



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 6

Zur Kenntnis genommen:

Die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen ist zu einem dominierenden Thema der Publizistik geworden. Als der pläzische Sozialminister Geissler eine Studie veröffentlichte, brachte er zwar nichts Neues, aber er brachte das schon Bekannte erstmals in so komprimierter Form. Er und seine Mitarbeiter wagten sich auch an das Gebiet der Zukunftsprognosen, doch hier treten Meinungen an die Stelle von Fakten, und das ist immer eine recht fragwürdige Sache. Geissler ist aber nicht der einzige, der einen Blick in die Zukunft wagt. Es gibt Prognosen, welche für das Jahr 1980 einen Tagespflegesatz von DM 500 voraussagen. Nicht wegzudiskutieren ist die Tatsache, daß von einer „Explosion“ nur auf dem Krankenhaussektor gesprochen werden kann, wenngleich nicht zu übersehen ist, daß auch die Kosten im Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung gestiegen sind und weiter steigen werden. Sie bleiben jedoch weit hinter dem Krankenhaussektor zurück.

Bei der Suche nach Ursachen und Abhilfemöglichkeiten ist man überraschend schnell bei der Verweildauer hängen geblieben. Sie sei in Deutschland zu lang. Tatsächlich beträgt sie in den Vereinigten Staaten etwa die Hälfte. Kühne Rechner haben ermittelt, daß eine Senkung der Verweildauer um 20 Prozent eine Einsparung pro Jahr von drei Milliarden DM bewirken würde. Damit war der Gedanke der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung durch das Krankenhaus geboren. Geboren? Wer gesundheitspolitische Pläne kennt, wird wissen, daß der Plan, die Krankenhäuser auch für die ambulante Versorgung zu „öffnen“, also Krankenhausambulatorien einzurichten, schon seit Jahr und Tag in der linken Mottenkiste liegt, man hatte aber noch keine rechte Gelegenheit, ihn überzeugend zu präsentieren. Jetzt ist der Authänger gefunden: die rasant steigenden Krankenhauskosten sind eine Folge der zu langen Verweildauer, die zu lange Verweildauer ist eine Folge der ungenügenden Diagnostik in der ambulanten Praxis, die ambulante Praxis ist nicht in der Lage, ihre Leistungen zu verbessern, also muß endlich das Krankenhausambulatorium geschaffen werden.

In Wirklichkeit liegen die Fakten völlig anders. Die hohen und lautend steigenden Pflegesätze unserer Krankenhäuser werden bis zu 85 Prozent durch Personalkosten verursacht. Es ist sicher eher zu niedrig gegriffen, wenn man weitere 10 Prozent Fixkosten hinzurechnet. Die tatsächlich variablen Kosten sind also sehr gering. Personalkosten und sonstige Fixkosten sind aber zunächst nicht abhängig von der Verweildauer, sondern allein von der Bettenzahl. Die Senkung der Verweildauer würde also sogar zu einer Erhöhung der Pflegekosten führen, wenn ihr nicht eine Reduzierung der Bettenzahl unmittelbar auf dem Fuße folgen würde. Glaubt jemand im Ernst, daß im augenblicklichen Zeitpunkt der Staat oder die kommunalen Krankenträger den Mut hätten, eine wirksame Senkung der Bettenzahl vorzunehmen? Für München jedenfalls muß festgestellt werden – und nicht nur für München –, daß derzeit immer noch neue Betten errichtet werden.

Die Behauptung, unsere niedergelassenen Ärzte würden Patienten ohne ausreichend ambulante Diagnostik ins Krankenhaus einweisen und dadurch eine unnötige Verlängerung der Verweildauer bewirken, darf aber selbst denn nicht im Raume stehen bleiben, wenn sie sich als reiner Vorwand erweist. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat sich deshalb gerade jetzt an alle Kassenärzte gewandt und sie dringend aufgefordert, jede Krankenseinweisung – von dringenden Fällen natürlich abgesehen – eingehend und von allen Seiten auf ihre Notwendigkeit zu überprüfen. Die Kassenärzte wurden auch darauf hingewiesen, daß in jedem Falle alle Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik ausgeschöpft werden müssen, bevor der Patient die Schwelle des Krankenhauses überschreitet. Wenn dies geschieht und der Patient wohl vorbereitet auf eine etwa notwendige Operation, versehen mit allen erhobenen Befunden, ins Krankenhaus kommt, kann er praktisch am nächsten Tage operiert werden und sein Krankenhausaufenthalt wird sich auf ein Mindestmaß beschränken. Um die Mitgabe der Befunde zu erleichtern und sie auch besonders deutlich zu machen, wurde die leuchtend grüne Tüte eingeführt und an die Kassenärzte verteilt. Die leitenden Ärzte unserer Krankenhäuser wurden gleichzeitig um ihre Mitarbeit gebeten und vor allem auch darum, den erhobenen Vorwurf zu widerlegen, sie würden ambulante Befunde nicht anerkennen und doch alles nochmals machen.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wird die Entwicklung in der nächsten Zeit eingehend beobachten. Er bittet alle Kolleginnen und Kollegen um positive, aber auch negative Erfahrungsberichte bei der Durchführung dieser Empfehlungen. Die niedergelassenen Kassenärzte aller Gebiete haben eine einmalige Chance, zu beweisen, daß sie alle zusammen nichts anderes als eine große, kollegial verbundene Gruppenpraxis sind.

Professor Dr. Sewering

Chronische Verschlüsse der Becken- und Beinarterien aus internistischer Sicht

von A. Kriessmann

Die ständig steigenden Morbiditäts- und Mortalitätszahlen haben der Arteriosklerose zu fataler Berühmtheit verholfen: In der Bundesrepublik Deutschland führen Herz-Kreislauf-erkrankungen mit einem Anteil von 46 Prozent die Todesursachenstatistik an. Diese wiederum sind in mehr als 90 Prozent auf arteriosklerotische Wandveränderungen und deren Komplikationen zurückzuführen.

In der folgenden Übersicht sollen wesentliche Gesichtspunkte der obliterierenden Arteriosklerose der Becken- und Beinarterien für die tägliche Diagnostik und Therapie in Praxis und Klinik zusammengestellt werden.

Alter, Geschlecht, Häufigkeit, Lokalisation

Die obliterierende Arteriosklerose der Extremitäten tritt bevorzugt bei Männern im fünften bis siebten Lebensjahrzehnt auf. Das Geschlechtsverhältnis von zehn zu eins (Männer zu Frauen) im fünften Lebensjahrzehnt reduziert sich durch den Fortfall des Östrogenschutzes und Zunahme der Risikofaktoren bei Frauen auf vier zu eins im siebten Lebensjahrzehnt. Nach epidemiologischen Studien von Widmer et al. leiden ca. vier Prozent der berufstätigen Männer zwischen 45 und 64 Jahren an einer arteriellen Verschlusskrankheit der unteren Extremitäten.

Der Befall der Becken- und Beinarterien ist neunmal häufiger als der der Schultergürtel- und Armarterien. Die prozentuale Häufigkeit von Becken-, Oberschenkel- und Unterschenkeltyp, wie sie in einem großen angiographischen Untersuchungsgut zu finden ist, gibt Abbildung 1 wieder. Bei isolierten Unter-

schenkelverschlüssen ist der Anteil jüngerer Männer besonders hoch und wird auf das Überwiegen der Thrombangiitis obliterans in dieser Altersgruppe zurückgeführt.

Risikofaktoren

Unter den Risikofaktoren (Tab. 1) für einen chronischen peripheren Arterienverschluß steht das Zigarettenrauchen ebenso wie für die koronare Herzerkrankung an erster Stelle. Die weitere Rangfolge von Hypertonie, Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen wird für die einzelnen Gefäßprovinzen zum Teil unterschiedlich bewertet. Es steht jedoch außer Zweifel, daß jeder dieser Faktoren allein oder in Kombination mit einem zweiten oder dritten wesentlichen Einfluß auf den Verlauf und wahrscheinlich auch auf die Entstehung der obliterierenden Arteriosklerose hat.

Risikofaktoren

Zigarettenrauchen
Diabetes mellitus
Hypertonie
Fettstoffwechselstörungen
Bewegungsarmut
Übergewicht

Tabella 1

Risikofaktoren der chronischen arteriellen Verschlusskrankheit der Becken- und Beinarterien

Zwei Beispiele sollen die Einflußgröße der Risikofaktoren verdeutlichen: Untersuchungen an der Mayo-Klinik haben ergeben, daß bei diagnostizierter arterieller Verschlusskrankheit die Amputationsquote in derjenigen Gruppe wesentlich niedriger lag, in der das Rauchen völlig aufgegeben worden war als in der

Gruppe, in welcher weitergereicht wurde. Außerdem war die Amputationsrate bei chronischen Arterienverschlüssen mit Diabetes mellitus viermal höher als ohne Diabetes mellitus.

Diagnostik

Die arterielle Verschlusskrankheit der unteren Extremitäten kann in der Mehrzahl der Fälle mit einem „Minimal-Programm“ ohne technischen Aufwand diagnostiziert werden, wenn folgende Punkte beachtet werden:

1. Anamnese:

Der Patient mit arterieller Verschlusskrankheit sucht seinen Hausarzt meistens erst dann auf, wenn sich die seit mehreren Monaten gering eingeschränkte Gehstrecke plötzlich auf 300 m oder weniger verkürzt und bislang nur beiläufig registriertes Kältegefühl und Pelzigkeit des Fußes an Intensität zunimmt. Liegt der Beginn dieser Symptome nach dem 60. Lebensjahr, so handelt es sich in über 95 Prozent um eine obliterierende Arteriosklerose. Ein Symptombeginn vor dem 40. Lebensjahr ist auf eine Thrombangiitis obliterans verdächtig und macht differentialdiagnostische Erwägungen, vor allem neurologischer und orthopädischer Art, dringend erforderlich.

Mehr als zwanzigjähriges Rauchen von täglich mehr als 20 Zigaretten kann am häufigsten eruiert werden. Familiäre Vorbelastung bezüglich der arteriellen Verschlusskrankheiten, Herzinfarkt, Apoplexie, Hypertonie oder Diabetes mellitus engen die Differentialdiagnose ein.

2. Inspektion, Palpation, Auskultation:

Wenn trophische Störungen und eine auffallende Blässe des betrof-

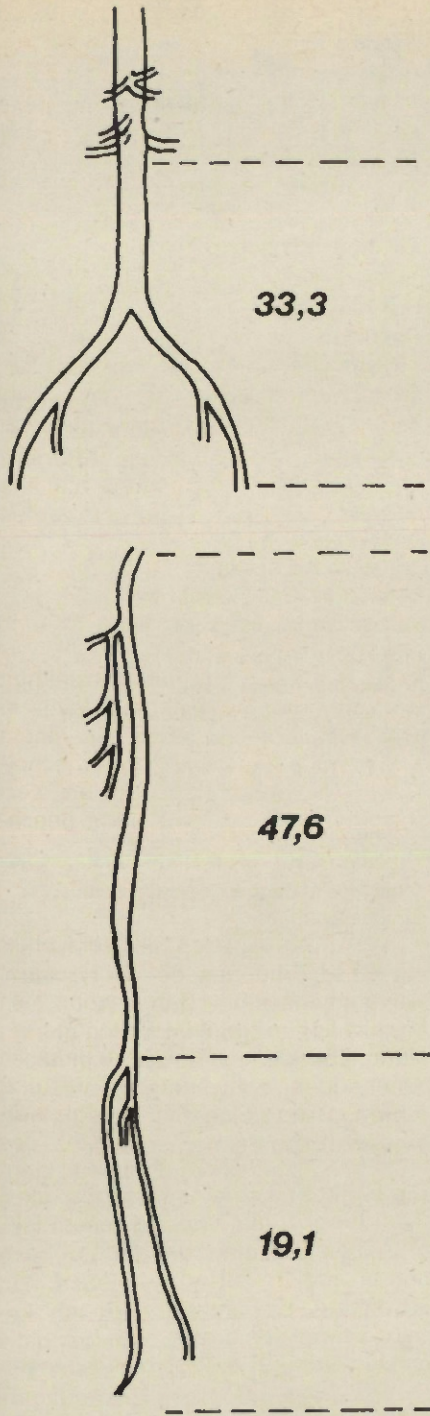


Abbildung 1
Prozentuale Häufigkeit arterieller Verschlüsse der Becken-, Oberschenkel- und Unterschenkel-Etage

fenen Fußes fehlen, so läßt sich nicht selten eine Temperaturdifferenz der Füße palpieren. Zentrale diagnostische Wertigkeit besitzt ein nicht tastbarer Leisten- oder Fußpuls. Bei Beckenarterienstenosen lassen sich über der Leistengegend, bei Stenosen der Arteria femoralis communis über der Arteria femoralis superficialis am medialen Ober-

schenkel systolische Geräusche auskultieren, welche nach Belastung mit fünf Kniebeugen oder beim Liegenden mit fünf Oberkörperbeugen lauter werden.

3. Blutdruckmessung:

Die Blutdruckmessung nach *Riva-Rocci* ist als Selbstverständlichkeit akzeptiert. Bei jeder Erstuntersuchung sowie bei Kontrollen, die mehr als sechs Monate Abstand zur Voruntersuchung aufweisen, sollte der Blutdruck an beiden Armen auskultatorisch und an beiden Unterschenkeln durch Palpation eines Fußpulses systolisch gemessen werden. Aus physiologischen Gründen liegt der Knöchelarteriendruck beim Arteriengesunden 10 bis 15 mm Hg über dem systolischen Armarteriendruck.

Diagnostik

1. Anamnese
2. Inspektion
3. Palpation
4. Auskultation
5. Blutdruckmessung
6. Funktionsprüfungen
7. Apperative Meßmethoden
8. Arteriographie

Tabelle 2

Das diagnostische Minimal-Programm (1. bis 5.) wird durch spezielle Untersuchungen (6. bis 8. individuell ergänzt)

Diese kurz skizzierten diagnostischen „Minima“ sind mit dem Risiko belastet, daß nur fortgeschrittene Fälle einer arteriellen Verschlusskrankheit erfaßt werden. Um auch Frühveränderungen und Grenzfälle sicher diagnostizieren zu können, ist die zusätzliche Anwendung von Funktionsprüfungen und apparativen Untersuchungsmethoden erforderlich (Tab. 2 und 3).

Apparative Meßmethoden

Oszillographie
Ultraschall-Doppler-Druckmessung
Venenschluß-Plethysmographie
Rheographie

Tabelle 3

Nicht-invasive Meßmethoden, welche zur Objektivierung der klinischen Verdachtsdiagnose geeignet sind

Lagerungsprobe, Gehstreckentest

Die Lagerungsprobe nach *Ratschow* vermittelt eine sehr gute Information bei folgendem Vorgehen: Der auf dem Rücken liegende Patient führt bei maximal erhobenen Beinen, welche vom Untersucher an den Fersen gestützt werden können, Kreisbewegungen im Sprunggelenk von eineinhalb bis zwei Minuten Dauer durch. Sofort anschließend begibt sich der Patient in sitzende Position, wobei unter Beobachtung des Fußrückens gemessen wird:

1. Auftreten der reaktiven Hyperämie (normal: ca. fünf Sekunden),
2. Auffüllzeit der entleerten Fußrückenvenen (normal: bis zehn Sekunden),
3. Dauer der reaktiven Hyperämie (pathologisch: mehr als 30 Sekunden).

Bei primärer und sekundärer Varikose sind 2. und 3. nicht verwertbar.

Eine noch stärkere, aber auch aufwendigere Belastungsprobe zum Nachweis einer arteriellen Insuffizienz stellt die Testung der schmerzfreien Gehstrecke dar. Sie erfolgt auf ebener Erde oder auf dem Laufband mit einem unter Metronomdiktat vorgegebenen Tempo von 120 Schritten pro Minute. Eine so gemessene schmerzfreie Strecke von weniger als 250 Metern bedarf der dringenden klinischen Diagnostik. Der Gehstest ist nur im Stadium II nach *Fontaine* anwendbar.

Apparative Untersuchungsmethoden

Die Indikation für apparative Untersuchungsmethoden (Tab. 3) ist dann gegeben, wenn die klinischen Befunde einschließlich Anamnese keine sichere Diagnosestellung zulassen. In einer Vergleichsstudie konnte von uns gezeigt werden, daß durch Oszillographie mit Belastung, Ultraschall-Doppler-Druckmessung und Venenschluß-Plethysmographie mit hoher statistischer Signifikanz zwischen Extremitäten mit und ohne arterieller Insuffizienz unterschieden werden kann.

Für die Routinediagnostik eignet sich die Oszillographie in Ruhe und nach Belastung ebenso gut wie die Messung des Knöchelarteriendruckes mit der Ultraschall-Doppler-

Sonde. Letzteres Verfahren läßt sich mit dem geringsten Zeitaufwand bei hohem Informationsgehalt durchführen. Die Venenverschluß-Plethysmographie und Rheographie sind eher bei wissenschaftlichen Fragestellungen angezeigt.

Arteriographie

Mittels transfemoraler Katheter-Angiographie oder translumbaler Aortographie läßt sich die Lokalisation und Ausdehnung des obliterativen Prozesses feststellen. Darüber hinaus wird der für einen gefäßchirurgischen Eingriff bedeutungsvolle Zu- und Abfluß proximal und distal der Verschlußstrecke erkennbar.

Eine Arteriographie sollte grundsätzlich nur dann durchgeführt werden, wenn Patient und Arzt bereit und in der Lage sind, eventuelle gefäßchirurgische Konsequenzen durchführen zu lassen.

Diagnose und Stadieneinteilung

Die Diagnose „Arterielle Verschlußkrankheit der unteren Extremität“ wird durch Einteilung in die vier Stadien nach *Fontaine* entsprechend dem klinischen Schweregrad spezifiziert. Dabei hat sich die zusätzliche Unterteilung der Stadien II und IV sehr gut bewährt (Tab. 4). Das Sta-

Stadien der arteriellen Verschlußkrankheit

- I Keine Beschwerden
- II a Claudicatio intermittens mit schmerzreicher Gehstrecke > 250 m
- II b Claudicatio intermittens mit schmerzloser Gehstrecke < 250 m
- III Ruheschmerz
- IV a Akrale Läsion bei Claudicatio intermittens (ohne Ruheschmerz)
- IV b Akrale Läsion bei Ruheschmerz

Tabella 4

dium I, dem angiographisch z. B. eine hämodynamisch noch nicht wirksame Stenose entsprechen kann, wird meist durch Zufall diagnostiziert, da subjektive Symptome fehlen. Das Stadium II ist durch eine eingeschränkte Gehstrecke – bei 95 Prozent der Fälle infolge Wadenschmerzen, welche beim Stehenblei-

ben rasch abklingen – gekennzeichnet. Im Stadium III dominiert subjektiv ein Ruheschmerz bei Horizontallage des Beines. Im Stadium IV bestehen akrale Läsionen. Dabei kann zwischen Läsionen ohne Ruheschmerz, jedoch mit Claudicatio intermittens (IV a) und solchen mit mehr oder minder stark ausgeprägtem Ruheschmerz (IV b) unterschieden werden. Das Stadium IV a wird bei Diabetikern besonders häufig angetroffen.

Therapie

Da eine kausale Therapie nicht zur Verfügung steht, ist die Kenntnis der in den verschiedenen Stadien bewährten Möglichkeiten konservativer und operativer Maßnahmen von Bedeutung (Tab. 5). Von besonderer Tragweite ist dabei die rechtzeitige Indikationsstellung für die eine oder andere Therapieform, welche im gemeinsamen Gespräch zwischen dem Angiologen und dem Gefäßchirurgen am besten gelingt.

Als Basistherapie ist die Digitalisierung zu betrachten, welche mit einem Digoxin-haltigen Präparat ab etwa dem 60. Lebensjahr durchgeführt werden sollte, sofern durch manifeste oder latente Herzinsuffizienz nicht eine frühzeitigere Indikation gegeben ist.

Für alle vier Stadien gilt das Prinzip: Risikofaktoren suchen und konsequent behandeln!

Unter aktivem Gefäß-Muskeltraining verstehen wir nicht nur Bewegungsübungen der erkrankten Extremität, sondern darüber hinaus eine den individuellen Grenzen angepaßte Ganzkörperbelastung, welche

Vasoaktive Pharmaka

Präparat per Inlusionem	Klinisches Beschwerdebild bzw. Stadium		
	leicht (II)	mittelschwer (II/III)	schwer (III/IV)
Lävadosin® i. a.	–	++	++
Dusodril® i. v.	++	+++	++
Fludilat® i. v.	+	+	(+)
Lamuran® i. v.	+	++	+
Trental® i. v.	++	+	+

Tabella 6

Wirksamkeit vasoaktiver Pharmaka nach dem klinischen Eindruck nach durchschnittlich zwölf-tägiger Infusion bei 62 Patienten mit verschiedenen Stadien der arteriellen Verschlußkrankheit
(+ = mäßig, ++ = befriedigend, +++ = gut)

Therapie

- Stadium I
- Risikofaktoren
- Aktives Gefäß-Muskeltraining
- Stadium II
- Risikofaktoren
- Aktives Gefäß-Muskeltraining
- Operation (II b)
- Vasoaktiva Pharmaka
- Stadium III–IV
- Risikofaktoren
- Operation
- Tiallagerung des Beines, Wattepackung
- Dextran per Inlusionem
- Vasoaktiva Pharmaka per Inlusionem
- Stadium IV
- Risikofaktoren
- Operation
- Antibiotika (i. a.)
- Antimykotika (lokal)
- Dextran per Inlusionem
- Vasoaktiva Pharmaka per Inlusionem
- Individuell: Digitalis
- Antikoagulantien
- Thrombozytenaggregationshemmer
- Straptokinase
- Arwin®, Delibrasa®

Tabella 5

Therapeutische Maßnahmen in den verschiedenen Stadien der arteriellen Verschlußkrankheit

mit einer Erhöhung des Herzminutenvolumens einhergehen soll. Die Möglichkeiten reichen von Zehenstandsübungen auf einem Bein über Kniebeugen, Schwimmen, Fahrradfahren, Ballspielen bis zum heim-eigenen Ergometer.

Die Indikation zu einem rekonstruktiven Eingriff am Arteriensystem ist grundsätzlich eine bei jedem Patienten individuell zu fällende Entscheidung. Ein isolierter Verschluß der Arteria femoralis superficialis ist weit weniger dringlich zu operie-

ren als ein Beckenarterienverschuß. Eine Gehstrecke von weniger als 250 m bei einem voll im Berufsleben stehenden Patienten sollte rasch einer Operation zugeführt werden, während bei mehr als 250 m Gehstrecke ein vier- bis sechswöchiger konservativer Behandlungsversuch angezeigt ist.

Die Sympathektomie stellt keine Alternative zur Gefäßrekonstruktion dar. Ihre Wirksamkeit ist lokalisiert überwiegen auf trophische Störungen der Haut und zeitlich auf weniger als zwölf Monate begrenzt. Die Indikation für diesen Eingriff sollte deshalb eher spät gestellt werden.

Die sogenannten Vasodilantien oder vasoaktiven Pharmaka lassen in der Mehrzahl einen objektivierbaren therapeutischen Effekt vermissen. Sie können im Therapieplan nur als Additiva betrachtet werden. Tabelle 6 gibt den klinischen Eindruck bei intravenöser Infusion verschiedener Pharmaka über durchschnittlich zwölf Tage wieder. ATP-haltige Verbindungen können wegen der kurzen Halbwertszeit nur intraarteriell gegeben werden. Im Stadium IV kann die intraarterielle Infusion mit einem Antibiotikum kombiniert werden (z. B. Tetracycline; cave Penicilline!).

Niedermolekulares Dextran (Longasteril 10prozentig, Rheomacrodex) eignet sich in den Stadien III und IV zur Verbesserung der Mikrozirkulation. Wie bei allen Infusionsbe-



Abbildung 2
Nekrose der fünften Zehe bei Femoropopliteal-Verschuß eines 54jährigen Patienten, der zum Zeitpunkt dieser Aufnahme die dringlich indizierte Arteriographie sowie therapeutische Maßnahmen abgelehnt hat



Abbildung 3
Derselbe Patient wie Abbildung 2 fünf Monate später

handlungen sollte der Anwendung von Dextranen eine Digitalisierung vorausgehen.

Während die thrombolytische Therapie mit Streptokinase sehr speziellen Indikationen vorbehalten bleibt, bietet sich mit der Defibrinogenierung (Arwin®, Defibrase®) ein the-

rapeutisches Prinzip an, welches nach den bislang vorliegenden Ergebnissen im Stadium III und IV eine günstige Wirkung zu haben scheint. Hierfür wie für die prophylaktische Wirksamkeit der Thrombozytenaggregationshemmer fehlen jedoch noch größere Untersuchungsreihen mit verbindlicher Aussage.

Antikoagulantien haben bei einem Quick-Wert zwischen 25 und 15 Prozent wahrscheinlich einen aufschiebenden Effekt auf die Progredienz von der stenosierenden zur obliterierenden Arteriosklerose. Sie bieten jedoch nicht mit absoluter Sicherheit Schutz vor einem Verschuß der Arterie. Wir halten die Antikoagulation unter Beachtung der Kontraindikationen für sinnvoll bei Zweil- und Drei-Etagenverschlüssen, multiplen Stenosen sowie nach Gefäßrekonstruktionen bei gleichzeitig bestehenden Unterschenkelverschlüssen.

Die Abbildungen 2 und 3 zeigen den natürlichen Verlauf einer arteriellen Verschußkrankheit innerhalb von fünf Monaten bei einem Patienten, der zum Zeitpunkt der Kleinzehen-Nekrose jede diagnostische und therapeutische Maßnahme abgelehnt hat.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. A. Kriessmann,
Oberarzt der I. Medizinischen Klinik der
Technischen Universität München — Kli-
nikum rechts der Isar, 8000 München 80,
Ismaninger Straße 22

Chefarztverträge werden immer schlechter

nicht zuletzt deshalb, weil ein Krankenhausträger fast immer einen Bewerber findet, der in falscher Beurteilung oder angesichts unzulänglicher Prüfung des Vertrages Bedingungen akzeptiert, die Voroder Mitbewerber vielleicht schon abgelehnt haben. Angemessene Vertragsbedingungen sind nach unseren Erfahrungen nur sicherzustellen, wenn alle Bewerber um eine „Chefarztstelle“ gleichermaßen über Vorteile und Mängel des Vertragsangebotes informiert sind.

Wir empfehlen deshalb denjenigen Kolleginnen und Kollegen als Bewerber um eine leitende Position an einer Krankenanstalt, die ihnen angebotenen Verträge vor dem Eintritt in Verhandlungen mit dem Krankenhausträger ihrer Berufsvertretung bzw. ihrem Berufsverband zur kritischen Überprüfung vorzulegen.

Bayerische Landesärztekammer
Professor Dr. Sewering
Präsident

Verband der leitenden Krankenhausärzte
Deutschlands e. V.
Landesverband Bayern
Dr. O p d e r b e c k e
Vorsitzender

Marburger Bund
Dr. B a u s c h
1. Vorsitzender

Grundsätze für die Honorarbeteiligung ärztlicher Mitarbeiter in Bayern

Die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns bestimmt, daß Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, verpflichtet sind, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren. Mit dieser Bestimmung wurde die Honorarbeteiligung ärztlicher Mitarbeiter auf eine berufsrechtliche Grundlage gestellt. Mit dem Honorarbeteiligungsverfahren an den Städtischen Krankenanstalten in München wurde erstmals ein Modell der Honorarbeteiligung vorgestellt, welches eine generelle Regelung an die Stelle der individuellen Vereinbarung setzte. Die Kemmer begrüßt es außerordentlich, daß der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Landesgruppe Bayern, und der Marburger Bund, Landesverband Bayern, nunmehr „Grundsätze für die Honorarbeteiligung ärztlicher Mitarbeiter in Bayern“ vereinbart haben. An diesen Beratungen haben sich auch die Berufsverbände der Anästhesisten, Chirurgen und Gynäkologen konstruktiv beteiligt. Die Bayerische Landesärztekammer hofft, daß diese Grundsätze bei den leitenden Ärzten und ihren ärztlichen Mitarbeitern auf Zustimmung und Verständnis stoßen werden. Sie sind geeignet, die Zusammenarbeit der Ärzte an den Krankenanstalten zu verbessern, die Solidarität der Ärzte zu fördern und die gemeinsame Bereitschaft zur Verteidigung eines freiheitlichen Systems ärztlicher Tätigkeit auch an den Krankenanstalten zu stärken. Wenn die nachstehend publizierten Grundsätze zur Erreichung dieser Ziele beitragen, haben sie ihren Zweck im besten Sinne erfüllt. Die Bayerische Landesärztekammer dankt allen Beteiligten für ihre große Bereitschaft zur Kooperation, sie zollt der in diesen Grundsätzen zum Ausdruck kommenden Kollegialität ihre volle Anerkennung.

Professor Dr. Sewering

Seit vielen Jahren wird in Bayern die Mitarbeiterbeteiligung (Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Liquidationserlösen der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte) diskutiert. Grundlage dieser Diskussionen waren in der Vergangenheit insbesondere das Münchner-Modell und das Hamburger-Modell, da die Mitarbeiterbeteiligung in der Praxis meist nach einem dieser beiden Modelle erfolgt. Die Verschiedenartigkeit dieser beiden Modelle sowie die differente Handhabung der Mitarbeiterbeteiligung im Sinne von § 12 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns hat zu dem Wunsch nach einer gemeinsamen Empfehlung der beteiligten Krankenhausärzte geführt. Von diesem Wunsche getragen haben

Dr. med. H.-W. Opderbecke

Vorsitzender der Landesgruppe Bayern des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

und

Dr. med. J. Bausch

1. Vorsitzender des Landesverbandes Bayern des Verbandes der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands – Marburger Bund – e. V.

namens ihrer Verbände Gespräche geführt, um gemeinsame Vorstellungen zur Mitarbeiterbeteiligung zu entwickeln. Dabei waren besonders die großen Unterschiede in der Struktur der bayerischen Krankenhäuser zu berücksichtigen.

Die Gespräche führten zu folgendem Ergebnis:

I.

Wesentlicher Bestandteil einer leistungsgerechten Vergütung des ärztlichen Dienstes am Krankenhaus ist das ärztliche Liquidationsrecht. Eine leistungsgerechte Vergütung der Krankenhausärzte wird durch tarifliche Regelungen allein nicht gewährleistet. Die neue Bundespflegesatzverordnung hält im Rahmen der Wahlmöglichkeiten des Patienten ausdrücklich am ärztlichen Liquidationsrecht fest. Zweck der Vereinbarung ist es, in Übereinstimmung mit dem § 12 Abs. 1 Satz 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns Lösungen anzubieten, die eine angemessene Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Honorareinnahmen der liquidationsberechtigten Ärzte gewährleisten.

II.

Es ist in erster Linie Sache der unmittelbar Beteiligten, also der liquidationsberechtigten Ärzte und ihrer Mitarbeiter, sich über eine angemessene Honorarbeteiligung zu einigen. Mit einer solchen Vereinbarung ist es den Beteiligten möglich, den konkreten Bedürfnissen ihres Krankenhauses und ihrer Fachabteilung am besten Rechnung zu tragen.

Die nachfolgenden Grundsätze sollen Empfehlungen für eine angemessene Honorarbeteiligung an den Krankenhäusern darstellen, in denen allseits befriedigende Vereinbarungen nicht oder noch nicht bestehen.

Für diese Fälle empfehlen die beiden Verbände ihren Mitgliedern, nach den Grundsätzen dieser Vereinbarung zu verfahren. Sie werden sich auch im Einzelfall gemeinsam um das Zustandekommen von Beteiligungsvereinbarungen bemühen.

Beide Verbände gehen davon aus, daß eine Honorarbeteiligung, die den Grundsätzen der nachfolgenden Abschnitte entspricht, als angemessen im Sinne des § 12 Abs. 1 Satz 3 der Berufsordnung zu betrachten ist.

Die Anwendung der nachfolgenden Honorarbeteiligungsgrundsätze setzt voraus, daß der liquidationsberechtigte Arzt ein angemessenes Gehalt bezieht und sich der Krankenhausträger angemessen an seiner Altersversorgung beteiligt.

III.

Je nach Struktur und den konkreten Bedürfnissen des einzelnen Krankenhauses bzw. der Fachabteilung stehen als Modelle insbesondere

das Pool-System und

das sogenannte „Hamburger-Modell“

zur Wahl. Sie können auch in Mischformen praktiziert werden.

Für die ärztlichen Mitarbeiter muß erkennbar sein, nach welchen Grundsätzen und Maßstäben Honorarbeteiligung gewährt wird.

IV.

1. Das Pool-System geht von der Erwägung aus, daß die in einer Fachabteilung erbrachten Leistungen als eine Einheit zu betrachten sind und die Tätigkeit einzelner Ärzte in Funktionen, die überwiegend dem Liquidationsbereich zugehören, für sich alleine keine Bevorzugung bei der Honorarbeteiligung rechtfertigt. Diese grundsätzlichen Erwägungen gelten insbesondere in großen Krankenhäusern und großen Fachabteilungen.

Der Honorarbeteiligung unterliegen alle ärztlichen Honorare der Liquidationsberechtigten in ihrem Bereich. Eine Beteiligung an den Honoraren aus dem ambulanten Tätigkeitsbereich erfolgt, wenn ärztliche Mitarbeiter in diesem Bereich herangezogen werden. Die Vergütung für die eventuelle Mitarbeit und Vertretung in der Privatprechstunde ist gesondert zu regeln.

Nicht der Honorarbeteiligung unterworfen sind Gutachterhonorare, Unterrichtsvergütungen, Leichenschaugebühren und andere Einnahmen, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit der Patientenbehandlung stehen.

Bei der Bemessung des als angemessen zu erachtenden Honoraranteils muß selbstverständlich die Belastung berücksichtigt werden, die dem Liquidationsberechtigten durch Kostenerstattung an den Krankenhausträger und vergleichbare Abgaben (Berufshaftpflicht, Inkasso) erwächst. Sie hat ferner dem Umstand Rechnung zu tragen, daß liquidationsberechtigte Ärzte in der Regel keine Vergütung für ihre Mehrarbeit, insbesondere Rufbereitschaft oder Bereitschaftsdienst erhalten.

Beide Verbände halten eine 25prozentige Beteiligung des Abteilungspools bzw. des Krankenhauspools an dem Liquidationserlös für angemessen.

Diese Honorarbeteiligung geht von einer 20prozentigen Kostenerstattung aus den Bruttoeinnahmen an den Krankenhausträger aus.

Beträgt die Kostenerstattung mehr oder weniger als die angenommenen 20 vom Hundert, so erhöht oder ermäßigt sich die Abgabe zur Honorarbeteiligung entsprechend; sie beträgt jedoch mindestens 15 vom Hundert der Bruttohonorareinnahmen. Eine Honorarabgabe entfällt insoweit, als die dem Arzt unter Berücksichtigung seiner an das Krankenhaus zu leistenden Kostenerstattung aus ärztlicher Liquidation verbleibenden Einnahmen den Bruttobetrag seiner regelmäßigen Dienstbezüge unterschreiten würden.

Dem liquidationsberechtigten Arzt ist aus dem für die Mitarbeiterbeteiligung aufzuwendenden Betrag ein Anteil von bis zu 20 vom Hundert zur freien Verteilung zu belassen. Aus diesem Betrag kann insbesondere die Honorarbeteiligung nicht poolberechtigter ärztlicher oder nichtärztlicher Mitarbeiter erfolgen. Über die zweckentsprechende Verwendung dieser Mittel soll ein Nachweis erbracht werden.

2. a) Für Krankenanstalten mit weniger als vier Fachabteilungen empfehlen die Verbände die Schaffung von *Abteilungspools*

an den größeren Krankenanstalten zusätzlich die eines *Krankenhauspools*.

Hier erscheint ein Honorarausgleich zwischen den Abteilungen angesichts der zunehmenden Bedeutung interdisziplinärer Funktionen und des Konsiliardienstes geboten.

b) Die Beteiligung an den Liquidationserlösen aus dem ambulanten Nebentätigkeitsbereich sollte sich im Regelfall auf der Ebene der Fachabteilung vollziehen.

c) Auch bei Einrichtung eines Krankenhauspools sollte auf eine „leistungsbezogene“ Honorarbeteiligung nicht verzichtet werden. Dies ist dadurch erreichbar, daß dem Krankenhauspool nur ein Teil der im stationären Bereich angefallenen Honoraranteile zugeführt wird. Dieser Teil sollte nach Auffassung der Verbände 30 vom Hundert nicht unter- und 70 vom Hundert nicht überschreiten.

3. a) Der Kreis der Poolbeteiligten (= Bezugsberechtigten) ist für jede der Pooleinrichtungen in einer *Poolordnung* festzulegen. Zweckmäßig wird der Umfang der Bezugsrechte durch ein Punktsystem geregelt. Der Kreis der Anspruchsberechtigten muß für die verschiedenen Pooleinrichtungen eines Krankenhauses nicht identisch sein.

b) Sinn jeder Honorarbeteiligung ist es nicht nur, dem einzelnen Mitarbeiter eine angemessene Vergütung für seine unmittelbare oder mittelbare Mitwirkung im Liquidationsbereich zu gewährleisten, sondern ebenso die langjährige Bindung qualifizierter Ärzte an das Krankenhaus zu fördern. Unter diesen Umständen muß jedes Punktsystem entscheidend auf die *persönliche Qualifikation* der Beteiligten abstellen.

c) Für die Beteiligung am Abteilungspool ist darüber hinaus den spezifischen Verhältnissen der Abteilung Rechnung zu tragen. Da die Belastungen in bestimmten Bereichen häufig auch schon jüngere Mitarbeiter treffen, ist hier deren Beteiligung unter Umständen schon zu einem früheren Zeitpunkt geboten als am Krankenhauspool.

d) Die Poolbeteiligung ist zweckmäßigerweise nach einem Punktsystem zu gestalten, zum Beispiel wie folgt:

Assistenzarzt nach Ableistung von $\frac{2}{3}$ Weiterbildungszeit im Fach, oder BAT I b	1 Punkt
Facharzt bzw. Funktionsarzt (I b)	2 Punkte
Oberarzt bzw. Funktionsarzt (I a)	3 Punkte
Oberarzt als ständiger Vertreter des Chefarztes	4 Punkte

e) Die Beteiligungsmaßstäbe können für Krankenhaus- bzw. Abteilungspools unterschiedlich gestaltet werden.

4. a) Die Ärzte einer Fachabteilung bzw. eines Krankenhauses geben sich eine Poolordnung. Die Mitwirkung des Krankenhausträgers erscheint gerechtfertigt, wenn dieser etwa durch Umgestaltung von Kostenerstattungsregelungen einen eigenen Beitrag zum Pool und damit für die Gewinnung und Erhaltung qualifizierter ärztlicher Mitarbeiter leistet.

b) Das ärztliche Gremium, das Entscheidungen zu treffen hat, sollte aus dem leitenden Arzt der Fachabteilung, einem gewählten Vertreter der Bezugsberechtigten und einem gewählten Vertreter der übrigen Ärzte bestehen. Voraussetzung der Wählbarkeit ist eine mindestens sechsmonatige Beschäftigungszeit am Krankenhaus.

c) Für den Krankenhauspool ist ein eigenes Entscheidungsgremium zu schaffen. Es sollte aus sämtlichen Mitgliedern der Verwaltungsausschüsse der Abteilungspools bestehen. Die Verwaltung des Krankenhauspools kann einem kleineren gewählten Gremium übertragen werden.

V.

Das *Hamburger-Modell* geht im Grundsatz davon aus, daß der ärztliche Mitarbeiter, der eine Leistung im liquidationsberechtigten Tätigkeitsbereich erbringt, aufgrund einzelvertraglicher Vereinbarungen einen individuellen Honoraranteil erhält. Dabei wird als angemessene Vergütung folgende Regelung vorgesehen:

a) Die Vergütung beträgt grundsätzlich 50 vom Hundert des Honorars des Liquidationsberechtigten für Leistungen, die im Auftrag des Liquidationsberechtigten erbracht werden. Hierunter fallen auch Tätigkeiten, die in Abwesenheit des Liquidationsberechtigten (z. B. Urlaub, Krankheit, Kongresse und andere dienstliche Gründe) ausgeführt werden.

b) Die Vergütung beträgt 100 vom Hundert des Honorars bei Tätigkeiten, die der Liquidationsberechtigte in der Regel nicht selbst ausführt oder bewertet (z. B. hämatologische oder endoskopische Untersuchungen, EEG usw.) oder die aus anderen Gründen als selbstständig auszuführende Tätigkeiten überlassen werden.

c) Assistenzgebühren werden bei Operationen voll an den/die Mitarbeiter weitergeleitet.

d) Die aufgrund des Chefarztvertrages oder einer sonstigen Vereinbarung an den Krankenhausträger abzuführende Honorarabgabe (Bettengeld) ist vorab bei der Berechnung der Vergütung abzusetzen.

e) Es steht den Vertragspartnern frei, durch besondere Absprache, die in schriftlicher Form erfolgen soll, die oben genannten Vergütungen ganz oder teilweise zu pauschalieren.

Literaturhinweise zum Hamburger-Modell:

m b — der arzt 6/1970, Seite 242 f.

Krankenhausarzt 8/1970, Seite 159 f.

VI.

Diese gemeinschaftlich getragenen Grundsätze für eine angemessene Honorarbeteiligung wollen in ärztlicher Selbstverwaltung einen Beitrag zu einer Ordnung des Krankenhauswesens leisten, die Eingriffe Dritter entbehrlich macht. Zugleich soll eine längere Bindung erfahrener ärztlicher Mitarbeiter an das Krankenhaus erreicht und damit die stationäre Krankenhausversorgung verbessert werden.

Die beiden Verhandlungsführer vereinbaren, die vorstehend entwickelten Grundsätze insbesondere vor dem Bayerischen Krankenhausbeirat gemeinsam zu vertreten.

Für die
Landesgruppe Bayern des Verbandes
der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands:
Dr. H.-W. Opderbecke, Landesvorsitzender

Für den
Landesverband Bayern des Marburger Bundes:
Dr. J. Bausch, Landesvorsitzender

Arzneimittelpreise sind Teil der Therapiekosten

Bei Hyperurikämie und Gicht

Einmaleins-Tablette
zur Dauerbehandlung



28
Retard-
Tabletten
zu
300 mg

Nur
DM
15,70

Neu

in der Vierwochenpackung

Rationelle Therapie · Gleichmäßige Wirkstofffreigabe

Zur Anbehandlung
und individuellen Einstellung. ALLOPURINOL 100 mg:
Neuer Preis 50 Tabletten nur DM 10,50,
neue Packung 100 Tabletten nur DM 19,50.

**ALLOPURINOL von Siegfried nach eigenem neu entwickelten Verfahren in bewährter Qualität
und Galenik hergestellt. Entspricht BP 1973.**

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 100 mg Allopurinol. 1 Retard-Tablette enthält 300 mg Allopurinol.

Chemie: Allopurinol ist ein Isomer des Hypoxanthins (4-Hydroxy-1H-pyrazolo-(3,4-d)-pyrimidin).

Pharmakologie: Durch Allopurinol wird das Enzym Xanthinoxidase, das zur Oxydation von Hypoxanthin zu Xanthin und von Xanthin zu Harnsäure führt, gehemmt. An Stelle der Harnsäure wird das gut lösliche Hypoxanthin und Xanthin ausgeschieden. Allopurinol senkt den Harnsäurespiegel im Serum und beseitigt die Harnsäureablagerungen im Gewebe (Tophi etc.).

Indikationen: Hyperurikämie und Gicht. Zu Hyperurikämie (über 6,5 mg% Harnsäure) können

auch Erkrankungen mit starkem Nukleinsäureabbau führen wie: akute und chronische Leukämie, Polycythaemia vera und Psoriasis sowie Röntgen- und Chemotherapie von Neoplasmen und Leukosen.

Kontraindikationen: Schwangerschaft und Stillzeit.

Nebenwirkungen: Nur vereinzelt reagieren Patienten mit Juckreiz und Hauteruptionen (Urticaria), Temperaturanstieg, Eosinophilie, Leukopenie. In diesen Fällen ist Allopurinol abzusetzen. Bei Einnahme nach den Mahlzeiten mit reichlich Wasser können Magen-Darm-Störungen vermieden werden.

Dosierung: Das Maß für die Dosierung ist die Höhe des Harnsäurespiegels. Wenn vom Arzt

nicht anders verordnet: Anfangsdosis bis zu 800 mg täglich. Nach etwa 1-3 Wochen ist es bei dieser Dosierung möglich, erhöhte Harnsäurewerte zur Norm zurückzuführen. Die mittlere Erhaltungsdosis liegt meistens bei 300 mg.

Packungen: 50 Tabletten zu 100 mg DM 10,50,
100 Tabletten zu 100 mg DM 19,50,
Quartalspackung 250 Tabl. zu 100 mg DM 42,55,
28 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 15,70,
84 Retard-Tabletten zu 300 mg DM 41,90.



Siegfried
Arzneimittel GmbH
788 Säckingen

Die Auswirkung der Steuerreform 1975 auf Beitragszahlung und Ruhegeldbezug bei der Bayerischen Ärzteversorgung

von H. Reisinger

Die am 1. Januar 1975 in Kraft getretene Reform der Einkommensteuer bringt wesentliche Auswirkungen auf die steuerliche Behandlung der Beitragszahlungen an die Bayerische Ärzteversorgung und auf den Bezug der Ruhegelder (einschließlich Witwen- und Waisengelder) aus der Bayerischen Ärzteversorgung. Hierüber die Kollegenschaft kurz und allgemeinverständlich zu informieren, ist das Anliegen dieses Beitrages.

I. Die steuerliche Behandlung der Beitragszahlung an die Bayerische Ärzteversorgung

1. Die *bisherigen Pauschbeträge für Sonderausgaben* — DM 936,— für Arbeitnehmer (z. B. Assistenzärzte), DM 636,— bei Steuerpflichtigen mit wiederkehrenden Bezügen nach § 22 Ziff. 1 EStG 1974 sowie DM 200,— bei allen übrigen Steuerpflichtigen — sind ab 1. Januar 1975 weggefallen. Für Beitragszahlungen an die Bayerische Ärzteversorgung hatten diese geringen Pauschbeträge praktisch ohnehin keine Bedeutung.

2. Diese Pauschbeträge sind nunmehr ersetzt durch einen Pauschbetrag von DM 240,— für Alleinstehende und DM 480,— für Ehegatten. Diese *neuen Sonderausgaben-Pauschbeträge* sollen nunmehr aber nicht mehr die Vorsorgeaufwendungen (z. B. Beiträge an die Bayerische Ärzteversorgung) abgelten! Hierfür ist vielmehr zusätzlich ein *besonderer Vorsorge-Pauschbetrag* und — für Arbeitnehmer — eine *Vorsorgepauschale* geschaffen worden. Der *Vorsorge-Pauschbetrag* für Selbständige beträgt DM 300,— für Alleinstehende und DM 600,— für Ehegatten je Kalenderjahr. Auch dieser neue Pauschbetrag hat wegen seiner geringen Höhe praktisch keine Bedeutung für die Beitragszahlungen an die Bayerische Ärzteversorgung. Es wird deshalb für

den Selbständigen immer notwendig sein, wie bisher den *Einzelnachweis der Vorsorgeaufwendungen* gegenüber dem Finanzamt zu führen und sie im Rahmen der Sonderausgaben, soweit es der Höhe nach möglich ist, geltend zu machen (s. 4.).

3. Für *Arbeitnehmer* (z. B. Assistenzärzte) hingegen ist eine *Vorsorgepauschale* geschaffen worden in Höhe von 16 v. H. des Arbeitslohnes, wobei ein Betrag von DM 5376,— für 1975 bereits in die Lohnsteuertabelle eingearbeitet ist. Unter Berücksichtigung des vom Arbeitgeber zu leistenden Arbeitgeberanteiles dürften mit der neuen *Vorsorgepauschale* die eigenen *Vorsorgeaufwendungen* des Arbeitnehmers (Beiträge zur Bayerischen Ärzteversorgung) in den meisten Fällen voll steuerlich berücksichtigt sein. Sofern die tatsächlichen eigenen *Vorsorgeaufwendungen* eines Arbeitnehmers

a) 16 v. H. des Arbeitslohnes übersteigen oder

b) 16 v. H. nicht übersteigen, aber über den Grundhöchstbetrag hinausgehen (s. 4.) oder

c) 16 v. H. des Arbeitslohnes zwar nicht, jedoch den in die Lohnsteuertabelle eingearbeiteten Betrag von DM 5376,— übersteigen,

können die tatsächlichen *Vorsorgeaufwendungen* nur noch im Lohn-

steuer-Jahresausgleich oder bei der Veranlagung zur Einkommensteuer geltend gemacht werden!

4. Für *Selbständige* (Praxisinhaber) ist zu beachten, daß das Gesetz nunmehr unter dem Begriff „*Vorsorgeaufwendungen*“ alle privaten Versicherungsbeiträge (Kranken-, Unfall-, Haftpflicht-, Rentenversicherung, berufsständische Versorgung und Lebensversicherungen) sowie Beiträge zu Bausparkassen zusammenfaßt. Diese „*Vorsorgeaufwendungen*“ sind insgesamt nur bis zu folgenden Höchstbeträgen pro Kalenderjahr als *Sonderausgaben* steuerlich absetzbar (s. unten).

Diese Regelung bringt für alle unter Fünfzigjährigen eine spürbare Verbesserung gegenüber bisher, aber für alle über Fünfzigjährigen keinerlei Verbesserung, da die bisherige Verdoppelung der Höchstbeträge für diese Altersgruppe weggefallen ist. Gerade diejenigen, die wertvolle Berufsjahre dem Kriegsdienst opfern mußten und unter widrigsten Umständen unser Land wieder aufgebaut haben, müssen sich doch vorkommen wie der Mohr, der seine Schuldigkeit getan hat und nun den Dank des Vaterlandes als Steuerstrafe erntet.

Daraus sollten aber die jüngeren Kollegen die Lehre ziehen, möglichst früh im Berufsleben mit aus-

	Alleinstehende	Ehegatten	je Kind
a) Versicherungsbeiträge und Bausparverträge	DM 1800,—	DM 3600,—	+ 600,—
b) Nur Versicherungsbeiträge zusätzlich	DM 1500,—	DM 3000,—	
c) Beiträge nach a) zur Hälfte bis 50 v. H. des Höchstbetrages von a)	DM 900,—	DM 1800,—	+ 300,—
	DM 4200,—	DM 8400,—	900,—

reichend hohen Beitragszahlungen zur Bayerischen Ärzteversorgung zu beginnen.

Es bleibt uns die bittere Erkenntnis, daß nach der Steuerreform 1975 der freiberuflich Selbständige seine vielseitigen und hohen, typisch freiberuflichen Vorsorgeaufwendungen zum allergrößten Teil aus versteuertem Einkommen zu leisten hat. Dafür darf er dann von seiten einer verhetzten Öffentlichkeit Neid und Mißgunst wegen seines Einkommens ernten.

II. Die steuerliche Behandlung der Bezüge aus der Bayerischen Ärzteversorgung

1. Für die Besteuerung der Bezüge aus der Bayerischen Ärzteversorgung hat die Steuerreform 1975 spürbare Verbesserungen für den Ruhegeldempfänger gebracht. Gleich geblieben gegenüber bisher ist, daß der Einkommensteuer nur der Er-

tragsanteil der Bezüge unterliegt; d. h. zum Beispiel beim Bezug des Ruhegeldes ab dem 65. Lebensjahr, daß nur 20 v. H. einkommensteuerpflichtig sind, während 80 v. H. steuerfrei bleiben. Die Steuerpflicht richtet sich dabei nach der Rentenanteil-Tabelle.

2. Dafür entfällt der allgemeine Versorgungsfreibetrag in Höhe von 40 v. H. der Ruhegeldbezüge, höchstens DM 4800,- jährlich.

3. Nach Vollendung des 64. Lebensjahres steht jedem Ehegatten außerdem ein Altersfreibetrag von je DM 720,- zu.

4. Weiterhin hat der Ruhegeldempfänger Anspruch auf den Weihnachtsfreibetrag von DM 100,-.

5. Außerdem hat der Ruhegeldempfänger Anspruch auf die Werbungskosten-Pauschale von DM 200,-.

6. Weiterhin kann die Sonderausgaben-Pauschale nach § 10 c Abs. 1 Einkommensteuergesetz mit DM

240,- für Ledige und DM 480,- für Verheiratete in Abzug gebracht werden.

7. Die Auswirkungen dieser Regelungen mag folgendes Beispiel veranschaulichen:

Ein verheirateter Arzt, beide Ehegatten 65 Jahre alt, bezieht von der Bayerischen Ärzteversorgung ein monatliches Ruhegeld von DM 3000,-, also DM 36 000,- im Jahr. Es errechnet sich folgende Einkommensteuer:

Steuerpflichtiger Ertragsanteil	
20 % aus DM 36 000,-	DM 7200,-
abzüglich Altersfreibetrag 2 x DM 720,-	<u>DM 1440,-</u>
	DM 5760,-
abzüglich Weihnachtsfreibetrag	<u>DM 100,-</u>
	DM 5660,-
abzüglich Werbungskosten-Pauschale	<u>DM 200,-</u>
	DM 5460,-
abzüglich Sonderausgaben-Pauschale	<u>DM 480,-</u>
verbleibt	<u>DM 4980,-</u>

Von insgesamt DM 36 000,- an Ruhegeld unterliegen also nur DM 4980,- der Einkommensteuer. Da im Splittingverfahren eine Einkommensteuerpflicht erst ab einem steuerpflichtigen Einkommen von DM 6050,- entsteht, braucht dieses Arztehepaar nicht nur aus seinen Bezügen von der Bayerischen Ärzteversorgung keinerlei Steuer zu zahlen, sondern kann darüber hinaus noch weitere DM 1070,- steuerpflichtiges Einkommen beziehen, ohne Einkommensteuer bzw. Lohnsteuer zahlen zu müssen. Das Rechenbeispiel beweist, daß sich hohe Einzahlungen in die Bayerische Ärzteversorgung später im Alter wahrhaftig bezahlt machen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. dent. H. Reisinger, Direktor der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, 8000 München 71, Goldbergstraße 3

Die Rentenanteil-Tabelle

Bei Beginn der Rente vollendetes Lebensjahr des Rentenberechtigten	Ertragsanteil i. v. H.	Bei Beginn der Rente vollendetes Lebensjahr des Rentenberechtigten	Ertragsanteil i. v. H.
0	65	52	32
1 bis 3	64	53	31
4 bis 5	63	54	30
6 bis 8	62	55	29
9 bis 10	61	56	28
11 bis 12	60	57	27
13 bis 14	59	58	26
15 bis 16	58	59 bis 60	25
17 bis 18	57	61	24
19 bis 20	56	62	23
21	55	63	22
22 bis 23	54	64	21
24 bis 25	53	65	20
26	52	66	19
27 bis 28	51	67	18
29 bis 30	50	68	17
31	49	69	16
32	48	70 bis 71	15
33 bis 34	47	72	14
35	46	73	13
36 bis 37	45	74	12
38	44	75 bis 76	11
39	43	77	10
40	42	78 bis 79	9
41 bis 42	41	80	8
43	40	81 bis 82	7
44	39	83 bis 84	8
45	38	85 bis 86	5
46	37	87 bis 89	4
47	36	90 bis 92	3
48 bis 49	35	93 bis 98	2
50	34	ab 99	1
51	33		

Die Aufgaben der Arbeitsmedizin in Abhängigkeit von der technischen Entwicklung und im Hinblick auf das „Arbeits-sicherheitsgesetz“*

von H. J. Florian

Arbeitsmedizin ist die Lehre von den Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Beruf und ihren Einflüssen auf die Gesundheit des Menschen. Sie hat zum Ziel, den Menschen am Arbeitsplatz gesund zu erhalten und seine Leistungsfähigkeit zu garantieren.

Die Arbeitsmedizin hat sich in den letzten Jahren erheblich aktualisieren können. Gründe hierfür liefern sowohl der Wandel der Wirtschafts- und Arbeitsstruktur als auch die Gesellschaftsstruktur – und wenn diese Ansicht auf Schlagworte reduziert wird, dann sind es die Technik und die Sozialpolitik, die diesen Trend bewirkten.

Um im knappen Rahmen zu bleiben, muß hier auf die Darstellung der interessanten historischen Zusammenhänge von Technik – Mensch – Arbeitsmedizin verzichtet werden. Vielleicht läßt sich in vereinfachter Weise zusammenfassen, daß für den arbeitenden Menschen in unserem Lebensraum manche konventionellen Belastungen von einst als überwunden gelten können (*Klosterkötter*):

„a) So ist heute die Jugend weitgehend vor Überforderung, Fehleinsatz und vor Unzumutbarkeiten durch Gesetze geschützt (1960).

b) Die Frauenarbeit genießt einen wesentlich höheren Schutz als früher. Die Gültigkeit der noch immer zu hörenden Behauptung, daß die Frühgeburtenrate bei berufstätigen Müttern zwei- bis dreifach überhöht sei, ist nicht mehr zutreffend in dieser verallgemeinerten Form. Eher scheint das Gegenteil der Fall, daß sie bei Berufstätigen in Normalarbeit unter dem Durchschnitt anderer Frauen liegt (*Paulik, Winkler, Henning*), woran vermutlich ein Erziehungsfaktor innerhalb der Industriegesellschaft beteiligt ist.

c) Und auch die Arbeitszeitprobleme sind heute – abgesehen von den Belastungen man-

cher Führungskräfte und dem generellen Problem der langen Wegezeiten – befriedigend gelöst. Aus medizinischer Begründung jedenfalls ist eine weitere Herabsetzung der Arbeitszeit für Normalarbeit nicht mehr zu fordern.“

Wo findet nun der Arbeitsmediziner seine gegenwärtigen Aufgaben und wie will er sie lösen?

Die spezifische Aufgabenstellung steht naturgemäß in engem Zusammenhang mit dem jeweiligen Stand der Technik und der Wirtschaftsstruktur.

Hier ist das derzeitige Arbeits- und Berufsleben geprägt durch das Bild der industriellen Massenfertigung – es ist bestimmt durch die Phänomene der Automatisierung und Elektronik (und zwar sowohl in den Bereichen der Güterfertigung als auch der Verwaltung) – und es steht unter dem Einfluß eines fast exponentiellen technischen Entwicklungstempos mit besonderer Variabilität der Arbeitsformen und -aufgaben.

Ich möchte hierzu einige typische Phänomene der Arbeitswelt von heute optisch anbieten und zur Gliederung folgende Thesen aufstellen:

1. These:

Die Arbeit verlagert sich von den großen Muskeln der Arme und Beine auf die kleineren Muskeln, die für die Feinmotorik und Geschicklichkeit gebraucht werden – oder aber überhaupt vom Muskel weg auf Nerven oder Geist, und hier meist in Verbindung mit Sitzhaltung. Ich meine den statisch fixierten zerebralen Arbeitstypus, wie er einst mit dem Schreibtischbild am besten symbolisiert war.

2. These:

Manche industriellen Arbeitsformen verändern sich von der Massengesellschaft in Richtung Isolation.

Dabei kann das Informationsangebot besonders niedrig sein (z. B. bei reinen Überwachungs- und Kontrollarbeiten). Es kann aber auch extrem hoch sein, wie es sich am aktuell-

sten am Bild des Fluglotsen ausweist. Zeitzwang und Hetzarbeit können die Folge sein.

3. These:

Der technologische Wandel geht eindeutig in Richtung einer Miniaturisierung des technischen Arbeitsgutes. Das hat Konsequenzen

– sowohl für die rezeptive Sinnesleistung – insbesondere der Augen,

– für die Konzentration und Geschicklichkeit – bei der Güterbearbeitung, die oftmals nur mit Manipulatoren, Pinzetten, mit Mikroskopen oder Lupen möglich ist,

– für die Statik – hier in Richtung statisch fixiertem Arbeitstypus mit Zwangshaltung in Richtung Schildkrötenhaltung.

Werden diese Beispiele in eine schematische Trendbetrachtung gebracht (Abb.), dann ist zu erwarten, daß so, wie die muskuläre Schwerarbeit weiter abnimmt, bestimmte psychomente Anforderungen solange noch ansteigen, bis z. B. Kontroll-, Überwachungs- und Steuerfunktionen in den Mechanismus selbst verlagert werden können. Das ist abzusehen. Derzeit liegen wir im Bereich der gesteigerten sensomotorischen Anforderung (im Bild schraffiert), in dem die rezeptiven Organe und die muskuläre Feinmotorik bevorzugt gefordert werden.

Bis jetzt waren sogenannte moderne Arbeitsplätze angesprochen. Das sind Arbeitsplätze,

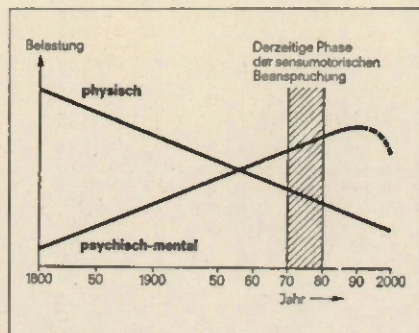


Abbildung
Veränderung der Belastung und Beanspruchung durch technischen Wandel und Rationalisierung (schematisiert)

*) Vortrag anlässlich der Landesversammlung des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften am 3. Dezember 1974

Zyloric-300[®]

Neu
Tagestablette

1 x täglich regelmäßig



Hyperurikämie und Gicht kausal therapieren

Zusammensetzung: 1 Tablette Zyloric-300[®] enthält 300 mg 1-H-Pyrazolo(3,4-d)pyrimidin-4-ol (Allopurinol). **Indikationen:** Hyperurikämie und Urikopathien wie Gicht, Uratnephrolithiasis. Verhinderung der Calciumoxalatsteinbildung bei gleichzeitiger Hyperurikämie. Erkrankungen mit starkem Nukleoproteinabbau. Röntgen- und Chemotherapie von Hämoblastosen und Tumoren. **Kontraindikation:** Schwangerschaft. Bei vitaler Indikation ab 4. Monat. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen. Vereinzelt Übelkeit und Brechreiz. **Dosierung:** Standard-Dosierung: 1 Tablette Zyloric-300[®] täglich (nach dem Essen mit Flüssigkeit). Ist eine von der Standard-Dosierung abweichende Dosierung angezeigt, empfiehlt sich die Verabreichung von Zyloric[®] à 100 mg. Ausführliche Hinweise im wissenschaftlichen Prospekt. **Hinweise:** Bei manifester Gicht können zu Beginn der Behandlung vereinzelt Gichtanfälle auftreten; hier empfiehlt sich die gleichzeitige Gabe von Colchizin oder Analgetika. Bei der Therapie der Gichtniere und der Harnsäuresteine soll die tägliche Urinausscheidung mindestens 2 Liter betragen. Die Harnreaktion sollte annähernd neutral sein (pH 6,4–6,8). **Handelsformen:** Zyloric-300[®]: 30 Tabletten à 300 mg DM 39,20. Zyloric[®]: 50 Tabletten à 100 mg DM 29,50. Preise incl. Mehrwertsteuer.



Deutsche Wellcome GmbH
Wellcome 3006 Burgwedel 1

045

Zyloric-300[®] und Zyloric[®] sind das meistverordnete Gichtmittel. Über 750 wissenschaftliche Arbeiten dokumentieren zehn Jahre zuverlässige kausale Therapie mit Zyloric[®].

die technisch, organisatorisch oder erbeitswissenschaftlich Merkmale aufweisen, die wir in diesem Ausmaß an traditionellen Arbeitsplätzen nicht finden.

Es wäre nun völlig falsch, anzunehmen, daß unser Arbeitsleben (Arbeitskomfort – Wohlbefinden – Behaglichkeit) allein hiervon abhängig ist. Auf dem Sektor Arbeitspathologie sind es im Gegenteil immer noch die konventionellen Arbeits- und Umweltbelastungen, die uns beschäftigen:

- Schmutz / Öl / toxische Stoffe,
- Staub / Gase / Dämpfe,
- Temperatur / Nässe / Kälte / Wärme / Trockenheit / Zug- und Erkältungsgefahr,
- statische Arbeit,
- Lärm / Erschütterungen,
- Blendung / Lichtmangel / Beleuchtung,
- hinderliche Schutzkleidung,
- Unfallgefährdung.

Diese Belastungen treten gegenüber früher jetzt nur im anderen Gewand auf,

- etwa in der Weise, daß im Hochhaus die Zugerscheinungen nicht mehr vom offenen Fenster kommen, sondern jetzt von der Klimaanlage,
- daß der Lärm nicht mehr von einem Dampfhammer erzeugt wird, sondern von vielen Datenmaschinen, Lochungs-Buchungsmaschinen und Lüfteraggregaten,
- daß die statische Haltearbeit im Stehen nun von der zwangsweisen Haltung im Sitzen abgelöst wird,
- daß die Hitzebelastung nicht mehr nur typisch für den Hochofen ist, sondern auf die Montagevorhaben in tropischen Entwicklungsländern ausgedehnt wurde,
- daß dort, wo einst 300 lux eine zu geringe Beleuchtung für die Arbeitsaufgabe waren, jetzt 1000 lux zu wenig sind (Miniaturisierung).

Die Auswirkungen auf den arbeitenden Menschen sind jedoch weitgehend dieselben geblieben und sie erfordern die Mithilfe von Fachleuten der Arbeitswissenschaften, u. a. auch des Arztes.

Jeder Arzt hat heute, kraft Sozialgesetzgebung, mit dafür zu sorgen,

- daß der Berufstätige generell vor

Überforderung durch Arbeits- und Umwelteinflüsse entlastet wird, d. h., er hat die Anpassung der Arbeit an den Menschen zu beobachten (jeder Arzt) oder mit zu vollziehen (Arbeitsmediziner, Ergonom, Psychologe),

– daß auch der Mensch an die Arbeit oder an den Beruf angepaßt ist, d. h., er hat zu prüfen, ob die individuellen körperlichen oder psychomentalen Leistungsvoraussetzungen (Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft) mit den Anforderungen am Arbeitsplatz im Einklang stehen (Ausbildung, Übung, Eignungsteste, Einstelluntersuchung).

Diese Aufgabe erfordert zumindest Grundkenntnisse von den Eigentümlichkeiten eines Berufes. Sie verlangt dazu eine Einstellung, die vom Gedankengut der Rehabilitation ausgeht, d. h., bei einer Beurteilung zum Arbeitseinsatz nicht mehr nur vom negativen Leistungsbild auszugehen – also festzustellen, was nicht mehr geleistet werden kann oder darf.

Nur das positive Leistungsbild, in dem zum Ausdruck kommt, was noch geleistet werden kann (oftmals sogar besser als bei Ungeschädigten); ist ein Maßstab für den sozio-ökonomischen Wert eines Menschen und wird dem homo faber von heute gerecht. Schließlich ist ja doch der Mensch alles andere als etwa eine konstante oder gleichbleibende Größe minus Magengeschwür, Krampfadern, Bluthochdruck oder dergleichen – also minus ausgefallene Funktion (Scholz).

Diese Feststellung gilt mit einem kritischen Seitenblick auch für das „Betriebsärztegesetz“, wonach für den Betriebsarzt ein vierzehntägiger Kurs als die (gegebenenfalls einzige) ausreichende Qualifikation für die Fachkunde angesehen wird. Ich komme damit zum zweiten Teilthema: Arbeitsmedizin in der sozialpolitischen Entwicklung.

Die Forderung, die die Gesellschaft an uns stellt, drückt sich aus in dem heute so programmatisch in die Öffentlichkeit getragenen Satz von der Humanisierung der Arbeit. Gleichgerichtete Begriffe sind die menschengerechte Gestaltung der Arbeit auf dem Boden gesicherter arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse durch Verbesse-

rung der Arbeitsumgebung, Arbeitsmittel und des Arbeitsablaufes (§ 90/91 BVGes.).

Aus der Sicht des Arbeitsmediziners läßt das Programm von der menschengerechten Gestaltung der Arbeit, das ja nicht eine Erfindung der gegenwärtigen Zeit ist, bereits eine historische Entwicklung erkennen. Sie kommt in gewissen Entwicklungsstufen zum Ausdruck, auch wenn es sich bei dem traditionellen Ziel, das Verhältnis von Mensch und Arbeit zu harmonisieren, stets um eine einheitliche Aufgabe gehandelt hat (Tab. 1).

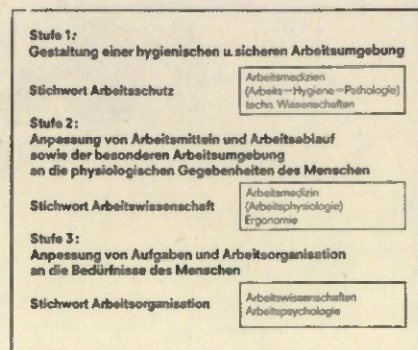


Tabelle 1
Entwicklungsstufen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit
(nach Endrös)

Die derzeitige Aktualisierung, z. B. durch Einbeziehung in die Gesetzgebung, bringt es mit sich, daß unbestimmte Begriffe dieses Sozialprogrammes, wie „menschengerecht“ oder „wissenschaftlich gesichert“, konkretisiert gehören, um nicht unbegrenzte Hoffnungen zu erwecken und um einer einheitlichen Sprache willen.

„Menschengerecht“ ist eine Arbeit dann anzusehen, wenn die Leistungsfähigkeit des Menschen mit den Leistungsanforderungen im Beruf im Einklang stehen.

In diesem noch sehr allgemeingültigen Leitkriterium kommt erst einmal zum Ausdruck, daß hier alle Disziplinen der Arbeitswissenschaft angesprochen sind.

Aus der Praxis eines Arbeitsmediziners stellt sich in diesem Zusammenhang die Forderung, möglichst differenzierte und definierte Anforderungsprofile des jeweiligen Arbeitsplatzes zur Verfügung zu haben, um in der Lage zu sein, sie mit ebenso differenzierten persönlichen Eig-

nungsdaten – Leistungsfähigkeitsprofilen – abstimmen zu können, z. B. bei der Einstellungsuntersuchung. Dabei gehen wir davon aus, daß eine Arbeit für die Erwerbstätigkeit überhaupt geeignet sein muß.

Hierfür gibt es mehrere Kriterien (Tab. 2), die in enger Beziehung zu den Aufgaben der Arbeitsmedizin stehen. Bezüglich der Ausführbarkeit einer Arbeit gilt der Satz vom „Menschen als Maß aller Dinge“ insofern, als er überhaupt nur innerhalb der Grenzen seiner natürlichen Leistungs- und Funktionsfähigkeit eingesetzt werden soll (*Kirschenheuter*). Bezieht man dieses Postulat auf manche Maschinenarbeitsplätze, dann bedeutet das, daß der Beschäftigte von Haus aus nur 1,50 m groß sein und dafür 2,10 m lange Arme haben sollte... (*Schmidt*).

- Ausführbar (kurzfristig)	- Anthropometrisches und psychophysisches Problem
- Erträglich (langfristig)	- Arbeitsphysiologisch-arbeitsmedizinisches Problem
- Zumutbar	- Soziologisches Problem
- Zufriedenheit	- Psychologisches Problem

Tabelle 2
Kriterien der Arbeitseignung für Erwerbstätigkeit (nach Rohmert)

Die Erträglichkeit einer Arbeit bestimmt sich an der physiologischen Dauerleistungsgrenze, unterhalb derer eine Tätigkeit theoretisch beliebig lange (also auch in täglicher Wiederholbarkeit in der täglichen Arbeitszeit) ohne besondere Ermüdung (und Gesundheitsbeeinträchtigung) geleistet werden kann.

Die Beurteilungsebene der Zumutbarkeit und erst recht die Zufriedenheit legt sich nach gesellschaftspolitischen Aspekten fest und ist auch an die Akzeptierung einer Arbeit und ihrer Bedingungen durch den jeweils Betroffenen geknüpft. Man muß einmal eine Zeit in einem sogenannten Entwicklungsland verbracht haben, um zu erkennen, von welch profanen Dingen im Alltag die individuelle Wertvorstellung und das Maß der Zumutbarkeit einer Arbeit abhängen können.

Ich glaube, es ist unschwer erkennbar, welche Spannweite von Theorie über Experiment und Erfahrung bis hin zur Ideologie in diesem Komplex enthalten ist. Um so notwendiger ist

es, aus der Fülle arbeitswissenschaftlicher Ergebnisse zu diesem Thema dasjenige Material abzugrenzen, das als anwendungsfähige Norm in die Praxis einbezogen werden kann. Hier ist derzeit eine hohe Aktivität bei Staat und Wissenschaft erkennbar.

Ebenso erkennbar ist allerdings, daß diese Bemühungen noch nicht unmittelbar dazu führen werden, daß sich menschliche Leistungsfähigkeit jeweils in einer Zahl niederschlägt. Uns fehlt der eingebaute Drehzahlmesser und die Wattuhr, um die individuelle Beanspruchung durch Belastungen aktuell erfassen zu können. Auch bringt es die Komplexhaftigkeit der Arbeitsgestaltung mit sich, daß sich mathematisch exakte Meßdaten vom Menschen oft nur in Spannen mit relativ variablen Grenzen ausdrücken lassen. Zudem wird ihre Gültigkeit vielfach nur auf den speziellen Anwendungsfall begrenzt sein und nicht verallgemeinert werden dürfen.

Der Umstand betont sich deshalb, weil Arbeitsgestaltung nunmehr eine Gemeinschaftsaufgabe geworden ist. Mancher Beauftragte als medizinischer Laie wird dabei seine Erwartungen von Normtabellen, aus denen sich „gut und böse“ ablesen läßt, nicht erfüllt sehen. Zudem wird er verunsichert werden, wenn er vernommen wird, daß eine Ziffer nur deshalb, weil sie in einer DIN-Vorschrift erscheint, durchaus noch nicht den Anspruch auf eine gesicherte wissenschaftliche Erkenntnis erwirbt.

Um diesen Begriff „gesicherte wissenschaftliche Erkenntnis“, der die Marschroute auf dem Weg zur menschengerechten Arbeitsgestaltung darstellt, ist eine wahre Formulierungskampagne entbrannt. Je nach ideologischem Standort des Anwenders wird dabei eine möglichst weite Auslegung („der praktischen Vernunft genügend“; „einhellig anerkannt“) oder eine straffe Einengung versucht.

Für die Wissenschaft gilt hier (mit *Natzeil*), daß ein Ergebnis nur dann als gesichert anzusehen ist, wenn es

- methodisch erforscht,
- mit gesicherten Ergebnissen (reproduzierbar) erprobt wurde,
- Allgemeingeltung in der Fachwelt erworben hat.

Keines der drei Kriterien für sich allein wäre ausreichend, um von „gesichert“ sprechen zu können.

Dieser Exkurs in die Formalitäten gehört aber dahingehend ergänzt, daß überall dort, wo praktischer Arbeitsschutz und praktische Arbeitsgestaltung betrieben werden, das Fehlen gesicherter Erkenntnisse nicht etwa Nichtstun rechtfertigt. Vielmehr muß im positiven Sinn davon ausgegangen werden, daß es entscheidend ist, die Arbeit überhaupt zu gestalten (*Schäfer*). Dies ist eine für die Arbeitsmedizin gleichermaßen alte Aufgabe wie auch neue Verpflichtung.

Es wurden hier Zusammenhänge dargestellt und bewußt darauf verzichtet, einen Katalog der Gesundheitsvorsorge im Betrieb vorzutragen – der steht letztlich im Gesetz. Er ist dort übrigens nur beispielhaft und damit unvollständig aufgeführt –, wie es bei den Vorabstimmungen hieß: aus Gründen der Vereinheitlichung zu den Aufgaben des Sicherheitsfachmannes.

Die Unklarheit liegt darin, daß die Festsetzung der Aufgaben eines Betriebsarztes und die zeitliche Kalkulation zur Durchführung derselben nur auf dem Paragraphen 3 im Gesetz abgestellt werden könnten und bestimmte unverzichtliche Elemente der ärztlichen Funktion (Einstellungsuntersuchung, Erste Hilfe und erste ärztliche Hilfe) nicht berücksichtigt werden.

Ich fürchte, daß sich unter solchen Umständen nicht genügend Nachwuchs für den Betriebsarztberuf finden wird. – Deshalb die Bitte im Interesse unserer gemeinsamen Verpflichtung, die Ansicht zu berücksichtigen, daß der in der Erläuterung zum Gesetz angeführte Katalog von 1966 das umfassendere Gerüst der betriebsärztlichen Funktion darstellt und der Paragraph 3 des Gesetzestextes im wesentlichen auf die gemeinsamen Aufgaben der am Arbeits- und Gesundheitsschutz und an der Unfallverhütung Beteiligten abgestellt ist.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H. J. Florian, Facharzt für Innere Krankheiten/Arbeitsmedizin, Betriebsarzt der Siemens AG, 8000 München 70, Hofmannstraße 51

Arthritis ? Arthrose

**Die Entzündung
macht den Arthrotiker zum Rheumatiker.**

Der Arthrotiker braucht ein hochwirksames Antiphlogistikum, das bereits initial eingesetzt werden kann und dabei selbst stärkere Schmerzen behebt.

Dieses Antiphlogistikum muß sich auch besonders zur Langzeittherapie eignen.

Selbst Patienten mit vorgeschädigter Leber und eingeschränkter Nierenfunktion muß es ohne Bedenken verordnet werden können.

Stärke und Darreichungsformen sollten eine Wirkungsdauer während des Tages und der Nacht ermöglichen – 24 Stunden rund um die Uhr.

Bei gleichzeitiger Gabe von Antikoagulantien oder oralen Antidiabetika dürfen keine signifikanten Wechselwirkungen auftreten.

Die Progredienz der Arthrose sollte verlangsamt werden, um den Patienten bei individuell angepaßter Dosierung längere Zeit leistungs- und arbeitsfähig zu erhalten.

Diese Voraussetzungen – klinisch überprüft und dokumentarisch weltweit belegt – sind Eigenschaften von Amuno.

Indometacin
Amuno®

Kapseln, Suppositorien

...Maßstab der Rheumatherapie

Zusammensetzung: 1-(p-Chlorbenzoyl)-5-methoxy-2-methylindol-3-Essigsäure (= Indometacin).
Kapseln 25 mg und 50 mg, orale Suspension 25 mg/5 ml, Suppositorien 50 mg und 100 mg.

Indikationen: Primär-chronische Polyarthritis, Arthrosis deformans, Koxarthrose, Spondylitis ankylopoetica (Morbus Bechterew), Gicht, akute extraartikuläre Affektionen wie Periarthritis humeroscapularis, Bursitis, Synovitis, Tendinitis, Tendovaginitis, Lumbalgie. Bei Schmerzen, Entzündungen, Trismus und Ödemen nach zahnärztlichen Eingriffen. Kurzfristig als Adjuvans bei fieberhaften Zuständen. Bei Schmerzen, Entzündungen und Ödemen nach orthopädisch-chirurgischen Eingriffen.

Kontraindikationen: Aktives Ulcus ventriculi oder duodeni oder bei entsprechender gastrointestinaler Anamnese. Ferner bei Allergie gegen azetylsalicylsäurehaltige Medikamente oder Indometacin. Mangels ausreichender Erfahrung wird die Behandlung in Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern nicht empfohlen.

Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen: Im Verhältnis zur optimalen Wirksamkeit und breiten Anwendung von Amuno® werden Nebenwirkungen selten beobachtet und durch eine stets anzustrebende individuelle Anpassung der Dosierung an Patient und Krankheitsbild weitgehend vermieden. Das trifft insbesondere zu für mitunter auftretende Magen- und Darmstörungen, die zusätzlich auch eingeschränkt werden können durch orale Verabreichung von Amuno® zusammen mit den Mahlzeiten, mit Milch oder einem Antazidum: Bei solchen Symptomen muß der mögliche Nutzen einer weiteren Therapie gegen deren Risiken abgewogen werden. Falls gastrointestinale Blutungen auftreten, muß Amuno® abgesetzt werden. Da sich als Folge einer okkulten gastrointestinalen Blutung gelegentlich – wie bei jeder antiphlogistischen Therapie – eine Anämie entwickeln kann, werden bei längerer Anwendung von Amuno® regelmäßige Blutbildkontrollen empfohlen.

Bei sehr selten – mit und ohne medikamentöse Therapie, hauptsächlich im Krankheitsverlauf einer primär-chronischen Polyarthritis – auftretenden Sehstörungen ist augenfachärztliche Inanspruchnahme anzuraten. Die während einer Amuno®-Behandlung manchmal – vornehmlich in frühem Behandlungsstadium – zu beobachtenden Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und Benommenheit sind meist nur vorübergehend. Patienten, die zu diesen Erscheinungen neigen, sollten während dieser Zeit kein Kraftfahrzeug lenken oder Tätigkeiten verrichten, die erhöhte Aufmerksamkeit erfordern.

Handelsformen und Preise lt. A. T.:			
20 Kapseln	zu 25 mg	DM	8,30
100 Kapseln	zu 25 mg	DM	32,60
20 Kapseln	zu 50 mg	DM	15,10
50 Kapseln	zu 50 mg	DM	31,50
10 Suppos.	50 mg	DM	9,30
50 Suppos.	50 mg	DM	33,95
10 Suppos.	100 mg	DM	17,15
50 Suppos.	100 mg	DM	62,—
100 ml orale Suspension			
	25 mg/5 ml	DM	9,75

Im übrigen unterrichtet über Einzelheiten der Anwendung, Begleiterscheinungen und Dosierung die wissenschaftliche Broschüre, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

MSD
SHARP &
DOHME

Studienreise der Neuffer-Stiftung nach Fernost

von Jürgen B a u s c h

Reisen bildet. Die Studienreise der H. F. Neuffer-Stiftung in den Fernen Osten für Ärzte, die sich nebenberuflich um die Belange des Berufsstandes kümmern, hatte jedoch nicht nur bildenden Charakter. Sie erweiterte auch den gesundheitspolitischen Horizont der aufmerksamen Reiseteilnehmer.

Japan, Hongkong und Thailand waren die Stationen des dreiwöchigen Exkurses in den Fernen Osten. Überall konnten verständlicherweise nur Eindrücke gesammelt und Informationen aufgenommen werden. Erst in der Zusammenschau am Schluß der Reise ergab sich für die meisten ein klares Bild über die Zusammenhänge.

Die Studienfahrt galt – der Zielsetzung der Neuffer-Stiftung entsprechend – dem Studium der Gesundheitssysteme der besuchten Länder und der Förderung des interkollegialen Kontaktes über die Landesgrenzen hinaus. Die Kürze der Zeit und die enormen zu überbrückenden Entfernungen verhinderten naturgemäß ins Detail gehende Studien.

Dem Kritiker der „Funktionärstouristik“ dient nachfolgender Bericht insbesondere. Natürlich ist die Frage berechtigt: „Was kann ein deutscher Kollege aus dem Studium des theiländischen Gesundheitswesens für die bundesrepublikanischen Verhältnisse lernen?“ Direkt und unmittelbar sicher nichts. Mittelbar eben doch eine ganze Menge. Wer sich z. B. das dauernde Krisengeschrei und die nörgelnde Unzufriedenheit vieler über unser Gesundheitssystem anhört, wird nach einem solchen Blick über die Grenze eher abgeklärt reagieren müssen. Wir wissen offenbar nicht, wie gut es uns geht!

Ärzte in aller Welt haben – auch dies ein Ergebnis der Studienfahrt – überall mit ähnlichen Problemen zu kämpfen. Kollegiale Gespräche, freundliche Aufnahme, echte Gastfreundschaft, Kontaktbereitschaft und Kontaktfreudigkeit waren kennzeichnend für den „Ausflug“ in den Fernen Osten.

Dieser Reisebericht ist subjektiv. Er gibt Informationen, Beobachtungen und Erfahrungen wieder und verschweigt Dinge, die nicht gesehen und gehört wurden. Insofern ist er auch lückenhaft. Viele Zahlenangaben wurden so wiedergegeben, wie sie von den meist ärztlichen Gesprächspartnern vorgetragen wurden. Der Bericht stützt sich im übrigen auf Veröffentlichungen, die Fundstellen wurden im Text vermerkt.

Wer an einem Blick über die Grenzen teilnehmen möchte, ist herzlichst eingeladen!

Kurzer Abriss über die ärztliche Versorgung in Japan *)

Die japanische Ärztekammer ist die einzige Gesamtorganisation der japanischen Ärzteschaft. Sie unterscheidet sich von den in der Bundesrepublik üblichen Körperschaften des öffentlichen Rechts dadurch, daß sie einen reinen freiwilligen Interessenzusammenschluß der japanischen Ärzte darstellt. 70 Prozent der 123 000 (Dezember 1971) japanischen Ärzte sind in dieser Organisation zusammengeschlossen. Eine Konkurrenzvereinigung existiert nicht.

Die japanische Ärztekammer hat nach den Aussagen ihres Präsidenten, Professor Dr. Taro Takemi, der dieses Amt schon seit über 19 Jahren innehat, eine Fülle von verschie-

denen Aufgaben zu lösen. Es geht um die Wahrnehmung der Interessen der japanischen Ärzteschaft unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Erfordernisse des Landes.

Dr. Takemi richtete an die Mitglieder der deutschen Studiengruppe eine persönlich gehaltene freundliche Grußadresse, in der er u. a. betonte, daß er seinerzeit in deutscher Sprache in Japan Medizin studiert habe. Sein Anatom sei ein deutscher Gelehrter gewesen. Er habe derzeit als Präsident der japanischen Ärztegesellschaft viele deutsche Gäste zu begrüßen und zu bewirten. In seinen Amtsräumen verfüge er über zahlreiche Bilder berühmter deutscher Ärzte, die er nach wie vor sehr verehere.

Über die Aktivitäten der japanischen Ärztekammer gab er einen kleinen Abriss. Er schilderte zunächst in gro-

ßen Zügen die Organisation der japanischen Kammer, die sich aus 44 Bezirksärztekammern zusammensetzt, wobei alle vier Jahre eine Generalversammlung der japanischen Ärzte stattfindet. Dabei treffen sich ca. 33 000 der 123 000 japanischen Kollegen.

Die japanische Ärztekammer gibt eine zweimal im Monat erscheinende Zeitschrift heraus, die allen Kammermitgliedern zugesandt wird. Diese enthält sowohl Fachbeiträge als auch standespolitische bzw. berufspolitische Berichte. Innerhalb des Vorstandes der Kammer der japanischen Ärzteschaft befassen sich zehn verschiedene Spezialkomitees, die wöchentlich einmal tagen, mit Themen der zukünftigen Entwicklung der japanischen Medizin.

Die frei niedergelassenen Ärzte Japans stehen in einer permanenten Konkurrenzsituation zu den gene-

*) Informationen aus: „The Japan Medical Association (JMA)“

rell mit Ambulanzen ausgestatteten öffentlichen Krankenhäusern. Der Patient bedarf keiner Einweisung eines niedergelassenen Arztes, wenn er ein Krankenhaus zur stationären oder ambulanten Behandlung aufsucht.

Die japanische Ärztekammer hat deshalb in den letzten Jahren wichtige Vorhaben zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung und zur Erweiterung des Leistungsangebotes der niedergelassenen Ärzte in Japan verwirklicht. Dies war einmal die Gründung von großen Gemeinschaftspraxen mit fachlich übergreifenden Organisationsformen bei gleichzeitigen Möglichkeiten der stationären Behandlung von Patienten in der Form von *Praxiskliniken*, und zum zweiten die Gründung von *medizinisch-technischen Laboratorien*, die es den niedergelassenen Ärzten ermöglichen, ihre labortechnischen Leistungen in diesen von ebenfalls niedergelassenen Ärzten betriebenen Zentren ohne Zuhilfenahme der Laboreinrichtungen der Krankenhäuser erbringen zu lassen.

Eine weitere zukunftssträchtige Fortentwicklung für den Patienten zwischen Klinik und Praxis ist die Gründung von „Open-staff-Hospitals“. In diesen Krankenhäusern können die niedergelassenen Kollegen ihre eingewiesenen Patienten unter Zuhilfenahme des technischen und personellen Apparates der Klinik weiterbetreuen.

An der Behebung der *Unterversorgung verschiedener Landgebiete* in Japan hat die japanische Ärztekammer ebenfalls lebhaft mitgewirkt. In letzter Zeit wurden von den Bezirksärztekammern in den entsprechenden Gebieten ambulante fahrbare Teams eingerichtet, die von Krankenhausärzten besetzt werden und in regelmäßigen Abständen über Land fahren, um die dortige Versorgung sicherzustellen.

Eine weitere Aufgabe der regionalen Bezirksärztekammern besteht darin, die Gesundheitsaufklärung und die Gesundheitserziehung in den Schulen und in der Erwachsenenfortbildung durchzuführen.

Genauso wie die Landesärztekammern in der Bundesrepublik dafür Sorge tragen, daß eine angemessene Altersversorgung für die Ärzte

organisiert wird, betreibt auch die japanische Kammer die Organisation einer entsprechenden berufsständischen Altersversorgung für ihre Mitglieder.

Ein zunehmend größer werdendes Problem für die Organisationsmöglichkeiten der Kammer ist die Frage der *Berufshaftpflichtversicherung der Ärzte*. In den letzten Jahren werden vermehrt Ärzte bei vermeintlichen oder tatsächlichen kunstfehlerhaften Handlungen haftbar gemacht. Deswegen hat die japanische Ärztekammer eine generelle Haftpflichtversicherung für ihre Mitglieder eingeführt, die monatlich DM 40,- kostet und aus den Kammerbeiträgen der Mitglieder bestritten wird. Die Haftpflicht aus dieser Versicherung bezieht sich auf Schäden, die über DM 10000,- liegen und die die Summe von einer Million nicht überschreiten. In den Bereichen bis zu DM 10000,- und über eine Million DM müssen sich die Ärzte gesondert privat versichern. Man trägt mit diesem Versicherungssystem ganz offenbar den häufigst auftretenden Fällen Rechnung.

Im übrigen ist die Kammer in Japan wie in der Bundesrepublik damit befaßt, zu sämtlichen Gesetzesvorhaben auf dem gesundheitspolitischen Sektor – insbesondere auch auf dem Sektor der sozialen Krankenversicherung – Stellung zu nehmen und ärztliche Vorstellungen und Interessen durchsetzen zu helfen.

An der Gesprächsrunde mit der deutschen Studiengruppe nahmen auch verschiedene Kammervorstandsmitglieder teil, die über weitere Aktivitäten der Kammer berichteten. So wurde z. B. in den letzten drei Jahren eine Kartei über 600 der in Japan häufigst verabreichten Medikamente erstellt. Diese Kartei wird sämtlichen Kammermitgliedern zugestellt. Aus den Karteikarten geht nicht nur die chemische Zusammensetzung und der Preis des jeweilig zu verordnenden Präparates hervor, sondern auch die Wirkungsweise und die eventuell auftretenden Nebenwirkungen. Die relativ geringe Zahl von 600 verschiedenen Medikamenten ist bemerkenswert. Bei einer groben Durchsicht dieser Kartei ist festzustellen, daß eine Reihe uns wohl bekannter Medikamente deutscher und ausländischer Firmen auch auf dem japanischen Markt

vertreten werden, wobei in der vorgelegten Arzneimittelkartei die Antibiotika offenbar nur eine untergeordnete Rolle gespielt haben, während Medikamente zur Behandlung von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes besonders häufig vertreten waren. Sowohl Venostasin als auch Apoplectal und weitere ähnlich geartete Präparate sind in der Kartei der 600 „notwendigen“ Arzneimittel der japanischen Ärztekammer aufgenommen worden. Die landeseigene Pharmaindustrie spielt größtmäßig und hinsichtlich der Forschung keine Weltrolle.

Zur ärztlichen Versorgung in Japan wurde eine sehr umfangreiche Statistik vorgelegt. Sie läßt im wesentlichen folgendes erkennen:

a) Durchschnittliche Lebenserwartung der Japaner:

Von 1940 bis 1970 hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung von 48 Jahren auf 69,5 Jahre gesteigert. Die meisten Menschen sterben an Gehirngefäßkrankungen und an zweithäufigster Stelle an bösartigen Geschwülden. An dritter Stelle kommen die Herzerkrankungen, danach gefolgt von den Lungenentzündungen und den Folgen der chronischen Bronchitis. Eine steigende Zahl nehmen im Laufe der letzten Jahre die Todesfälle nach Verkehrsunfällen ein. Eine absolut rückläufige Tendenz, wie in allen hochzivilisierten Staaten der Welt, weist die Tuberkulose auf.

b) Säuglingssterblichkeit:

Japan schneidet im Vergleich sehr gut ab. Auf tausend lebend geborene Säuglinge entfielen 1970 13,5 Todesfälle im ersten Lebensjahr. 1950 waren es noch über 50 Kinder pro Tausend, die im ersten Lebensjahr verstarben.

c) Alterspyramide:

Infolge einer sehr aktiven geburtenbeschränkenden Politik und der verbesserten Lebenserwartung verschiebt sich in den letzten Jahren die Alterspyramide in Japan zugunsten der älteren Menschen. Dabei ist anzumerken, daß in Japan seit 1959 die Schwangerschaftsunter-

brechung in den ersten drei Lebensmonaten weitestgehend liberalisiert worden ist (weitgefaßte Indikationslösung). Diese Maßnahme erfolgte vor allem unter dem Eindruck einer enormen Bevölkerungsexplosion. Auf dem beschränkten Territorium einer Inselgruppe sah man sich offenbar zu dieser drastischen Maßnahme genötigt.

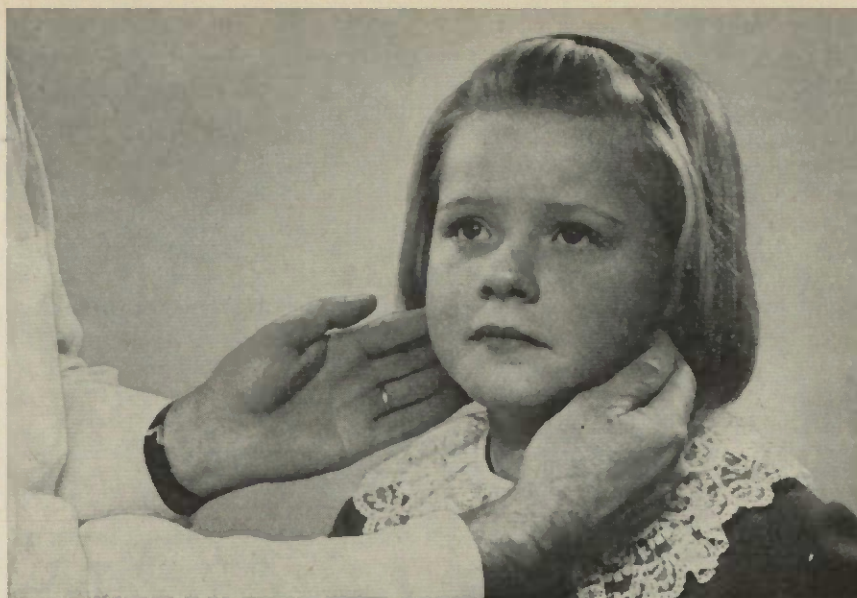
d) Sozialversicherung:

Hinsichtlich der Sozialversicherung ist anzumerken, daß seit 1970 alle Japaner krankenversicherungs-pflichtig sind. Ein Großteil der Berufstätigen ist in Betriebskrankenkassen abgesichert. Wer dies nicht ist, genießt einen Versicherungsschutz im Rahmen der sogenannten Sozialkrankenkassen. Entsprechende Absicherungen sind auch für den Altersfall getroffen worden.

Das Krankenversicherungssystem in Japan unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von bundesrepublikanischen Verhältnissen. Es existiert ein von mir sogenanntes „Zweikrankenklassensystem“. Dieses besteht darin, daß die Arbeitnehmer von größeren Betrieben, die über Betriebskrankenkassen gut abgesichert sind, mit 100 Prozent Ersatz einen Kostenausgleich erfahren. Die Sozialkrankenversicherten bekommen jedoch die ihnen erwachsenen Kosten nur zu 70 Prozent ersetzt. 30 Prozent müssen sie aus eigener Tasche tragen. Unabhängig davon, ob man in einer der besseren Betriebskrankenkassen oder in einer der Krankenkassen der Sozialversicherung abgesichert ist, muß man für seine Angehörigen 50 Prozent der ärztlichen und pflegerischen Kosten selbst tragen. Die Kosten für Medikamente bei ambulanten Patienten werden ohnehin nicht durch die Krankenkassen vergütet. In aller Regel erhält der Patient seine Medikamente gegen Entgelt in der ärztlichen Praxis oder in der Krankenhausambulanz direkt ausgehändigt.

e) Einkünfte des Krankenhauspersonals:

Vergleichbar mit den Verhältnissen in der Bundesrepublik beobachten auch die Japaner eine erhebliche Kostenexplosion auf dem Sektor der Gesundheitsausgaben. Gerade-



Tonsilgon®
bei lymphatischen Reaktionen

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

Basistherapeutikum bei lymphatischer Diathese und ihren akuten Katarrhen.

Leitsymptom: Infektanfälligkeit schon in der Kindheit.

Zusammensetzung: Mec. ax: Red. Althae. 0,4 g, Flor. Chemomill. 0,3 g, Fruct. Cynosbat. 0,4 g, Herb. Equiset. 0,5 g, Fol. Juglend. 0,4 g, Herb. Millefol. 0,4 g, Cort. Ouarc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g in 100 g. - 1 Dregaa enthält: Red. Althae. 0,008 g, Flor. Chemomill. 0,006 g, Fruct. Cynosbat. 0,004 g, Herb. Equiset. 0,010 g, Fol. Juglend. 0,012 g, Herb. Millefol. 0,004 g, Cort. Ouerc. 0,004 g, Herb. Tarax. 0,004 g, Vitamin C 0,019 g. **Indikationen:** Lymphatische Diathese und ihre akuten Manifestationen (wie Tonsillitis catarrhalis, Pharyngitis lateralis); Schwellungen der Lymphknoten, besonders bei Erkrankungen im Nasen-Rachenraum; Nachbehandlung nach Tonsillaktomie. Chronische Racheninfekte. **Zusatztherapie** bei allen katarrhalischen Infekten. **Zur Ergänzung der Chamotherapie.** **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Dosierung:** Zur Basistherapie der lymphatischen Diathese gibt man Kindern bzw. Erwachsenen 3mal täglich 15 bis 25 Tropfen oder 1 bis 2 Dregees über Wochen, bei akuten Manifestationen (Katarrhen) vorübergehend 5-6mal täglich. **Handelsformen:** Tonsilgon O.P. mit 30 ml DM 5,25 O.P. mit 100 ml DM 9,85 O.P. mit 60 ml DM 7,30 O.P. mit 60 Drag. DM 7,30



BIONORICA KG · NÜRNBERG

zu rasant steigen die Arzneimittelkosten, wohingegen die Kosten für Krankenhausbehandlung nicht in zur Bundesrepublik vergleichbaren Relationen zu Buche schlagen. Dies hängt offenbar mit der relativ schlechten Bezahlung des ärztlichen und pflegerischen Dienstes in den Krankenhäusern zusammen. Hinsichtlich der Brutto-Einkünfte des Krankenhauspersonals für 1972 werden folgende Angaben gemacht:

	monatlich DM
Chefarzt	4406
Oberarzt	3445
selbständiger Abteilungsleiter	2928
Assistenzärzte	2182
Zahnärzte an Krankenhäusern	1977
Krankenschwesteraufseherin (in etwa Hausoberin)	1136
Oberschwester	921
Krankenschwester	708
Hilfskrankenschwester	556

Auch in Japan gibt es zwei verschiedene Typen von Krankenschwestern: Zu einem die voll examinierte und voll ausgebildete nahezu akademisch qualifizierte Krankenschwester, nicht ganz vergleichbar der bundesrepublikanischen Schwester, und zum anderen die Hilfskrankenschwester, die nach relativ kurzer Einarbeitungszeit eingesetzt werden kann.

f) Verbraucherpreise:

Die Verbraucherpreise in Japan haben sich von 1959 bis 1972 von 100 Prozent auf 202,8 Prozent erhöht, hingegen ist der Gesamtlohnindex von 100 Prozent im gleichen Zeitraum auf 447,7 Prozent angestiegen, wodurch ein beachtlicher realer Lohnzuwachs erarbeitet worden ist. Derzeit wird Japan jedoch von einer jährlichen Inflationsrate von ca. 25 Prozent heimgesucht!

g) Ärztliche Berufsausübung und Arztverteilung Stadt/Land:

Ähnlich wie in der Bundesrepublik arbeiten in Japan rund 50 Prozent der Ärzte in eigener Praxis als selbständige freie „Unternehmer“. In den Kliniken sind rund 40 Prozent der Ärzte beschäftigt. Weitere zehn Prozent arbeiten in der Ausbildung, Verwaltung und in anderen Dienstleistungsbereichen sowie in den Hochschulen.

Auch in Japan – wie einschließlich der Ostblockstaaten überall auf der Welt – konzentrieren sich die Ärzte in den Städten; das Land wird tunlichst gemieden. 123178 Ärzte (Dezember 1971) stehen 107 Millionen Menschen zur Verfügung (ein Arzt für rund 868 Menschen). In den Städten und Ballungszentren beträgt die Arzt/Patientenrelation jedoch 1 : 646. Auf dem Land kommen 950 Patienten auf einen Doktor.

h) Facharztweiterbildung:

Die Weiterbildung zum Facharzt unterliegt in Japan *keinen gesetzlichen Normen*. Ein Verfahren zur Facharztanerkennung gibt es nicht. Jeder approbierte Arzt kann sich niederlassen und Facharztbezeichnungen führen, auch ohne Qualifikationen erworben zu haben. Die Führung mehrerer Bezeichnungen nebeneinander ist durchaus zulässig. Die Liste der Fachgebiete in der Ärztestatistik der japanischen Kammer weist neben den üblichen Facharztbezeichnungen auch folgende, bei uns nicht bekannte Gebiete aus: Bronchial-Ösophagologie, Plastische Chirurgie (3639 registrierte Ärzte!), Proktologie, Physiotherapie, Radiotherapie, Venerologie, Gastroenterologie und Kreislaufkrankungen sind ebenfalls gesonderte Gebietsbezeichnungen neben dem Fachgebiet des Internisten.

i) Berufsausübung:

In Japan üben zahlreiche Ärzte ihre Praxis nicht als Einzelärzte, sondern in der Form der fachübergreifenden Gruppenpraxis aus, wobei z. B. Internisten, Chirurgen und Kollegen aus anderen Fachgebieten in einer Praxis kooperieren. Da es keine Vorschriften gibt, die den Arzt zwingen, sich auf ein Fachgebiet grundsätzlich zu beschränken, behandeln offenbar eine ganze Reihe von Internisten auch chirurgische Fälle und umgekehrt. Im übrigen ist in Japan als weitere Besonderheit der ärztlichen Berufsausübung in freier Praxis erwähnenswert, daß die Ärzte *nicht an ein strenges Werbeverbot gebunden sind*.

Auch in Japan hat in den letzten Jahren das ärztliche Personal an den Krankenhäusern erheblich an Zahl zugenommen. Dies geht mit einer deutlichen Ausweitung der

Bettenkapazität der Krankenhäuser einher (1971: 8206 Krankenhäuser mit 1082647 Betten).

j) Notfallversorgung:

Die ambulante ärztliche Versorgung der Patienten an Nacht-, Sonn- und Feiertagen bei Notfällen erfolgt, sofern nicht der jeweilige Hausarzt von seinen Patienten angetroffen wird, in aller Regel durch die Krankenhausärzte. Dies wird dadurch erleichtert, daß ohnehin Krankenhausambulanzen existieren und jederzeit von den Patienten in Anspruch genommen werden können. So gibt es aber auch eine ganze Reihe von privaten Krankenhäusern, die sich auf die Unfallmedizin spezialisiert haben und für Notfälle jederzeit aufnahmebereit sind.

Beispielhaft für moderne medizinische Ausbildung:

Das Kitasato-University-Hospital

In Japan gibt es 45 medizinische Hochschulen, die nur zum kleineren Teil als staatliche Hochschulen betrieben werden. Die überwiegende Mehrheit liegt fest in privater Hand. So auch die Kitasato-University. Diese medizinische Hochschule liegt in einem großen Vorort von Tokio und ist als eine der bekanntesten und modernsten medizinischen Hochschulen in die Medizingeschichte des Landes eingegangen, obgleich es sich um eine relativ junge Gründung handelt. Das moderne Krankenhaus, welches dieser Hochschule zugeordnet ist, wurde erst im Jahre 1971 fertiggestellt.

Sowohl Vorklinik als auch Klinik wird an dieser Hochschule vermittelt. Jährlich werden insgesamt 120 Studenten aufgenommen. Zu ihrer Ausbildung stehen 260 Ärzte zur Verfügung. Die bettenführenden Abteilungen sind in einem zentralen sternförmig angelegten Bettenbau untergebracht. Von den 830 zur Verfügung stehenden Betten sind derzeit nur 700 belegt, da es erheblich an Pflegekräften mangelt.

Die Klinik machte bei dem Rundgang und bei dem von den Gastgebern vorgeführten Film über die Arbeit des Hauses einen hochmodernen Eindruck. Insbesondere wurde auf ein totales Informationssystem mit Hilfe von Datenverarbei-



Esberigal®

aktiviert die hepato-biliären Funktionen,
daher Steigerung der Cholerese auf das 2–3fache.

Keine dickdarmwirksame laxierende Wirkung:
daher unbedenklich
auch in der Schwangerschaft anwendbar.

Esberigal® forte

mit laxierender Wirkung
und verstärktem cholagogem Effekt

Zusammensetzung:

Darreichungsform	liquidum		forte liquidum		Tropfen		Dragees Extracta sicca In 1 Dreege
	Perkolat 1 = 5	Perkolat 1 = 4	Perkolet 1 = 2	Perkolat 1 = 1	Perkolat 1 = 1	Perkolat 1 = 1	
Herb. Cardui bened.	10 ml	6 ml	–	10 ml	20 mg	–	20 mg
Fruct. Cardui Mariae	10 ml	6 ml	–	10 ml	20 mg	–	20 mg
Fol. Sennae	–	15 ml	–	–	–	–	–
Herb. Anserinae	20 ml	16 ml	–	20 ml	40 mg	–	40 mg
Rad. Taraxaci c. Herb.	20 ml	16 ml	–	20 ml	40 mg	–	40 mg
Herb. Chelidonii	20 ml	16 ml	–	20 ml	40 mg	–	40 mg
Flor. Chamomillae	20 ml	16 ml	–	20 ml	40 mg	–	40 mg
Rhiz. Curcumae	–	–	5 ml	–	–	–	–

Indikationen:

für Esberigal: Cholangitis, Cholecystitis, Dyskinesie der Gallenwege, Postcholezystektomie-Syndrom; zur Therapie und Nachbehandlung bei Hepatitis epidemica.

für Esberigal forte: Alle Erkrankungen im Leber-Galle-Bereich, bei denen eine erhöhte Cholerese und eine verstärkte laxierende Wirkung notwendig sind.

Kontraindikationen: Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschuß der Gallenwege, Gallenblasenempyem, Coma hepaticum.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Esberigal Liquidum 100 ml DM 6,-, Esberigal Tropfen 50 ml DM 9,55,

Esberigal Dragees 50 Stck. DM 4,70, Esberigal forte Liquidum 100 ml DM 6,55



Schaper & Brümmer
Salzgitter – Ringelheim

tungsanlagen großer Wert gelegt. In dieses Datenverarbeitungssystem ist nicht nur die Dokumentation der Krankheitsbefunde einbezogen, sondern auch die pflegerisch-technische Organisation des Hauses einschließlich der zahlreichen Verwaltungsaufgaben.

Es wurden sämtliche für die humanmedizinische Ausbildung notwendigen Abteilungen integriert.

Der gesamte Krankenhauskomplex einschließlich Lehrbetrieb wird von einem Direktor geleitet, der ausgebildeter Chirurg ist, diesen Beruf jedoch derzeit nicht ausübt, sondern auf sechs Jahre zum Verwaltungsdirektor des Hauses bestimmt wurde. Ihm steht ein gewählter Präsident zur Seite. Amtsinhaber ist derzeit der Direktor der Kinderklinik dieser Hochschule. Die innere Organisation lehnt sich an das Departmentssystem amerikanischer privater Medizinhochschulen an.

Der *Ausbildungsgang angehender japanischer Ärzte* vollzieht sich in etwa wie folgt:

Alle Kinder werden mit sechs Jahren pflichtgemäß in die Volksschule eingeschult. Diese durchlaufen sie sechs Jahre lang und absolvieren dann für weitere drei Jahre eine Mittelschulbildung. Damit ist die allgemeine Schulpflicht beendet. Für diejenigen, die sich für höhere Berufe qualifizieren möchten, ist danach eine dreijährige Oberschulzeit anzuschließen, sie endet nicht mit einem abiturähnlichen Zertifikat. *Der Übergang zu den Universitäten und den technischen Hochschulen ist an die erfolgreiche Absolvierung einer Aufnahmeprüfung gebunden.* Diese Prüfung wird mehr oder minder schwierig gehalten, je nach Angebot und Nachfrage. Für die berühmte Kitasato-University hatten sich im letzten Semester 1974 1300 Studenten beworben. Von diesen wurden nur 120 aufgenommen. Alle anderen Bewerber haben die Prüfung nicht bestanden. Numerus clausus auf japanisch!

Diese Form des Numerus clausus wird mit Hilfe einer schriftlichen Prüfung praktiziert. Es wird in vier Fächern geprüft, davon ist eines ein Fremdsprachenfach, wobei zumeist Englisch gewählt wird, jedoch auch Deutsch genommen werden kann. Mathematik und Physik sind Pflicht-

fächer. Nicht obligat ist die Prüfung in Chemie, sie kann auch durch eine biologische Prüfung ersetzt werden.

Die Bewertung erfolgt nach einem Punktesystem, wobei diejenigen in die Universität aufgenommen werden, die die jeweils höchste Punktzahl erreicht haben.

Das Medizinstudium beginnt mit einem Basiskurs. Er vertieft die vorhandenen Kenntnisse in den naturwissenschaftlichen Grundfächern und dauert zwei Jahre. Am Ende des zweiten Ausbildungsjahres im Basiskurs beginnen jedoch die ersten Unterweisungen in Anatomie. Daran anschließend findet ein zweijähriger präklinischer Kurs statt. Er umfaßt die Ausbildung in Anatomie, Biochemie und Pathologie. Gegen Ende dieses zweiten Studienabschnitts beginnt der klinische Unterricht.

Die Klinik wird in den letzten beiden Jahren des Medizinstudiums unterrichtet. Die Ausbildung der Studenten erfolgt vorwiegend in der Form des *bed-side-teaching*. Darüber hinaus werden die Vorlesungen durch Fernsehaufzeichnungen und Direktübertragungen aus dem eigenen klinischen Bereich unterstützt. Zu diesem Zweck steht ein eigenes Aufnahmestudio mit entsprechendem Personal zur Verfügung.

Das Staatsexamen wird für alle Medizinstudenten in Japan in gleicher Weise als schriftliches Examen im Gesundheitsministerium in Tokio abgehalten. Im Gegensatz zu diesem einheitlichen Staatsexamen stehen jedoch nicht streng vorgeschriebene Studienabschnitte, die von den jeweiligen Medizinhochschulen unterschiedlich variiert werden. Ein Studienwechsel ist auch aus diesem Grund in der Regel nicht möglich. An das Staatsexamen schließt sich eine zweijährige klinische Zeit, wobei die jungen Ärzte als sogenannte „residents“ arbeiten. Eine Rotation in verschiedenen Fachgebieten ist nicht zwingend vorgeschrieben, jedoch durchaus möglich. Offenbar entschließen sich eine ganze Reihe von jungen Medizinern schon als „residents“ nur zu einem Fachgebiet, um ihr während der klinischen Zeit erworbenes Spezialwissen zu vertiefen.

Der Träger der privaten Kitasato-University ist eine „Private Körper-

schaft“. Die Hauptspender zur Errichtung dieser Hochschule waren die vier größten Banken Japans.

Der klinische Betrieb soll nach Angaben der befragten Ärzte kostendeckend arbeiten. Der Pflegesatz liegt derzeit umgerechnet bei DM 180,- pro Patient und Tag. Wie uns versichert wurde, reicht diese Summe in diesem Jahr nicht mehr aus und man überlegt, womit das vorhandene Defizit gedeckt werden kann.

Die Bereiche von Forschung und Lehre, die ja bekanntlich besonders teuer sind, sind vom klinischen Bereich finanziell getrennt. Forschung und Lehre werden aus Studiengeldern, Stiftungsgeldern, insbesondere aus der Industrie, und aus staatlichen Zuschüssen in der Form von Subventionen finanziert.

Zur Universität gehören auch Wohnmöglichkeiten für Studenten; es können jedoch nicht alle Studiker untergebracht werden.

Eine interessante Information zur *Verbesserung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten Landgebieten* erhielten wir ebenfalls in der Kitasato-University. Zehn Studienplätze werden für angehende Mediziner freigehalten, die aufs Land gehen wollen. Diese werden von den Landpräpektoren benannt und erhalten von dort auch ein Stipendium. Sie verpflichten sich dadurch, im Anschluß an das Staatsexamen in diesen Landgebieten beruflich tätig zu werden.

Außerdem war in der Tageszeitung zu lesen, daß der Gesundheitsminister Japans einen neuen Vorschlag zur Verbesserung der Landversorgung gemacht habe: Die Gemeindegewestern in ärztlich nicht versorgten Bereichen sollen mit Fernsehkameras ausgerüstet werden und im Falle einer Erkrankung den Patienten untersuchen und filmen, um dies dann an einen Arzt im nächsten Krankenhaus zu übertragen, der anhand des Monitorbildes und der Schilderung des Falles seine ärztliche Entscheidung trifft.

(Fortsetzung folgt)

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Jürgen Bausch, Kinderarzt,
8000 München 81, Knappertsbuschstr. 18

Landesgesundheitsrat neu konstituiert

Für die Dauer der gegenwärtigen Legislaturperiode des Bayerischen Landtages wurden gewählt

zum 1. Vorsitzenden:

Dr. Otto *Schlober*, Internist, Rosenheim, Mitglied des Bezirkstages von Oberbayern

zur stellvertretenden Vorsitzenden:
Hedwig *Westphal*, MdL, München

zum Schriftführer:

Franz v. *Prümmer*, MdL, Vorsitzender des Ausschusses für Sozial- und Gesundheitspolitik des Bayerischen Landtages, Bad Neustadt/Saale.

Dem Bayerischen Landesgesundheitsrat gehören 30 Mitglieder an, die je zur Hälfte von den Fraktionen des Bayerischen Landtages und von Körperschaften und Verbänden benannt werden:

CSU

Franz v. *Prümmer*, MdL, Bad Neustadt/Saale

Maria *Geiss-Wittmann*, MdL, Amberg

Dr. Elisabeth *Biebl*, MdL, München

Hermann *Zenz*, MdL, Schloßberg

Dr. Otto *Schlober*, Internist, Rosenheim

Dr. Georg *Fuchs*, Kinderarzt, Würzburg

Dr. Ernst Theodor *Mayer*, Nervenarzt, München

Oberregierungsmedizinaldirektor
Dr. Alfred *Böhm*, Allgemeinarzt, Neusting

Ursula *Schleicher*, MdB, München

Medizinaldirektor Dr. Germanus *Lins*, Chirurg, München

SPD

Dr. Friedrich *Cremer*, MdL, Allgemeinarzt, Lengfurt

Hedwig *Westphal*, MdL, München

Städt. Obermedizinaldirektor a. D.

Dr. Eduard *David*, Nürnberg

Dr. Norbert *Kruel*, Internist, München

Dr. Georg *Oeckler*, Internist, Wasserburg/Bodensee

Für die Gesetzliche Krankenversicherung — einschließlich Ersatzkassen:

Direktor Hans *Sitzmann*

Für die Privatkrankenkassen:

Direktor Hans *Amler*

Für die Landesversicherungsanstalten:

Direktor Max *Haas*

Für die Berufsgenossenschaften:

Johann *Hausladen*

Für die Bayerische Krankenhausgesellschaft:

Landrat Konrad *Regler*

Für das Bayerische Rote Kreuz:

Obermedizinaldirektor a. D. Dr. Herbert *Kammermeier*

Für die Bayerische Landesärztekammer:

Professor Dr. Hans Joachim *Sewering*, MdS

Für die Bayerische Landeszahnärztekammer:

Dr. Wolfgang *Mzyk*, MdS

Für die Bayerische Landesapothekerkammer:

Apotheker Walter *Riemerschmid*

Für die Bayerische Landestierärztekammer:

Dr. Günter *Pschom*

Für die Medizinischen Fakultäten:

Professor Dr. Ludwig *Demling*

Für die Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände:

Prälat Ludwig *Penzkofer*, MdS

Für den Verband der Kriegs- und Wehrdienstopfer, Behinderten und Sozialrentner Deutschlands — Landesverband Bayern e. V. (VdK):

Harald *Kemper*

Für den Landesverband Bayerischer Drogisten:

Erwin *Göttmann*

Für die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände:

Stadtrat Dr. Herbert *Genzel*

Der bisherige Vorsitzende Dr. Rudolf *Soennig*, Augenarzt, Memmingen, der seit der Gründung vor mehr als 20 Jahren den Landesgesundheitsrat leitete, wurde in Würdigung seiner Verdienste einstimmig zum Ehrenvorsitzenden gewählt.



Paracelsus-Medaille für Dr. Rudolf Soennig

Auf der Abschlußveranstaltung des 78. Deutschen Ärztetages in Hamburg überreichte Professor Dr. *Sewering* vier Ärzten die Paracelsus-Medaille — die höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft. Einer der Geehrten ist Dr. Rudolf *Soennig*, Memmingen. Nachstehend veröffentlichen wir die Laudatio:

In Rudolf *Soennig* ehren die deutschen Ärzte einen Kollegen, der sich als Mitglied des Bayerischen Landtages über fünf Legislaturperioden großes Ansehen erworben hat. Den Schwerpunkt seiner Arbeit sah Rudolf *Soennig* vor allem in der Gesundheitspolitik. Seit Gründung des Bayerischen Landesgesundheitsrates leitete er diese Institution, von der wichtige Impulse für das Gesundheitswesen in Bayern ausgingen. Sein Hauptaugenmerk galt der Krankenhausplanung, der Förderung der Krankenpflegesulen und der Präventivmedizin. Die Einführung des Sehtestes für Führerscheinbewerber zuerst in Bayern und dann in der Bundesrepublik ist vor allem seinem Einsatz zu danken.

In langjähriger Mitarbeit im Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat Rudolf *Soennig* seine reichen politischen Erfahrungen auch in die Selbstverwaltung der Ärzteschaft eingebracht. 1950 bis 1970 war er Delegierter für den Deutschen Ärztetag.

In der Person Rudolf *Soennings* zeichnet die deutsche Ärzteschaft zugleich alle Ärzte aus, die als Angehörige eines freien Berufes die entsagungsvolle Arbeit in den Landesparlamenten auf sich genommen haben.

Schlichtungsstelle für Haftpflichtstreitigkeiten

Die Bayerische Landesärztekammer hat mit dem Verband der Haftpflichtversicherer eine Vereinbarung über die Errichtung einer Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Erledigung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten abgeschlossen. Diese Schlichtungsstelle soll im Interesse aller Beteiligten möglichst rasch und sorgfältig Sachverhalte bei Haftpflichtstreitigkeiten aufklären und einen Vorschlag für die außergerichtliche Behebung der Streitigkeiten machen. Es soll auf diese Weise ein Beitrag geleistet werden, um für Patienten und Ärzte gleichermaßen unbeliedigende und langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden.

Nachstehend geben wir den Text der Vereinbarung im vollen Wortlaut bekannt:

Geschäfts- und Verfahrensordnung einer Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Erledigung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten

§ 1

(1) Die Bayerische Landesärztekammer und der Verband der Haftpflicht-, Unfall- und Kraftverkehrs-Versicherer e. V. (HUK-Verband) möchten dazu beitragen, Streitigkeiten wegen Haftpflichtansprüchen zwischen Ärzten und Patienten, die sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergeben, außergerichtlich beizulegen.

(2) Die Bayerische Landesärztekammer in München wird zu diesem Zweck eine Schlichtungsstelle errichten.

§ 2

(1) Die Schlichtungsstelle wird bei Streitigkeiten zwischen Arzt und Patienten tätig, die den Vorwurf fehlerhafter ärztlicher Behandlung betreffen.

(2) Die Schlichtungsstelle kann vom Arzt, seinem Versicherer oder dem Patienten angerufen werden. Widerspricht ein Beteiligter der Anrufung der Schlichtungsstelle, so findet ein Verfahren der Schlichtungsstelle nicht statt.

§ 3

Ziel der Tätigkeit der Schlichtungsstelle ist es, möglichst rasch und eingehend den Sachverhalt aufzuklären und in einem Gutachten einen sachverständigen Vorschlag zur Behebung der Streitigkeiten festzulegen. Die Beteiligten sind verpflichtet, dabei mitzuwirken.

§ 4

(1) Die Schlichtungsstelle besteht aus 4 Mitgliedern, die wie folgt berufen werden:

1 Arzt/Facharzt als ständiges Mitglied

1 Arzt/Facharzt

mit Anerkennung für das durch den konkreten Sachverhalt angesprochene Fachgebiet

durch die Bayerische Landesärztekammer

1 Vertreter

(Arzt/Facharzt oder mit Befähigung zum Richteramt)

durch den beteiligten Arzt

1 Vertreter

(Arzt/Facharzt oder mit Befähigung zum Richteramt)

durch den Patienten

(2) Den Vorsitz übernimmt das durch die Bayerische Landesärztekammer berufene ständige Mitglied.

(3) Für die Mitglieder der Schlichtungsstelle sind im Bedarfsfall Stellvertreter zu benennen.

(4) Für die Ausschließung und Ablehnung von Mitgliedern der Schlichtungsstelle gelten die Vorschriften der Zivilprozeßordnung sinngemäß; die Entscheidung über eine Ablehnung treffen die übrigen Mitglieder der Schlichtungsstelle.

Eusaprim®

Breitband-Bakterizidum

Suspension für Erwachsene



Für Ihre Patienten

- die Tabletten nicht schlucken können
- die Tabletten ungern einnehmen

Bakterielle Infektionen schnell beherrschen

Indikationen: Bakterielle Infektionen

- der Atemwege
- der Harnwege
- der Genitalorgane
- des Magen-Darm-Traktes
- der Haut

Alle anderen Infektionen
mit empfindlichen Erregern.

Dosierung: Standard-Dosis für Erwachsene: 2 x 2 Tabletten täglich. Weitere Angaben im wissenschaftlichen Prospekt vom April 1975. **Zusammensetzung:** 1 Erwachsenen-Tablette sowie 5 ml Erwachsenen-Suspension enthalten 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol (entsprechend 480 mg Cotrimoxazol). Kinder-Suspension (5 ml) mit 1/2 und Kinder-Tabletten mit 1/4 der Erwachsenen-Dosis. Eusaprim® zur i. v. Infusion: 1 Ampulle zu 5 ml enthält 80 mg Trimethoprim und 400 mg Sulfamethoxazol. Verwendbare Infusionslösungen siehe wissenschaftlichen Prospekt vom April 1975. **Kontraindikationen:** Schwere Leberschäden, schwere Nierenfunktionsstörungen (Anwendung abhängig vom Serum-Kreatininspiegel), schwere Schäden des hämatopoetischen Systems, Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Schwangerschaft und erste 4 Wochen der Stillperiode, erste 4 Lebenswochen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen (bei Exanthemen Eusaprim® absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßige Blutbildkontrollen. **Handelsformen:** 20 Tabletten 18,15 DM, 50 Tabletten 41,30 DM, 20 Ampullen zur Infusion zu 5 ml (2 x 10) 91,35 DM, Suspension (100 ml) 19,90 DM, (500 ml) 77,85 DM, 20 Kinder-Tabletten 5,70 DM, 50 Kinder-Tabletten 13,60 DM, Kinder-Suspension (100 ml) 12,50 DM. Preise inkl. Mehrwertsteuer.



Wellcome Deutsche Wellcome GmbH 3006 Burgwedel 1

§ 5

- (1) Das Verfahren vor der Schlichtungsstelle ist schriftlich; die Schlichtungsstelle kann die persönliche Anhörung der Beteiligten beschließen. Die Beschlußfassung ist durch Schriftsätze der Beteiligten vorzubereiten.
- (2) Die Schlichtungsstelle kann die Einholung eines Sachverständigen-Gutachtens beschließen, das den Beteiligten zur Kenntnis zu bringen ist.

§ 6

- (1) Die Schlichtungsstelle schließt ihre Tätigkeit mit einem Gutachten (§ 3) ab.
- (2) Dieses Gutachten wird mit Stimmenmehrheit beschlossen. Bei Stimmengleichheit entfällt ein Vorschlag; in diesem Fall sind die unterschiedlichen Meinungen gegenüberzustellen.
- (3) Das Gutachten äußert sich zur Frage der Haftpflicht dem Grunde nach und kann auch in zweifelhaft gebliebenen Fällen einen Vorschlag zur Streitbeseitigung enthalten.
- (4) Das Gutachten ist schriftlich abzufassen und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen. Den Beteiligten ist je eine Ausfertigung des Gutachtens zu übergeben.

§ 7

Durch das Gutachten wird der Rechtsweg nicht ausgeschlossen.

§ 8

- (1) Für die Inanspruchnahme der Schlichtungsstelle werden Kosten nicht erhoben. Die Kosten der Geschäftsführung trägt die Bayerische Landesärztekammer.
- (2) Die Kosten für die Mitglieder der Schlichtungsstelle trägt die nach § 4 Abs. 1 berufende Stelle. Die Beteiligten tragen ihre Kosten einschließlich der Kosten ihrer Rechtsbeistände.
- (3) Liegen die Voraussetzungen des § 114 ZPO vor, tragen die Kosten für das vom Patienten berufene Mitglied auf Antrag je zur Hälfte die Bayerische Landesärztekammer und der Versicherer des Arztes nach Maßgabe der einschlägigen Kostenregelung der Bayerischen Landesärztekammer. Über den Antrag entscheidet das von der Bayerischen Landesärztekammer berufene ständige Mitglied.
- (4) Die Kosten eines von der Schlichtungsstelle beigezogenen Gutachtens trägt der Versicherer des Arztes.

§ 9

- (1) Die Schlichtungsstelle kann auch von Krankenhausträgern angerufen werden, die für die Tätigkeit ihres Arztes in Anspruch genommen werden. In diesem Fall ist neben dem Arzt auch der Krankenhausträger Beteiligter an dem Verfahren vor der Schlichtungsstelle.
- (2) Betrifft eine Streitigkeit mit unterschiedlichen Vorwürfen (§ 2 Abs. 1) mehrere Ärzte, so beruft anstelle des beteiligten Arztes der HUK-Verband das Mitglied der Schlichtungsstelle.

§ 10

- (1) Die Schlichtungsstelle wird zunächst für die Dauer von 2 Jahren errichtet.
- (2) Die Bayerische Landesärztekammer und der HUK-Verband werden rechtzeitig vor Ablauf der Zweijahresfrist über eine Fortführung der Schlichtungsstelle beraten.

München, den 24. April 1975

Hamburg, den 21. April 1975

Für die Bayerische Landesärztekammer:
Professor Dr. Sewering

Für den HUK-Verband:
Der Verbandsdirektor i. V. Krug

Neue Akzente bewährter Arzneimittel

53. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

Professor Dr. H. J. Dengler, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik, Bonn,

betonte in seiner **Einführung**, daß Medikamente im Laufe ihrer Anwendung Verschiebungen der Indikationsbereiche erlangen können und neue Eigenschaften hinzukommen, die ein Arzneimittel von einem ursprünglich gedachten Anwendungszweck auf ein anderes Gebiet verschieben. So muß man nicht nur neue Medikamente auf ihren Wirkungsbereich, sondern von Zeit zu Zeit müssen auch altbewährte Medikamente überprüft werden, um darüber hinaus eventuell auch neue Wirkungsbereiche zu erschließen. Dabei sind Aussagen der Patienten über eventuelle Nebenwirkungen oft von entscheidender Bedeutung. Er berichtete über einen Patienten, der nach einer Gehirnoperation Diphenylhydantoin schlucken mußte und dabei selbst entdeckte, daß die vorher bestandenen Herzrhythmusstörungen verschwanden. Das ist ein Beispiel dafür, daß Nebenwirkungen von Medikamenten nicht immer im negativen, sondern gar nicht selten auch im positiven Bereich liegen.

Professor Dr. H. Lydtin, München:

Die Bedeutung der Beta-Blocker für die Hochdruckbehandlung

Erst in den letzten Jahren ergaben sich überzeugende Belege dafür, daß eine längere orale Verabreichung praktisch aller Beta-Rezeptorenblocker ein wirksames antihypertensives Prinzip darstellt. Im akuten Versuch führt die orale und auch die intravenöse Verabreichung eines Beta-Rezeptorenblockers sowohl bei normalem Blutdruck als auch bei Hochdruck-Patienten zu keiner Änderung des Druckniveaus. Das Herzminutenvolumen nimmt ab, der periphere Gefäßwiderstand steigt an. Der antihypertensive Wirkungsmechanismus der Beta-Rezeptorenblocker ist heute noch nicht geklärt. Diskutiert werden eine Empfindlichkeitssteigerung der Baro-Rezeptoren, autoregulatorische Veränderun-

gen im Bereich der Gefäßperipherie als Folge der Herzminutenvolumenminderung und auch die Produktion antipressorischer Substanzen bzw. die Bildung antihypertensiver Metabolite. Die Mehrzahl der Beta-Rezeptorenblocker kann die durch eine Beta-adrenerge Stimulation erhöhte Reninfreisetzung vermindern und bei einzelnen Substanzen lassen sich zentralnervöse Wirkungen ebenso wie eine Interferenz mit dem peripheren Katecholaminstoffwechsel diskutieren. Die Hemmung der Reninfreisetzung zusammen mit der Verminderung des Beta-adrenergen Antriebs am Herzen unter Belastungsbedingungen sind derzeit die Arbeitshypothesen mit dem höchsten Wahrscheinlichkeitsgehalt.

Ergebnisse einer klinischen Studie mit Viskin® bei labiler Hypertonie zeigt eine deutliche Blutdrucksenkung, und zwar — was besonders wichtig erscheint — um den gleichen Betrag im Liegen, Sitzen und Stehen.

In der überwiegenden Mehrzahl der Untersuchungen tritt der volle antihypertensive Effekt erst nach zwei- bis dreiwöchiger Behandlung auf. Übereinstimmend wird die Notwendigkeit einer individuellen Dosierung, die Verminderung der Belastungsdruckanstiege und die verhältnismäßig geringe Blutdrucklabilität bei Orthostase betont. So wird man heute vor allem jüngere Patienten mit essentieller Hypertonie unter kochsalzbeschränkter Kost — und nach Gewichtsreduktion des Übergewichtigen — zunächst über einige Wochen mit einem Beta-Rezeptorenblocker in steigender Dosierung behandeln, bevor man andere Medikamente zusätzlich verwendet. Voraussetzung für den Therapieerfolg ist die individuelle Dosierung. Man wird z. B. in der Praxis mit 4 x 10 mg Dociton beginnen und die Dosis stufenweise in drei- bis viertägigen Intervallen bis auf 4 x 80 mg erhöhen. Jenseits dieser Dosis ist ein weiterer antihypertensiver Effekt in der Regel nicht zu erwarten.

Als Kontraindikation gilt eine manifeste Herzinsuffizienz und bei vorangehender Therapie mit Reserpin- und Guanethidin-Medikamenten, die zur Katecholamin-Speicherung führen, ist besondere Vorsicht geboten. Bei Belastungsinsuffizienz muß digitalisiert und anschließend häufiger kontrolliert werden. Eine weitere Kontraindikation ist die Obstruktion der Atemwege und ganz besonders das Asthma bronchiale.

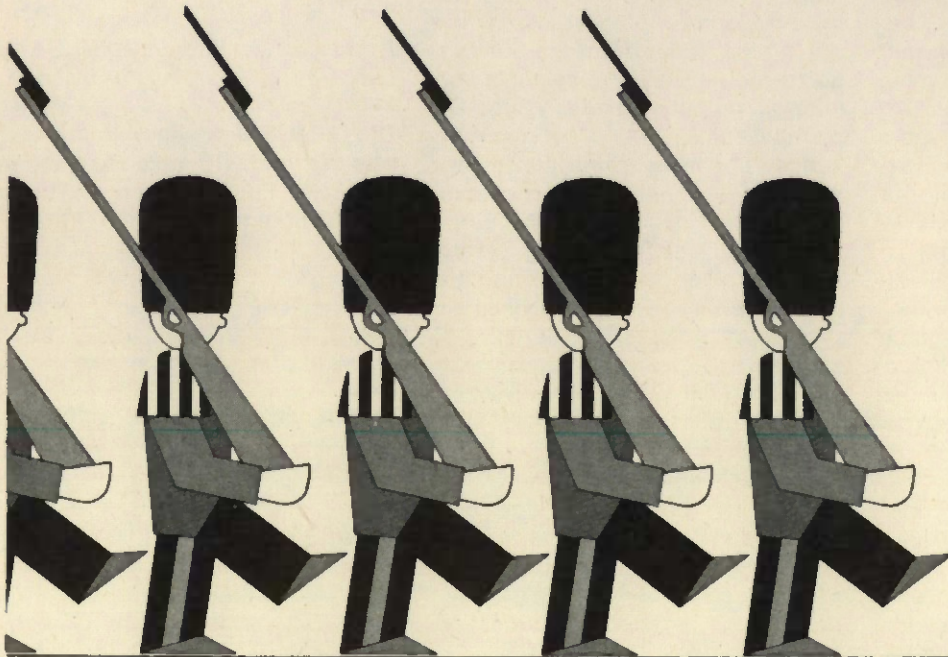
Professor Dr. Ellen Weber, Heidelberg:

Die Acetylsalicylsäure in der Prophylaxe und Therapie thromboembolischer Erkrankungen — Theoretische Erkenntnisse und Perspektiven

Bereits 1899 wurde die Acetylsalicylsäure (= ASS) in die klinische Medizin eingeführt. Um so erstaunlicher ist es, daß erst neuerdings eine weitere Indikation, nämlich die Prophylaxe und Therapie thromboembolischer Erkrankungen erkannt wurde. Bei hohen Dosen von 3 bis 4 g ASS/die kann es zu Gerinnungsstörungen durch eine größere Menge an Metaboliten kommen, die ähnliche Eigenschaften wie Cumarine aufweisen. Bei einer zur Thromboseprophylaxe notwendigen Dosierung von 1 bis 2 g/die ist ein Einfluß auf das plasmatische Gerinnungssystem mit Sicherheit nicht zu erwarten, dagegen kommt es zu einer Wirkung auf das zelluläre Gerinnungssystem, d. h. zu einer Plättchenaggregationshemmung. Das genügt, um den Prozeß der Bildung von Plättchenthromben entscheidend zu stören. „Aktivierte“ Blutplättchen haften an verletzten, d. h. pathologisch-anatomisch alterierten Gefäßwänden wie auch untereinander und bilden so Plättchenaggregate. Diese können zum Ausgangspunkt von Skleroseherden werden und sind damit an der Initiierung der Arteriosklerose beteiligt. Auch im venösen Bereich beginnt die Thrombose mit der Entstehung von Plättchenaggregation. Zu diesen pathophysiologischen Vorgängen und der Wirkung von ASS auf sie gibt es eine Reihe von experimentellen Versuchen durch verschiedenste Autoren. Es gilt heute als sicher, daß ASS die zweite,

(Fortsetzung Seite 452)

Bei Durchmarsch



Tannalbin®

stoppt
Diarrhoen zuverlässig

Indikationen

Durchfälle jeder Genese und Art.

Zusammensetzung

1 Tablette enthält 0,5 g einer gehärteten Gerbsäure-Eiweiß-Verbindung mit einem Gehalt von etwa 50% Gerbsäure.

Dosierung

Erwachsene 1-2 Tabletten 1-2stündlich bis zum Eintritt der Wirkung.

Säuglinge ab 3 Monaten $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ Tablette 4-6mal täglich, ältere Kinder 1-2 Tabletten 4-6mal täglich in Schleimsuppe oder ähnlichem.

Bei schweren toxischen bzw. infektiösen Durchfällen empfiehlt sich die Kombination mit Antibiotika bzw. Sulfonamiden.

Zur besonderen Beachtung!

In den ersten drei Monaten einer Schwangerschaft ist die Verordnung von Tannalbin - entsprechend den heutigen Auffassungen über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter - kritisch abzuwägen.

Handelsform

20 Tabletten (0,5 g) O.-P. DM 3,50



KNOLL AG
Chemische Fabriken
6700 Ludwigshafen



malträtierte Venen:

Krampfadern
 oberflächliche Thrombosen
 oberflächliche Venenentzündungen
 Venenreizungen
 Venenstauungen
 zur Venenpflege

stumpfe Verletzungen:

Sport-, Haushalts-,	Blutergüsse
Unfallverletzungen	Verrenkung
Verstauchung	Schwellung
Zerrung	
Prellung	
Quetschung	



Exhirud[®] SALBE GEL

Perkutanes Antithrombotikum mit dem Wirkstoff des Blutegels.

Vertrieb



HINWEIS: Exhirud-Gel ist alkoholhaltig und sollte deshalb nicht mit offenen Wunden oder mit der Schleimhaut in Berührung kommen.

HANDELSFORMEN UND PREISE: Packung mit 40 g Salbe DM 6,65; Packung mit 100 g Salbe DM 13,50; Packung mit 40 g Gel DM 6,85; Packung mit 100 g Gel DM 13,50; Anstaltspackungen.

ZUSAMMENSETZUNG: 100 g Salbe enthalten: Blutegelwirkstofflösung 1g, biochemisch standardisiert auf 500 Antithrombin-Einheiten.

100 g Gel enthalten: Blutegelwirkstofflösung 1,5g, biochemisch standardisiert auf 750 Antithrombin-Einheiten.

INDIKATIONEN: Siehe oben

KONTRAINDIKATIONEN: Hämophilie

irreversible Aggregationsphase, hervorgerufen durch bestimmte physiologische Reizsubstanzen, wie Kollagen, ADP, Adrenalin u. a., und die ablaufende „release reaction“ hemmt. Der der Aggregationshemmung zugrunde liegende Mechanismus ist nicht geklärt. Offensichtlich kommt Acetylisierungsreaktionen wesentliche Bedeutung zu, denn die nicht acetylierte Salicylsäure erweist sich als wirkungslos. Die ASS ist eine Substanz, die aus Magen und Duodenum schnell resorbiert wird. Durch stark saures Magenmilieu, welches die undissoziierte, resorbierfähige Form der ASS und damit die schnelle Resorption begünstigt, steigt die ASS-Konzentration in den aufnehmenden Epithelzellen sehr stark an. Hierin ist wahrscheinlich die Ursache der gelegentlichen Magenunverträglichkeit von ASS zu sehen. Durch mikroverkapselte ASS (Colfarit®) wird die Verträglichkeit gesteigert und der maximale Blutspiegel liegt hier im Durchschnitt nach vier Stunden gegenüber zwei Stunden mit konventionellen ASS-Präparaten. 96 Prozent der aufgenommenen ASS-Menge erscheinen im Harn als Salicylsäurederivate. Bei einer Dosierung von 1 bis 2 g/die treten als Nebenwirkungen gastrointestinale Erscheinungen auf, die jedoch höchstens in ein bis zwei Prozent der Fälle zum Absetzen der ASS zwingen. Antazida bessern oder verhindern diese gastrointestinalen Erscheinungen und auch die erosive Gastritis soll günstig beeinflusst werden. Nach neueren Untersuchungen treten okkulte Blutungen bei 70 Prozent aller Patienten, die zwischen 1,5 und 3 g ASS/die erhalten hatten, auf. Es ist mit einem täglichen Blutverlust von unter 10 ml zu rechnen. Als weitere Nebenwirkungen treten allergische Phänomene auf mit einer Häufigkeitsrate, die unter 0,2 Prozent liegt. Bisher bestehen noch keine Hinweise dafür, daß ASS beim Menschen teratogen wirkt. Als Kontraindikation für eine Therapie mit ASS gelten hämorrhagische Diathesen, einschließlich isolierter Thrombozytopenie, Salicylatempfindlichkeit, chronische Gastritis und ein florides Magen- und Duodenalulkus. Klinische Erprobungen sollen zeigen, ob bei bestimmten Zuständen mit der theoretisch und experimentell belegten Kombination von ASS mit kleinen Dosen von Heparin mehr erreicht werden kann als durch ASS allein.

Professor Dr. K. Breddin, Frankfurt:

Die Acetylsalicylsäure in der Prophylaxe und Therapie thromboembolischer Erkrankungen — Grundsätze der praktischen Anwendung

Lange bevor etwas über die aggregationshemmende Wirkung der ASS bekannt war, hat ein amerikanischer Praktiker Craven 1952 die Herzinfarktverhütende Wirkung der Gabe von 2 bis 5 g ASS/die bei seinen Patienten beschrieben. Damals wurde dieser Befund nicht ernstgenommen. 1967 fanden Breddin und Mitarbeiter, daß unter der Behandlung mit ASS oberflächliche Venenthrombosen rascher abheilen. Theoretisch wäre zu erwarten, daß ASS arterielle Thrombosen besser als venöse Thrombosen verhüten kann. Entscheidend für die Wirksamkeit eines neuen Medikamentes sind sorgfältig geplante, kontrollierte klinische Studien. 1969 bis 1971 wurde an der Chirurgischen Klinik in Frankfurt/Main eine vergleichende Studie durchgeführt. Bei ca. 900 Patienten erhielten ca. die Hälfte am Tage der Aufnahme oder postoperativ und während der beiden postoperativen Wochen 1,5 g ASS/die. Die etwa gleichgroße Kontrollgruppe wurde nicht behandelt. Bei der mit ASS behandelten Gruppe traten sechs thromboembolische Zwischenfälle auf. In der Kontrollgruppe wurden 16 Thromboembolien, darunter drei tödliche Lungenembolien beobachtet. Das Ergebnis dieser Studie war Anlaß für weitere Untersuchungen. Die in den letzten Jahren bekanntgewordenen neuen Studien, die mit einer Dosis von 1,0 bis 1,5 g/die ASS vorgenommen wurden, zeigten einheitlich eine thrombosehemmende Wirkung. Eine britische Studie mit nur täglich 0,6 g Asperin brachte ein negatives Ergebnis. Hervorzuheben ist, daß wenige Vergleichsstudien mit anderen anerkannten thrombosehemmenden Maßnahmen vorliegen, wie z. B. die Antikoagulantienbehandlung mit oralen Antikoagulantien und die Behandlung mit niedrig dosiertem Heparin. Die zur Zeit laufenden Studien, die an mehreren Zentren in Europa und Amerika vorgenommen werden, sollen klären, bei welcher Indikation eine Prophylaxe mit ASS ausreicht, und wann eine Prophylaxe mit Antikoagulantien, insbesondere mit niedrig dosiertem Heparin (3 x 5000 E s. c.) vorzuziehen ist. Aus den bisher vorliegenden Untersuchun-

gen ergibt sich folgender Indikationsbereich für die Anwendung von ASS zur Thromboseprophylaxe in einer Dosierung von 1,5 g/die:

1. Bei Patienten, bei denen Kontraindikationen gegen eine Behandlung mit Antikoagulantien bestehen, etwa weil sie zu alt sind oder eine Hypertonie besteht.
2. Bei Patienten, bei denen aus äußeren Gründen eine Antikoagulantienbehandlung nicht in Frage kommt.
3. Thrombosegefährdete Frauen, die Ovulationshemmer einnehmen.
4. Patienten, die angiographiert oder einer Phlebographie unterzogen werden.
5. Patienten, bei denen eine Splenektomie vorgenommen wurde, können erfolgreich mit ASS behandelt werden.

Nach einigen ermutigenden Ergebnissen bei der Prophylaxe arterieller Thrombosen durch ASS wird zur Zeit durch zwei große zentralisierte Studien in Deutschland und USA geprüft, inwieweit ASS bei Herzinfarkt bzw. bei Verhütung von Infarktrezidiven wirkt. Die Ergebnisse sind Mitte 1976 zu erwarten. Ähnliche Studien laufen, um die Wirksamkeit von ASS bei Patienten mit peripherer Verschußkrankheit und intermittierenden zerebralen Ischämien zu klären.

Dr. W. Merx, Aachen:

Neue Aspekte der medikamentösen Behandlung von Arrhythmien

Zu Beginn steht die Forderung, vor einer Behandlung mit Antiarrhythmika noch einmal alle Ursachen, die zu einer Rhythmusstörung geführt haben können, zu überdenken und Möglichkeiten einer kausalen Behandlung zu erwägen. Danach bleibt die Behandlung weiterhin problematisch, da es ein ideales Antiarrhythmikum immer noch nicht gibt. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich daraus, daß die Erfolgsbeurteilung nur durch eine genügend lange Registrierung möglich ist, so daß über die Spontanschwankungen hinweg gemittelt werden kann.

Als Antiarrhythmika im engeren Sinne sollte man nur Substanzen

bezeichnen, die direkt auf das Membranpotential wirken. Darüber hinaus können zahlreiche Medikamente wie z. B. Digitalis, Sympathikomimetika und Vagolytika antiarrhythmisch wirken.

Die klassischen Antiarrhythmika Chinidin, Procainamid und auch das Ajmalin bewirken Veränderungen der Membran und damit der elektrophysiologischen Eigenschaft. Durch Veränderungen des Elektrolytflusses können sowohl die Depolarisation als auch die Repolarisation und damit die Erregungsleitungsgeschwindigkeit verzögert werden. Chinidin wurde lange vorwiegend bei supraventrikulären Tachyarrhythmien eingesetzt, neuerdings auch wieder bei ventrikulären Rhythmusstörungen. Die Entgiftung erfolgt überwiegend in der Leber. Auch bei therapeutischen Wirkspiegeln kommen gelegentlich toxische Reaktionen vor, was durch Anwendung von Depotpräparaten, wie z. B. Chinidin-Duriles®, vermindert wird. Procainamid wirkt ähnlich wie Chinidin, wird aber überwiegend durch die Nieren ausgeschieden. Die Halbwertszeit ist recht kurz, weshalb es peroral alle vier bis sechs Stunden gegeben werden muß. Das Ajmalin steht in seiner Wirkung dem Chinidin und Procainamid recht nahe und wird als Bitartrat wesentlich sicherer resorbiert als das reine Ajmalin.

Lidocain und Diphenylhydantoin besitzen, nach neueren Untersuchungen, bei höheren Dosierungen und bei normalem oder erhöhtem Serum-Kaliumspiegel alle Eigenschaften von Chinidin. Möglicherweise können sie aber in niedrigen Dosen auch bei normalem Kaliumspiegel eine pathologisch verzögerte Reizleitung und Refraktärzeit im Ventrikel teilweise normalisieren, weshalb sie daher in der Gruppe der chinidinartigen Antiarrhythmika eine gewisse Sonderstellung einnehmen. Ganz allgemein gilt für die chinidinartigen Antiarrhythmika, daß ihre Wirkung durch eine Hypokaliämie zum Teil aufgehoben, durch eine Hyperkaliämie dagegen verstärkt wird. Lidocain ist bei der Behandlung ventrikulärer Rhythmusstörungen in der Notfallsituation wegen seiner relativ geringen Kreislaufdepressorischen Wirkung das Mittel der Wahl. Wegen der kurzen Halbwertszeit von 20 bis 30 Minuten bleibt es auf die Klinik im wesent-

lichen beschränkt, da nach einer initialen Dosierung von 50 bis 100 mg eine Infusion von 4 mg/min folgen muß. Das Diphenylhydantoin kommt aus der Gruppe der Antikonvulsiva. Die Meinungen über die Wirksamkeit bei ventrikulären Rhythmusstörungen sind geteilt, anerkannt ist dagegen der positive Effekt bei einer Digitalisintoxikation.

Bezüglich der Nebenwirkungen gilt, daß alle genannten Antiarrhythmika ebenso ventrikuläre Tachykardien auslösen wie beseitigen können. Eine Hemmung der Erregungsleitung und eine negativ inotrope Wirkung sind weitere, allen Substanzen gemeinsame Grundeigenschaften, die allerdings in unterschiedlichem Ausmaß mehr oder weniger stark ausgeprägt sind.

Versagen chinidinartige Antiarrhythmika, so bleiben als therapeutische alternative Substanzen, die anders wirken, wie z. B. Verapamil und Bretylium-Tosylat. Verapamil hemmt die AV-Überleitung stark und bewährte sich deshalb vor allem bei supraventrikulären Tachyarrhythmien. Bretylium-Tosylat bewirkt eine isolierte Verbreiterung des Aktionspotentials und führt damit zu einer Verlängerung der Refraktärzeit. Es erwies sich bei sonst therapierefraktären ventrikulären Tachyarrhythmien als wirksam. Eine breitere klinische Anwendung verhindert eine starke blutdrucksenkende Wirkung.

(Fortsetzung folgt)

Referent:

Dr. med. E. Weber, Nürnberg

Die Grenzen der Pressefreiheit

„Vorsicht Medizin“ – Ein ungewöhnliches Buch

Unter dem provozierenden Titel „Vorsicht Medizin“ legt das „Kollegium der Medizinjournalisten“ eine bemerkenswerte, aus dem Rahmen fallende erste Anthologie vor, die jedermann lesen sollte, der von der Problematik Arzt, Medizin und Öffentlichkeit tangiert ist (Verlag Desch, München, 250 Seiten, DM 24,-).

Über 40 Journalisten kommen hier zu Wort – u. a. Wolfgang Cyran, Friedrich Deich, Hoimar von Ditfurth, Rainer Flöhl, Hedda Heuser, Ernst von Khuon, Erwin Lausch, Theo Löbsack, Hans Mohl, Albert Müller, Thomas von Randow, Georg Schreiber, Christoph Wolff.

Der Sammelband propagiert mit großem Ernst eine seriöse Berichterstattung über medizinische, gesundheitspolitische und ärztliche Fragen in Presse, Rundfunk und Fernsehen. Man erhält einen vorzüglichen Einblick in das Bemühen, in die Probleme und Arbeitsweisen von Fachjournalisten, die sich einen Namen gemacht haben. Kostproben beispielhafter Berichte und Reportagen, Kommentare und Skizzen, Aufklärungsartikel und Ratschläge runden das Buch ab. Im Vorwort heißt es u. a.: „Täglich berichten Journalisten über Medizin Neues und Altes, Wahres und Halbwahres, manchmal auch Falsches. Dieses Buch empfiehlt „Vorsicht“. Es will

Zweifel setzen in den Aberglauben an die Wirklichkeit. Es will nachdenklich machen über Erfahrungen und Erkenntnisse, Versäumnisse und Frag-Würdiges aus Wissenschaft und Forschung, Gesundheitspolitik und Medizinbetrieb. Es will hinweisen auf die Gefährlichkeit und Rücksichtslosigkeit nur halbwarher und falscher, nur phantasievoller und oberflächlicher Medizinberichte, die Gesunde und Kranke verunsichern.

Herausgeber des Sammelbandes ist der langjährige Geschäftsführende Sekretär des Kollegiums der Medizinjournalisten, Dr. Georg Schreiber. Er hielt bei der öffentlichen Vorstellung des Buches eine vielbeachtete Rede über das Verhältnis von Ärzten und Journalisten. Darin setzte er sich mit dem eigenen Berufsstand bemerkenswert kritisch auseinander und sagte u. a.: „Es ist an der Zeit, daß wir Journalisten nachdrücklich die Frage zu stellen und zu beantworten haben, bis an welche Grenzen die Verteidigung der Pressefreiheit noch sinnvoll erscheint. Ob also Regenbogengazetten, Schwätzer, Manipulatoren und journalistische Falschmünzer ihr Gift nicht längst außerhalb dieser Grenzen absondern.

Was ich also vermisse, sind mehr Selbstkritik und Konsequenz, das

heißt: die vielberufene Kontrollfunktion der Presse ebenso unerbittlich angewandt auch auf eine Minderheit im eigenen Lager.

Was ich mir andererseits wünsche, ist ganz allgemein ein leiserer, ich möchte sagen: mehr Samtpfotenjournalismus. Und damit meine ich einen Journalismus, der mehr Höflichkeit, Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft und weniger Angst im Angebot hat. Das bedeutet absolut nicht, kritiklos zu werden.

Drei wesentliche Fragen drängen sich mir immer wieder auf.

Erstens: Müssen denn bei einem auflagenstarken Teil der Presse jeder politische und sonstige Mißerfolg und jede vermeintliche Schwäche journalistisch begleitet sein? Und zwar eiskalt, schulmeisterlich und immer mit Besserwisserei penetrant gewürzt? Sind denn Verdienste, Leistung und Können keine Kriterien?

Zweitens: Müssen denn in fast allen journalistisch abgekochten Suppen Haare gefunden werden, krampfhaft auch dann, wenn gar keine drin waren?

Drittens: Müssen denn Journalisten vom Typus des ‚Hoppla-jetzt-kommich-Reporters‘ – Emsigkeit schafft leider meistens mehr als Klugheit – in ihrem Blößenwahn alles selbst im privatesten Bereich von Ehe und Krankheit aufdecken und aufspießen?

Es gibt kaum einen ‚geborenen Journalisten‘. Was ich ungemein vermisse, sind Initiativen zur regelmäßigen Fortbildung. Selbst der ‚Spiegel‘ – und dieses Beispiel möge genügen – als Blatt von einigem journalistischem Rang enthüllt nicht nur delikate Vorkommnisse, sondern auch Sachfehler, die sich potenzieren mit der jeweiligen Fach- und Detailkenntnis des Lesers.

Eine regelmäßige Fortbildung sollte bei Medizinjournalisten die Regel und eine Voraussetzung dafür sein, daß man uns ernst nimmt. Fortbildung ist doppelt notwendig für Allround-Journalisten vor allem an kleineren Blättern, die nur sporadisch mit medizinischen und gesundheitspolitischen Themen befaßt sind. Wer nur sonntags Auto fährt, braucht deshalb doch seinen Führerschein.

URICOVAC®



**Jetzt noch
wirtschaftlicher
durch
3-Monats-
packung
mit 90
Tabletten
zu je
100 mg**

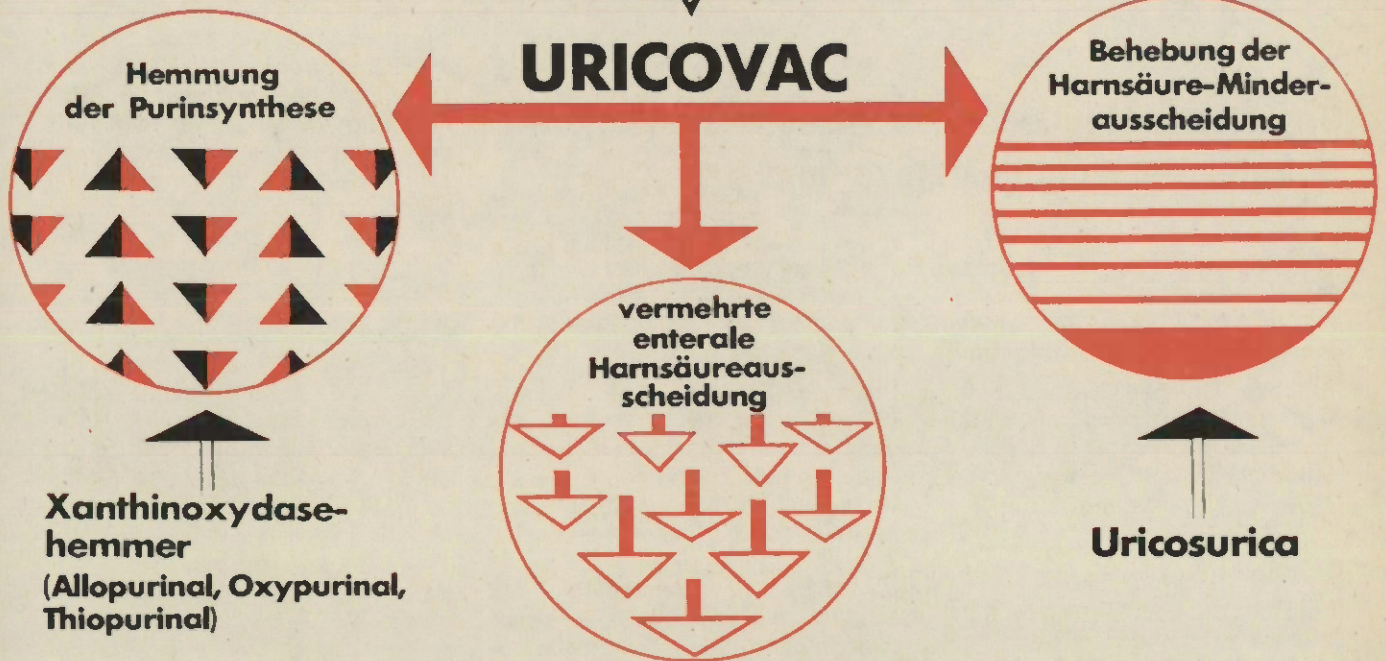


**LABAZ GmbH, Pharmazeutische
Präparate Düsseldorf**

die „Nur-einmal-tägliche-Tablette“

URICOVAC®

Benzbromaronum



Neueste Forschungsergebnisse über Uricovac beweisen:

1. Behebung der Harnsäure-Minderungsausscheidung durch Steigerung der Harnsäureclearance.
2. Hemmung der Purinsynthese durch Hemmung der PRPP-Synthetase und Aktivierung der Purin-Phosphoribosyltransferasen.
3. Steigerung der enteralen Harnsäureausscheidung.

„Dieser 3-fache Angriffspunkt von Benzbromaron erklärt die massive und rasche Senkung des Serumharnsäurespiegels und Entleerung des austauschbaren Harnsäurepools, die mit anderen in der Gichttherapie verwendeten Medikamenten nicht erreicht werden“.

[M.M. Müller et al., Therapiewoche 25 (1975) 514]

Zusammensetzung: 1 Tablette Uricovac enthält 100 mg Benzbromaron.

Anwendungsgebiete: Hyperurikämie jeder Genese.

Dosierung: Falls vom Arzt nicht anders verordnet, 1 Tablette tgl. (am besten nach einer Mahlzeit).

Unverträglichkeiten und Risiken: Das Präparat soll nicht angewendet werden bei mittelschwerer bis schwerer Niereninsuffizienz (Patienten, deren glomeruläre Filtrationsrate weniger als 20 ml/min. beträgt).

Obwohl Uricovac in ausgedehnten Tierversuchen keinerlei teratogene Wirkung gezeigt hat, sollte das Präparat aus Vorsichtsgründen bei bestehender Schwangerschaft nicht verabreicht werden.

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

der Serumharnsäurewerte. Darreichungsformen und Packungsgrößen: 30 Tabletten zu je 100 mg = 1 Monatspackung DM 29,- einschließlich MwSt., 90 Tabletten DM 78,- einschließlich MwSt., AP mit 300 Tabletten.



LABAZ GmbH
Pharmazeutische Präparate
4 Düsseldorf

Der trivalente Harnsäuresenker

Fortbildung heißt grundsätzlich doch auch Fortentwicklung der eigenen Persönlichkeit. Sicherlich ist auch für einen Journalisten indiziert, daß er gelegentlich Einkehr hält bei sich selbst und nachdenklich wird über sich und seinen Beruf.

Jeder Beruf und Stand hat seine Probleme – Journalisten und Ärzte zumal. Ich meine: wir sollten und müßten in Zukunft mehr Gemeinsamkeit finden schon deshalb, weil unsere Probleme gar nicht soweit auseinanderliegen. Es sind die Sorgen um die Freiheit unseres jeweiligen Standes.“

Bayerische Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer

Pneumologie, Lungentuberkulose, Bronchialkarzinom, Arbeitsmedizin, Instrumentelle Diagnostik von Lungenerkrankungen, Lungenchirurgie

Professor Dr. med. Herbert Blaha, Ärztlicher Direktor des Zentralkrankenhauses Gauting der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, 8035 Gauting, Unterbrunner Straße 85

Gastroenterologie

Professor Dr. med. Ludwig Demling, Direktor der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12

Diagnostik und Therapie der Sterilität, Empfängnisregelung, Schwangerenvorsorge, Krebsvorsorge bei der Frau

Professor Dr. med. Gerhard Döring, Chefarzt der Gynäkologischen-Geburtshilflichen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching, 8000 München 90, Sanatoriumsplatz 2

Kinderchirurgie, operative pädiatrische Gastroenterologie, operative Neonatologie, Maldescensus testis

Professor Dr. med. Waldemar Hekker, Direktor der Kinderchirurgischen Klinik der Universitätskinderklinik München im Dr. von Hauner'schen Kinderspital, 8000 München 2, Lindwurmstraße 4

„Vorsicht Medizin“ sollte eigentlich in keiner ärztlichen Hausbibliothek fehlen. Das Buch kann darüber hinaus als gute Wartezimmer-Lektüre dienen, also auch jedem Patienten und potentiellen Patienten dringend empfohlen werden. Es ist lesenswert nicht nur seiner Substanz und der so notwendigen Aufklärung wegen, sondern von Fachleuten auch brillant geschrieben und redigiert. Am Rande sei noch angemerkt, daß der Erlös der Anthologie ausnahmslos dem Kollegium der Medizinjournalisten, d. h. der seriösen medizinjournalistischen Arbeit zugute kommt.

Kinderheilkunde, Entwicklungsphysiologie, Entwicklungspathologie, Jugendmedizin, Schulhygiene, Soziale Pädiatrie

Professor Dr. med. Theodor Hellbrügge, Leiter des Kinderzentrums und der Forschungsstelle für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin an der Universität München, 8000 München 2, Güllstraße 3

Psychiatrie, Psychopathologie und analytische Psychotherapie, Psychodynamik und Psychotherapie endogener Psychoosen

Professor Dr. med. et. Dr. phil. Paul Matussek, Leiter der Forschungsstelle für Psychopathologie und Psychotherapie in der Max-Planck-Gesellschaft, 8000 München 40, Montsalvatstraße 19

Traumatologie und Tumorbehandlung sowie Plastische Operationen im Kopf-Hals-Bereich, gehörverbessernde Operationen, Pathophysiologie der oberen Luftwege

Professor Dr. med. Hans-Heinz Naumann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität München, 8000 München 2, Pettenkofenstr. 8 a

Pädiatrie, Pädiatrische Radiologie, Präventive Pädiatrie, Entwicklungstragen

Professor Dr. med. Franz Schmid, Chefarzt der Städtischen Kinder-

klinik, 8750 Aschaffenburg, Am Hasenkopf 1

Prüfung der Zuverlässigkeit von Analysemethoden, insbesondere laborinterne und externe Qualitätskontrolle, Beurteilung von klinisch-chemischen Analyseergebnissen einschließlich Normalwertproblem und Störfaktoren, Cirdadiane Rhythmik bei klinisch-chemischen Parametern

Professor Dr. med. et Dr. rer. nat. Dankwart Stamm, Leiter der Abteilung für Klinische Chemie des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, 8000 München 40, Kraepelinstraße 10

Pädiatrie und Laboratoriumsmedizin, angewandte Immunologie (Impfwissenschaften), Physiologie und Pathologie der Impfungen: Entwicklung attenuierter Pockenimpfstoffe, von Interferon-Induktoren, Erforschung der Pathogenese der sekundären Enzephalitiden, MS und post-vakzinale Enzephalitis im Rahmen des Schwerpunktprogrammes der DFG

Professor Dr. med. Helmut Stickl, Leiter der Bayerischen Landesimpfanstalt, Leiter der Forschungsstelle für Impfwissenschaften und Untersuchungsstelle für Tropenmedizin der Technischen Universität München, 8000 München 90, Am Neudeck 1

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Laryngologie, Tuberkulose des Ohres und der oberen Luftwege, Kehlkopfkrebs, insbesondere operative Therapie, Mykosen der oberen Luftwege, Fronto-basale Schädelbrüche

Professor Dr. med. Gerhard Theising, em. Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Am Meilwald 27

Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Chemische und physikalische Belastungen am Arbeitsplatz, Funktionsprüfungen von Herz, Kreislauf und Lungen, Registrierung biologischer Meßgrößen zur Aufdeckung beruflicher Schäden, Sozialversicherungsmedizin und ihre Begutachtung

Professor Dr. med. Helmut Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und Poliklinik für Berufskrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Schillerstraße 25/29

Vertreterversammlung der KVB

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns tagte am 19. April 1975 im Ärztehaus Bayern, München.

Der Vorstandsvorsitzende, Professor Dr. *Sewering*, sprach über die gesundheits- und sozialpolitische Lage, sein Stellvertreter, Dr. *Kolb*, über die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung in Bayern.

Die Umsatzgarantie nach dem „Erweiterten Bayern-Programm“ für nach Gruppe I geförderte Niederlassungen wurde für 1975 auf DM 30 000,- im Quartal angehoben.

Professor Dr. *Sewering* dankte den aus Gesundheitsgründen aus dem Vorstand ausgeschiedenen Herren Dr. *Kraefft*, Würzburg, Dr. *Schleußner*, Wunsiedel, und Dr. *Mühlisen*, Amberg, herzlich für ihre langjährige und erfolgreiche Tätigkeit für die bayerischen Kassenärzte.

Die Vertreterversammlung wählte in den Vorstand die regional bereits als Nachfolger berufenen Bezirksstellenvorsitzenden: Dr. *Fluch*, Würzburg, Dr. *Rösch*, Heinersreuth. Als Vertreter der außerordentlichen Mitglieder wurde der bisherige Stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Medizinaldirektor Dr. *Scheicher*, Peißenberg, in den Vorstand gewählt. An seine Stelle wählte die Vertreterversammlung Professor Dr. *Wolf*, Erlangen.

Die Vertreterversammlung entlastete ferner den Vorstand für den Rechnungsabschluß 1973.

Nach eingehender Darstellung des Haushaltes 1975 durch den Vorsitzenden des Finanzausschusses, Dr. *Odo Seidl*, Waldsassen, und Erörterung von Sachfragen, nahm die Vertreterversammlung den Haushaltsvoranschlag unverändert an.

Die Vertreterversammlung beschloß eine Neufassung der Richtlinien für das Unterstützungswerk der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Personalien

J. F. Volrad Deneke zum Professor ernannt

Die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen hat dem Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, J. F. Volrad Deneke, den Titel Professor verliehen. Die Verleihung erfolgte auf Antrag von sieben Professoren verschiedener Fakultäten aller Universitäten des Landes im Hinblick auf die hervorragenden wissenschaftlichen Leistungen Denekes in den Gebieten Medizinsoziologie, Soziologie der freien Berufe und medizinischen Publizistik.

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. Wolfgang Pohl, Edler von Elbwehr

Dr. Wolfgang Pohl, Edler von Elbwehr, Oberfeldarzt im Bundesgrenzschutz, wurde vom Präsidenten der Bundesärztekammer anlässlich der Eröffnungsfeier zum XX. Internationalen Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer in Badgastein mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette

ausgezeichnet. Diese Ehrung wird vom Vorstand der Bundesärztekammer für besondere Verdienste um die ärztliche Fortbildung verliehen.

Wolfgang Pohl leitet seit vielen Jahren die sportärztlichen Seminare, die in Verbindung mit den Internationalen Fortbildungskongressen der Bundesärztekammer in Davos, Badgastein und Grado abgehalten werden. Wolfgang Pohl hat dabei die gesamte Breite des Wissens, welches für eine vernünftige Gesundheitsbetreuung des sporttreibenden Menschen notwendig ist, berücksichtigt. Sein besonderes Augenmerk widmete er einer gesunden Ernährung und dem Rettungswesen. Großes Interesse fanden stets die von ihm eingeführten praktischen Ernährungskurse.

- Zi -

Dr. med. Kurt Grasser, Greding, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Dr. Hedda Heuser, Vorstandsmitglied des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V., Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, wurde als Vertreterin der Ärzteschaft in den Stiftungsrat der Elly-Heuss-Knapp-Stiftung, Deutsches Müttergenesungswerk berufen. Sie ist Nachfolgerin der verstorbenen Dr. Elinor Hubert. Dr. Heuser hat von 1972 bis 1974 dem Kuratorium der Stiftung angehört, und zwar für die Evangelische Kirche.

Mit der Dienstmedaille des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes wurden ausgezeichnet: Dr. Walter Drosdek, Bamberg, Dr. Werner Scharff, Zirndorf, Dr. Erwin Stetter, Amberg.



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. Corv. 0,8g,

-Castor. 0,8g, Camph. 10g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,15g. • DR 30g DM 4,90

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Anerkennung der Diplome im EG-Bereich

Unterrichtung über Richtlinienvorschläge der EG-Kommission

von Hildegard Mandt

Über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise für die freie Niederlassung in der Gemeinschaft liegen bisher Richtlinienvorschläge der EG-Kommission bzw. Vorschläge für Übergangsmaßnahmen für folgende Berufe vor: Ärzte/Zahnärzte, Apotheker, Krankenpfleger/Krankenschwestern, Hebammen, Tierärzte, Architekten, Wirtschaftsprüfer und Steuerberater. Das geht aus einem Bericht der Bundesregierung über die europäische Hochschulpolitik hervor, der dem Bundestag zugeleitet wurde.

Da sich die Beratung in den zuständigen Gremien des Ministerrates als langwierig und schwierig erwiesen habe, ließe sich — außer für die Richtlinie für Ärzte — noch kein Termin für die Verabschiedung absehen. Über die Ärzte-Richtlinie sei inzwischen in allen materiellen Fragen volle Einigung erzielt worden, so daß mit ihrer Verabschiedung in Kürze gerechnet werden kann.

Hingewiesen wird allerdings darauf, daß nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes die Mitgliedstaaten Angehörigen anderer EG-Staaten schon jetzt wie den eigenen Staatsangehörigen den Zugang zu freien Berufen gewähren müßten. Eine gegenseitige Anerkennung der Diplome bliebe dennoch weiterhin erforderlich.

Die Regierung gibt eine detaillierte Übersicht über ihre und die Initiativen der EG-Kommission, Schwierigkeiten aus den unterschiedlichen nationalen Bildungssystemen, den unterschiedlich geregelten Zugangsvoraussetzungen, Ausbildungsgängen und Abschlußzeugnissen zu beiseitigen. Die Bundesregierung habe dabei stets eine großzügige, elastische Regelung zur Koordinierung der Bildungspolitik befürwortet, die

die aus Tradition und nationaler Eigenheit entstandene Vielfalt unterschiedlicher Systeme ebenso berücksichtige wie die in den Mitgliedstaaten begonnenen Hochschulreformen. Diese Auffassung habe sich der Ministerrat in seiner Entscheidung vom 6. Juni 1974 in Luxemburg weitgehend zu eigen gemacht. Demnach soll die gegenseitige Anerkennung der Diplome auf zwei Wegen erreicht werden:

— durch eine *Liste*, die diejenigen *Berufsbildungsabschlüsse* enthält, die von staatlichen oder staatlichen anerkannten Ausbildungseinrichtungen verliehen werden;

— durch *Einrichtung beratender Ausschüsse*, die zu einer gleichgerichteten Entwicklung der Ausbildung in der Gemeinschaft beitragen sollen.

Hingewiesen wird auf die Äquivalenzvereinbarungen der nationalen Rektorenkonferenzen zur gegenseitigen Anerkennung akademischer Zeugnisse, die nach ihrer Verabschiedung den jeweiligen zuständigen staatlichen Stellen — in der Bundesrepublik der Kultusminister-

konferenz — zur Billigung vorgelegt werden. Die Arbeiten des Europarates zur gegenseitigen Anerkennung von akademischen Graden, Studienzeiten und Zeugnissen hätten bisher zu drei Übereinkommen geführt.

Zwischen der Bundesrepublik und den USA bestehen nach der Antwort der Bundesregierung keine Äquivalenzvereinbarungen. Aufgrund der Dezentralisierung des amerikanischen Erziehungswesens liege die Entscheidung über Erziehungs- und Ausbildungsfragen im Ermessen der einzelnen Staaten oder Bildungsinstitutionen. Die Einstufung amerikanischer akademischer Abschlüsse auf deutscher Seite geschehe auf Einzelantrag durch das Kultusministerium des zuständigen Landes. Im Rahmen bilateraler Bemühungen werden zur Zeit Sachverständigengespräche mit Österreich und Jugoslawien geführt. Außerhalb Europas bestünden Schwierigkeiten, vor allem in Entwicklungsländern, die teilweise die in der Bundesrepublik abgelegten Examen nicht anerkennen.

Zur Gründung des Europäischen Hochschulinstituts in Florenz teilt die Regierung mit, daß das Übereinkommen nach Ratifizierung durch die sechs ersten EG-Mitgliedstaaten am 1. Februar 1975 in Kraft getreten sei; man erwarte nunmehr den Beitritt Dänemarks, Irlands und Großbritanniens. Nach Abschluß der vorbereiteten Arbeiten sei vorgesehen, daß das Institut am 1. Oktober 1975 seine Tätigkeit aufnehme.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. rer. pol. Hildegard Mandt,
5300 Bonn, Wolkenburgstraße 1

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

14. Juni 1975 — 20. September 1975 — 29. November 1975

In München 80, Mühlbauerstraße 16, Ärztehaus Bayern, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.15 Uhr — Ende: jeweils gegen 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landasgeschäftsstelle, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, zu richten bis 6. Juni, 12. September und 21. November 1975.

Die Teilnahmegebühr beträgt DM 15,— und ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

Es besteht die Möglichkeit, jeweils gegen eine Gebühr im Casino des Ärztehauses ein Menü einzunehmen.

DURCH FÄLLE

ein Fall für Mexaform plus

A

Zusammensetzung

1 Dregée enthält: 200 mg 5,7-Dichlor-8-hydroxychinolin (Helquinol) + 20 mg 4,7-Phanthrolin-5,6-chinon (Phanquone); 1 Mikrotabellete enthält: 20 mg Helquinol + 2 mg Phanquone; 1 ml Tropfen (ca. 20 Tropfen) enthält: 80 mg Helquinol + 8 mg Phanquone.

Indikationen

Enteritis, Enterokolitis bzw. Kolitis infolge bakterieller und parasitärer Dermifektionen, unspezifische Durchfälle. Bei Durchfällen infolge Antibiotika-Behandlung; bei operationsbedingtem Meteorismus.

Kontraindikationen

Hepatische oder renale Insuffizienz.

Nebenwirkungen

Unspezifische Nebenerscheinungen wie Übelkeit, Kopfschmerzen und Schwindelgefühl werden selten beobachtet. Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut kommen sporadisch vor. Des Vorkommen von peripherer Neuropathie, Myelopathie sowie von Optikusschädigung ist bei Hydroxychinolin verschiedenen Art beschrieben worden, meist erst nach längerer, kontinuierlicher Verabreichung hoher Dosen. Schon die ersten Anzeichen derartiger

Störungen erfordern ein sofortiges Absetzen des Präparates.

Dosierung und Anwendungsdauer

Erwachsene: Durchschnittlich 3mal täglich 1 Dregée.
Schulkinder über 12 Jahre: 1-3mal täglich 1 Dregée.
Schulkinder vom 6.-12. Lebensjahr: 1-2mal täglich 1 Dregée oder 10-20 Mikrotabelleten.
Kleinkinder vom 2.-6. Lebensjahr: 8-12 Mikrotabelleten täglich oder 40-60 Tropfen.
Säuglinge bis 12 Monate: 3-5 Mikrotabelleten oder 15-25 Tropfen täglich.
Akute Dermstörungen erfordern praktisch nie mehr als eine einwöchige Behandlungsdauer. Ist in seltenen Fällen eine Überschreitung der einwöchigen Behandlungsdauer (bis maximal vier Wochen) erforderlich, sollte diese stets unter ärztlicher Überwachung erfolgen.

Besondere Hinweise

Bei Patienten mit gestörter Leber- oder Nierenfunktion ist besondere Vorsicht angezeigt. Sollte MEXAFORM PLUS mit anderen hydroxychinolinhaltigen Medikamenten gemeinsam verabreicht werden, so ist darauf zu achten, daß bei Erwachsenen Hydroxychinolin-Tagesdosen von 750 mg, bei Kindern entsprechend weniger, nicht über-

schrritten werden. Desgleichen darf nach der eis maximal angegebenen Behandlungsdauer kein anderes hydroxychinolinhaltige Medikament zur avtl. Weiterbehandlung verwendet werden.

Während der Schwangerschaft, besonders in den ersten 3 Monaten, soll MEXAFORM PLUS wie alle Arzneimittel nur bei strenger Indikationsstellung angewendet werden. MEXAFORM PLUS ist nur zur Anwendung beim Menschen bestimmt. Bei durchfall-erkrankten Hunden und Katzen kann es wegen artspezifischer Überempfindlichkeit zu Nebenwirkungen kommen.

Handelsformen und Preise

10 Dregées	DM 4,-
20 Dregées	DM 7,10
50 Dregées	DM 16,40
Anstaltspeckungen	
50 Mikrotabelleten	DM 2,75
30 ml Tropfen	DM 6,85

C I B A

M2

Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung

vom 26. März 1975

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Die Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. Februar 1970 (Bundesgesetzblatt I S. 237), geändert durch das Einführungsgesetz zum Strafgesetzbuch vom 2. März 1974 (Bundesgesetzblatt I S. 469), wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Abs. 1 Satz 2 werden die Worte „eine in der sowjetischen Besatzungszone Deutschlands oder im Sowjetsektor von Berlin“ ersetzt durch die Worte „eine in den Ausbildungsstätten der Deutschen Demokratischen Republik“.

2. Hinter § 14 wird folgender § 14 a eingefügt:

„§ 14 a

(1) Antragsteller, die das Studium der Medizin im Jahre 1970 oder im Sommersemester 1971 aufgenommen haben, weisen anstelle eines mindestens sechsjährigen Hochschulstudiums der Medizin (§ 3 Abs. 1 Nr. 4) ein Hochschulstudium der Medizin von mindestens elf Semestern und die Ableistung einer nach der ärztlichen Prüfung durchzuführenden einjährigen Medizinalassistentenzeit nach.

(2) Die erforderlichen Ausnahmeregelungen für die in Absatz 1 genannten Personen sind im übrigen in der Rechtsverordnung nach § 4 zu treffen.

(3) In der Rechtsverordnung nach § 4 kann auch vorgesehen werden, daß Antragsteller, die vor dem Jahre 1970, im Jahre 1970 oder im Sommersemester 1971 das Studium der Medizin aufgenommen haben, eine ärztliche Ausbildung nach § 3 Abs. 1 Nr. 4 nachzuweisen haben, wenn sie die ärztliche Ausbildung oder einzelne Abschnitte dieser Ausbildung nicht bis zu einem bestimmten Zeitpunkt abschließen.“

Artikel 2

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzblatt I S. 1) auch im Land Berlin. Rechtsverordnungen, die aufgrund dieses Gesetzes erlassen werden, gelten im Land Berlin nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes.

Artikel 3

Dieses Gesetz tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit verkündet.

(aus „Bundesgesundheitsblatt“, Teil I, Nr. 36 vom 5. April 1975)

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz (Röntgen-Diagnostik, Röntgen-Therapie und Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen) für Röntgen-Assistentinnen, die als Verantwortliche im Strahlenschutz eingesetzt sind.

Die Bayerische Landesärztekammer führt im Benehmen mit dem Bayerischen Landesamt für Umweltschutz für den oben genannten Personenkreis den geforderten *48stündigen Spezialkurs* gemäß Röntgenverordnung (RöV) vom 1. März 1973 durch. Der sechstägige Kurs (33 Stunden Theorie und 15 Stunden Praktikum) beginnt am Dienstag, 2. Dezember 1975, 9 Uhr, endet am Sonntag, 7. Dezember 1975, um 13 Uhr. Er findet in Erlangen am Institut für physikalische und medizinische Strahlenkunde der Universität Erlangen, Krankenhausstraße 12, Leitung Professor Dr. Pauly, statt. Die Teilnahmegebühr beträgt DM 200,-. Anmeldungen ausschließlich bei der Bayerischen Landesärztekammer.

Teilnahmeberechtigt sind alle MTA (Radiologie) mit staatlicher Anerkennung, die am Stichtag 1. September 1973 als solche tätig waren und bis spätestens 1. November 1975 dem Bayerischen Landesamt für Umweltschutz, 8000 München 81, Rosenkavallerplatz 2, als Verantwortliche im Strahlenschutz im innerbetrieblichen Entscheidungsbereich gemeldet werden.

Hyperforat®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen

Zusammensetzung:

Tropfen: Extr. fl. Herb. Hyperici (Johanniskraut), stand. auf 2 mg HYPERICIN pro ml
Dragées: 1 Dragée à 0,5 g enthält: Extr. Hyperic. sicc. (0,5 mg Hypericin) 40 mg, Vit. B₁ 0,062 mg, Lactofl. phosph. Ne 0,072 mg, Niacinamid 0,51 mg, Ca. pantoth. 0,33 mg, Vit. B₆ 0,026 mg.
Ampullen: 1 ml: Extr. Hyperic. (1/2 mg Hypericin/ml) in physiologischer Kochsalzlösung.

Dosierung:

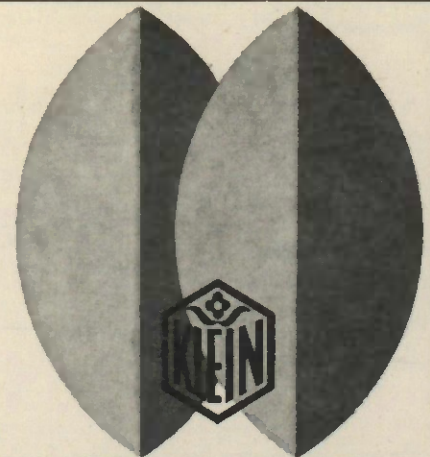
Tropfen: 3 mal täglich 20-30 Tropfen; Dragées: 2-3 mal täglich 1-2 Dragées; Ampullen: 1-2 ml i.v. oder i.m.

Kontraindikation: Photosensibilisierung

Handelsformen und Preise (Incl. MwSt.):

Tropfen: 30 ml DM 8,95, 50 ml DM 10,85, 100 ml DM 18,85 · Dragées: 30 Stück DM 5,85, 100 Stück DM 14,95 · Ampullen à 1 ml: 5 Stück DM 8,85, 10 Stück DM 15,95

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



Um den Platzbedarf zu ermitteln, werden die Kolleginnen und Kollegen gebeten, die Anmeldung von Mitarbeiterinnen umgehend bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 4147-294 (Frl. Wanger) telefonisch oder schriftlich vorzunehmen und gleichzeitig das Landesamt hiervon schriftlich zu verständigen.

Hierzu einige Erläuterungen:

Nach der RÖV darf eine Röntgenuntersuchung nur durch einen Arzt angeordnet werden. Er trägt in jedem Falle die Gesamtverantwortung, und auch beim Strahlenschutz handelt es sich lediglich um delegierte Aufgaben. Die Tätigkeit einer MTA (Radiologie), die als Verantwortliche im Strahlenschutz eingesetzt wird, beschränkt sich deshalb auf nachfolgende Funktionen: Beaufsichtigung des Betriebes der Röntgeneinrichtung, unverzügliche Anzeige von Unfällen und sonstigen

Schadensfällen, die zu Strahlenschäden führen können, sowie Kontrolle darüber, daß im Entscheidungsbereich die Schutzvorschriften der Röntgenverordnung eingehalten werden (z. B. Betreten des Kontrollbereiches, Tragen von Schutzkleidung, Tätigkeitsverbote). Weiterhin können übertragen werden: Organisation der Messung der Personendosis einschließlich Aufzeichnung der Werte und Aufbewahrung der Unterlagen, Einhaltung der zugelassenen Dosiswerte, Durchführung von entsprechenden Sofortmaßnahmen bei Dosisüberschreitungen und Aufzeichnung der Daten, die zur Abschätzung der Strahlenexposition der Patienten erforderlich sind.

Der innerbetriebliche Entscheidungsbereich muß in jedem Falle vom Arzt schriftlich genau festgelegt werden. Dem Landesamt ist hiervon Mitteilung zu machen und der Strahlenschutzverantwortlichen MTA ist die Anzeige der Meldung auszuhändigen.

Vollzug des Berufsbildungsgesetzes: Änderung der Prüfungsordnung für Arzthelferinnen

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat mit Entschließung Nr. I E 9 - 537 + /45 - 6/75 vom 21. April 1975 die nachstehenden vom Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer beschlossenen Änderungen und Ergänzungen der Prüfungsordnung für die Abschlußprüfung der Auszubildenden im Aus-

bildungsberuf der Arzthelferin vom 14. Mai 1973 genehmigt:

„Die Begriffe ‚Lehrlinge‘ und ‚Lehrherr‘ werden in der Prüfungsordnung durch die Bezeichnung ‚Auszubildende‘ und ‚auszubildender Arzt‘ entsprechend dem BBiG ersetzt.

In § 5 Abs. 2 Satz 1 wird ,§ 25 Abs. 5‘ geändert in ,§ 25 Abs. 4‘.

In § 10 Abs. 4 a) wird der Absatz beginnend mit den Worten ‚Das Zwischenzeugnis ...‘ wie folgt geändert:

‚Das Abschlußzeugnis der 1. Fachklasse der Berufsschule in beglaubigter Abschrift‘.

In § 20 Abs. 6 Satz 1 werden die Worte ‚auf Teilgebieten‘ ersetzt durch ‚in Prüfungsfächern‘.

§ 22 Abs. 1 Nr. 1 erhält folgende Fassung:

‚1. Aufsatz

Es werden drei Themen zur Wahl gestellt, von denen mindestens zwei zum Lehrstoff des Berufsbildungsplanes gehören müssen. Die Höchstdauer beträgt 120 Minuten‘.

§ 22 Abs. 1 Nr. 2 erhält folgende Ergänzung:

Nach den Worten ‚fachkundliche Fragen‘ werden die Worte eingesetzt:

‚Fragen aus dem gesamten Gebiet der Fachkunde‘.

§ 22 Abs. 1 Nr. 2 a) wird mit folgenden Worten ergänzt:

‚Die Höchstdauer beträgt 60 Minuten‘.

§ 22 Abs. 2: Im ersten Halbsatz wird ‚Teil A‘ ersetzt durch ‚Prüfungsgebiet A‘ und am Ende ein Punkt gesetzt.

Danach folgt ein neuer Satz: ‚Unbeschadet des Satzes 1 ist die Prüfung im Prüfungsgebiet A nicht bestanden, wenn im Teilgebiet Labor nicht mindestens die Note 4 erreicht wurde‘.

Passiorin Dragees

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. incarnat. spr. sicc.	80,0 mg
Extr. Salicis aquos. sicc.	133,0 mg
Extr. Crataeg. spr. sicc.	12,0 mg
Aneurin	0,3 mg

Passiorin liq.

Extr. Passiflor. incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis aquos. splsa.	5 Vol. %
Tinct. Crataeg. oxycanth.	11 Vol. %

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

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

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

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

Packung mit	60 Dragees	DM 4,25
Kurpackung mit	250 Dragees	DM 16,-

Passiorin liq.:

Flasche mit ca.	100 ml	DM 6,80
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 23,80

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passiorin®

§ 23 Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt geändert:

„1. Rechnen
Schriftliche Lösung praxisnaher rechnerischer Aufgaben.

Die Höchstdauer beträgt 60 Minuten“.

§ 23 Abs. 1 Nr. 2 erhält nach dem Wort ‚Buchführung‘ folgende Ergänzung:

„Aufgaben aus der praktischen Buchführung des Arztes“

Danach folgt:

a) schriftlich

Die Höchstdauer beträgt 45 Minuten

b) mündlich“.

§ 23 Abs. 1 Nr. 3 wird wie folgt ergänzt:

a) schriftlich

Die Höchstdauer beträgt 60 Minuten

b) mündlich ...“

§ 23 Abs. 1 Nr. 4 erhält folgende Fassung:

„4. Büroarbeiten

a) schriftlich

Schriftverkehr

Die Höchstdauer beträgt 60 Minuten

b) mündlich

Bürokunde (Wirtschaftskunde)“.

In § 23 Abs. 2 wird das Wort ‚Teil‘ in ‚Prüfungsgebiet‘ und das Wort ‚Fächern‘ in ‚Prüfungsfächern‘ geändert.

In § 24 wird nach der Überschrift folgender Absatz 1 eingefügt:

„1. Es soll geprüft werden: Die Fertigkeiten einer mittleren Geschwindigkeit in Kurzschrift und Maschinenschreiben“.

Die bisherigen Absätze 1 und 3 werden Absätze 2 bis 4.

§ 25: In Absatz 2 und Absatz 3 werden die Worte ‚Teil‘ bzw. ‚Teile‘ ersetzt durch die Worte ‚Prüfungsgebiet‘ bzw. ‚Prüfungsgebiete‘.

Absatz 4 wird gestrichen

Absatz 5 wird Absatz 4

Absatz 6 wird Absatz 5.

§ 25 Abs. 3 wird wie folgt geändert:

„Die Gesamtnote ergibt sich aus der Summe der Bewertungen der Prüfungsfächer und Teilgebiete geteilt durch die Summe ihrer Multiplikatoren“.

§ 26 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„3. Über die Leistungen in Kurzschrift und Maschinenschreiben ist eine Bescheinigung zu erteilen“.

§ 27 Abs. 1 Satz 2:

Nach dem Wort ‚sind‘ wird ein Punkt gesetzt.

Der restliche Satzteil wird gestrichen.

In § 28 Abs. 2 Satz 1 werden die Worte ‚Prüfungsteil‘ und ‚Teil‘ geändert in ‚Prüfungsfach‘ bzw. ‚Teilgebiet‘.

Satz 2 wird gestrichen.

§ 28 Abs. 3 erhält folgende Ergänzung:

„Wenn zwei oder mehrere Prüfungsfächer nach § 22 Abs. 1 Nr. 1 mit 3 und § 23 Abs. 1 Nr. 2 mit 4 mit einer schlechteren Note als ausreichend bewertet wurden, kann die Prüfung

frühestens ein halbes Jahr nach dem letzten Tag der Abschlußprüfung wiederholt werden“.

Nach § 28 Abs. 3 wird ein neuer Absatz 4 mit folgendem Wortlaut eingefügt:

„(4) Auf Antrag des Prüflings kann er auch zur Wiederholungsprüfung bei einem anderen Prüfungsausschuß zugelassen werden. Über den Antrag entscheidet die Bayerische Landesärztekammer nach Anhörung der Vorsitzenden der beiden Prüfungsausschüsse“.

Der bisherige Absatz 4 wird Absatz 5.

Die Paragraphierung wird wie folgt geändert:

§ 24 wird § 28

§ 25 wird § 24

§ 26 wird § 25

§ 27 wird § 26

§ 28 wird § 27“

Rechtsfragen

Ärztliche Gutachten und Einkommensteuer

BFH-Urteil vom 12. Dezember 1974 — IV R 198/71 —

„Bei einem Arzt, der seine Haupteinkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit bezieht, sind die Einkünfte aus der Erstattung ärztlicher Gutachten in Rentenfeststellungs- und ähnlichen Verfahren nach § 34 Abs. 4 Einkommensteuergesetz (EStG) nicht begünstigt, wenn diese Gutachten laufend als praktische Berufsarbeit in einer hierfür eingerichteten selbständigen Arztpraxis erstellt werden.“

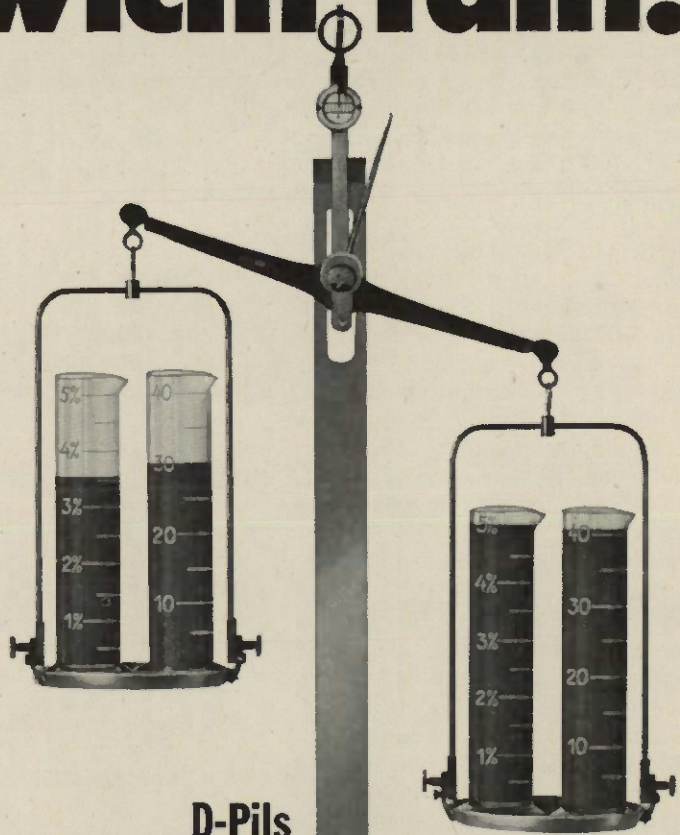
Ein beamteter Leiter einer Gutachtenstelle der Landesversicherungsanstalt erstellte nebenberuflich in selbständiger Tätigkeit für Versicherungsträger und Sozialgerichte fachinternistische Gutachten zur Prüfung von Versorgungsansprüchen und für die Gewährung von Heilmaßnahmen. Strittig war, ob für die Einkünfte aus der Nebentätigkeit der begünstigte Steuersatz nach § 34 Abs. 4 EStG zu gewähren war.

Der BFH verneinte dies mit der Begründung: Voraussetzung für die Begünstigung ist, daß die Nebeneinkünfte abgrenzbar sind von den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit (hier zweifellos der Fall) und einer freien Berufstätigkeit im Sinne des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG und durch zusätzliche nicht in den Beruf fallende Arbeiten auf wissenschaftlichem, künstlerischem oder schriftstellerischem Gebiete sich ergeben. Die Abgrenzung gegenüber der praktischen Arbeit im Berufe erfordert vielmehr, daß die Nebeneinkünfte überhaupt aus keiner typischen in § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG genannten freien Berufstätigkeit bezogen werden. Das bedeutet, daß die begünstigten Nebeneinkünfte von den Einkünften aus jeder typischen freien Berufstätigkeit im Sinne des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG im obigen Sinne abgrenzbar sein müssen. Dieses Erfordernis der Abgrenzbar-

Der Unterschied, der ins Gewicht fällt.



D-Pils wird gebraut
von den Brauereien:
Holsten, Hamburg
Wicküler, Wuppertal
Schultheis, Weißenthurm
Schlossquell, Heidelberg
Spaten, München



D-Pils

hat normalen Alkoholgehalt,
also weniger Alkohol als alle
anderen Diät-Vollbiere:

3,6% ALKOHOL

D-Pils hat weniger Kalorien als
alle anderen Diät-Vollbiere:

30 KALORIEN

in 100 g

andere Diät-Vollbiere:

ca. 5% ALKOHOL

(fast wie Bockbier)

ca. 41 KALORIEN

in 100 g

D-Pils hat wenig belastende
Kohlenhydrate: 0,75 g in 100 g.

D-Pils ist das einzige
alkohol-reduzierte
Diätbier.

D Diät-Pils Biergenuß nach Maß

keit gilt auch für Steuerpflichtige, die ihre Haupteinkünfte aus nichtselbständiger Arbeit beziehen. Dies ermöglicht die Beseitigung der ungleichen Behandlung der selbständig Tätigen und der nichtselbständig Tätigen im Rahmen des § 34 Abs. 4 EStG.

Im Streitfall ist die Abgrenzung nicht gegeben. Zur in § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG aufgeführten Berufsgruppe der Ärzte gehören die verschiedensten Fachrichtungen der Medizin. So ist z. B. der Beruf des Bakteriologen, Hygienikers und Serologen, dessen Tätigkeit mehr medizinisch-diagnostischer Art und nicht der direkten Heilbehandlung gewidmet ist, ebenso der Berufstätigkeit der Ärzte im Sinne des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG zuzurechnen, genauso wie der Beruf des Pathologen und die Tätigkeit des Arztes, der, ohne eine Heilbehandlung durchzuführen, für Gerichte und Versicherungsanstalten medizinische Gutachten über den Gesundheitszustand im Rentenfeststellungsverfahren und ähnlichen Verfahren erstellt. Voraussetzung ist nur, daß die Tätigkeit in einer freiberuflichen Praxis ausgeübt wird.

Im Streitfall hatte der Steuerpflichtige eine freiberufliche Arztpraxis eingerichtet, in der er laufend Untersuchungen zur Erstellung von Gutachten vorgenommen hat. Damit übte er genauso die praktische Berufsarbeit eines Arztes in einer freiberuflichen Praxis aus, wie der freiberuflich tätige Arzt, der sich der Heilbehandlung widmet. Seine Tätigkeit gehört zu den Katalogberufen des § 18 Abs. 1 Nr. 1 EStG. Die daraus stammenden Einkünfte sind nicht tarifbegünstigt gemäß § 34 Abs. 4 EStG. Wenn in früheren Entscheidungen, z. B. im Urteil vom 12. November 1964 – IV 310/62 –, angestellten Krankenhausärzten für die Nebeneinkünfte aus der Erstellung wissenschaftlicher Gutachten die Steuervergünstigung zugebilligt wurde, so widerspricht das nicht den dargelegten Grundsätzen, denn die damaligen Entscheidungen beruhten ausdrücklich auf der Feststellung, daß die betreffenden angestellten Ärzte keine freiberufliche Arztpraxis unterhalten haben.

Auch unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung zu § 34 Abs. 4 EStG wird man heute angestellten Ärzten, z. B. in Universitätskliniken, für ihre Einkünfte aus der

Erstellung medizinisch wissenschaftlicher Gutachten die Tarifiermäßigung für Nebeneinkünfte aus wissenschaftlicher Tätigkeit zubilligen können, wenn sie derartige Gutachten wegen ihrer besonderen Fachkenntnis neben ihrer Berufsarbeit als nichtselbständige Ärzte selbständig in ihrer Freizeit fertigen. Man kann aber angestellten Ärzten die Tarifiermäßigung nicht zubilligen, wenn sie sich neben ihrer nichtselbständigen Tätigkeit eine freiberufliche Arztpraxis eingerichtet haben, in der sie die laufende Erstellung von ärztlichen Gutachten für Versicherungen als praktische Berufsarbeit eines freiberuflichen Arztes betreiben.

F. G. Dietlmaier

Anmerkung:

In dem obigen Urteil des Bundesfinanzhofes setzt dieser seine Rechtsprechung zur steuerlichen Vergünstigungen gutachtlich wissenschaftlicher Tätigkeit angestellter Krankenhausärzte fest. Danach wird die Steuervergünstigung nach § 34 Abs. 4 EStG für Einnahmen aus einer wissenschaftlichen Gutachtertätigkeit nur dann gewährt, wenn der angestellte Krankenhausarzt neben der Gutachtertätigkeit keine freiberufliche Praxis betreibt.

Die Frage nach der steuerlichen Vergünstigung für eine gutachterlich wissenschaftliche Tätigkeit des Krankenhausarztes wird also unterschiedlich beantwortet, je nachdem, ob der Krankenhausarzt sonstige Einnahmen aus einer freiberuflichen Nebentätigkeit hat oder nicht.

Auch durch die Wiederholung dieser Rechtsprechung wird ein sachlicher Grund für diese Differenzierung nicht erkennbar. Vielmehr sollte und müßte die Rechtfertigung einer Tarifvergünstigung gemäß § 34 Abs. 4 EStG allein in der inhaltlichen Abgrenzbarkeit der wissenschaftlich gutachtlichen Tätigkeit des Arztes von seiner übrigen Berufstätigkeit liegen, und zwar gleichgültig, ob der Arzt seine Haupteinkünfte aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit erzielt.

Dr. R. Hess

Mißglückte Sterilisation: Haftung des Arztes?

Urteil des OLG Düsseldorf vom
31. Januar 1974 – Az: 8 U 123/73

Übernimmt es der Arzt, den Patienten zu sterilisieren, so liegt darin ein Dienst-, kein Werkvertrag.

Ist bei dem Patienten trotz der Operation zwecks Sterilisierung keine Zeugungsunfähigkeit eingetreten, so kann nicht schon nach den Regeln des Anscheinsbeweises angenommen werden, daß die Operation schuldhaft falsch ausgeführt worden ist.

Die Belastung des Erzeugers eines ungewollten Kindes mit der gesetzlichen Unterhaltspflicht ist ein Vermögensschaden, den der Arzt bei schuldhaft mißlungener Sterilisation des Erzeugers aus dem Gesichtspunkt positiver Vertragsverletzung in Geld zu ersetzen hat.

28. Bayerischer Ärztetag

vom 26. bis 28. September 1975

in Aschaffenburg

Brief aus Bonn

Die Bundesregierung hat, wenn sie sich an ihr eigenes Arbeitsprogramm hält, in dieser Legislaturperiode noch hart zu arbeiten. Das Programm, erst kürzlich auf neuesten Stand gebracht, enthält rund 235 Projekte, die zumeist noch in dieser Legislaturperiode abgewickelt werden sollen. Dabei geht es in erster Linie um Gesetze, die in aller Regel nicht von heute auf morgen zu verabschieden sind. Im allgemeinen hat zu gelten, daß jene Gesetzentwürfe keine Chance mehr haben, die nicht bis zur Sommerpause in das Gesetzgebungsverfahren gebracht worden sind. Der Gesetzgeber hat dann für solche Vorlagen noch ein Jahr Zeit, was bei politisch umstrittenen Gesetzen eine knappe Zeitspanne ist. Fazit: Vieles wird auf der Strecke bleiben.

Dieser Eindruck verstärkt sich noch, wenn man das Arbeitsprogramm genauer durchsieht. So haben Regierung, Bundesrat und Bundestag den vorgegebenen Zeitplan nicht einhalten können. Das wird sich kaum ausgleichen lassen, da es die Politik nun einmal mit sich bringt, daß ständig neue Themen, die den Planern entgangen waren, auf Regierung und Parlament zukommen. Jedenfalls hat sich ein großer politischer Entscheidungsbedarf angesammelt. Dies ist auch an dem internen Programm abzulesen, denn dort werden gleich 65 Vorhaben aufgeführt, bei denen ein „erheblicher politischer Entscheidungsbedarf“ besteht oder dessen „weitere Behandlung besondere Probleme“ aufwirft.

Das gilt z. B. für das geplante Gesetz zur Vermögensbeteiligung. Bereits im Juni 1971 hatte sich die Bundesregierung im Rahmen der Eckwert-Beschlüsse zur Steuerreform auf eine überbetriebliche Vermögensbeteiligung der Arbeitnehmer festgelegt. Das sollte zusammen mit der Steuerreform verwirklicht werden. Aber daraus ist nichts geworden. Später hat man sich dann entschieden, diese Initiative mit der noch ausstehenden Reform der Körperschaftssteuer zu verbinden. Aber auch diese Verbindung ist fallengelassen worden. Kanzler Schmidt hat dann in seiner Regierungserklärung angekündigt, daß in dieser Legislaturperiode noch ein Gesetzentwurf vorgelegt werde. Dazu wurde ein interministerieller Arbeitskreis gebildet, und zwar unter der Obhut des Finanzministers. Was von der Koalition nun verschwiegen wird: dieser Arbeitskreis ist prak-

tisch zu dem Ergebnis gekommen, daß die vorgesehene Konzeption der überbetrieblichen Vermögensbeteiligung schon an den ungelösten Bewertungsfragen scheitert.

Dieses Beispiel beweist nur wieder, wie leicht Konzeptionen und Pläne geschmiedet werden, wie schwer es aber ist, wirklich brauchbare und anwendbare Gesetze zu formulieren. Daß die Regierung fast vier Jahre brauchte, um einzusehen, was nicht geht, ist bemerkenswert. Daß die Regierung offenbar noch weitere Jahre benötigt, um zu sehen, was in der Vermögenspolitik vielleicht geht, kann nach diesem Reinfall kaum überraschen.

Bei dem Thema Mitbestimmung sieht es kaum besser aus. Nach den öffentlichen Anhörungsverfahren zum Gesetzentwurf der Bundesregierung besteht kaum ein Zweifel daran, daß dieser Entwurf – wie zuvor schon der neugefaßte Paragraph 218 – vor dem Verfassungsgericht nicht bestehen könnte. Dieser Gefahr will sich die Koalition nicht aussetzen. Hinzu kommt eben, daß die alten Gegensätze über die Grenzen der paritätischen Mitbestimmung in der Koalition neu ausgebrochen sind. Bereits für Ende Februar hatte Kanzler Schmidt eine neue Kompromißformel angekündigt. Mit ihr kann aber erst nach den Wahlentscheidungen im Mai gerechnet werden.

Die entscheidende Frage dabei ist, was Schmidt seiner Partei an Kompromißbereitschaft abverlangen kann. Ein Auseinanderfallen der Koalition in dieser für die wirtschaft-

liche und gesellschaftspolitische Entwicklung so wichtigen Frage, könnte einen Prozeß des Auseinanderrückens der heutigen Koalitionspartner einleiten. Für die SPD jedenfalls wäre es außerordentlich schwierig, 1976 zum vierten Mal in einen Bundestagswahlkampf mit der Forderung nach paritätischer Mitbestimmung zu ziehen und zugleich die Fortsetzung der Koalition mit der FDP anzukündigen, die genau diese zentrale politische Forderung nicht mitträgt.

Wenn das Arbeitsprogramm kaum als eine realistische Perspektive für die künftige Regierungsarbeit angesehen werden kann, so liegt dies auch daran, daß von den 235 Projekten etwa 40 noch nicht als finanziell abgesichert zu gelten haben. Dies ist dem Programm, das sorgfältig unter Verschuß gehalten wird, zu entnehmen. Bei 52 weiteren Vorhaben sind Schwierigkeiten im Bund-Länder-Verhältnis zu erwarten. Die beiden letzten Punkte treffen z. B. auf das sogenannte Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz der Bundesregierung zu. Dieser Gesetzentwurf zielt bekanntlich auf die Verbesserung der ärztlichen Versorgung durch die Einführung einer Bedarfsplanung sowie auf die Neuverteilung der Lasten der Krankenversicherung der Rentner sowohl zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung als auch innerhalb der Krankenversicherung. Schon jetzt hat sich diese Vorlage im Gesetzgebungsverfahren verspätet.

Die Regierungsvorlage war vom Bundesrat Mitte Dezember 1974 in erster Lesung behandelt und mit einer kritischen Stellungnahme versehen worden. Darauf hat die Bundesregierung erst im März geantwortet. Das Parlament hatte es dann nicht eilig mit der ersten Lesung dieses Entwurfs und eines Alternativentwurfs der CDU/CSU-Mehrheit des Bundesrates, der auf eine bayrische Initiative zurückgeht. Zunächst einmal ist klar, daß sich Bund und Länder verständigen müssen; es geht um ein zustimmungspflichtiges Gesetz. Offensichtlich gibt es innerhalb der Koalition noch keine Konzeption, auf welcher Linie man sich einigen könnte. Dies wird dadurch erschwert, daß der Vorschlag Bayerns weitergehende Konsequenzen aus der Bedarfsplanung ziehen will als der Regierungsentwurf, was

durchaus den Intentionen vieler SPD-Politiker entspricht.

Sodann gibt es innerhalb der Koalition nach wie vor beträchtliche Differenzen, ob die vorgesehene Verteilung der Lasten der Rentner-Krankenversicherung tatsächlich sinnvoll ist. Aus dem Kreis der Krankenkassen wird scharf geschossen. Die Selbstverwaltung befürchtet zu recht, die Beitragssätze abermals fühlbar anheben zu müssen, und das noch vor dem Wahltag 1976. Auch das hat innerhalb der Koalition politisches Gewicht.

Die Regierung selbst hat in ihrer Antwort auf die Bundesratsempfeh-

lungen noch keine Kompromißlösung angedeutet. Das soll wohl erst den parlamentarischen Beratungen überlassen werden. Dies bedeutet zugleich, daß die Entscheidungen kaum noch vor der Sommerpause fallen können. Möglicherweise entschließt man sich doch noch dazu, die auf das Kassenarztrecht zielenden Änderungen von den Vorschlägen zur Rentner-Krankenversicherung, die keinen unmittelbaren Zusammenhang haben, zu trennen. Nur dann ist dem ersten Teil noch eine Chance zu geben, in diesem Jahr verabschiedet zu werden.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

Gedanken eines alten Arztes

Der Schriftstellerarzt Robert Paschke las in Braunfels/Lahn

Wenn ein alter Arzt zur Feder greift, um den Gedanken Ausdruck zu geben, die ihn bewegten auf seiner hilfreichen Lebensreise von Haus zu Haus, so erwartet der Leser und Hörer keine Schönfärberei. Er, der Krankheit und Tod am nächsten steht, ist berufener als andere, das Kranksein und das Sterben beim Namen zu nennen. Robert Paschke, Schriftstellerarzt, in Emskirchen lebend, war am 15. November 1974 Gast der Kulturgemeinschaft Braunfels, die mit diesem sehr besinnlichen Abend die Breite ihres Programmangebotes wieder einmal bestätigte. Sein zentrales Thema „Alter – Krankheit – Tod“ vermittelte er aus der Sicht eines Mannes, der am Ende seines Lebensweges steht. Seine gewonnenen Einsichten, philosophierenden Schlüsse, die gleichermaßen im Religiösen wie im humanistischen Ideal wurzeln, brachte er in Texten zum Ausdruck – Verse aus seinem im Europäischen Verlag erschienenen Bänd-

chen gleichen Titels sowie einem Kapitel aus seinem noch unvollendeten Roman „Martin Sucher“ –, die zum Nachdenken anregten. Als einen „Sucher“, wie er die Titelfigur seines Romans nennt, versteht Robert Paschke sich wohl selbst als einen Menschen, der das Wort als Brücke zwischen Geist und Tat gefunden hat, als ein Mittel seiner Persönlichkeitsdarstellung. Die schlichte Vortragsweise des Autors glich dem Zuspruch, wie er ihn ein Leben lang seinen Patienten gegeben haben mag. In seiner Rückschau verflochten sich Autobiographisches und erfahrenes Schicksal, eindrucksvoll waren seine von dem Komponisten Ernst Kutzer in zeitgenössischer Art vertonten Verse, die von Frau Rosemarie v. Pollak mit schönem, dunkelgefärbten Sopran vorgetragen wurden. Frau Thea Kutzer begleitete einfühlsam am Flügel.

Ein besonderer, ein ernster November-Abend, für den sich die Zuhörer mit freundlichem Beifall bedankten.

Ursule Dette, Wetzler

Kongresse

Fortbildungskongreß für Ärzte im Strafvollzugsdienst 1975 München – Ärztehaus Bayern

am 20./21. Juni 1975

Veranstalter: Bundesärztekammer in Verbindung mit der „Bundesarbeitsgemeinschaft der Ärzte und Psychologen in der Straffälligenhilfe e. V.“

Themen: Suizidprophylaxe – Haftreaktionen – Erfahrungen bei der Versorgung von Nahrungsmittelverweigerern in Großbritannien und der Bundesrepublik sowie Rechtsfragen hierzu – Situation und denkbare Organisationsformen des vollzugsärztlichen Dienstes

Ort: Ärztehaus Bayern, V. Stock, großer Sitzungssaal, München 80, Mühlbauerstraße 16

Anmeldungen nur schriftlich an: Bayerische Landesärztekammer, Frau Müller-Petter, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Stadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (0 89) 2 39 11

5. Angiologisches Forum

am 12. Juni 1975 in München

Theme: Becken- und tiefe Beinvenenthrombose

Ort: Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22

Auskunft: Privatdozent Dr. A. Kriessmann, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22, Telefon (0 89) 41 40 - 26 65

Ärztliche Sofortmaßnahmen am Unfallort

am 12./13. Juli 1975, 22./23. November 1975 und 13./14. Dezember 1975 in Deisenhofen bei München

Leitung: Dr. Heynen

Zeit: Die Lehrgänge beginnen semstags um 12.30 Uhr und enden sonntags um 12.30 Uhr.

Ort: Lendeschule des BRK, Deisenhofen bei München, Linienstraße 53-55

Auskunft und Anmeldung:

Bayerisches Rotes Kreuz, Medizinabteilung, 8000 München 22, Wagnmüllerstraße 16, Telefon (0 89) 22 33 21

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie

am 13./14. Juni 1975 in Nürnberg

Leitung: Professor Dr. R. Schubert, Nürnberg

Themen: Ernährung im Alter — Endokrinologie — Experimentelle Gerontologie — Interdisziplinäres Kolloquium über Fragen des Altwohnbaus — Praxis der Rehabilitation — Aktive Rehabilitation im Alter

Ort: Nürnberg, Meistersingerhalle

Auskunft:

Chefarzt Dr. H. Kaiser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus

IV. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe

vom 25. bis 28. Juni 1975 in Augsburg

Leitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Thema: Zeitkrankheiten aktuelle Diagnostik und Therapie

(Blutgerinnung — Enzymdiagnostik — Harndiagnostik — Elektrophorese — Stoffwechselstörungen — Diätetik — Funktionsdiagnostik — Abrechnungswesen — Physikalische Therapie — Immunologie — Rationalisierungsmaßnahmen — Zytologie — Radiologie — Kinder-röntgenologie — Nuklearmedizin — Szin-

tigraphie — Radio Immuno Assays — Histologie — Rheumadiagnostik — Intensivmedizin — Mikrolitertechnik — Qualitätssicherung — Physio-Kosmetik)

In Referaten, Kursen, Kolloquien, Seminaren, Filmen und praktischen Übungen wird gezielte Fortbildung für die MTA sowie für die Arzhelferin, für die Krankengymnastin, die Intensivpflegerin und die Diätassistentin — kurz für alle, die in einem der medizinischen Assistenzberufe tätig sind — geboten.

Ort: Kongreßhalle, Augsburg

Auskunft und Anmeldung:

Zentrum für medizinische Fortbildung, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (0821) 3 37 77

Kongreß der Österreichischen Gesellschaft für Urologie gemeinsam mit der Bayerischen Urologen-Vereinigung

vom 20. bis 22. Juni 1975 in Rosenheim

Leitung: Professor Dr. E. Schmiedt, München

Themen: Labormethoden in der Urologie (in Klinik und Praxis) — Aus der Praxis für die Praxis — Freie Themen

Auskunft: Privatdozent Dr. A. Hofstetter, Urologische Klinik und Poliklinik der Universität München, 8000 München 2, Thalkirchner Straße 48, Telefon (0 89) 23 33 - 264

Chirurgisch-gastroenterologische Fortbildung

am 18. Juni 1975 in München

Leitung: Privatdozent Dr. Herbert Scholze

Thema: Der Anus praeter naturalis und seine Problematik

Zeit: 18.00 Uhr c. t.

Ort: Hörsaal B der Chirurgischen Klinik des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22

Auskunft und Anmeldung:

Dr. D. Geile, Station 1/9 der Chirurgischen Klinik des Klinikums rechts der Isar, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22, Telefon (089) 41 40-21 09

Unfallmedizinische Tagung

am 20./21. September 1975 in Bayreuth

Themen: Hospitalismus — Schädel-Hirntrauma bei Kindern und Jugendlichen — Spezielle Verfahren der Knochenbruchbehandlung — Begutachtung spontaner und zweifelhafter Verletzungen — Unterarmbrüche

Auskunft:

Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 8000 München 60, Am Knie 6, Telefon (0 89) 88 97-370

Dolestan®

bewährtes Einschlafmittel mit Durchschlafeffekt

schneller Wirkungseintritt

über 7 Stunden erquickender Schlaf

helles, klares Erwachen, kein Morgenkater

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: Carbromal 300 mg, Bromisovalerianylcarbamid (Bromisoval) 150 mg, Acocarbolol 50 mg, Diphenhydramin-hydrochl. 25 mg, Mandelsäurebenzylester 25 mg.

Indikationen: Einschlaf- und Durchschlafstörungen.

Dosierung und Anwendungsweise: Bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen 15–20 Minuten vor dem Schlafengehen 1–2 Dolestan-

Tabletten, bei vorzeitigem Erwachen in der Nacht ½–1 Dolestan-Tablette. Am zweckmäßigsten läßt man die Schlaftabletten in etwas Wasser zerfallen. Dadurch kommt es zu einem schnellen Wirkungseintritt.

Nebenwirkungen: Bisher nicht bekannt. Unverträglichkeiten und Risiken: Während der Schwangerschaft, besonders während der ersten 3 Monate, sollte die angegebene Dosierung nicht überschritten werden.

Dolestan kann, wie alle Schlafmittel, die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Bei Verabreichung als Tagessedativum sollte daher die Einnahme vor Bedienung eines Fahrzeuges oder einer Maschine unterbleiben.

Handelsformen: OP mit 10 Tabletten DM 2,70, OP mit 20 Tabletten DM 4,75. Unverbindl. empf. Preise.

Arztmuster erhalten Sie von Prof. Dr. med. Much AG, 6232 Bad Soden, Postfach 1349.

Klinische Fortbildung in Bayern

3. Fortbildungslegung für Klinische Zytologie

vom 20. bis 26. Oktober 1975 in München
in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

Leitung: Professor Dr. H.-J. Soost, München

Theme: Alle wichtigen Gebiete der gynäkologischen und außergynäkologischen Zytologie

Ort: Institut für Klinische Zytologie der Technischen Universität München, München 80, Prinzregentenplatz 14

Letzter Anmeldetermin: 30. Juni 1975

Auskunft und Anmeldung:

Dr. Ch. Voeth, Institut für Klinische Zytologie der Technischen Universität München, 8000 München 80, Prinzregentenplatz 14, Telefon (0 89) 47 60 67

Chirurgisches Fortbildungswochenende

vom 7. bis 9. November 1975 in Sternberg

Themen: Behandlung gelenkneher Frakturen – Probleme der Magen-Chirurgie – Blindes-Schlingen-Syndrom – Rekonstruktion der Gallenwege – Hepatodigestive Entlastungs-Anastomosen – Probleme der Praxis

Am 7. November 1975 finden morgens Operationen, in der übrigen Zeit Vorträge mit Demonstrationen, klinischen Visiten und Diskussionen statt.

Teilnehmerzahl: 20

Letzter Anmeldetermin: 27. Oktober 1975

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0 89) 41 47 - 294

Veranstaltungen der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

22. 9. – 17. 10. 1975

C-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

23./24. 10. 1975

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin gemeinsam veranstaltet mit der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

5./6. 11. 1975

Arbeitsmedizinisches Seminar

17. – 28. 11. 1975

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit)

10./11. 12. 1975

Arbeitsmedizinisches Seminar

2. – 27. 2. 1976

A-Kurs für Arbeitsmedizin (Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

15. – 26. 3. 1976

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs (Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit)

Soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen in der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin statt.

Für die Arbeitsmedizinischen Fortbildungskurse wird eine Gebühr von voraussichtlich DM 150,- erhoben.

Eine Teilnahme an den Veranstaltungen ist nur nach vorheriger schriftlicher Anmeldung möglich.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsent der Stadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (0 89) 2 39 11

Auskunft:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pierrstraße 3, Telefon (0 89) 21 84 25 9 - 2 60

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer

1. – 14. Juni 1975 in Greda:

XIII. Internationaler Fortbildungskongreß

Theme: **Des Leib-Seele-Problem in der ärztlichen Praxis**

21. Juli – 2. August 1975 in Devos:

V. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Theme: **Prävention, Therapie, Rehabilitation**

25. August – 6. September in Meren:

XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß

Thema: **Die Bedeutung der Praxis für Früherkennung und Frühtherapie**

1. – 13. September in Greda:

IX. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

Thema: **Diagnostisch-therapeutische Anliegen der Praxis**

Auskunft:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20, Telefon (02 21) 44 60 93



Dismenol®

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

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

Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrie.

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

Dosierung: Packung mit 15 Tabletten DM 3,10

2–3 mal täglich Packung mit 150 Tabletten DM 24,-

eine Tablette Klinikpackung mit 500 Tabletten DM 58,-

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

Die ärztliche Versorgung ländlicher Gebiete

Dr. med. C. F. ROSENBERG, Fecharzt für Chirurgie, 8201 Semerberg, Grainbach 77, schrieb zu dem Artikel „Die ärztliche Versorgung ländlicher Gebiete“ von Professor J. F. Volrad DENEKE in Heft 2/1975 des „Bayerischen Ärzteblattes“ folgenden Leserbrief:

„Sehr geehrte Herren!

Mit Interesse habe ich oben genannten Artikel gelesen. Unter 1. Abs. 2 steht u. a.: ‚es fehlen Ärzte in der Chirurgie mit ausreichender fachlicher Erfahrung‘. Mir stehen zwar keine statistischen Unterlagen zur Verfügung und ich weiß auch nicht, wie ‚ausreichende fachliche Erfahrung‘ zu definieren ist, jedenfalls habe ich nicht den Eindruck – aufgrund persönlicher Erfahrung –, daß ein Mangel an Ärzten für Chirurgie besteht. Richtig mag sein, daß ein Mangel an chirurgischen Assistenten besteht, jedoch Stellen mit den Merkmalen einer selbständigen Tätigkeit werden äußerst selten angeboten. Eine von mir im ‚Deutschen Ärzteblatt‘ veröffentlichte Anzeige brachte mir ca. zehn Angebote, von denen vielleicht zwei diskutabel waren. Angeboten wurden mir nur Assistentenstellen, einer bot mir sogar als Gehalt BAT II. Schon beim Studium des Stellenmarktes fällt auf, daß sehr viele Chirurgen auf Stellensuche sind. Ich glaube, es bedarf bei solchen Veröffentlichungen einer genaueren Definition der Tätigkeits-

merkmale, die von den sogenannten Chirurgen erwartet werden. Wenn Assistenten zum Hakenhalten gesucht werden, sollte man sie nicht gleich zu Chirurgen machen. Machen Sie sich einmal die Mühe, eine Scheinanzeige aufzugeben, in der Sie sich um eine entsprechende Position als Facharzt für Chirurgie bewerben. Sie werden sicher über das Massenangebot erstaunt sein. Laut Pressemitteilungen sollen ja 2000 Chirurgen fehlen. Stellen Sie also Waschkörbe bereit.

Mit (wirklich) freundlichen Grüßen
Ihr

F. Rosenberg
derzeit arbeitsloser Chirurg“

Antwort von Professor J. F. Volrad DENEKE, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, 5000 Köln 41, Haedenkempstraße 1:

„Sehr geehrter Herr Dr. Rosenberg!

Die Schriftleitung des ‚Bayerischen Ärzteblattes‘ hat mir Ihre Zuschrift

inzwischen zugeleitet. Dazu darf ich sagen, daß ich den entsprechenden Passus aus dem sogenannten Blauen Papier, den ‚Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft‘ entnommen habe, wo die gleiche Formulierung auf Seite 63 zu finden ist. Ich erlaube mir, Ihnen die Veröffentlichung zur Orientierung beizufügen.

Im übrigen haben Sie natürlich mit Ihren Ausführungen, wie mir durch Ihren Brief deutlich geworden ist, vollständig recht: Diese inzwischen vom Deutschen Ärztetag verabschiedete Formulierung ist vielleicht nicht ganz klar. Immerhin bedeutet sie doch insoweit etwas mehr als ‚chirurgisch tätige Assistenzärzte‘; denn das, was wirklich fehlt, sind eben Assistenzärzte ‚mit ausreichender fachlicher Erfahrung‘, während Chefärzte und leitende Krankenhausärzte, die Fachärzte für Chirurgie sind, vielfach Dauerstellen vergeblich suchen.

Hier hätte deutlicher, als dies geschehen ist, darauf hingewiesen werden müssen, daß zwischen dem Bedarf an Assistenzärzten mit ausreichender fachlicher chirurgischer Erfahrung einerseits und dem Bedarf an zu leitender und ärztlicher Tätigkeit qualifizierten Fachärzten für Chirurgie andererseits eine Diskrepanz besteht, die in das derzeitige System der Personalstruktur in der Chirurgie gleichsam eingebaut ist.

An dieser Stelle müssen die Überlegungen einer Veränderung und Weiterentwicklung angesetzt werden. Mit aufrichtigem Dank für Ihre das Problem präzisierende Zuschrift und mit freundlichen Grüßen stets

Ihr Ihnen ergebener
J. F. Volrad Deneke“

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

- Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
- Beratung
- Projektierung
- Finanzierung
- Kundendienst

Röntgen - Medizin-Electronic - Labortechnik
Arzt- und Krankenhaus-Bedarf

KURT PFEIFFER KG

85 NÜRNBERG 2

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße (Colonia-Haus)
Postfach 1946 - Telefon (09 11) 20 39 03 - 04

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1975 *

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Scharlacherkrankungen wurden im März – wie auch im gleichen Monat früherer Jahre – häufiger als im Vormonat gemeldet, die Erkrankungsziffer stieg von 76 auf 96 je 100 000 Einwohner, umgerechnet auf ein Jahr. An übertragbarer Hirnhautentzündung, durch Meningokok-

ken verursacht oder sonstige, meist virusbedingte Formen, erkrankten geringfügig weniger Menschen als im Februar.

Die Zahl der Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien erregte

Darmentzündung) stieg im März leicht an, nämlich von 41 Fällen im Vormonat auf 43 Fälle, jeweils auf 100 000 Einwohner. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) nahm gleichzeitig von 24 auf 28 je 100 000 Einwohner zu.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. März 1975 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtheria	Scharlach	Übertragbare																					
			Kinderlähmung	Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung	Typhus abdominalis	Paratyphus A und B	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)	Enteritis infectiosa				Botulismus								
				Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen						Salmonellose		Übrige Formen										
E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	—	—	341	—	—	—	8	1	16	—	1	—	1	—	—	—	3	—	153	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	50	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	18	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	53	—	—	—	2	—	6	1	1	—	—	—	—	—	—	—	23	—	1	—	—	—
Oberfranken	—	—	78	—	—	—	2	1	7	—	—	—	1	—	—	—	1	—	92	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	131	—	—	—	5	2	7	—	1	—	1	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	49	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—	—
Schwaben	1	—	95	—	—	—	5	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—
Bayern	1	—	797	—	—	—	27	4	49	1	3	—	3	—	—	—	6	—	357	—	1	—	—	—
München	—	—	127	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	62	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	41	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	12	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa	Ornithose	Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾																					
			Psittakose	Übrige Formen	Mikrosporia	Tularämie	Malaria-Rückfall	Toxoplasmosis																
									E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	105	—	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10
Niederbayern	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Oberpfalz	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10
Oberfranken	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Mittelfranken	27	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Unterfranken	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Schwaben	33	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Bayern	237	1	1	—	5	—	1	—	1	—	1	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	44
München	46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	11	1	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Regensburg	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

^{*)} Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

¹⁾ „E“ = Erkrankungen (ainschl. 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.

Risikofaktoren erkennen und behandeln

Lipide senken



Atherosklerose
begegnen
Durchblutung
steigern

Persantinat®

Zusammensetzung

1 Kapsel enthält:
2,6-Bis(dialthanoamino)-4,8-dipiperidino-
pyrimido[5,4-d]pyrimidin 75 mg
 α -(p-Chlor-phenoxy)- α -methyl-propionsäure-
äthylester [Clofibrat] 500 mg

Anwendungsgebiete

Zur Senkung erhöhter Blutfette bei primären und sekundären Hyperlipoproteinämien; vorwiegend bei arteriosklerotisch bedingten Durchblutungsstörungen, speziell bei Koronarsklerose.

Dosierung und Anwendungswiese

Je nach Schwere des Zustandes beträgt die durchschnittliche Tagesdosis 3x1 Kapsel nach den Mahlzeiten. Bei empfindlichen Patienten empfiehlt sich ein Behandlungsbeginn mit täglich 2x1 Kapsel und nach 8 bis 10 Tagen Steigerung auf 3x1. Umgekehrt kann bei Dauerbehandlung und Kontrolle der Blutfette eine Reduktion von 3x1 auf 2x1 Kapsel täglich versucht werden.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen

Sowohl Clofibrat als auch Persantin sind im allgemeinen gut verträglich. Bei empfindlichen Patienten können gastrointestinale Störungen oder Kopfschmerzen auftreten. Gelegentlich treten nach Persantinat ebenso wie nach Clofibrat allein vorübergehende Erhöhungen der Transaminasen auf. Bleiben sie länger bestehen, sollte das Präparat abgesetzt werden.

Unverträglichkeiten und Risiken

Das Präparat soll nicht angewandt werden bei schweren Leberfunktionsstörungen, schweren Nierenfunktionsstörungen, Schwangerschaft und Stillzeit.

Besondere Hinweise

Die Wirkung von Antikoagulantien kann durch Clofibrat verstärkt werden. Bei Patienten, die mit gerinnungshemmenden Medikamenten behandelt werden, sollten daher in den ersten Tagen der gemeinsamen Verabreichung mit Persantinat die Gerinnungswerte überprüft und bei entsprechendem Abfall die Antikoagulantien niedriger dosiert werden.

Die gleichzeitige Einnahme von Persantinat zusammen mit Bohnenkaffee oder Schwarztee ist zu vermeiden. Kinder sollten kein Persantinat erhalten.

Darreichungsformen und Packungsgrößen
Originalpackung mit 50 Kapseln DM 25,20
Originalpackung mit 100 Kapseln DM 43,30
Klinikpackung

Unverbindl. emp. Preise lt. AT

Infarkttrisiko mindern

Thomae

Schutzlos reisen — teurer Urlaub

„Das Beste, was man vom Reisen nach Hause bringt, ist die heile Haut“, weiß ein persisches Sprichwort. Aber auch einen andersartigen Schaden will man natürlich nicht erleiden oder sich zumindest sicher sein, daß er ersetzt wird.

Für diese Absicht steht Ihnen eine Anzahl spezieller Reiseversicherungen zur Verfügung. Das beginnt mit der sogenannten Reisekostenausfallversicherung. Sie tritt ein, wenn Sie durch ernste Krankheit, Unfall oder Tod auch eines nahen Angehörigen eine ursprünglich gebuchte Reise nicht wahrnehmen können.

Die Versicherung zahlt dem Reiseunternehmen die Ausfallkosten, zu deren Leistung Sie sich bei der Buchung verpflichten mußten. 20 Prozent davon müssen Sie selbst übernehmen, bei Tod oder Unfall pauschal lediglich DM 50,—. Die Prämie beträgt bei Charterreisen oder einer gemieteten Ferienwohnung drei, bei Bahn- und Busreisen zwei Prozent des Reisepreises.

Gegen Verlust, Minderung oder Schädigung des Reisegepäcks schützt Sie die Reisegepäckversicherung finanziell beispielsweise bis zu DM 5000,— einen ganzen Monat lang auf Reisen innerhalb der meisten europäischen Länder für knapp DM 40,—. Achten Sie bei der Bemessung der Versicherungssumme darauf, daß sie für Schmuck, optische Geräte und wertvolle Pelze nur bis zu höchstens 50 Prozent gilt. Pelze und Juwelen sollten Sie auch deshalb gesondert in einer sogenannten Valorenversicherung versichern.

Die Lebensversicherung gilt ohnehin uneingeschränkt weltweit. Vergewissern Sie sich aber, ob Ihre private Haftpflichtversicherung wie auch die Hundehaftpflicht Auslandsgeltung hat, und wie weit Ihre private Krankenversicherung für die spezifischen Risiken aufkommt, die vor allem eine Auslandsreise birgt. Eine Reise-Krankenversicherung bietet Ihnen u. a. einen kostenlosen Heimflug, falls das aus medizinischen Gründen angezeigt sein sollte. Auch Ihre Unfallversicherung müssen Sie auf ihre Auslandswirksamkeit prüfen.

Wenn Sie mit dem Auto reisen, sollten Sie den Abschluß einer Vollkasko- wie einer Insassen-Unfallversicherung zumindest für die Dauer der Reise erwägen. Ebenso angebracht ist insbesondere in diesem Fall die Rechtsschutzversicherung.

Trotz eines Bündels bezahlter Versicherungspolizen können Sie Enttäuschungen riskieren, wenn Sie die Versicherungsbedingungen nicht genau durchlesen. Nur so erfahren Sie umfassend, in welchen Fällen die Versicherung bis zu welchen Beträgen eintritt, und unter welchen Voraussetzungen ihre Leistungen eingeschränkt oder ausgeschlossen sind.

Ebenso müssen Sie die Verhaltensweisen in einem sogenannten Versicherungsfall kennen, die von Ihnen erwartet werden. Falls Sie dabei etwas versäumen, riskieren Sie den Versicherungsschutz. Dadurch werden Ihnen keine unzumutbaren Aufgaben gestellt, aber wissen müssen Sie sie. Horst Beloch

Kostenlose Reformen sind jetzt der letzte Schrei, seitdem der Bundesfinanzminister auf dem letzten Loch pfeift. Nach den monatelangen Demontis beginnt nun allmählich auch die psychologische Vorbereitung auf Steuererhöhungen.

Vor diesem Hintergrund bereiten die Sozialversicherungen großen Kummer. Es ist zu befürchten, daß sie auf absehbare Zeit mit ihrem Geld nicht auskommen werden. Die Belastungsgrenze der Einkommen ist indes bereits erreicht.

So liegt die Frege nach Reformen nahe, die dem einzelnen regelmäßige Ausgaben ersparen helfen. Und nachdem der Bürger im Gegensatz zur Zeit der Gründung des ältesten Zweiges der Sozialversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, nunmehr nicht nur als mündig anerkannt, sondern sogar provoziert wird, wäre es wohl an der Zeit, auch ihre Bestimmungen in diesem Sinne zu modifizieren.

Prosper

Kurz über Geld

SONDERANGEBOT: SOFORT GELD zur Modernisierung von Eigenheimen und Eigentumswohnungen zu 7 Prozent p. a., 95 Prozent Auszahlung, durch die Bayerische Landesbausparkasse, wenn sie das Objekt früher finanziert hatte. Endtermin: 30. Juni 1975.

LETZTER TERMIN für Einkommensteuervorauszahlung: 17. Juni 1975.

INVESTITIONSZULAGE muß bis 30. Juni durch Bestellung gesichert sein.

BENZINGUTSCHEINE für Italien auch in den Sparkassen zu haben.

PERLEN DEMNÄCHST TEURER nach Mißernte durch Küstengewässerverschmutzung.

KINDERGELD-ANTRAG: Letzter Termin 31. Juli 1975. Anträge beim Arbeitsamt.

Schnell informiert

„Bayerisches Ärzteverzeichnis 1975“

Herausgeber: Firma „Äsculap Ärzte Verlag GmbH“, 8000 München 40, Postfach 40 01 43

Der „Äsculap Ärzte Verlag“ bat die Bayerische Landesärztekammer um Gestaltungsvorschläge für ein „Bayerisches Ärzteverzeichnis 1975“, dessen Finanzierung durch Werbung angeblich sichergestellt war. Der Verlag verwendete dieses Schreiben zusammen mit einer Empfehlung der „Deutschen Krebshilfe e.V.“ (unterschrieben von Frau Dr. Mildred Scheel), um bayerischen Ärzten ein „Angebot“ für die Aufnahme in dieses Buch zu machen. Dieses „Angebot“ sieht einer Rechnung täuschend ähnlich; durchweg wurde ein Betrag von DM 284, 24 erbeten.

Die Bayerische Landesärztekammer hat dem Verlag sofort verboten, ihr Schreiben weiter zu verwenden. Ferner wurde eine Anzeige wegen Betrugs bei der Kriminalpolizei München erstattet. Sollten Kollegen versehentlich den vorgenannten Betrag an den „Äsculap Ärzte Verlag GmbH“ überwiesen haben, so werden sie gebeten, dies der Bayerischen Landesärztekammer, Telefon (0 89) 41 47 - 275, sofort mitzuteilen, damit auch diese Fälle im Ermittlungsverfahren aufgegriffen werden können.

Post warnt vor Schwindel mit Telex-Verzeichnissen

Die Oberpostdirektion München hat vor unseriösen Verlegern von Telex- und anderen Verzeichnissen gewarnt und in einem Aufruf darauf hingewiesen, daß der Eintreg bis zu drei Druckzeilen im amtlichen Verzeichnis der Telexteilnehmer nach wie vor nichts kostet. Anlaß dazu gaben die Ermittlungen der Kriminalpolizei, die der Braunschweiger Branchenbuchverlegerin Brigitte König auf die Spur kamen. Sie hatte rund 90 000 Telexteilnehmern eine Rechnung von über DM 442,89 geschickt. Damit sollte der Eintreg in ein „Telex-Verzeichnis für die Bundesrepublik Deutschland“ bezahlt werden. Die Kripo Braunschweig hat inzwischen alle Empfänger von „Rechnungen“ gebeten, sich umgehend zu melden. Telefon: (05 31) 47 73 33.

(aus „Süddeutsche Zeitung“ vom 28. April 1975)

Herzinfarktgefährdung der deutschen Bevölkerung durch hohe Blut-Cholesterinwerte

Das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes hat in mehreren Orten Hessens Untersuchungen zum Gesundheitszustand der erwachsenen, nach eigener Einschätzung gesunden Einwohner vorgenommen. Dabei wurden erstmals an einer umfangreichen Bevölkerungsgruppe dieser Art in der Bundesrepublik u. a. die Cholesterinspiegel des Blutes gemessen.

In zahlreichen Langzeitstudien an Bevölkerungsgruppen in den USA und in Europa wurde festgestellt, daß ein um so höheres Herzinfarktrisiko besteht, je höher der Blut-Cholesterinspiegel ist. Menschen mit Cholesterinwerten über 250 mg/100 ml Blut werden z. B. doppelt so häufig von Durchblutungsstörungen des Herzens oder einem Herzinfarkt heimgesucht wie solche mit Werten unter 225 mg/100 ml. Die Ausprägung arterieller Gefäßkrankheiten anderer Lokalisation wird von der Höhe des Blutcholesterins ebenfalls maßgeblich beeinflusst.

Wertsache Sicherheit

Von der führenden
Krankenversicherung des
Ärztstandes.

Hohe Leistung zu
besonders günstigen
Beiträgen – durch den
Gruppenversicherungsvertrag
mit Ihrer
Ärztekammer.

- ☐ Einkommenssicherung: bis zu 500.- DM Krankentagegeld ohne zeitliche Begrenzung!
- ☐ Krankenhaustagegeld bis zu 200.- DM.
- ☐ Krankheitskostenversicherung ohne oder mit Selbstbeteiligung.
- ☐ Individuelle Gestaltung des Versicherungsschutzes durch zahlreiche Varianten – auch für Familienangehörige.

**Jetzt: Vertragspartner aller
Ärzttekammern
und des Marburger Bundes**

Coupon Ich interessiere mich für die Teilnahme
am Gruppenversicherungsvertrag

Name: _____

Anschrift: _____

Vereinigte
Krankenversicherung AG

Salus Krankenhauskosten-Versicherungs-AG

Generaldirektion, 8 München 40, Leopoldstraße 24

Von den über 10 000 untersuchten Männern und Frauen im Alter zwischen 35 und 64 Jahren hatten nur 47 Prozent Cholesterinwerte im „ungefährlichen“ Bereich unter 225 mg/100 ml. Bei nahezu 30 Prozent der untersuchten Männer in Hessen lag der Cholesterinspiegel über 250 mg/100 ml. Alle Altersstufen der Männer waren davon gleichmäßig betroffen. Bei Frauen fand sich dagegen eine deutliche Zunahme der Cholesterinwerte mit dem Alter. Den Wert von 250 mg/100 ml überschritten 13 Prozent der 35- bis 44jährigen, 31 Prozent der 45- bis 54jährigen und sogar 50 Prozent der 55- bis 64jährigen Frauen. Selbst wenn man berücksichtigt, daß die Richtwerte der oben genannten Langzeitstudien mit anderen Cholesterinbestimmungsmethoden gefunden wurden, könnten sich die Anteile der oberhalb von 250 mg/100 ml liegenden Personen in Hessen im äußersten Fall um ein Drittel erniedrigen. Soweit Vergleiche mit Daten aus kleineren Kollektiven der Bundesrepublik oder der DDR möglich sind, ergeben sich nur geringe Abweichungen zu den in Hessen ermittelten Werten.

Wegen des hohen Risikos einer Herz- oder Gefäßerkrankung werden Cholesterinspiegel von über 250 mg % als zumindest diätetisch behandlungsbedürftig angesehen, wobei im Einzelfall die angewendete Cholesterinbestimmungsmethode, Alter und Geschlecht, anderweitige Grundkrankheiten oder Medikamenteneinfluß mit zu berücksichtigen sind. Daß ein durch erhöhtes Blutcholesterin gesteigertes Krankheitsrisiko durch einfache und wenig kostende Maßnahmen, wie Gewichtsreduktion bei Übergewicht, Senkung des Gesamttettverbrauchs, Ersatz tierischer zugunsten pflanzlicher Fette, entscheidend herabgesetzt werden kann, wurde z. B. in finnischen Langzeit-Ernährungsstudien eindrucksvoll demonstriert.

— BGA Nr. 10/1975 —

F.X. Passage



Pulvermischung mit Sprudeleffekt

**ZUR INTESTINALEN
ENTSCHLACKUNG**

Die Vorteile salinischer Laxantien summieren sich in F. X. PASSAGE:

- Prompte und zuverlässige Wirkung
- keine Abstumpfung der Darmreflexe, keine Reizung
- keine Schmerzen, keine Gewöhnung.

Das angenehm erfrischende Sprudelgetränk wird von jung und alt gerne genommen.

Dosierung: 1mal täglich ca. 10 g in Wasser gelöst.
Kontraindikation: Darmverschluss.
Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt. Dose mit 200 g Inhalt DM 7,45

Dr. VIRGIL
MAYER

Zusammensetzung: Magnes. sulfuric. elocat. 30,0 g, Acid. citric. 28,0 g, Acid. tartaric. 3,5 g, Natriumhydrogencarbonat 31,1 g, Corrig. ad 100 g · apothekenpflichtig

7000 Stuttgart 50 (Bad Cennstatt) Postfach 50 05 44

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse mehrfach 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.

Juli 1975

- 6.—10. **Kopenhagen:** 13. Internationaler Kongreß für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie. — Auskunft: Dis Congres Service, Knabrostraede 3, DK-1210 Kopenhagen K.
- 7.—11. **Kopenhagen:** 13. Internationaler Kongreß für Orthopädie und Traumatologie (SICOT). — Auskunft: SICOT, 43 rue des Champs Elysées, B-1050 Bruxelles.
- 13.—18. **Toronto:** 9. Internationaler Kongreß für klinische Chemie. — Auskunft: Prof. M. Rubin, Georgetown Medical School, 3800 Reservoir Road, Washington, D. C. 20007/USA.
- 13.—19. **London:** 9. Internationaler Kongreß für Chemotherapie. — Auskunft: Conference Services Ltd., 43 Charles Street, Mayfair, London W 1.
- 13.—19. **München:** Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. — Auskunft: Dr. H. Pabst, 8022 Grünwald, Ebertstraße 1.
- 14.—26. **Montreux:** II. Seminar-Kongreß. — Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., 7000 Stuttgart 70, Hans-Neuffer-Weg 2.
- 18.—19. **München:** 52. Tagung der Bayerischen Chirurgen Vereinigung. — Auskunft: Prof. Dr. Fick, 8000 München 19, Walhellastraße 19.
19. 7.—2. 8. **Schillskongreßreise Ostsee—Südnorwegen** mit MS „Europe“. — Auskunft: Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung e. V., Sekretariat, 2060 Bed Oldesloe, Hude 1.
- 21.—26. **Paris:** V. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Thrombose und Hämostase. — Auskunft: V. Congress of the International Society on Thrombosis and Haemostasis, c/o Congrès-Services, 1, rue Jules-Leleuvre, F-75009 Paris.
27. 7.—1. 8. **Helsinki:** XIV. Internationaler Kongreß für Bluttransfusion. — Auskunft: XIV International Congress ISBT 1975, FRC Blood Transfusion Service, Kivihaentie 7, SF-00310 Helsinki.
21. 7.—2. 8. **Devos:** V. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

Pankreaplex®

stimuliert die physiologische Verdauungsleistung stabilisiert die intestinalen Funktionen **ohne** Enzym-substitution.



Schaper & Brümmer
Salzgitter - Ringelheim

Pankreaplex regt die geschwächte Enzymproduktion an und steigert die Verdauungsleistung von Magen, Darm, Leber und Pankreas.

Indikationen:

Sekretionsschwäche von Magen, Leber und Pankreas
Inappetenz, Gärungs- und Fäulnisdyspepsie, Meteorismus,
Flatulenz, Roemheld-Komplex, Dysbakterie, intestinale
Begleitsymptome bei Diabetes.

Zusammensetzung:

Percolat. 1 = 10:
Fruct. Cardui Mariae 3 ml, Cort. Szyzylif 4 ml,
Cort. Condurango 5 ml, Rad. Sarsaparillae 5 ml,
Cholesterin 0,0001 g, Folsäure 0,01 g, Pancreatin. hydrof.,
0,5 g, Corrigitie ad 20 ml
1 Dragee entspricht 10 Tropfen Liquidum.

Preise:

Packungen: 60 Dragees 5,55 DM, 150 Dragees 10,90 DM,
20 ml Liquidum 5,20 DM, 50 ml Liquidum 10,60 DM



COROVERLAN®

...wenn
die Pumpleistung
nachläßt



Feuerlöschpumpe
von 1880
Städt.
Branddirektion
München

Zusammensetzung:

1 ml (= 25 Tropfen) enthält:
Magnesium-L-asparagin, hydrochlor. (entspr. 13,5 mg Mg) 147 mg; Kalium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg K) 65 mg; Extr. Crataegi oxyacanth. 50 mg; 7-(β -Hydroxypropyl)-theophyllin, 50 mg.

1 Dragée enthält:

Magnesium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg Mg) 200 mg; Kalium-L-asparagin, monobas. (entspr. 13,5 mg K) 65 mg; Extr. Crataegi oxyacanth. 50 mg; 7-(β -Hydroxyäthyl)-theophyllin, 50 mg.

Indikationen:

Praeinsuffizientas Altersherz, Myodageneratio cordis, Kardiosklerosa, Rhythmusstörung, wie z. B. Herzstolpern, Extrasystolen, Tachykardia, paroxysmale Tachykardia, Kombinationsbehandlung mit Herzglykosiden.

Kontraindikationen:

Ausscheidungshemmung von Elektrolyten bei schwerer Niereninsuffizienz, Anuria.

Dosierung:

3mal täglich 20–30 Tropfen bzw. 1 Dragée unzerkaut vor den Mahlzeiten einnehmen. Erhaltungstherapie: 3mal täglich 15–20 Tropfen oder 2mal täglich 20 Tropfen bzw. 1 Dragée.

Handelsformen:

30 Dragées DM 5,25
100 Dragées DM 13,30
25 ml Tropfen DM 5,25
100 ml Tropfen DM 16,30

Verla-Pharm, Arzneimittelabrik,
8132 Tutzing / Oberbayern



COROVERLAN®

steigert und normalisiert die Förderleistung
des Herzens durch
Regeneration des Myokardstoffwechsels

August 1975

- 2.–9. 28. Kongreß-Schiffsreise mit MS „Istre“. Klesische Hellasfahrt. — Auskunft: Kongreßdienst, Deutscher Kassenarztverband, 2000 Hamburg 73, Postfach 73 04 20.
- 18.–19. Hamburg: 8. Tagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen. — Auskunft: Sekretariat der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen, 4630 Bochum, Hunscheidtstraße 1.
23. 8.–6. 9. Medonne di Campiglio: XII. Bergsteigerlehrgang des BSÄV (Friedrichkurs). — Auskunft: OMR Dr. F. Friedrich, 8000 München 40, Wilhelmstraße 16.
- 24.–28. London: Europäischer Kongreß für Hämatologie. — Auskunft: Kongreß-Sekretariat, Royal Postgraduate Medical School, Ducane Road, London W 12 OHS.
- 25.–30. Tokio: X. Internationaler Kongreß für Anatomie. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.
25. 8.–6. 9. Meren: XXIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.
31. 8.–6. 9. Karlsruhe: 27. Deutsche Therapiewoche. — Auskunft: Dr. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe 1, Kaiserallee 30.

Belieghinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma Dr. Karl Thomee GmbH, Biberach, beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 41 47 -1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 5,5 % = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 52 52 -802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, 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: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfingher, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., 8000 Dachau.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie 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, wann gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Im St. Elisabeth-Krankenhaus, Bad Kissingen ist die Stelle des

Chefarztes der Chirurgischen Abteilung

Mitte des kommenden Jahres 1976 neu zu besetzen. Das St. Elisabeth-Krankenhaus ist ein allgemeines Krankenhaus mit 275 Betten und insgesamt acht Fachdisziplinen (Chirurgie, Innere, Geburtshilfe-Gynäkologie und Anästhesie als Hauptabteilungen und HNO, Augen, Urologie und Kinder als Nebenabteilungen). Auf die Chirurgie entfallen 85 Betten. — Das Krankenhaus ist modern eingerichtet und im Jahre 1966 eröffnet worden.

Gesucht wird eine qualifizierte Persönlichkeit mit längerer klinischen Tätigkeit als Facharzt sowie ausgedehnten Erfahrungen in der Bauch- und Brustkorbchirurgie; die Methoden der modernen, konservativen und operativen Unfallchirurgie sollten beherrscht werden (Unfallkrankenhaus). Besonderer Wert wird auf die Bereitschaft zu einer intensiven Kooperation mit den anderen Abteilungen des Hauses gelegt sowie auf kollegiale Zusammenarbeit mit den anderen Chefarzten.

Vergütung erfolgt nach Caritas Richtlinien (AVR) Verg. Gruppe 1. Das Dienstverhältnis wird in einem besonderen Chefarztvertrag, der das Liquidationsrecht bei Behandlung von Patienten, die eine persönliche Behandlung durch den Chefarzt wünschen sowie der ambulanten Privatsprechstunde beinhaltet, geregelt. Bad Kissingen als Weltbad, verfügt über sämtliche schulischen, sportlichen und kulturellen Einrichtungen und liegt in schöner walddreichen Umgebung.

Bewerbungen sind mit den üblichen Unterlagen — ausführlichem Lebenslauf, Nachweis der wissenschaftlichen Arbeiten und gegebenenfalls des akademischen Grades, Lichtbild, lückenlosem Tätigkeitsnachweis sowie Zeugnisabschriften — zu richten an die Verwaltung des St. Elisabeth-Krankenhauses, 8730 Bad Kissingen.

Nervenkrankenhaus des Bezirks Schwaben in Kaufbeuren/Allgäu

Für unser modern eingerichtetes Nervenkrankenhaus (1000 Betten, 21 Arztstellen, zwei Psychologen) suchen wir

1 Abteilungsarzt (VergGr. Ib/1a BAT) oder 1 Bezirksoberrheumatiker/ Medizinadirektor

Es erwartet Sie eine interessante Tätigkeit auf psychiatrischen Stationen. Möglichkeiten zu vielseitiger Gutachter- und Lehrtätigkeiten unserer Krankenpflegeschule mit entsprechender Entschädigung zugesichert.

Daneben gewähren wir alle weiteren im öffentlichen Dienst üblichen Vergünstigungen (Bereitschaftsdienstvergütung, geregelte Arbeitszeit, 13. Monatsgehalt usw.). Bei der Wohnungsbeschaffung sind wir behilflich.

Der Bewerber sollte die Facharztanerkennung als Psychiater besitzen und über entsprechende Erfahrungen verfügen.

Kaufbeuren mit über 40 000 Einwohnern besitzt einen hohen Freizeitwert, verfügt über alle Schulgattungen (Mädchengymnasium in unmittelbarer Nachbarschaft, liegt 700 m hoch im reizvollen Voralpenland, überaus verkehrsgünstig (z. B. sind München und Füssen mit seinen Seen in 60 bzw. 40 Autominuten erreichbar).

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die **Direktion des Nervenkrankenhauses, 8950 Kaufbeuren, Postfach 401.**



DER KRANKENHAUS ZWECKVERBAND AUGSBURG

(Körperschaft des öffentlichen Rechts) sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Röntgenabteilung der Zweckverbandakliniken (Chefarzt Dr. Klotz)

1 Oberarzt

Gesucht wird ein Facharzt für Radiologie oder ein Mitarbeiter der kurz vor der Facharztanerkennung steht und Kenntnisse auf dem Gebiet der gesamten Röntgendiagnostik einschließlich Angiographie, wie auch in der Strahlentherapie (Kobalt-60) besitzt. Er sollte außerdem in der Lage sein, selbständig zu arbeiten und die in der Facharztweiterbildung stehenden Ärzte anzuleiten. Der Chefarzt ist zur Facharztweiterbildung ermächtigt und die Abteilungen sind modern eingerichtet.

Wir bieten:

- Bezahlung nach BAT mit Bereitschaftsdienstvergütung
- Beteiligung am Facharztpool nach Ausbildungsstand
- Alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen
- Kostenlose Schutzkleidung
- Essenszuschuß
- Bei der Vermittlung von Kindergarten- und Kinderkrippenplätzen sind wir behilflich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an

**KRANKENHAUS
ZWECKVERBAND
AUGSBURG**

8900 Augsburg, Unterer Graben 4
Telefon: 0821/324-4515

Krankenhaus St. Vinzenz, 8962 Pfronen/Allgäu
sucht zum baldigen Eintritt:

Assistenzarzt für die innere Abteilung.

Das Haus hat Chirurgische und Innere Abteilung, letztere ca. 60 Betten, modernste Diagnostik einschließlich Laparoskopie, Telemetrie. Gehalt nach AVR entsprechend BAT II und übliche Sozialleistungen, Einzelvergütung des Bereitschaftsdienstes und Cheferztzulage. Herrliche Gebirgsgegend.

Zuschriften erbeten an die Krankenhausverwaltung.

Beim Bezirkskrankenhaus Taufkirchen (Vils), Kreis Erding
(635 Betten), ist ab sofort die Stelle eines

Medizinadirektors

A 15 BBesO

zu besetzen.

Auf Wunsch Lehrtätigkeit an der bestehenden Schule für Krankenpflegehilfe.

Ferner suchen wir

2 Assistenzärzte (-ärztinnen)

VergGr. II/1a BAT

Zwei Jahre werden für die Facharztweiterbildung in Psychiatrie angerechnet. Bei Bewährung günstige Aufstiegsmöglichkeit als Facharzt — gegebenenfalls auch Übernahme als befristeter Arzt.

Wir gewähren alle Leistungen des öffentlichen Dienstes (Bereitschaftsdienst- und Überstundenvergütung, Beihilfe, 13. Monatsgehalt, geregelte Arbeitszeit).

Das Krankenhaus ist bei der Wohnungsbeschaffung behilflich; Unverheiratete erhalten — auf Wunsch — Unterkunft und Verpflegung im Hause.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die **Direktion des Bezirkskrankenhauses, 8252 Taufkirchen (Vils), Telefon (0 89 84) 211.**

Beim Kreis Krankenhaus in Mering, Landkreis Aichach-Friedberg, soll nach einer gründlichen Um- und Erweiterungsmaßnahme eine Hauptfachabteilung für

Innere Medizin

mit 60 Betten eingerichtet werden.

Der Landkreis Aichach-Friedberg sucht daher für diese Hauptfachabteilung einen

Facharzt für Innere Medizin als Chefarzt

mit umfassender klinischer Erfahrung im Bereich der Inneren Medizin, besonders in der Endoskopie (Laparoskopie, Gastroskopie) und Kenntnisse in der modernen klinisch-chemischen Diagnostik. Gute diagnostische Einrichtungen mit neuer moderner Röntgenanlage, klinischem Labor, EKG usw. sind vorhanden. Deboten werden: Ein privatrechtlicher Dienstvertrag mit Bezeichnung nach BAT, Liquidationsrecht im stationären Bereich (Wahlleistung) sowie in der ambulanten Praxis.

Der Landkreis ist bei der Zufassung zur Oberweisungspraxis behilflich.

Mering ist ein Markt mit 7700 Einwohnern, in der Nähe der Universitätsstadt Augsburg, sehr verkehrsgünstig an der Bahnlinie Augsburg-München gelegen. Sämtliche Schulen sind in Augsburg, eine neue Realschule ist am Ort vorhanden.

Fachlich qualifizierte Herren bitten wir um Ihre schriftliche Bewerbung mit den üblichen Unterlagen wie tabellarischem Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnisabschriften an das Personalreferat des Landratsamtes Aichach-Friedberg, 8890 Aichach, Schloßplatz 7.

Der Landkreis Bamberg sucht für ein Kreis Krankenhaus Scheßlitz (180 Betten), Grundversorgungs Krankenhaus mit Chirurgischer und Innerer Abteilung

Assistenzärzte

und

Medizinalassistenten

Wir bieten:

- Vergütung für Assistenzärzte nach Verg.Gr. II BAT und für Medizinalassistenten nach Verg.Gr. III BAT
- Großzügige Abgeltung der Oberstunden und des Bereitschaftsdienstes
- Alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes (zusätzliche Altersversorgung, 13. Gehalt, Beihilfegewährung usw.)
- Wohnmöglichkeit für Ledige im Personalwohnheim. Bei der Wohnungssuche für Verheiratete sind wir behilflich.

Die leitenden Ärzte sind zur Facharztweiterbildung ermächtigt (Chirurgische Abteilung 4 Jahre, Interne Abteilung 1 Jahr). Scheßlitz liegt 15 km östlich von Bamberg an der Bundesstraße nach Bayreuth in landschaftlich schöner Lage mit günstiger Verbindung zum Fernstraßennetz.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf, Prüfungszeugnissen und eventuellen Tätigkeitsnachweisen werden erbeten an:
Chefarzt Kreismedizinischer Direktor Dr. Schuster, Kreis Krankenhaus Scheßlitz, Telefon (09542) 257

oder

Landratsamt, 8600 Bamberg, Promenadenstraße 2a, Telefon (0951) 65324

Die Heilung von Hautleiden und -schäden

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

BEFELKA-ÖL

Zus.: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g, Öl. Chamom. 3 g, Öl. Oliv. 3 g, Öl. Viol. tric 3 g, med. Weißöl 76 g, Arom.

Arztemuater durch: 50 ml DM 4,50, 100 ml DM 7,00, 200 ml DM 13,50

BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 46 Osnabrück - Postfach 1381

Die Stadt Traunstein sucht zum 1. Juli 1975

eine(n) Assistenzarzt (-ärztin)

für die Gynäkologisch-Debutshilffliche Abteilung des Stadtkrankenhauses Traunstein (Oberbayern).

Das Stadtkrankenhaus Traunstein ist ein Schwerpunkt-Krankenhaus. Es verfügt über 420 Betten, davon 85 Betten auf der Gynäkologisch-Debutshilfflichen Abteilung, mit modernsten apparativen Einrichtungen, Intensiv-Pflegesiation, modernste Röntgen- und Strahlenabteilung, erstklassig eingerichtetes Labor. Die Gynäkologisch-Geburtshilffliche Abteilung besitzt die volle Anerkennung für die Facharztweiterbildung.

Wir bieten: Bezahlung nach dem Bundesangestellten-Tarifvertrag, vermögenswirksame Leistungen, Weihnachtsgeld, Beihilfegewährung im Krankheitsfall nach den tariflichen Vorschriften, beamtenähnliche Altersversorgung.

Traunstein/Obb. liegt im Alpenvorland und ist vom Chiemsee nur 10 km, von der Stadt Salzburg nur 40 km und von München nur 100 km entfernt. Interessenten stehen fast alle Sommer- und Wintersportmöglichkeiten in Traunstein oder nächster Umgebung offen. Im Ort sind alle weiterbildenden Schulen vorhanden.

Bewerbung mit Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnisabschriften bitten wir an das Personalamt der Stadt Traunstein, 8220 Traunstein, Postfach 1829, zu senden. Auf Wunsch wird vom Personalamt der Stadt, Ludwigstraße 11 (ehemaliges Lalmer-Haus) nähere Auskunft erteilt.

Das Gemeindekrankenhaus Murnau/Obb. sucht für sofort oder später

1 Oberarzt für die Chirurgische Abteilung

und

1 Oberarzt für die Interne Abteilung

Die Bewerber sollen Fachärzte oder kurz vor Abschluß der Facharztweiterbildung sein und den Chefarzt vertreten können.

Vergütungen und Arbeitsbedingungen nach BAT, Vergütung des Bereitschaftsdienstes, zusätzliche Altersversorgung, Nebeneinnahmen nach Vereinbarung mit den leitenden Ärzten. Unser Krankenhaus hat 90 Betten mit einer Chirurgischen und Internen Abteilung mit je 40 Betten.

Die Marktgemeinde Murnau/Obb., Luftkurort mit Moorbadebetrieb (8500 Einwohner) liegt in einem bevorzugt schönen Landschaftsschutzgebiet am Alpenrand und bietet günstige Möglichkeiten für Freizeit und Sport. Mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium am Ort. Zentrale Lage zwischen der Landeshauptstadt München und Garmisch-Partenkirchen - Autobahnverbindung.

Bewerbungen erbeten an das Gemeindekrankenhaus, 8110 Murnau/Obb., Telefon (08841) 1453.

Leitende Abteilungsärzte: Dr. v. Rudzinski, Chirurgie; Dr. H. Willkomm, Innere Medizin.

Auf der Urologischen Abteilung des Kreis Krankenhauses Neuötting (90 Betten) ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Das Arbeitsverhältnis richtet sich nach dem Bundes-Angestellten-Tarifvertrag in seiner jeweils geltenden Fassung. Die Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II/b BAT, Bereitschaftsdienst- und Oberstundenpauschale sowie Umzugskostenvergütung werden zugesichert. Bei Bewährung gewährt der Chefarzt des Krankenhauses persönliche Zuwendungen. Außerdem werden alle sonstigen Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes geboten. Wirksame Hilfe bei der Beschaffung einer preisgünstigen Wohnung wird ebenfalls zugesichert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die Verwaltung der Kreis Krankenhäuser Alt/Neuötting, 8262 Altötting, Mühldorfer Straße 16a.



Die Rhön-Kurklinik der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Bad Kleeingen sucht für sofort oder später

1 Assistenzarzt (-ärztin) und 1 Medizinalassistenten (-assistentin)

Im letzten Ausbildungsgang.

Die Kurklinik verfügt über 251 Betten, deren Patienten von einem aktiven Ärztekollegium mit Chefarzt, zwei Oberärzten und acht Assistenzärzten betreut werden. Es ist nur je eine freie Planstelle neu zu besetzen. Der Leitende Arzt ist bis zu zwei Jahren zur Facharztweiterbildung ermächtigt. Bei rotierendem Einsatz in den verschiedenen Kliniken der BfA kann die gesamte Facharztweiterbildung im Rahmen der Tätigkeit bei der BfA abgeleistet werden.

Die ärztlichen Aufgaben sind bei einem ausgewählten Krankengut interessant, vielsaitig und ausgesprochen praxisnah. Besondere Fortbildungsmöglichkeiten bestehen auf dem Gebiet der Hepatologie, Gastroenterologie und der Sozialmedizin mit gutachterlicher Tätigkeit. Möglichkeiten zu wissenschaftlichen Arbeiten sind ebenso gegeben wie Aufstiegsmöglichkeiten im Rahmen unseres Aufbauprogramms. Voraussetzung für die angeführten Möglichkeiten bieten moderne diagnostische wie auch therapeutische Einrichtungen (Endoskopie mit Leperoskopie, Gastroskopie usw., sowie im Zusammenhang mit einer zentralen Medizinisch-Technischen Untersuchungsstelle ein apparativ hervorragend ausgestattetes Laboratorium, eine Ergometrie, ein Lungenfunktionsplatz und eine moderne Röntgenabteilung unter Leitung eines Fachröntgenologen).

Wir bieten: Verg. nach Gr. II/1b MTAng-BfA (BAT), bei Vorliegen der Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin Verg. nach Gr. I b/1 e MTAng-BfA (BAT); ein Medizinalassistent wird ebenfalls nach vierwöchiger Einarbeitung bei Bewährung nach MTAng-BfA Verg. Gr. II bezahlt; großzügige Vergütung des Bereitschaftsdienstes, 13. Monatsgehalt als Sonderzuwendung, monatliche Zulagen, zusätzliche Altersversorgung sowie Beihilfe und Erstattung der Umzugskosten nach den gesetzlichen Vorschriften. Übernahme in das Beamtenverhältnis ist möglich.

Dienstwohnungen verschiedener Größe oder Appartements in modern eingerichteten Personalwohnhaus stehen zur Verfügung. Auf Wunsch Teilnahme an der Personalverpflegung zu günstigen Sätzen.

Bei einer Arbeitszeit von 40 Stunden im Rahmen der Fünf-Tage-Woche haben Sie genügend Zeit für Ihre Patienten, aber auch für sich selbst und für Ihre Weiterbildung.

Die Stadt Bad Kissingen und ihre unmittelbare Umgebung bieten bei einem Maximum an Lebensqualität (keine Umweltbelastungen, viel natürlich erhaltener Raum) alle Möglichkeiten einer größeren Stadt (Theater, Ausgleichssportarten wie Wandertouren, Tennis, Reiten, Golf, Segelfliegen usw.).

Bewerbungen erbeten an den Leitenden Arzt der Rhön-Kurklinik, Dr. H. G. Dehnhardt, 8730 Bad Kleeingen, Pfaffstraße 16, Telefon (09 71) Durchwahl 85 21 61 oder Vermittlung 85 - 1.

Der Landkreis Schwandorf sucht ab 1. Juli 1975 für das Kreis-
krankenhaus Burglengenfeld

1 Facharzt für Chirurgie als Chefarzt der Chirurgischen Abteilung

Das Kreiskrankenhaus umfaßt 170 Betten und verfügt über eine vollständige Chirurgische (85 Betten) und Interne Abteilung. Die Fachbereiche Gynäkologie und HNO sind als Belegabteilungen angegliedert. Eine Erweiterung des Krankenhauses auf 240 Betten ist für 1976 beabsichtigt. Das Kreiskrankenhaus Burglengenfeld ist im Krankenhausbedarfsplan des Landes Bayern als Grundversorgungs Krankenhaus der Versorgungsstufe I zur dauernden Förderung ausgewiesen. Die Anstellung erfolgt nach den Allgemeinen Richtlinien für Chefarztverträge. Die Ausübung Unfall-Chirurgischer Ambulanz im Hause mit eigener Liquidation ist möglich. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich. Umzugskosten werden erstattet. Burglengenfeld ist eine an der Naab gelegene Stadt mit ca. 10.000 Einwohnern. Neben vielen Sportmöglichkeiten sind alle weiterführenden Schulen (Gymnasium, Realschule) am Ort. Die Universitätsstadt Regensburg liegt 25 km und die Große Kreisstadt Schwandorf 18 km entfernt. Die unmittelbare Nähe des Bayerischen Waldes bietet viele Erholungsmöglichkeiten zu jeder Jahreszeit.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen unter Angabe des frühestmöglichen Eintrittstermines werden bis spätestens 20. Juni 1975 an die Personalverwaltung des Landratsamtes, 8460 Schwandorf, Postfach 154, erbeten.

Der Landkreis Nürnberger Land sucht für das Kreis-
krankenhaus Hersbruck

Leitenden Anästhesisten (Anästhesistin)

Das Kreiskrankenhaus Hersbruck (26 km östlich von Nürnberg) hat eine Chirurgische Chefärztabteilung, Belegabteilungen für internisten, HNO, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Augenarzt.

Die Beschäftigung erfolgt in einem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis auf der Grundlage des BAT. Liquidationsmöglichkeit im stationären und ambulanten Bereich. Zusätzliche Bereitschaftsdienstvergütungen. Hersbruck liegt in günstiger Verkehrslage und bietet mannigfaltige Veranstaltungen kultureller und sportlicher Art. Gymnasium am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden an das Landratsamt Nürnberger Land - Personalreferat - erbeten.

Beim Kreiskrankenhaus Scheßlitz, Landkreis Bamberg
(180 Betten) ist die Stelle des

leitenden Arztes

der Inneren Abteilung durch einen

Facharzt für Innere Krankheiten

in Dauerstellung zu besetzen.

Die Innere Abteilung umfaßt 45 Betten. Das Haus ist mit modernsten Einrichtungen ausgestattet.

Wir suchen eine qualifizierte Persönlichkeit mit mehrjähriger Erfahrung auf Ihrem Fachgebiet. Der Bewerber sollte die Ermächtigung zur Facharztweiterbildung besitzen.

Der Stelleninhaber erhält neben einer festen monatlichen Angestelltenvergütung die Liquidationsberechtigung im Rahmen der bestehenden Vorschriften.

Scheßlitz liegt 15 km östlich von Bamberg an der Bundesstraße nach Bayreuth in landschaftlich schöner Lage mit günstiger Verbindung zum Fernstraßennetz.

Chefarzt Dr. med. J. Schuster steht für ein Gespräch jederzeit zur Verfügung, Telefon (095 42) 2 57.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisabschriften, lückenlosem Nachweis der bisherigen Tätigkeiten und Angaben von Referenzen werden erbeten an

Landratsamt 8600 Bamberg, Promenadestraße 2 e.



Röthenbach bei St. Wolfgang inmitten des Reichswaldes, vor den Toren Nürnbergs gelegen, sucht einen

Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohner z. Z. 2300, Einzugsgebiet 3000. In den Nachbarorten: Wendelstein (2 km, 8000) 2, in Feucht (3 km 12 000) 4 Praktische Ärzte. Krankenhäuser in Nürnberg (12 km) und Schwabach (13 km). Ärztlicher Notfalldienst geregelt. Kindergarten und Volksschule am Ort. Weiterbildende Schulen in Feucht, Nürnberg und Schwabach. Die Gemeinde stellt Bauplatz und ist bei der Finanzierung behilflich.

Gemeinde Röthenbach bei St. Wolfgang
Telefon (0 91 29) 2 85

In Südbayern an der Autobahn Stuttgart-München alteingeführt

Allgemeinpraxis mit Belegarztstätigkeit

an städtischem Belegkrankenhaus aus Altersgründen nahtlos abzugeben. Haus mit Praxisräumen kann eventuell mitübernommen werden. Weiterführende Schulen am Ort und in nächster Umgebung. Ideale Verkehrsverbindungen nach München und in die Berge. Geordneter Wochenenddienst und Urlaubsvertretung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/472 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Allgemeinarzt

gesucht, der sich im Raum Nürnberg niederlassen will. Zuschriften erbeten unter Nr. 331/485 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Anzeigenschluß für die August-Ausgabe 1975 ist am 25. Juni 1975

Regensburg

Universitätsstadt, alle Schulen, hoher Freizeitwert, 90 qm Praxisraum in renoviertem Altbau ab September 1975 günstig zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/449 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Orthopäde

Jugoslawe, mit langjähriger Erfahrung, sucht entsprechenden Wirkungskreis.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/483 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

18jährige Norddeutsche mit Mittlerer Reife sucht

Lehrstella als Arzthelferin im Raum München.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/487 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Ärztehaus - Weiden/Oberpfalz

ca. 400 qm Praxisfläche

Geeignet als Gemeinschaftspraxis, auch nutzbar in drei bis vier getrennten Abteilungen mit verschiedenen Eingängen, zu vermieten. Gute Stadtlage, 12 PKW-Stellplätze direkt vor dem Haus.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/497 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Praxisräume in 8550 Forchheim

Ca. 100 qm, 1. Stock, Zentrum, Parkplätze vor dem Haus - auch als Labor geeignet - zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/480 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Gutgehende Nervenarztpraxis

seit 12 Jahren bestehend in oberbayerischer Kreisstadt zum 1. Juli 1975 oder später aus persönlichen Gründen nahtlos abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/465 an die Anzeigenverwaltung, BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Wegen Todesfalles ist eine alteingeführte

internistische Fachpraxis

in Nürnberg abzugeben. Eckhaus in günstiger Lage, Parterre, 125 qm, 6 Räume, voll eingerichtete, Röntgen, EKG, Labor, Kw.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/452 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Günstige, ideal gelegene

Arztpraxisräume

Im neuen Ärztezentrum in einem Stadtteil von Augsburg zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/493 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

Die moderne Arztpraxis

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

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

W. Körber, Inh. J. Pongratz, Arzt-, Krankenhaus- u. Laborbedarf, 8360 Deggendorf, Graflinger Straße 188, Telefon (09 91) 99 72

Kinderarztpraxis München

In schönster Wohnlage an Kollegin ab 1. Juli abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/484 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Praxisräume München, Müllerstraße

zu vermieten.

Sechs Räume, 160 qm, pro qm DM 5,90. 1. Stock, Zentralheizung, drei Autoabstellplätze.

Telefon (0 89) 70 21 12

Gegen Enuresis nocturna

ist HICOTON als Spazitikum seit vielen Jahren bestens bewährt und in allen Apotheken erhältlich

Zusammensetzung pro Tabl.: Ferr. oxyd. sacch. 50 mg, Sojalazithin 1,7 mg, Calc. glyc. phosph. 25 mg, Extr. Rhols arom. 5 mg, Extr. Humuli lupuli 2,5 mg, Extr. chinae 2,5 mg, Camph. monobr. 0,05 mg. 50 Tabl. 8,40 DM, 300 Tabl. 39,50 DM.

Arztmuster durch: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, 8024 München-Daisenhofen, Am Alten Weg 20

Praxisübernahme

einer internen Fachpraxis oder Allgemeinpraxis von Ärztepaar für Anfang nächsten Jahres gesucht.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/489 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Deutsches Fachärzteeam (Geburtshilfe, Gynäkologie, Endokrinologie), Hochschullehrer, sucht im Raum München

Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie

zu übernehmen.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/478 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

endokolat[®]

*Die große Erleichterung für
Ihren obstipierten Patienten*



*Das Kontaktlaxativum endokolat[®] regt die Peristaltik an,
ohne Schleimhautirritationen hervorzurufen.
endokolat[®] enthält keine hepatotoxischen Substanzen. Die galenische
Zubereitung schließt die intestinale Resorption der Wirksubstanz und somit
ihren Eintritt in den Leberstoffwechsel weitestgehend aus.*



Weiskopf

Zusammensetzung: 1 Dragée mit magensaftresistentem Überzug enthält 5 mg 4,4' - (2-Pyridylmethylendiphenyldiacetat (Bisacodyl))

Indikationen: Akute und chronische Obstipation verschiedener Genese. Zur Darmentleerung vor Röntgenaufnahmen und Rektoskopien.

Kontraindikation: Ileus

Anwendung und Dosierung: Bei leichter Verstopfung genügt in den meisten Fällen die abendliche Ein-

nahme von einem Dragée. Bei hartnäckiger Verstopfung kann die Dosis unbedenklich auf drei und mehr Dragées erhöht werden. Die Wirkung tritt am nächsten Morgen, etwa 10 Stunden nach der Einnahme, ein.

Bei der Einnahme am Tage ist mit einem Wirkungseintritt nach etwa 5 Stunden zu rechnen. Die endokolat[®]-Dragées sind unzerkaut mit oder ohne Flüssigkeit einzunehmen.

Zur Beachtung: Wegen seines magensaftresistenten Überzugs löst sich das endokolat[®]-Dragée erst im alkalischen Bereich des Dickdarms, um dort seine Wirkung zu entfalten. Die gleichzeitige Einnahme von alkalisierenden Mitteln ist deshalb zu vermeiden.

Handelsformen: Packungen mit 30 Dragées DM 3,30
100 Dragées DM 9,40
Anstaltspackungen mit 1000 Dragées

Zyloric-300[®]

Neu
Tagestablette

1 x täglich regelmäßig



Hyperurikämie und Gicht kausal therapieren

Zusammensetzung: 1 Tablette Zyloric-300[®] enthält 300 mg 1-H-Pyrazolo(3,4-d)pyrimidin-4-ol (Allopurinol). **Indikationen:** Hyperurikämie und Urikopathien wie Gicht, Uratnephrolithiasis. Verhinderung der Calciumoxalatsteinbildung bei gleichzeitiger Hyperurikämie. Erkrankungen mit starkem Nucleoproteinabbau. Röntgen- und Chemotherapie von Hämoblastosen und Tumoren. **Kontraindikation:** Schwangerschaft. Bei vitaler Indikation ab 4. Monat. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich allergische Reaktionen. Vereinzelt Übelkeit und Brechreiz. **Dosierung:** Standard-Dosierung: 1 Tablette Zyloric-300[®] täglich (nach dem Essen mit Flüssigkeit). Ist eine von der Standard-Dosierung abweichende Dosierung angezeigt, empfiehlt sich die Verabreichung von Zyloric[®] à 100 mg. Ausführliche Hinweise im wissenschaftlichen Prospekt. **Hinweise:** Bei manifester Gicht können zu Beginn der Behandlung vereinzelt Gichtanfälle auftreten; hier empfiehlt sich die gleichzeitige Gabe von Colchizin oder Analgetika. Bei der Therapie der Gichtkranke und der Harnsäuresteine soll die tägliche Urinausscheidung mindestens 2 Liter betragen. Die Harnreaktion sollte annähernd neutral sein (pH 6,4-6,8). **Hendeleformen:** Zyloric-300[®]: 30 Tabletten à 300 mg DM 39,20. Zyloric[®]: 50 Tabletten à 100 mg DM 29,50. Preise incl. Mehrwertsteuer.



Deutsche Wellcome GmbH
Wellcome 3006 Burgwedel 1

045

Zyloric-300[®] und Zyloric[®] sind das meistverordnete Gichtmittel. Über 750 wissenschaftliche Arbeiten dokumentieren zehn Jahre zuverlässige kausale Therapie mit Zyloric[®].