

Eine Lecktablette enthält: 12,5 mg Amitriptylin und 5 mg Chlordiazepoxid. Mittlere Dosierung: 1-3 Lecktabletten täglich. Relative Kontraindikationen: Glukom, Prostatrhypertrophie. Nebenwirkungen: gelegentlich Müdigkeit, Mundtrockenheit, Tachykardie, Hypotomie, 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 Lecktabletten DM 4,85 m. USt.* 50 Lecktabletten DM 11,75 m. USt.*



nicht als Regel – kann gelten: bei einer relativen Sekundenkapazität unter 30 Prozent der Vitalkapazität ist relativ häufig mit einer respiratorischen Ruheinsuffizienz zu rechnen, das gleiche gilt für einen Atemgrenzwert unter 20 Litern. Ziel der Therapie ist die Normalisierung der Blutgaspartialdrucke. Das gilt vor allem für die akute respiratorische Insuffizienz. Wichtig sind Freihaltung der Atemwege, Expektorantien und Sekretolytika zur Verminderung des Atemwiderstandes, eventuell Absaugen, dann am besten über einen Tubus. Dabei kann eine lokale Sekretverflüssigung mit Acetylcystein erreicht werden. Eine hochdosierte Kortikoidtherapie für ein bis zwei Tage bis zu täglich 2 g Prednisolonäquivalente kann sehr wirkungsvoll sein, insbesondere bei einer akuten allergischen Alveolitis und bei einem toxischen Lungenödem. Reichen die Maßnahmen nicht aus, sollte man Sauerstoff geben, insbesondere wenn das CO₂ im Normbereich liegt. Verschlechtert sich unter dieser Therapie die Hyperkapnie, muß intubiert werden und auf Respiratoratmung umgestellt werden. Als Richtwert dafür gilt bei der akuten respiratorischen Insuffizienz ein CO₂ von 65 Torr, bei der chronischen respiratorischen Insuffizienz einer von 80 Torr, da sich dabei der Patient an die Hyperkapnie besser adaptiert hat. Bei der akuten respiratorischen Insuffizienz sollte man solange beatmen, bis sich die Blutgase normalisiert haben, bei der chronischen respiratorischen Insuffizienz, die sich akut verschlechtert hat, holt man die CO₂-Werte langsam auf die Ausgangslage zurück. Selbstverständlich ist bei pneumonischen Komplikationen eine hochdosierte Antibiotikatherapie indiziert. Hochdosierte Aldosteronantagonisten-Therapie kann eine respiratorische Insuffizienz bessern, ohne daß bisher die Wirkungsweise bekannt ist. Eine weitere neuere therapeutische Maßnahme bei der chronisch obstruktiven Bronchitis ist eine Inhalationstherapie mit intermittierenden Überdrücken, und zwar anfangs mit einem Bronchodilatator und dann mit einem Sekretolytikum ca. dreimal pro Tag. Obwohl sich mit diesen Maßnahmen die Prognose in den letzten Jahren wesentlich verbessert hat, ist nach wie vor die beste Therapie der chronisch respiratorischen Insuffizienz deren Verhinderung durch rechtzeitige und optimale Behandlung der Bronchitis.

Referent: Dr. med. E. Waber, 8500 Nürnberg (Schluß folgt)

Personalia

Professor Dr. Anton Oberniedermayr 75 Jahre



Professor Dr. Anton Oberniedermayr, der Nestor der deutschen Kinderchirurgen, emeritierter Ordinarius für Kinderchirurgie der Universität München und ehemaliger Direktor der Kinderchirurgischen Klinik der Universitäts-Kinderklinik München, feierte am 31. Oktober seinen 75. Geburtstag.

Anton Oberniedermayr wurde am 31. Oktober 1899 in Bamberg als Sohn eines königlich-bayerischen Offiziers geboren. Er besuchte die Schulen in Nürnberg, Lindau und Augsburg. Nach dem Kriegsdienst 1917/18 studierte er Medizin in München, Münster/Westfalen und Leipzig. Seine Assistentenjahre erlebte er in Leipzig, Würzburg und München. Seine kinderchirurgische Ausbildung genoß er bei Richard Drachter an der chirurgisch-orthopädischen Abteilung der Münchener Universitätsklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital. 1935 habilitierte er sich bei Professor Lexer für das Fach Chirurgie. Nach dem Tode seines Lehrers Richard Drachter übernahm er 1936 die Leitung der kinderchirurgischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik im Münchener Haunerschen Kinderspital. In den Nachkriegswirren war Anton Oberniedermayr zwischen 1949 bis 1953 Chef des Chirurgischen Kinderkrankenhauses in Oberammergau, um danach wieder an seine alte Arbeitsstätte im Dr. von Haunerschen Kinderspital zurückzukehren. 1959 wurde er zum Extraordinarius und 1966 zum ersten deutschen Ordinarius für Kinderchirurgie ernannt. Seine Emeritierung erfolgte im Jahre 1969.

Oberniedermayr war ein außerordentlich erfolgreicher Kinderchirurg, die Krönung seiner ärztlichen Leistung war ohne Zweifel die mehrfache gelungene Trennung von siamesischen Zwillingen. Eine Großzahl von Kinderchirurgen wurden von ihm ausgebildet, darunter

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 (Colonie-Haus)
Telefon (09 11) 20 39 03/04

- Röntgen-Apparate und Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker mit Farnsehkatte
- Labortechnik
- Hsemodialyse
- EKG - EEG - Echo-EEG - EMG

zahlreiche Ärzte aus dem Ausland. Weitaus der größte Teil der kinderchirurgischen Abteilungen und Kliniken in Süddeutschland werden von Schülern Oberrniedermayrs geleitet. Seine eigene Abteilung führte er als erste deutsche Kinderchirurgische Klinik bereits vor dem Kriege zu internationalem Ansehen. Sein Lehrbuch über die Kinderchirurgie war die erste umfassende Darstellung der gesamten operativen Kinderheilkunde nach dem Kriege und gilt auch heute noch als eines der Standardwerke. Besondere Verdienste erwarb sich Anton Oberrniedermayr auch auf berufspolitischem Gebiet. So sammelte er die deutschen Kinderchirurgen nach dem Kriege und vereinte sie in einer Arbeitsgemeinschaft deutscher Kinderchirurgen und gründete 1963 die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie, deren erster Präsident er auch wurde. Glänzendes operatives Geschick, verbunden mit einer großen menschlichen Güte und einer väterlichen Liebe für seine kleinen Patienten runden das Bild dieser bedeutenden ärztlichen Persönlichkeit ab. Schüler, Freunde und die ärztlichen Mitarbeiter seiner alten Klinik wünschen dem Jubilar noch viele segensreiche Jahre!

Professor Dr. W. Ch. Hecker

Dr. Rudolf Soenning 70 Jahre

Dr. Soenning, den Ärzten Bayerns aus seiner langjährigen Tätigkeit als Landtagsabgeordneter und Vorsitzender des Landesgesundheitsrates bekannt, konnte am 5. Dezember seinen 70. Geburtstag feiern. Nach dem Studium der Medizin an verschiedenen Universitäten legte er in Hamburg das Staatsexamen ab. Nach mehrjähriger Tätigkeit in England, Frankreich und Südamerika erfolgte an Universitätskliniken in Düsseldorf, Hamburg und Berlin seine Facharztausbildung zum Augenarzt. Bis zu sei-



ner Einberufung zur Wehrmacht übte er von 1936 bis 1939 eine augenärztliche Praxis in Berlin aus. Nach dem Kriege ließ er sich in Memmingen nieder.

Schon frühzeitig befaßte er sich mit öffentlichen Fragen und Aufgaben. 1927 begründete er den Akademischen Pflichtsportverband der Universität München. 1928 war er Teilnehmer der Winter-Olympiade in St. Moritz (als Bobfahrer).

Seit 1947 ist Dr. Soenning Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer. Seit 1950 gehört er ihrem Vorstand an. Von 1950 bis 1970 war er Delegierter des Deutschen Ärztetages, 1973 Ehrenpräsident des 76. Deutschen Ärztetages in München.

Dr. Soenning war von 1954 bis 1970 Abgeordneter des Bayerischen Landtags und seit der Konstituierung des Bayerischen Landesgesundheitsrates dessen 1. Vorsitzender. In den langen Jahren seiner parlamentarischen Tätigkeit hat er sich voller Kraft für die Belange des Gesundheitswesens im Freistaat Bayern eingesetzt. Dabei lag ihm besonders die Förderung des Krankenhauswesens am Herzen, vor allem trat er für die Verbesserung der Ausbildung der Krankenschwestern und des sonstigen Pflegepersonals ein. Die Einführung des Sehtests für Führerscheinbewerber ist in erster Linie auf seine Initiative zurückzuführen. Aber auch auf anderen Gebieten des Gesundheitswesens war er unermüdlich tätig und hat an vorderster Stelle an seiner Fortentwicklung gearbeitet.

Sein verdienstvolles Wirken fand vielfältige Anerkennung. So wurden ihm verliehen: Die Adenauer-Plakette, das Ehrenzeichen des Deutschen Roten Kreuzes, der Bayerische Verdienstorden, das Steckkreuz des Bayerischen Roten Kreuzes, die Goldene Ehrenplakette des Bayerischen Roten Kreuzes, die Bayerische Verfassungs-Medaille, das Verdienstkreuz Erster Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, die Bayerische Staatsmedaille für soziale Dienste und die Johann-Heinrich-August Duncke Medaille in Gold.



Dismenol®

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

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

Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrrie.

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, Geuting

Die Bayerische Landesärztekammer wünscht ihrem verdienten Kollegen und Jubilar noch viele gesunde und harmonische Jahre!

Ministerialrat Dr. jur. Herbert GENZEL, bisher Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, wurde zum Krankenhausreferenten der Stadt München gewählt.

in memoriam



Dr. Hering †

Am 8. Oktober 1974 verstarb unerwartet Dr. Bruno Hering, Bayreuth. Er war seit 1921 als Praktischer Arzt in Bayreuth tätig und langjähriger Vorsitzender der Bezirksstelle Oberfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken, deren Leitung er seit Kriegsende bis 1967 bzw. 1970 inne hatte. Mit Dr. Hering schied einer der markantesten Arztpersönlichkeiten aus den Reihen der oberfränkischen Ärzte.

Schon 1927 hatte er den ärztlich-wirtschaftlichen Verein Bayreuth gegründet und bis kurz vor dem Beginn des Zweiten Weltkrieges geführt. Nach Kriegsende stellte er sich 1945 sofort wieder für den Aufbau der ärztlichen Standesorganisation und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Verfügung und begann dieses Aufbauwerk zunächst mit nur zwei Mitarbeitern.

Die Zusammenfassung der Ärzte in Oberfranken, unter denen sich auch viele heimatvertriebene Kollegen befanden, zu einem wirkungsvollen und für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung so notwendigen Ärzteverband, war sein Werk, das er durch seine unermüdete Schaffenskraft, durch seine Energie und Umsicht zu seinem jetzigen Stand entwickeln konnte.

Als langjähriges Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sowie der Bayerischen Landesärztekammer und zahlreicher anderer ärztlicher Gremien hat Dr. Hering intensiv an allen standespolitischen Fragen mitgearbeitet und aus dem reichen Schatz seiner Erfahrungen werfvolle Anregungen gegeben.

Die Verdienste von Dr. Hering wurden durch zahlreiche Auszeichnungen gewürdigt. So hat er als Sanitätsoffizier im Ersten Weltkrieg bereits das EK I bekommen. Er war während des Zweiten Weltkrieges als Truppenarzt und Chefarzt eines Lazarettos tätig. Es wurden ihm wegen seiner Verdienste um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung von Oberfranken und seine dauernde Bereitschaft zur Betreuung seiner Patienten, sowie für seinen Einsatz in standespolitischen Fragen 1962 das Bundesverdienstkreuz Erster Klasse und 1967 auf dem Deutschen Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen die Paracelsus-Medaille verliehen. Dr. Hering war der Vertreter eines echten Arztiums und wird der Ärzteschaft auch so in Erinnerung bleiben.

Dr. Schleußner

Amtliches

Verletzung von Privatgeheimnissen

An die Stelle des für die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses durch den Arzt und seine berufsmäßigen Gehilfen bisher maßgebenden § 300 Strafgesetzbuch treten mit Wirkung vom 1. Januar 1975 durch das Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 487 ff) die §§ 203 und 204 mit der Überschrift „Verletzung von Privatgeheimnissen“ mit dem nachstehend wiedergegebenen für den Arzt und seine Mitarbeiter in Betracht kommenden Text:

§ 203

Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,
3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,
4. Ehe-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder
6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,
2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,
3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,
4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates oder
5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten aufgrund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist,

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden.

(3) Den in Absatz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 Genannten steht nach dem Tode des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tode des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

§ 204

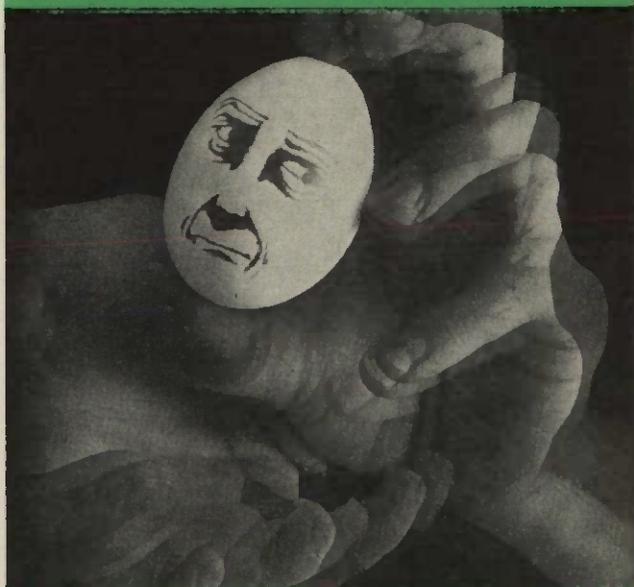
Verwertung fremder Geheimnisse

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, zu dessen Geheimhaltung er nach § 203 verpflichtet ist, verwertet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) § 203 Abs. 4 gilt entsprechend.

BLÄK

UNRUHE



NERVO·OPT® DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Oragée:

Natr. dioethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylethylbarbituric. 10 mg, Aminophenozon. 6 mg, Kol. bromat. 10 mg, Calc. gluconic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adonid. vernalis 20 mg.

INDIKATIONEN:

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

KONTRAINDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakaintoxikationen, 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

Verkehrspflichtig



DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU

Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer vom

2. bis 7. Dezember 1974

Das amtliche, vom Landeswahlleiter veröffentlichte Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer wird in diesem Heft 12/1974 des „Bayerischen Ärzteblattes“ bekanntgegeben.

Das Wahlergebnis ist gesondert abgedruckt in der Mitte dieser Nummer eingehftet. Auf diese Bekanntmachung wird hiermit verwiesen.

Landeswahlleiter
Poellinger
Rechtsanwalt

Anträge für Allgemein-/Facharztanerkennung

Ab 1. Januar 1975 erfolgt die Abgabe der Formulare für die Anerkennung als Allgemeinarzt bzw. Facharzt nur noch durch die Ärztlichen Kreisverbände und nicht mehr durch die Bayerische Landesärztekammer. Diese organisatorische Änderung erspart sowohl den Ärztlichen Kreisverbänden als auch der Landesärztekammer einen erheblichen Aufwand an Schriftverkehr und erleichtert die Handhabung des Meldewesens.

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg

Dieter GRÄFE, Richter am Landgericht Nürnberg-Fürth, wurde mit Wirkung vom 16. August 1974 auf die Dauer von fünf Jahren zum Untersuchungsführer und Volker GEGNER, Richter am Landgericht Nürnberg-Fürth, wurde mit Wirkung vom 16. September 1974 auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Untersuchungsführers des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg ernannt.

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 20. September 1974 — Nr. I E 3 — 5170/1 — 11/74 BA 3 —

Ausführung von Injektionsimpfungen, kutanen Pockenschutzimpfungen, Blutentnahmen und Sterilisation des erforderlichen Instrumentariums

Für die Ausführung von Injektionsimpfungen, kutanen Pockenschutzimpfungen, Blutentnahmen und die Sterilisation des erforderlichen Instrumentariums gelten neue Richtlinien, die im „Bundesgesundheitsblatt“ Nr. 16 vom 9. August 1974, S. 241, veröffentlicht sind. Sie ersetzen die im „Bundesgesundheitsblatt“ Nr. 23 vom 15. November 1968, S. 348, bekanntgegebenen „Richtlinien für die Ausführung von Injektionsimpfungen und Blutentnahmen sowie die Sterilisation des erforderlichen Instrumentariums“.

Die Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 3. Januar 1969 (StAnz Nr. 3, MABl. S. 6) wird aufgehoben.

I. A. gez. Dr. S ü B
Ministerialdirektor

Liquirit®
MAGENTABLETTEN

Zuverlässig wirksame Kombination auf therap. Breite

Indikationen: Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis, Hyperacidität, nerv. Magenbeschwerden. Kontraindikationen: Bei vorgeschriebener Dosierung nicht bekannt. Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 450 mg Succus Liquiritiae dep., 25 mg Extr. Frangulae, 25 mg Extr. Calami, 15 mg Extr. Valerianae, 3 mg Extr. Chamomillae, 2 mg Extr. Melissa, 2 mg Extr. Menthae pip., 80 mg Bismutsubnitrat, 200 mg Magnesiumcarbonat, 200 mg Natriumbicarbonat, 200 mg Aluminiumhydroxydgel, Handelsformen und Preise: DP-30 Tabl. DM 5,70, DP-60 Tabl. DM 9,40

OR. GRAF & COMP. NACHF. seit 1889, Hamburg 52

Brief aus Bonn

Wer die Bonner Politik verstehen will, muß die Entwicklungen in den Parteien kennen. Unter diesem Gesichtspunkt verdient auch der Hamburger Parteitag der Freien Demokraten Beachtung. Zunächst einmal muß festgehalten werden, daß die Freien Demokraten zwar stundenlang über das Verhältnis von Staat und Kirche diskutierten, so aktuelle Fragen wie Fortentwicklung des marktwirtschaftlichen Ordnungssystems oder Neuorientierung des Gesundheitswesens praktisch ausklammerten. Dabei hätten einige dem Parteitag vorliegende Anträge durchaus den Anknüpfungspunkt für solche Diskussionen geben können. Aber diese Anträge steckten voll politischer Brisanz; sie hätten politische Optionen verlangt. Dem wollte die Parteitagsregie offensichtlich ausweichen. Also wurden die Anträge dem Bundesvorstand oder Kommissionen zur weiteren Beratung überwiesen.

Was daraus nun wird, ist schwer zu übersehen. Für die interessierte Öffentlichkeit, so scheint es, ist es trotzdem wichtig, zur Kenntnis zu nehmen, mit welchen Gedankengängen sich einflußreiche Gruppen der Partei befassen. In diesem Zusammenhang ist es nicht so wichtig, sich mit den Anträgen der Jungdemokraten zu beschäftigen, die darauf zielen, das marktwirtschaftliche Ordnungssystem aus den Angeln zu heben. Die Mehrheit der Partei liegt eindeutig auf marktwirtschaftlichem Kurs. Sonst hätte wohl kaum ein Mann wie Friderichs eine Mehrheit hinter sich bringen können. Für die Ärzteschaft sind die Anträge zur Gesundheitspolitik wichtiger, die ohne Resonanz geblieben sind, obwohl sie an die Grundlagen des heutigen Gesundheitssystems rühren. Zwei Anträge verdienen das besondere Interesse.

1. Der Landesverband Hamburg hatte den Parteitag aufgefordert, folgendes zu beschließen: „Durch die Änderung der Reichsversicherungsordnung ist sicherzustellen, daß geeignete Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere Krankenhäuser, an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung nach folgenden Grundsätzen teilnehmen können:

- a) Die zuständigen Landesbehörden bestimmen, welche Einrichtungen als geeignet anzusehen sind.
- b) Die Träger der geeigneten Einrichtungen schließen unmittelbar Verträge mit der zuständigen Ortskrankenkasse.
- c) Die Verträge gelten für alle gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen.“

Soweit der Antrag im Wortlaut. Der Text spricht zwar für sich; dennoch sollen einige Punkte hervorgehoben werden. „Geeignete Einrichtungen“ (was sind das eigentlich für Einrichtungen?) sollen generell an der ambulanten ärztlichen Versorgung beteiligt werden. Es wird also nicht einmal gefragt, ob ein Bedarf be-

steht. Die Landesbehörden allein „bestimmen“, welche Einrichtung geeignet ist. Den Kassenärztlichen Vereinigungen würde also eindeutig die Verantwortung für die Sicherung der Versorgung entzogen. Dies geht auch daraus hervor, daß Verträge ja nicht mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern allein zwischen den „geeigneten Einrichtungen“ und den Ortskrankenkassen ausgehandelt werden sollen. Alle anderen Kassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dies dann gefälligst zur Kenntnis zu nehmen und sich danach zu richten.

2. Ein Antrag des Landesverbandes Schleswig-Holstein nimmt sich dagegen direkt harmlos aus. Darin wird im Krankenhauswesen der Zentralisation das Wort geredet. Die Kranken müßten „optimal“ versorgt werden, heißt es zuerst. Dieser vage Begriff wird sodann erläutert: die Versorgung habe „ausschließlich“ unter medizinischen und gesundheitlichen Gesichtspunkten zu erfolgen. Einschränkend heißt es dann jedoch, daß der Einsatz der Mittel wirtschaftlich zu erfolgen habe. Die optimale Versorgung der Krankenhauspatienten setzt nach Ansicht der Autoren dieses Antrages voraus, daß für ärztliche und medizinische Leistungen keine besondere Rechnung ausgeschrieben wird. Die Privatliquidation soll also entfallen.

Nun könnte man sich vielleicht damit beruhigen, daß diese Anträge in den Schubladen des Bundesvorstandes der FDP Staub ansetzen werden. Eine solche Rechnung kann aufgehen; sie kann sich auch als falsch erweisen. Der Hamburger Parteitag läßt keine zuverlässigen Schlüsse auf die künftige Entwicklung der FDP und ihre Haltung zur Gesundheitspolitik zu. In Hamburg standen sich zwei nahezu gleichstarke Flügel gegenüber. Friderich eher dem rechten Parteiflügel zuzurechnen, siegte bei der Wahl zum stellvertretenden Bundesvorsitzenden zwar knapp über den linksorientierten Innenminister Maihofer. Bei allen anderen Personalentscheidungen erzielten die Repräsentanten des linken Flügels aber bessere Ergebnisse als die Konkurrenten des rechten Lagers, wenn man diese abgenutzten Begriffe einmal gebraucht.

Dafür wenige Beispiele: der neue Generalsekretär Bangemann erhielt bei seiner Wahl wesentlich mehr Stimmen als der neue Parteivorsitzende Genscher. Frau Matthäus von den Jungdemokraten erreichte 234 Stimmen, ein Mann wie der nordrhein-westfälische Landesvorsitzende Riemer nur 199. Der parlamentarische Staatssekretär Maihofers, Baum, Linksaußen in Nordrhein-Westfalen, erreichte 281 Stimmen; sein Konkurrent vom rechten Parteiflügel, Graf Lambsdorff, genau 100 Stimmen weniger. Friderichs Staatssekretär Grüner rückte mit 156 Stimmen in den Vorstand ein, während Frau Schuchard vom Hamburger Landesverband, der jenen umstrittenen Antrag zur Gesundheitspolitik präsentierte, von 199 Delegierten gewählt wurde. Für den gesundheitspolitischen Kurs der Partei könnte es durchaus von Bedeutung sein, daß ein so abwägender Liberaler, wie der stellvertretende Vor-

**Ein Laxans
soll nur hier wirken**

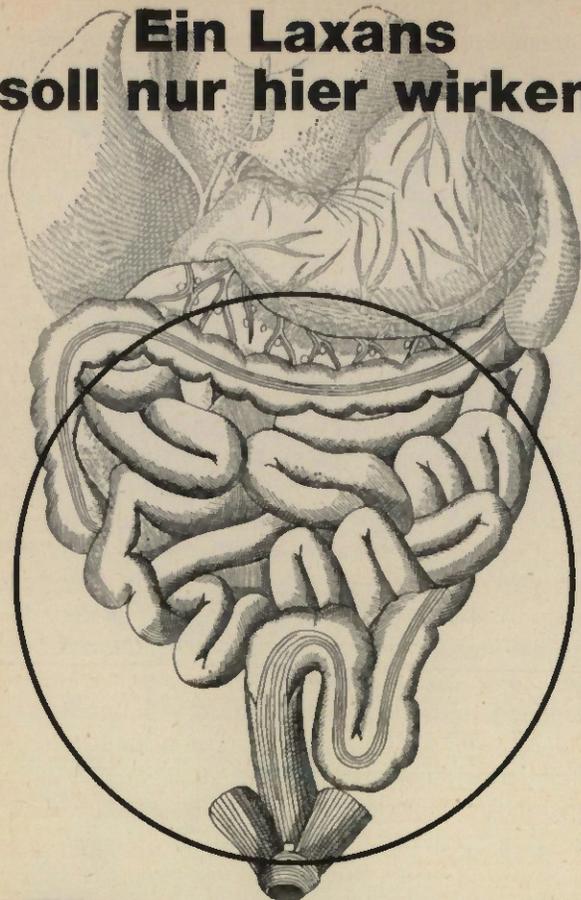


Abb. aus "Tabularum anatomicarum", B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

Rheogen[®]

**Rein pflanzliches Abführmittel
tut es!**

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dreege enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (herzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide.

Dosierung: Erwachsene ebends 1-3 Dreeges; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dreeges.



Handelstformen und Preise:
OP mit 30 Dreeges DM 2,70
OP mit 75 Dreeges DM 4,45
AP mit 250, 1000, 5000 Dreeges

BRUNO

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

sitzende der FDP-Bundestagsfraktion, Spitzmüller, resignierend aus dem Vorstand ausgeschieden ist, dem dafür der Sozialpolitiker Hölischer angehört, der wiederum dem linken Flügel zuzurechnen ist.

Personell ist jedenfalls die Voraussetzung für eine Verstärkung des linksliberalen Kurses der FDP geschaffen worden. Darüber kann euch nicht die Wehl Genschers und Friederichs hinwegtäuschen. Die beiden Spitzenpolitiker werden, wenn sie die Partei auf liberalem Mittelkurs halten wollen, Integrationskraft beweisen müssen. Ihre Stellung ist aber, wie die Hamburger Abstimmungen gezeigt haben, nicht so stark, daß sie auf Kompromisse mit dem linken Parteiflügel verzichten könnten. Parteitage haben ihre eigenen Gesetze. Die Beschlüsse von Parteitagen sollte man daher nicht überbewerten. Aber die Personalentscheidungen legen die realen Machtverhältnisse in einer Partei offen. Die Spitzenpolitiker der FDP können diese bei künftigen politischen Entscheidungen auch auf der Bonner Ebene nicht ignorieren.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

In memoriam Thomas Regau

Thomas Regau, alias Karlheinz STAUDER, wurde am 3. Juli 1905 in Nürnberg geboren als Sohn des späteren 1. Vorsitzenden der Deutschen Ärzteschaft und des Hartmannbundes, Geheimrat Dr., Dr. rer. pol. h. c. Alfons Stauder. Er starb am 11. April 1969 in Tutzing. Ich lernte ihn schon als jungen Studenten in Erlangen kennen, wo er mein Leibbursch beim Corps Bavaria wurde, dem auch sein Vater angehörte. Seine hervorragenden Geistesgaben, sein sprühender Witz, verbunden mit Esprit, und seine vom Vater ererbte überdurchschnittliche Rednergabe, deren Vollendung an Gehalt und stilistischer Form er durch Hören von Vorlesungen bei den Professoren Saran und Geißler anstrebte, ließen Karlheinz Stauder schon frühzeitig seinen Weg zum Journalismus nehmen. Auch sein medizinisches Studium war ganz auf den Geist im Menschen eingestellt. Gleich nach Ablegung seines Staatsexamens wandte er sich der Psychiatrie zu, und als ich ihn einmal nach dem Grunde dazu fragte, meinte er, es sei doch viel interessanter, zu erforschen, was in den Köpfen der Menschen vor sich ginge, als was in deren Bäuchen passiere. Seiner geplanten Universitätslaufbahn wurde durch das Dritte Reich ein jähes Ende gesetzt, da er sich weigerte, der Partei oder einer seiner Organisationen beizutreten. So lieb er sich in München als Psychiater nieder und widmete sich neben wissenschaftlichen Arbeiten auch der Belletristik, der natürlich im tausendjährigen Reich auch ihre Grenzen gesetzt waren. Trotzdem erschienen zwei Erzählungen „Der Nachtwandler“, „Chinesische Seide“ und die Schauspiele „Thomas Morus“

und „Nausikaa“, die alle schon seinen durchgefällten, sprachlich schönen Stil erkennen ließen.

Peter Bamm schildert in seinem Roman „Die unsichtbare Flagge“ eine Begegnung mit Stauder im Zweiten Weltkrieg und hat ihm darin, besonders aber in dem Kapitel „Sphärenmusik“, ein lebendiges Denkmal gesetzt.

In den Jahren 1951 bis 1961 gab Stauder die „Medizinische Klinik“ heraus, die in diesen Jahren unter seiner Leitung zu einer der bedeutendsten medizinischen Zeitschriften wurde und besonders die Belange der freipraktizierenden Ärzte berücksichtigte. In jener Zeit wurde Stauder auch mit den Gefahren des Umweltschutzes und der Atombombenversuche, die damals noch in vollem Gange waren, vertraut. So gab er auch bald seine drei Atomhefte heraus, bei denen die bekanntesten deutschen Gelehrten mitarbeiteten und die vor den Folgen dieser Versuche für die Menschheit warnten.

Seine als Redakteur der „Medizinischen Klinik“ gesammelten Erfahrungen – zum Teil als Essays bereits veröffentlicht – veranlaßten Stauder, Anfang der sechziger Jahre eine Reihe von Büchern erscheinen zu lassen, in denen er sich mit diesen brennenden ärztlichen und menschlichen Problem befaßte. Gleich sein erstes Buch „Medizin auf Abwegen“ (1960) erregte Aufsehen und erlebte mehrere Auflagen. Neben in elegantem Stil geschriebenen Reisebüchern, wie „Gast der Götter im unbekanntem Sizilien“ und „Streifzüge durch das südliche Italien“ sowie seinen „Hetärengesprächen“, eine Satire auf die zahlreichen Bücher der „Liebeskunst“, kam er 1965 wieder mit zwei sehr ernstesten Büchern heraus: „Der Traum vom Menschen“ und „Menschen nach Maß“. Bücher, die zum gründlichen Nachdenken über den zukünftigen Weg der medizinischen Wissenschaft Anlaß geben sollten und die auch heute von ihrer damaligen Aktualität nichts eingebüßt haben.

In seinem 1967 erschienenen Buch „Der Rückzug Gottes“ schildert er in dem Kapitel „Der Vater“ die große Persönlichkeit und das bittere Ende unseres um die deutsche Ärzteschaft verdienten Kollegen Alfons Stauder in ergreifenden Worten.

Aus seinem letzten Werke, dem Erzählungsband „Tegeschichten / Nachtgeschichten“ bringen wir mit Genehmigung des Bechtle Verlages (München) – wofür wir unseren besten Dank sagen – die reizende Schilderung des berühmten Nürnberger Christkindlesmarktes als Ausschnitt aus der Erzählung „Der Tod des Engels.“

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Der Tod des Engels

von Thomas Regau

Einmal begegnen wir alle dem Engel, dem schrecklichen Engel, der uns die Fackel ins Herz senkt oder dem unfaßbar großen, der über die Berge emporragt



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 kardionekrotische 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, Extrasystolen; Herzinfarkt-Prophylaxe und -Therapie. Digitalis-Intoxikation und -intoleranz, besonders beim Altersherz. Kalium-Mangelsyndrom, Magnesium-Defizit.

Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und ev-Block.

Zusammensetzung pro Tablette

Kalium-D,L-hydrogen-
aspartat · ½H₂O 360,42 mg
Magnesium-bis-D,L-hydrogen-
aspartat · 4H₂O 360,57 mg

Dosierung (Richtwerte)

Initioldosis 3 × tägl. 2 Tebl.
Erhaltungsdosis 3 × tägl. 1 Tabl.

Handelsformen und Preis

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



H. Trommedorf
Arzneimittelfabrik · 511 Alsdorf

2-84-U

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

und den Abendstern trägt. Aber es ist dann schon spät, und die Dämmerung verhüllt seine Züge. Sein Raum ist nicht mehr der unsere wie in den Tagen der Kindheit, in denen draußen und drinnen noch eins sind, weil die Kontur unseres Herzens die Grenzen des Weltalls umläuft.

In jener Frühzeit, da Traum und Wirklichkeit sich noch nicht schieden, da der Kokosläufer im Gang noch das Flußbett des Nils war oder ein Toboggan, der uns ins Wunderland trug, in jener Frühzeit bin ich dem Engel begegnet. Nicht ich allein. Ich war nur einer inmitten der Menge, die ihn bestaunte, einen Engel, kaum größer als ich.

Schauplatz war der alte Nürnberger Weihnachtsmarkt. Unter den Ständen war damals noch der des Giulio Canarini, der sommers mit seiner Truppe durchs Land zog, mit Wagen und Zelt, mit Turngeräten und Äffchen, der jede Saite zu streichen verstand, auf Händen ging, der aus dem Nichts, aus der Luft, aus dem hohlen Ei zu zaubern wußte, wie niemand vor ihm. Winters rückte er ein in die Märkte der Städte mit schönerem Spielzeug als andere Händler. Wenn an den anderen Buden des Marktes die Lichter erloschen, die Planen sich schlossen, blieb die seine noch lange umlagert von der schaulustigen Menge, die gewiß sein konnte, daß ein letztes und allerletztes Kunststück gewohnter Bravour sie entzückte, oder daß er ein mehrfach im Preis gesenktes, fremdländisches Spielzeug zuletzt noch billiger feilbot. Nie lag es, wie an anderen Ständen, auf die Borde gebreitet. Canarini erschuf es jedesmal neu. Es entstieg dem Hut eines Gaffers oder es fand sich plötzlich in den Händen eines Passanten, in seiner Tasche sogar. Immer tat Canarini zwinkernd dann so, als hätte der Zuschauer ihm das Spielzeug entwendet, und vom Beifall der Menge umbraust, blieb dem Verhexten kaum enderes, als den Preis zu entrichten. Bitterkalt muß dieser Dezember gewesen sein. Wir hatten Pelz und Decken im Wagen, als ich mit dem Vater dort anfuhr. Canarini entließ bei jedem Wort dicke Nebelfahnen des Atems aus seinem Munde, in dem goldene Zähne blitzten.

Christmarkt zu Nürnberg, nein, das war kein Markt wie andere Märkte. Alle Sehnsucht eines Jahres war dort erfüllt. In eine Märchenstadt fuhren wir ein, bunt und schön wie die Basare in den Residenzen der alten Kalifen. Duftend türmten sich die Berge des Naschwerks und des türkischen Honigs. Silberne Kugeln drehten sich im Brodem der Wärmeöfchen, die sich wie gehorsame Hunde unter die Hocker der Verkäufer duckten. Quer über die Gassenzeilen der Buden spannten sich Schnüre und Drähte, von Laternen besetzt und von Sternen aus rotem Glas. Dahinter, gleich einem Kaisersaal, hoben sich die Schattenfassaden der alten Häuser auf, die von der Nacht verzauberten Figuren der Brunnen. Der wuchtige Bug der Frauenkirche schnitt durch die Wellen des Schnees; und zuweilen klagten die Bässe der Orgel aus den Steinen.

Band 35 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung. — Dieser Band enthält die Vorträge des 24. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

**„Intensivkurs in der Praxis — Perinatalogie
Neuester Stand der Pharmakotherapie
Probleme der Konzeptionsverhütung“**

Die Kassenärzte Bayerns erhielten ihn von den Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

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

Dies war kein Markt. Die Welt war ein einziges Spielzeug, jeglicher spielte mit, auch die Verkäufer, der Würstelbrater mit seinem zottigem Pudelgesicht, die verummten Frauen in den Leckerbuden, der Turban-Türke hinter den Honigwürfeln, der sein Messer federnd ausschwingen ließ. Alles schien zu tanzen, selbst die Buden, und unter dem drehenden Rauch der Kamine zuletzt auch die Häuser, als spiele über allem ein höherer Spieler noch aus Freude am großen Spielzeug der Welt.

Und erst jetzt traten wir vor das Zauberreich Canarinis. Ein Tönen von nie gehörten Instrumenten durchzog die Nacht. Erst als der Vater mich auf die Schulter hob, so daß ich alle Mützen und Hüte überragte, sah ich, daß Giulio die Weihnachtslieder einer Reihe von Gläsern entlockte, deren Rand er mit nichts anderem bestrich als mit seinen Fingern: vollendeter Zauber, denn es waren Weingläser und Becher wie andere auch, aus denen wir alle tranken, auch du und ich, ohne jemals zu ahnen, daß in ihnen Musik war. In den Pausen des Konzerts vertrieb er sein Spielzeug. Ich war so gebannt, daß ich erst nach geraumer Frist den Engel wahrte, der unter der Decke der Zeltbude hing, ein schwarzlockiger Engel, einem achtjährigen Mädchen gleichend, im weißen Hemdchen, mit kleinen Flügeln und Sternen im Haar. Keine Puppe aus dem Zauberbestand Canarinis, denn der Engel bewegte Köpfchen, Leib und Glieder wie ein Menschenkind. Als wir uns im Kommen und Gehen der Menge langsam nach vorne geschoben, so daß ich sah, wie er fror, da geschah es, daß er mich ansah und mir zulachte: das verträumte Lächeln eines schlafenden Kindes. Nur dies trug ich heim: Das Lächeln des Engels.

(aus „Taggeschichten — Nachtgeschichten“. 23 Erzählungen von Thomas Regau, 1968, bei Bechtle-Verlag, München-Esslingen, S. 7 bis 9)

Kongresse

Kolloquium der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Würzburg

am 22. Jenuer 1975 In Würzburg

15.00 Uhr:

Krenkendemonstration mit Diskussion

17.00 Uhr:

Xanthome und Hyperlipoproteinämien: Klinische Diagnostik und Pathogenese

Prof. Dr. O. Braun-Falco

Ort:

Universitäts-Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten, Würzburg, Josefschneider-Straße 2

Auskunft:

Professor Dr. med. H. Röckl, Universitäts-Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten, 8700 Würzburg, Josefschneider-Str. 2, Telefon (0931) 20 15 20

1. Erlanger Röntgenkolloquium

am 21./22. Februar 1975 In Erlangen

Leitung:

Privatdozent Dr. H. Fuchs

Thema:

Radiologische Untersuchungstechnik des Gastrointestinaltraktes

Auskunft:

Dr. D. Westhoff, Diagnostische Röntgenabteilung der Medizinischen

Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Tel. (09131) 85 30 59

8. Fortbildungstage in Praktischer Medizin

vom 28. Februar bis 1. März 1975 In Erlangen

Leitung:

Professor Dr. L. Demling, Professor Dr. K. Bachmann

Ort:

Medizinische Universitätsklinik Erlangen, Krankenhausstraße 12

Auskunft:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (09131) 85 33 74

Klinische Fortbildung In Bayern 1974

Gynäkologie und Geburtshilfe

vom 12. bis 15. März 1975 In München

Der 5. Fortbildungskurs „Gynäkologie und Geburtshilfe“ der I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München findet nicht, wie ursprünglich vorgesehen, im Herbst dieses Jahres, sondern vom 12. bis 15. März 1975 statt.

Leitung:

Professor Dr. J. Zander, I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München

Thema:

Empfängnisverhütung

Ort:

I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München, Maistr. 11

Letzter Anmeldetermin:

2. März 1975

Auskunft:

Professor Dr. J. Zander, 8000 München 2, Maistraße 11, Telefon (0 89) 5 39 72 55

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 41 47 294

8. Bad Reichenhaller Kolloquium

vom 13. bis 15. Juni 1975 In Bad Reichenhall

Leitung:

Professor Dr. Nolte

Themen:

Fibrosierende Lungenerkrankungen – Inhalative Provokationsteste – Inhalierbare Kortikosteroide

Ort:

Kurheus, Bad Reichenhall

Auskunft:

Obermedizinischer Direktor Dr. med. O. P. Schmidt, Klinisches Sanatorium Trausnitz, 8230 Bad Reichenhall

Passlorin Dragees

1 Dragee enthält:

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

Passlorin liq.

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

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

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

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

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passlorin Dragees:

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

Passlorin liq.:

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

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passlorin®

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1974*)
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Während die Zahl der gemeldeten Scharlacherkrankungen im September weiter zurückging, und zwar auf 22 Fälle je 100 000 Einwohner (auf ein Jahr umgerechnet), blieb die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung auf dem gleichen, relativ hohen Stand wie im August.

Die Erkrankungshäufigkeit an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) stieg merklich an, nämlich von 52 Fällen im August auf 82 im September, jeweils auf 100 000 Einwohner. Dagegen blieb die Häufigkeit von Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) praktisch unverändert.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. September 1974 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		8		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung								Salmone		übrige Formen			
	E)		ST)		E		ST		E				ST		E		ST						E	
Oberbayern	-	-	74	-	-	-	7	1	30	-	1	1	-	-	-	-	16	-	205	1	1	-	-	-
Niederbayern	-	-	13	-	-	-	3	-	3	-	-	-	-	-	1	-	-	-	101	-	2	-	-	-
Oberpfalz	-	-	8	-	-	-	6	-	52	-	-	-	-	-	-	-	2	-	100	1	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	23	-	-	-	4	-	30	-	1	-	-	-	-	-	2	-	62	-	-	-	-	-
Mittelfranken	-	-	34	-	-	-	7	-	5	-	-	-	-	-	1	-	5	-	112	3	7	-	-	-
Unterfranken	-	-	14	-	-	-	4	1	6	-	-	-	1	-	2	-	-	-	77	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	14	-	-	-	1	-	5	-	1	-	3	-	1	-	4	-	24	1	4	-	-	-
Bayern	-	-	180	-	-	-	32	2	131	-	3	1	4	-	5	-	29	-	681	6	14	-	-	-
München	-	-	31	-	-	-	1	1	14	-	1	1	-	-	-	-	8	-	80	-	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	8	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	2	-	24	2	-	-	-	-
Augsburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	5	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	7	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	5	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	-	-	-	-	-
Erlangen	-	-	7	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Mikrosporidien		Amöbenruhr		Grucellosen (übrige Formen)		Leptospirose				Malaria-Erkrankung		O-Fieber		Toxoplasmose		Trachom		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾	
									Feldfieber		übrige Formen													
E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		
Oberbayern	85	1	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2	-	1	-	1	-	1	1	-	4
Niederbayern	13	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	-
Oberpfalz	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Oberfranken	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Mittelfranken	31	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-
Unterfranken	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Schwaben	29	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	11
Bayern	215	2	1	-	1	-	2	-	1	-	2	-	1	-	2	-	5	-	1	-	3	3	-	22
München	40	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nürnberg	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Augsburg	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fürth	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Erlangen	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*) 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.

Mitteilungen

Rückholdenst im „Sanitätsflugzeug“

Die Deutsche Rettungsflugwacht e.V. (DRF) hat mit der Vereinigten Krankenversicherung AG – dem Vertragspartner der Bayerischen Landesärztekammer – ein Abkommen über den Rücktransport erkrankter oder verunglückter Ausländstouristen abgeschlossen. Nach dieser Vereinbarung können Versicherte (mit einer Begleitperson), die bei der „Vereinigten“ einen kurzfristigen Auslandsreiseschutz haben, durch die DRF von praktisch jedem Punkt der Erde in die Heimat zurückgebracht werden. Voraussetzung: Der Rücktransport muß medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet sein.

Die Deutsche Rettungsflugwacht übernimmt die gesamte Organisation der Rettungskette – eingefangen von der Kontaktaufnahme mit dem ausländischen Arzt über den Rücktransport mit einem „Sanitätsflugzeug“ bis zur Bereitstellung des Rettungswegens am Heimatflugplatz. Um Formalitäten braucht sich der Versicherte nicht zu kümmern, denn die Kostenabrechnung erfolgt intern zwischen den beteiligten Gesellschaften. Der Versicherungsschutz schließt alle Rücktransportkosten vom europäischen und außereuropäischen Ausland ein. Darüber hinaus sind die Behandlungskosten im Ausland ebenfalls 100%ig abgedeckt.

Die Deutsche Rettungsflugwacht ist eine „Tochter“ der gemeinnützigen Björn-Stelger-Stiftung. Ihre Alarmzentrale in Stuttgart, Telefon (07 11) 79 66 55 ist rund um die Uhr besetzt; fest 300 Flugzeuge (vom Hubschrauber bis zum Düsenjet) stehen zur Verfügung. In Minutenschnelle kann ein Rettungsflugzeug mit der notwendigen technischen Ausrüstung versehen werden – an Bord befindet sich, je nach Schwere des Falles, ein Notarzt oder Sanitäter. Dadurch wird ein medizinisch optimaler Rücktransport ermöglicht.

Ausschreibung Kneipp-Preis 1975

Der von Apotheker Leusser, dem Chef des Kneipp-Heilmittel-Werkes Würzburg, gestiftete Kneipp-Preis in Höhe von DM 5000,- für eine wissenschaftliche Arbeit aus dem Gebiet

der Kneipptherapie wird für das Jahr 1975 erneut ausgeschrieben. Die Kneipptherapie umfaßt Hydrotherapie, Bewegungstherapie, Phytotherapie, Diätetik, Ordnungstherapie, Prävention und Rehabilitation. – Es können in sich abgeschlossene Originalmanuskripte oder auch schon publizierte Arbeiten, die nicht älter als zwei Jahre sind, in zweifacher Ausfertigung in deutscher, englischer oder französischer Sprache eingereicht werden an das Kneipp-Heilmittel-Werk, 8700 Würzburg, Postfach 1172. Einsendeschluß ist der 1. März 1975. Die Zuerkennung des Preises erfolgt unter Ausschluß des Rechtsweges durch ein Preisrichterkollegium. Dieses behält sich vor, den Preis gegebenenfalls zu teilen.

Neues Anwendungshandbuch über Bindung von Proteinen und Nukleinsäuren an Filter

Bei Radioimmunoassays, zyklischen AMP-Test, Stoffwechseluntersuchungen, Transportstudien usw. werden Radioisotopen eingesetzt und häufig die Flüssigscintillationszählung angewendet, um die Radioaktivität zu messen.

Diese Methoden sind meist sehr aufwendig. Neue Techniken unter Ausnutzung der Eigenschaft eines bestimmten Millipore Filters, Proteine und Nukleinsäure quantitativ zu binden, vereinfachen z. B. Radioimmunoassays bei Anwendung der „doppelten Antikörpertechnik“ durch Ersparnis des „zweiten Antikörpers“ (der „erste“ wird an das Filter gebunden und am Filter selbst die Inkubation durchgeführt).

Das bringt auch erhebliche Kostenersparnis.

Mit Hilfe neuer, rationeller Filtrationstechniken können z. B. auch Zeilen und Präzipitate auf demselben Filter isoliert, gespült, getrocknet und gezählt werden.

Das ersetzt die aufwendige, wiederholte Zentrifugation.

Das neue Anwendungshandbuch AM 304 beschreibt viele Anwendungen, wie Proteine, Nukleinsäuren usw. an Filter gebunden werden können und wie Filter Liquid Scintillation Counting durchgeführt wird.

Dieses Handbuch kann kostenlos von der Firma Millipore GmbH, 6078 Neu-Isenburg, Siemensstraße 20, Telefon (0 61 02) 60 66, angefordert werden.

„Rote Hand“ weist Ärzte auf wichtige Schreiben hin

Die Ärzteschaft wird künftig von den Mitgliedsfirmen des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie Hinweis auf Nebenwirkungen oder Zurückziehung von Arzneimitteln in einem einheitlichen Briefumschlag erhalten. Auf diese Weise soll sichergestellt werden, daß derartige wichtige Informationen über Arzneimittel nicht übersehen werden.

Eine rote Hand auf dem Umschlag mit dem Eindruck „Wichtige Mitteilung über ein Arzneimittel“ wird die Ärzte darauf aufmerksam machen.

AD-Ratgeber für ausländische Schwangere und junge Mütter

In der AD-Reihe (AD = Arbeitsplatz Deutschland) ist in der Informedia verlags-gmbh ein Ratgeber in fünf Sprachen – Italienisch, Spanisch, Jugoslawisch, Griechisch, Türkisch – erschienen. Er informiert in leicht verständlicher Form über Mutterschutz, Krankenversicherung, steuerliche Fragen, Vorsorge, Schwangerschaftsablauf, Entbindung, Klinikaufenthalt, Säuglingspflege, -ernährung und Babyausstattung. Reiche Bebilderung ermöglicht auch der leseungeübten Frau eine gute Orientierung.

Unter dem Fremdsprachentext ist jeweils in Kurzform der Inhalt in Deutsch angegeben; außerdem steht ein komplettes deutsches Textmanuskript zur Verfügung.

Preis für Sprechausgabe DM 3,30 – deutsches Textmanuskript DM 4,40 (jeweils zuzüglich Versandkosten und MwSt) – Staffelpreise bei größerer Stückzahl.

Anfragen und Bestellungen sind zu richten an: Informedia verlags-gmbh, 6900 Heidelberg, Blumenthalstraße 40, Telefon (0 62 21) 4 30 89.

Martin-Wassmund-Preis verliehen

Die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie hat den Martin-Wassmund-Preis für das Jahr 1973 Privatdozent Dr. med., Dr. med. dent. Wolfgang Steinilber für seine Arbeit „Die operative Behandlung von Mittelgesichtsfrakturen. Metallurgische, tierexperimentelle und klinische Untersuchungen“ zuerkannt. Der Preisträger ist Oberarzt an der Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten Tübingen.

CPK-Screening-Test für Muskel- erkrankungen

Es handelt sich um einen Suchtest zur Erkennung degenerativer, entzündlicher und anderer Muskelerkrankungen mit Zellläsionen. Die Ergebnisse dieses Tests stimmen in ihrer Aussagekraft mit denen herkömmlicher CPK-Bestimmungen (aktivierter und nicht-aktivierter kinetischer Test) völlig überein.

Manifeste und präklinische Muskeldystrophien mit rezessiv-X-chromosomalem Vererbungsgang vom Typ DUCHENNE und BECKER-KIENER werden klar durch den Screening-Test erkannt. In gleicher Weise lassen sich Mütter und Schwestern solcher Kranken bei positivem Ausfall des Tests als Überträgerinnen identifizieren. Ein negatives Resultat schließt — wie bei den herkömmlichen CPK-Bestimmungen — eine Überträgerereignis aber nicht sicher aus.

Positive Befunde im CPK-Screening-Test sind in jedem Fall Ausdruck einer Muskelzellläsion, ohne Entscheidung darüber, ob es sich um eine degenerative, entzündliche oder andere Muskelerkrankung handelt. Sie erfordern darum stets weitere diagnostische Maßnahmen, z. B. Bestimmung enderer muskeleigener Enzyme, elektrophysiologische Untersuchungen, Muskelbiopsie mit licht- und elektronenmikroskopischer, enzymhistochemischer und anderer situationsbedingter Untersuchungen.

Die Testkarten können nur direkt bei der Deutschen Gesellschaft „Bekämpfung der Muskelkrankheiten e.V.“, 7800 Freiburg, Friedrichring 20, bezogen werden.

Die Kreisflächen der Blutprobe müssen mit je einem Tropfen Blut gut durchtränkt sein. Die Flecken können größer, sollten aber nicht wesentlich kleiner als die Kreise sein. Nach dem Trocknen sollten die Testkarten in den vorgedruckten Umschlägen innerhalb von drei Tagen zurückgeschickt werden. Dabei kann man mehrere Karten ohne spezielle Vorsichtsmaßnahmen in einem Umschlag versenden. Bitte, alle Angaben auf beiden Teilen der Testkarte deutlich ausfüllen. Zusätzliche Angaben über eventuelle heredo-familiäre Krankheitsbelastungen sowie wichtige anamnestic Details und Befunde erbitten wir für spätere statistische

Auswertungen auf der Rückseite der Karte zu vermerken.

Den linken Abschnitt der Karte erhalten Sie umgehend mit dem Testergebnis zurück.

Preis der Testkarte DM 9,—. In diesem Betrag sind sämtliche Kosten für die Testdurchführung enthalten.

Buchbesprechungen

Auf dem Weg in den Gewerkschaftsstaat? 164 S., Taschenbuchformat, DM 6,80 netto, Mengenschlüssel. Deutscher Instituts-Verlag GmbH, 5000 Köln 51, Oberländer Ufer 84-88.

Im Frühjahr 1974 glaubten 77 Prozent der Bundesbürger, daß „die Gewerkschaften den meisten Einfluß“ in Wirtschaft, Staat und Gesellschaft haben. Ist das vom Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland gewollte Gleichgewicht der gesellschaftlichen Kräfte in unserem Land ernstlich bedroht?

Dieses Taschenbuch zeigt, welche Positionen Gewerkschaften und ihre Funktionäre in diesem Staat bereits einnehmen — in der Wirtschaft, in den Medien, in Rechtsprechung, Gesetzgebung und Verwaltung — und wie weit ihre Vorstellungen gehen, die marktwirtschaftliche Ordnung zu verändern.

Prof. Dr. V. BÖHLAU/Dr. E. BÖHLAU: **„Fibel der Inhalationsbehandlung mit Aerosolen“.** 245 S., 10 Abb., Taschenbuch, DM 13,80. Urban & Schwarzenberg Verlag, München-Berlin-Wien.

Mit diesem Buch ist eine lang offen gestandene Lücke geschlossen worden. Gerade heute hat die Aerosoltherapie nicht nur im Kurort ihren festen Platz, sondern ist auch bei jedem Arzt, der optimale Therapie anstrebt, nicht mehr wegzudenken, ob es der HNO-Arzt, der Internist oder der Chirurg ist, der auf diese Behandlung zurückgreift.

Der Rezensent ist sich über das Problem im klaren, aus einem solchen Angebot, wie es das sorgfältig zusammengestellte fast 400 Titel fassende Literaturverzeichnis zeigt, ein knappes Büchlein zu schreiben.

Nach einem Überblick über die Geschichte der Inhalation wird ausführlich auf die physiologischen Grund-

lagen eingegangen, wobei auch die technischen Probleme ausführlich dargestellt werden. Den Hauptteil nimmt dann die Anwendung von Aerosolen bei den verschiedenen Erkrankungen ein, wobei zuerst allgemein die Innere Medizin als Behandlungsort erwähnt wird und die Verfasser dann auf spezielle Krankheiten, wie z. B. Lungenmykosen, in einem eigenen Abschnitt eingehen.

Nur wünscht sich eben der klinisch tätige Arzt eine etwas streffere Führung in Gestaltung des Buches. So tauchen z. B. die handelsüblichen Präparate der Broncholytika im Kapitel Sympathomimetika in einer Zusammenstellung über deren Inhaltsstoffe auf und werden 20 Seiten weiter in einer Tabelle über die genaue Anwendung wiederholt. Vielleicht hätte man in einer systematischen Kapitelgebung und straffer Unterteilung mehr Übersicht erreichen können. Die Mühe, der sich die Verfasser unterzogen, wird an den verschiedenen Zusammenstellungen (Präparateübersicht, Literatur-, Sach-, und Autorenverzeichnis) ersichtlich.

Lobenswert ist auch der bei einem Taschenbuch nicht immer übliche Weg, auf mehreren Seiten Abbildungen der technischen Apparate zu bringen, um dem Interessierten die Technik gegenständlicher zu machen.

Ein vielleicht zu ausführliches Büchlein, das vom Inhalt her alle Fragen beantwortet und lediglich im Konzept einige Wünsche offen läßt. Für Interessierte eine Fundgrube.

Dr. M. Hausel, Amberg

Prof. Dr. G. LINZENMEIER / Prof. Dr. E. KUWERT / Dr. D. HANTSCHKE: **„Bakterien — Viren — Pilze“.** Eine nomenklatorische und nosologische Übersicht. 198 S., 125 S. mit Tab., Taschenbuch, DM 12,80. Urban & Schwarzenberg Verlag, München-Berlin-Wien.

Es wird versucht, die heute gültigen Vorstellungen von Systematik und Ordnung von Bakterien, Pilzen und Viren mit einem laufenden Index tabellarisch niederzulegen. Grundlage jeder Klassifikation ist die Identifikation mit Hilfe von bekannten Merkmalen, aus denen teilweise die Nomenklatur in Anlehnung an das LINNÉsche System abgeleitet wurde. Andere Benennungen erfolgten nach Krankheiten von Mensch oder Tier sowie nach den Entdeckern oder

Erstbeschreibern der Erreger. Verbindlich für alle Virus-Klassifizierungen wurde das LHT-System nach LWOFF, HORNE und TOURNIER. Die in dieser Übersicht von KUWERT vorgenommene Virus-Einteilung erfolgt unter dem ausdrücklichen Vorbehalt, daß sie aufgrund des noch zu geringen Wissensstandes und wegen der z. Z. heftigen Diskussion dieser Fragen nicht endgültig sein kann. Auch das GIBBS'sche Kryptogramm der einzelnen Virusarten wird in den sehr informativen Besprechungstexten angegeben. Die Zusammenfassung zu Virusgruppen erfolgt in Anlehnung an MELNICK und McCOOMBS. In fortlaufenden, indizierten Tabellen werden derzeitige wissenschaftliche Nomen, Synonyma, Erstbeschreiber, Eigenschaften, Standort und Erregerreservoir sowie pathogene Bedeutung für Mensch oder Tier aufgeführt. Im wesentlichen geht es um die neuere Benennung und Ordnung, die Eigenschaften und klinischen Daten erscheinen nur cursorisch und dienen der Erinnerung. Ein großer Literaturteil und ein ausführliches Sachverzeichnis beschließen das lesenswerte Büchlein. Es will kein Lehrbuch der Mikrobiologie sein, verdeutlicht aber, besonders in seinem virologischen Teil, den Stand der wissenschaftlichen Diskussion.

Dr. K. D. Felder, Würzburg

R. HOSCHEK/W. FRITZ: „**Taschenbuch für den medizinischen Arbeitsschutz und die werksärztliche Praxis**“. 366 S., DM 39,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das Taschenbuch für den medizinischen Arbeitsschutz und die werksärztliche Praxis ist in 3. vollständig umgearbeiteter und erweiterter Auflage erschienen.

Es bietet eine rasche und zuverlässige Information in allen mit diesem Gebiet einschlägigen Fragen.

Die Zusammenstellung aller für die werksärztliche Tätigkeit und für das Arbeitsleben überhaupt nur einigermaßen wichtigen Gesetze, Verordnungen, Vorschriften, Richtlinien, Merkblätter usw. findet sich in dieser gedrängten, handlichen und doch zuverlässigen Form kaum anderswo.

Auch die Aufstellung aller einschlägigen Dienststellen, Institute, Einrichtungen, Ausschüsse usw. mit der genauen Anschrift hilft sicher aus mancher Verlegenheit.

Ähnlich umfassend ist die Zusammenfassung der für den medizinischen Arbeitsschutz wichtigen chemischen Untersuchungsmethoden und der dabei maßgeblichen Konzentrationen. Besonderer Wert wird auf die eingehende Schilderung der chemischen Untersuchungen gelegt, die auch unter einfacheren Bedingungen durchführbar sind.

Das Kapitel über die Berufskrankheiten ist deswegen besonders wertvoll, weil immer wieder große praktische Erfahrung der Verfasser erkennbar wird und weil damit mehr als nur eine kurze stichwortartige Zusammenfassung bekannter Tatsachen geboten wird.

Auch die Ausführungen über Arbeitsphysiologie, Arbeitshygiene und Umweltschutz bieten wertvolle und nicht immer und überall bekannte Erkenntnisse.

In der Bibliothek des Arbeitsmediziners wird das Taschenbuch in der neuen Auflage rasch seinen Platz finden.

Dr. Schneider, München

Prof. D. LÜDERS: „**Lehrbuch für Kinderkrankenschwestern**“. 2 Bände

Band 1: Das gesunde Kind und theoretischer Teil. 609 S., 204 Abb.

Band 2: Das kranke Kind, seine Pflege und Behandlung. 675 S., 155 Abb., Balacron, je Band DM 49,- (Mengenpreis DM 39,-).

Studienhilfe für Kinderkrankenschwestern. Anhang zum Lehrbuch. 99 S., DM 9,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Im 1. Band findet der Leser neben theoretischen Ausführungen über das Berufsbild der Kinderkrankenschwester, über Physik und Chemie, Anatomie, Physiologie und Frauenheilkunde – mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung des Kindes – detaillierte Abhandlungen über das gesunde Kind, seine körperliche und seelisch-geistige Entwicklung, seine Pflege und seine Ernährung in gesunden und kranken Tagen. Es folgen die diagnostischen Maßnahmen – Laboruntersuchungen und Funktionsprüfungen, Röntgenologie – und in



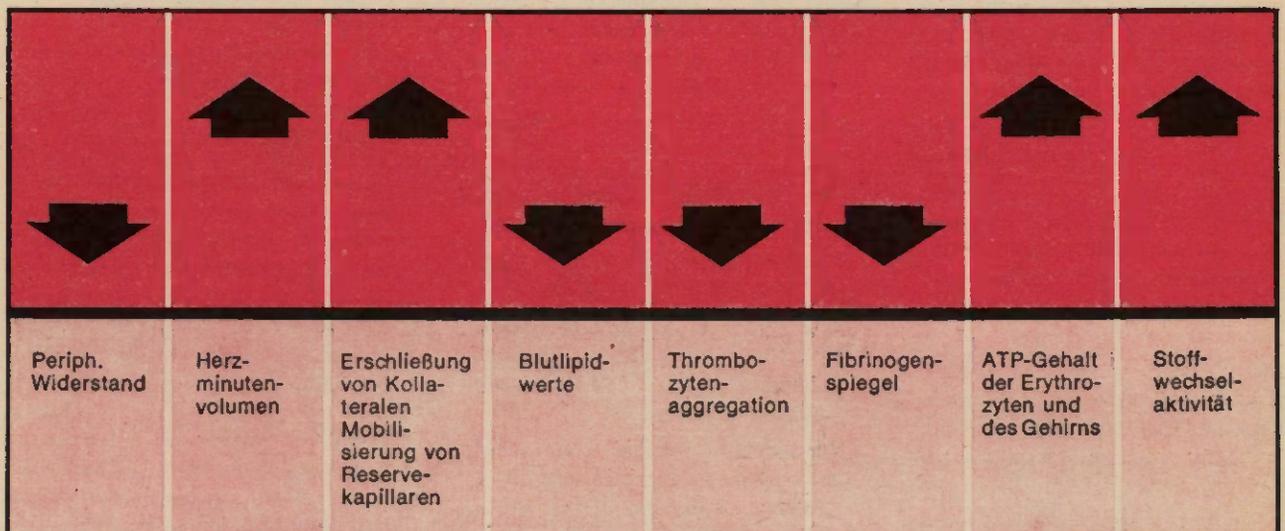
Einzelkapiteln kompetenter Autoren kurze Darstellungen jüngster diagnostischer Methoden der Neurologie und Kardiologie. Den Abschluß bilden vorbeugende Maßnahmen und eine Einführung in die Gesetzes-, Staatsbürger- und Berufskunde.

Der Band 2 enthält eine Krankheitslehre, Ausführungen über das Frühgeborene, ein Kapitel über Krankheiten im Kindesalter – Neugeborenes, Säugling, älteres Kind – und einen Abschnitt über seelische Störungen und Erkrankungen im Kindesalter. Einer Medikamentenlehre folgt der hervorzuhebende fünfte Teil: Die Schwester als Mitarbeiterin des Arztes (Ausführung ärztlicher Verordnungen, insbesondere Pflege und Behandlung des Kindes). Hier wird deutlich, daß die Arbeit der Schwester eine erhebliche Ausweitung erfahren hat, weil sie ihre Stelle nicht mehr vorwiegend am Krankenbett, sondern immer stärker an der Seite des Arztes hat (JOPPICH).

Das zweibändige Werk ist klar gegliedert, leicht lesbar, gut bebildert und vermittelt gemeinsam mit der beiliegenden Studienhilfe das umfangreiche Wissen für die großen und differenzierten Ausgaben der Kinderkrankenschwester. Wenn sie sich bei der Aneignung des Stoffes einmal mit dem Lehrbuch vertraut gemacht hat,

COMPLAMIN[®] RETARD

Das umfassende Wirkungsprinzip
zur Therapie peripherer Durchblutungsstörungen

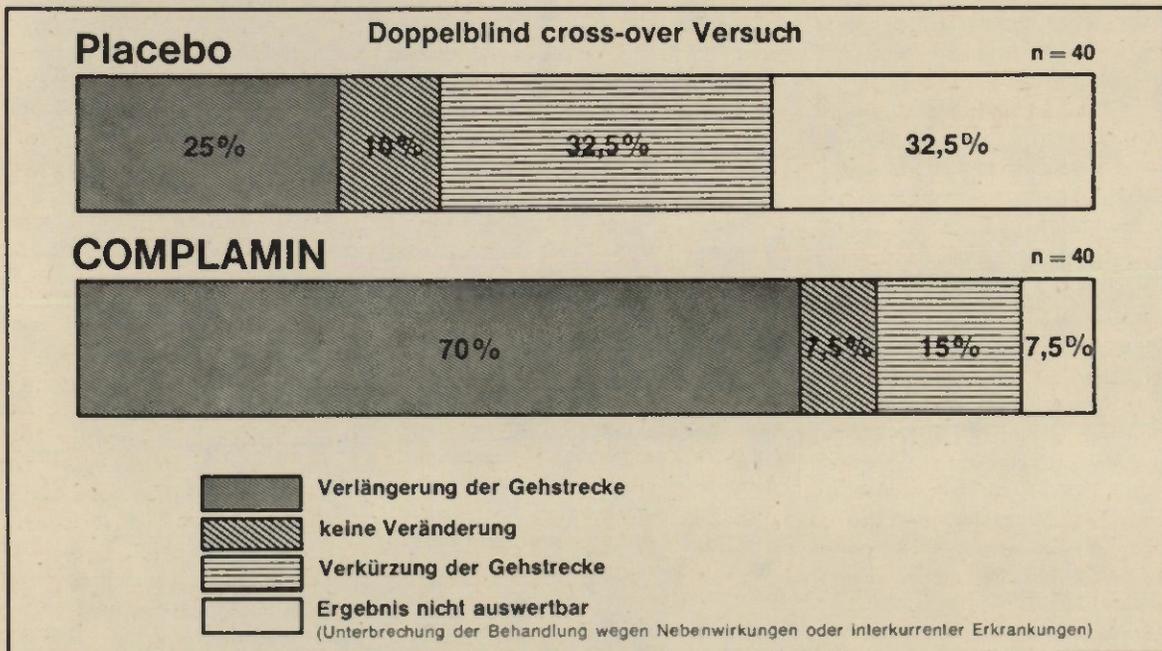


Das bedeutet für die Behandlung:

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



Complamin in der Therapie z. B. Claudicatio intermittens



Im gekreuzten Doppelblindversuch ergab sich unter COMPLAMIN-Behandlung im Vergleich zur Placebo-Behandlung eine statistisch signifikante Verlängerung der mittleren Gehstrecke. (Joos, F. et al.: Folie St. Jan. Nr. 13, 1973)

Der spürbare und objektivierte Therapieerfolg: Nachlassen des Claudicatio-Schmerzes und Verlängerung der Gehstrecke

Zusammensetzung: 1 Tablette COMPLAMIN RETARD enthält: 500 mg 7-[2-Hydroxy-3-(N-2-hydroxyethyl-N-methylemino)-propyl]-1,3-dimethylxanthin-pyridin-3-carboxylat (Xantinol-nicotinet)

Indikationen: Durchblutungsstörungen mit Claudicatio intermittens oder Ruheschmerz bei Arteriosklerose, Diabetes, nach Thrombosen, z. B. Endangiitis obliterans, diabetische Angiopathie, Ulcus cruris, Dekubitus; bei Gangrän; zur Thromboseprophylaxe sowie bei Morbus Menière, plötzlichem Hörsturz und Retinedurchblutungsstörungen; zerebrale Insuffizienz und Fettstoffwechselstörungen.

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

Hinweise: Vorsicht bei floridem Megenulcus, 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 RETARD kann in seltenen Fällen ein sogenannter Flush eintreten (Rötung und Wärmegefühl speziell im Gesicht und am Oberkörper).

Dosierung und Anwendungswise: 2 x täglich (morgens und abends) 2 Tebl. unzerkaut mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten. Die Dosis kann erhöht werden, z. B. 3 x 2 Tebl. pro Tag.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: OP mit 20 und 60 Tebl. zu 500 mg, DM 10,85 und DM 28,90; AR

Weitere Darreichungsformen: COMPLAMIN 300-Tabletten zu 300 mg; OP mit 60 Tabletten DM 20,30; AP, COMPLAMIN-Ampullen zu 2 ml und zu 10 ml; OP mit 10 Ampullen zu 2 ml DM 11,20; AP, Anstaltspeckung mit 10 Ampullen zu 10 ml zur Infusion.

wird sie es auch nach dem Examen gern und mit Gewinn als wertvolles Nachschlagewerk benutzen. Darüber hinaus seien die handlichen Bände allen Ärzten empfohlen, die Kinder behandeln, vor allem allen Pädiatern. Sie finden eine Fülle von Anregungen für die Beratung der Mütter in Fragen der Pflege, Ernährung und seelischen Betreuung gesunder und kranker Kinder. Für die Ausbildung und Anleitung ihrer Mitarbeiterinnen ist das Lehrbuch eine ideale Hilfe. Es gehört in die Hände jeder Sprechstundenhilfe, vor allem in der Kinderpraxis.

Dr. M. Wolf, Waldkraiburg

Prof. Dr. K. SCHÖFFLING / Dr. R. PETZOLDT / A. FRÖHLICH-KRAUEL: „Der große Ratgeber für Diabetiker“. 244 S., 2 Farbbilder, Kunststoffeinband, DM 25,—. Urban & Schwarzenberg Verlag, München-Berlin-Wien, in Zusammenarbeit mit Gräfe & Unzer Verlag, München.

Dieses an sich für Laien geschriebene Buch stellt auch für den behandelnden Arzt, der Diabetiker zu betreuen hat, eine wertvolle Hilfe bei der Beratung und Aufklärung in diabetischen Fragen dar. Nach einer ausführlichen Darlegung über das Wesen der Zuckerkrankheit, der Erkennung und den Krankheitszeichen, aber auch deren Komplikationen, befaßt sich der Hauptteil dieses von Schöffling und Mitarbeitern herausgegebenen Buches sinngemäß mit der Behandlung des Diabetes mellitus. Hier wird dem Patienten mit aller Eindringlichkeit der Vorrang der Diät vor allen anderen therapeutischen Maßnahmen vor Augen geführt

und dem öfters erhobenen Einwand von der Eintönigkeit, Geschmacksarmut und Kostspieligkeit einer entsprechend geführten diabetischen Kost mit stichhaltigen Argumenten begegnet. Die zusätzliche Behandlung des Diabetes-Kranken mit Tabletten (Sulfonylharnstoff- und Biguanid-Tabletten) und Insulin wird anschließend in ihrem praktischen Wert erörtert, wobei die Insulinbedürftigkeit des jugendlichen Diabetikers klar herausgestellt wird. Eingehend werden die Nebenwirkungen und deren Gefährlichkeit bei Insulinbehandlung, hauptsächlich in Form der Unterzuckerung, kommentiert und häusliche Gegenmaßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes besprochen.

Ausführlich und verständlich werden sodann die notwendigen Stoffwechselkontrollen im Laufe einer diabetischen Behandlung geschildert, die in regelmäßigen Zeitabständen — z. T. vom Patienten selbst (Teststreifenmethode!) — vorgenommen werden müssen.

Interessant ist ebenso ein Abschnitt über sozialmedizinische Aspekte der Zuckerkrankheit, dem ein umfangreiches Kapitel über die praktische Durchführung der Diätbehandlung bei der Zuckerkrankheit zum Abschluß folgt. (Mit zahlreichen Kochrezepten ausgestattet.) Alles in allem ein sehr instruktiv geschriebenes, kenntnisreiches Buch, das in jeder Zeile einen hervorragenden Kenner der Materie erkennen läßt.

Der behandelnde Arzt kann deshalb diesen diabetischen Ratgeber vorbehaltlos seinen Patienten zur lückenlosen Information empfehlen.

Dr. G. Vorberg, München

W. TRAUTWEIN/O. H. GAUER/H.-P. KOEPCHE: „Herz und Kreislauf“. — Band 3 der Taschenbuch-Reihe „Physiologie des Menschen“. 418 S., 192 Abb., DM 16,80. Urban und Schwarzenberg Verlag, München-Berlin-Wien.

Band 3 der nunmehr schon zu mehr als zwei Dritteln vorliegenden Reihe „Physiologie des Menschen“ umfaßt drei große Kapitel: Erregungsphysiologie des Herzens von W. TRAUTWEIN, Kreislauf des Blutes von O. H. GAUER sowie Kreislaufregulation von H. P. KOEPCHE. Trautwein gibt eine allgemeine Einführung in die Elektrophysiologie der Myokardfaser, die in dieser Ausführlichkeit in keinem anderen deutschen Lehrbuch zu finden ist. Ruhe- und Aktionspotential, elektromechanische Kopplung und die Rolle der Kalzium-Ionen werden beschrieben. Es folgt eine Einführung in die Grundlagen der Elektrokardiographie; auf einige EKG-Phänomene bei pathologischen Zuständen wird kurz eingegangen.

Gauer stellt sehr detailliert die Mechanik und die Funktion von Herz und Gefäßsystem dar und gibt nach einem Abschnitt über einige wichtige Teilkreisläufe eine Übersicht über die wichtigsten Methoden zur Messung von Druck, Volumen und Stromstärke im Kreislauf. Den Abschluß seines Kapitels bildet ein Abschnitt über Volumenregulation. Daran schließt sich zwanglos der Beitrag von Koepchen über die Kreislaufregulation an, in dem die Vorgänge bei Leistungsanpassung und die vegetativen Regulationsmechanismen einschließlich ihrer zentralnervösen Substrate eingehend dargestellt werden.

Perenterol KAPSELN

bei **Durchfallerkrankungen** und **Antibiotika-Therapie**

regeneriert die Darmflora — heilt die Darmschleimhaut

Zusammensetzung:

pro Kapsel
Saccharomyces cer. H. CBS 5926,
1 x 10⁹ lebende Zellen,
lyophilisiert 50 mg
Saccharum lactis 6,5 mg
Saccharum album 93,5 mg

Indikationen:

Enteritis, Kolitis,
Dysbakterie des Darmes, insbesondere
bei Antibiotika- und Chemotherapie,
Akne, Durchfallerkrankungen. Perenterol
kann risikolos auch Schwangeren
und Säuglingen gegeben werden.

Kontraindikationen:

keine
Nebenwirkungen: keine
Dosierung: Akute Diarrhoe: 3 x 2 Kapseln
täglich. Chronische Darmerkrankungen
und während einer Antibiotika-Therapie:
3 x 1 Kapsel täglich, Säuglinge und
Kinder: Gleiche Oosis wie Erwachsene.

Handelsformen und Preise:

OP mit 20 Kapseln OM 9,95
AP mit 100 Kapseln OM 42,80

PHARMACODEX GMBH
München

Kongreßkalender

Dieses Buch ist geeignet sowohl für Studenten, deren besonderes Interesse der Kreislaufphysiologie gilt, als auch insbesondere für Ärzte, deren Spezialgebiet Kardiologie oder Angiologie ist. So muß man insbesondere das Kapitel über Herz- und Kreislauffunktion von Gauer allen empfehlen, weil es sehr gut gegliedert, hinreichend ausführlich und in der Anwendung physikalischer Prinzipien auf die Kreislaufmechanik und -dynamik von einer bestechenden Präzision ist. Dies gilt aber auch für die übrigen Abschnitte des Buches, welches formal und inhaltlich die meisten anderen Darstellungen der Herz- und Kreislaufphysiologie in deutschen Lehr- oder Handbüchern übertrifft und die richtige Mitte zwischen Ausführlichkeit und notwendiger Straffheit der Darstellung findet.

Dem Verlag muß man als Leser für das Wagnis danken, ein mehrbändiges und ausführliches Lehrbuch der Physiologie deutscher Autoren herauszubringen.

Dr. Paach, Erlangen

Werner ROSS/Toni SCHNEIDERS: „Imago Germaniae.“ Deutschland-Geschichte, Landschaft, Kultur. Format 23 x 29,5 cm. 292 S., davon 192 S. mit über 180 Farbbildern auf Kunstdruck. Vorzugspreis bis 31.12.1974: DM 98,-; ab Januar 1975 ca. DM 120,-. Verlag Herder, Freiburg-Basel-Wien.

Dieses Buch bietet ein umfassendes „Bild“ Deutschlands in historischer und kulturhistorischer Sicht. Die Spannweite des Werkes reicht von der Römerzeit bis in die jüngste Gegenwart; es rückt altvertraute Vorstellungen von historischen Epochen zurecht und weicht auch unbequemen Einsichten nicht aus.

Die Textbeiträge von Werner Ross werden in 185 brillanten Farbbildern von dem Fotografen Toni Schneiders veranschaulicht und ergänzt. In seinen Bildern zeigt er die Besonderheiten deutscher Landschaften und Städte in Ost und West, enthüllt den Glanz der „Schatzkammer Deutschland“ und gibt Zeugnis deutschen Schicksals und deutschen Suchens.

Der wirklich sehr schöne Bildband vermittelt den Deutschen wie den Besuchern Deutschlands ein rundes und faszinierendes Bild unseres Landes.

H.

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

Januar 1975

11. – 25. 1. in Madonna di Campiglio: **XLVII. Fortbildungslehrgang (Friedrichkurs) zur Erlangung des Sportarzt diploms und der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“.** Auskunft: Deutsches Reisebüro, 6000 Frankfurt 1, Postfach 2671.

13. – 24. 1. in Isny-Neutrauchburg: **Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen-Therapie.** Auskunft: Dr. med. Karl Sell, 7972 Isny-Neutrauchburg.

Februar 1975

3. – 24. 2. in Bad Nauheim: **XXVI. Fortbildungskurs für Physikalische Medizin, Balneologie und Klimatologie.** Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstraße 10.

16. – 21. 2. in Davos: **Internationaler Fortbildungskurs für Klinische Kardiologie.** Auskunft: Prof. Dr. P. Lichtlen, Medizinische Hochschule, Abteilung für Kardiologie, 3000 Hannover-Kleefeld, Karl-Wiechert-Allee 9.

20. – 23. 2. in Graz: **6. Arbeitslagung des Deutschen Ar-**

bellskreises für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG). Auskunft: Prof. Dr. E. Pakesch, A-8036 Graz, Auenburger Platz 22.

28. 2. – 3. 1. in Erlangen:

8. Fortbildungstage in Praktischer Medizin. Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

März 1975

1. – 15. 3. in San Martino di Castrozza:

XLVIII. Fortbildungslehrgang (Friedrichkurs) zur Erlangung des Sportarzt diploms und der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“. Auskunft: Deutsches Reisebüro, 6000 Frankfurt 1, Postfach 2671.

17. – 21. 3. in Erlangen:

13. Erlanger Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie. Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

21. – 23. 3. in Augsburg:

55. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. A. Schretzenmayr, Zentrum für Medizinische Fortbildung, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2.

23. – 29. 3. in Rio de Janeiro:

V. Internationaler Kongreß für Lymphologie. Auskunft: Internationaler Ärztlicher Reisedienst, Deutsches Reisebüro GmbH, 6000 Frankfurt 1, Eschersheimer Landstraße 25-27.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbeurerstraße 16, Telefon (089) 41 47-1, Schriftleitung: Professor Dr. med. Hens 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.

Bezugspreise 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, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8060 Dacheu.

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

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

Am Kreis Krankenhaus Berchtesgaden

(210 Betten) ist zum 1. März 1975 auf der Chirurgischen und Internen Abteilung jeweils die Stelle des

Oberarztes

zu besetzen.

Die Chirurgische Abteilung umfaßt 91, die Interne Abteilung 95 Betten.

Die Bewerber müssen Facharzt für Chirurgie bzw. Innere Medizin sein oder kurz vor der Facharztanerkennung stehen. Die Bezahlung erfolgt nach Vergütungsgruppe I b BAT mit den üblichen tariflichen Zuschlägen.

Bewerbungen erbeten an das Kreis Krankenhaus 8240 Berchtesgaden.

An der HNO-Abteilung

des Kreiskrankenhauses München-Pasing (Chefarzt: Prof. Dr. med. L. Schreiner) ist ab 1. Januar 1975 oder später die Stelle eines

Oberarztes

neu zu besetzen.

Der Abteilung mit 49 Betten ist eine Sprach- und Stimm-Abteilung angegliedert und sie bietet bei einem umfassenden Operationsgut (über 4000 Operationen jährlich) hinreichende Gelegenheit zur Weiterentwicklung und Abrundung der Facharzt-Tätigkeiten, insbesondere auf dem Gebiet der Mikrochirurgie des Ohres, der Tumorchirurgie und der Endoskopie. Die Abteilung ist zur vollen Facharztweiterbildung ermächtigt.

Der Bewerber muß in der Lage sein, den Chefarzt selbständig zu vertreten. Die Anstellung erfolgt nach BAT, Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzliche Altersversorgung und übliche Zulagen im öffentlichen Dienst, sowie Nebenvernahmen durch den Chefarzt und Gutachterstätigkeit.

Bewerbungen mit allen üblichen Unterlagen, wie Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnissen, Urkunden und Übersicht über die bisherige Tätigkeit werden erbeten an die Verwaltung des Kreiskrankenhauses München-Pasing, 8000 München 60, Steinerweg 5, Telefon (0 89) 8 89 21.

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. Der leitende Arzt der Abteilung ist für vier Jahre zur Facharztweiterbildung (mit Infektionskrankheiten) ermächtigt. Umfangreiche Endoskopie mit Laparoskopie, Gastroskopie, Koloskopie, klinische Zytologie. Stationsgebundenes Röntgen mit Bildverstärker-Fernsehkette. Ärztlicher Schichtdienst. Stellenplan der Abteilung: Chef, 1 Oberarzt, 7 Assistenzärzte. Enger Kontakt mit Kliniken in Nürnberg.

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.



Das Städtische Marienkrankenhaus Amberg

(650 Betten, sieben Hauptfachabteilungen, drei Belegabteilungen) sucht für die Zentrale Röntgenabteilung (Röntgendiagnostik, Nuklearmedizin und Strahlentherapie) zum 1. Januar 1975

einen Oberarzt

mit abgeschlossener Facharztweiterbildung

einen Assistenzarzt

der die Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie anstrebt.

Die Zentrale Röntgenabteilung ist modern ausgestattet; Strahlentherapie, Gammatrom III, Nuklearmedizin, Lokalisations- und Funktionsdiagnostik, Röntgendiagnostik, sämtliche speziellen röntgendiagnostischen Verfahren.

Stellenplan: Acht Ärzte, 13 MTA, drei Schreibkräfte.

Der Leitende Arzt der Abteilung ist zur vollen Facharztweiterbildung ermächtigt.

Wir bieten:

Oberarzt: BAT Ia, Bereitschaftsdienstvergütung, vertraglich geregelte Beteiligung an den Nebenvernahmen des Chefs, fünf Tage wissenschaftlicher Urlaub;

Assistenzarzt: BAT II/b, entsprechend dem Weiterbildungsstand, vier Tage wissenschaftlicher Urlaub.

Sämtliche Leistungen des öffentlichen Dienstes. Preisgünstige Verpflegung im Haus. Ledigen Bewerbern kann ein Appartement zur Verfügung gestellt werden. Verheirateten Bewerbern ist die Verwaltung bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Amberg (50 000 Einwohner) ist Zentrum der Oberpfalz in landschaftlich schöner Lage mit hohem Freizeitwert. Sämtliche Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und Lichtbild werden erbeten an das

Personalamt der Stadt, 8450 Amberg, Rathaus, (Precht) Oberbürgermeister

Der Landkreis Heßberge sucht zum frühestmöglichen Zeitpunkt

1. Einen

Facharzt (Fachärztin)

für Innere Medizin als Belegarzt am Kreis Krankenhaus Ebern.

Geplant ist die Einrichtung einer Inneren Abteilung mit 25 Belegbetten. Außer dieser Abteilung befinden sich am Krankenhaus zwei Belegabteilungen für Chirurgie mit insgesamt 90 Betten. Das Haus wurde in den vergangenen Jahren umgebaut und erweitert.

In der Stadt Ebern ist noch kein Facharzt für Innere Krankheiten tätig.

Ebern: Aufstrebende Stadt, 6000 Einwohner, Industrie, Oarnison, alle weiterführenden Schulen, überdurchschnittlicher Freizeitwert.

2. Einen

Oberarzt (Oberärztin)

für das Kreis Krankenhaus Haßfurt.

Es sollte sich um einen erfahrenen Facharzt der Chirurgie handeln, der in der Lage ist, den Leitenden Arzt zu vertreten. Chefarztnachfolge in absehbarer Zeit möglich. Das moderne Krankenhaus (150 Betten) verfügt über eine internistische und gynäkologische Abteilung.

Wir bieten: Vergütung nach VergGr. Ia BAT/VKA, großzügige Rufbereitschaftsuschale, Zuschuß zum Besuch von Kongressen, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen, vermögenswirksame Leistungen, Nebenvernahmen durch den Chefarzt nach Vereinbarung, Vergütung für Unterrichtserteilung (Krankenpflegeschule), Trennungsgeld und Umzugskostenvergütung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen, bei der Beschaffung einer status- und familiengerechten Wohnung sind wir behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden baldmöglichst an das Landratsamt Heßberge - Personalamt, 8728 Haßfurt am Main, erbeten.