



# Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mittellungen der Ministerien  
Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 12

## Zum Jahreswechsel

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Vor einem Jahr haben wir im Hinblick auf den Beginn einer neuen Wahlperiode der Bayerischen Landesärztekammer zum Ausdruck gebracht, daß es schwerfalle, für diese Zeit eine optimistische Prognose zu stellen. Nur zu gern hätten wir heute bekannt, daß wir uns damals geirrt haben. Die Ereignisse des zu Ende gehenden Jahres haben aber wohl auch dem Gutgläubigsten gezeigt, in welcher kritischer Phase der Fortentwicklung unseres beruflichen Schicksals wir uns befinden.

Zweifellos ist die Kostenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung ein ernstes Thema. Während in den vergangenen „fetten“ Jahren von allen Seiten der Ruf ertönte, das Beste sei für den Versicherten eben noch gut genug, glaubt man jetzt, gerade uns Ärzte zu besonderer Sparsamkeit ermahnen zu müssen. Wir sind bereit, unseren Beitrag zu leisten, um die richtige Mitte zwischen dem Wünschenswerten und dem Machbaren zu finden, ohne dabei dem Versicherten das für ihn Notwendige vorzuenthalten. Darunter verstehen wir auch, daß unseren Patienten die Fortschritte der Medizin und damit verbundene bessere Heilungschancen wie bisher so auch in Zukunft so rasch wie möglich erschlossen werden müssen.

Viel schwerer jedoch wiegen die Probleme der Kostenentwicklung auf dem Sektor der Krankenhausbehandlung. Zwar entfallen nur 10 v. H. der Gesamt-Morbidität auf den stationären, also den Krankenhaussektor. Dafür werden aber die Hälfte der für Krankenbehandlung insgesamt aufzuwendenden Mittel verbraucht. Wer noch vor kurzer Zeit wagte, von einem Überangebot an Betten zu sprechen, löste massive Proteste aus. Heute ist diese Erkenntnis Allgemeingut geworden. Nur, wie man damit fertig werden soll — darüber besteht noch keine Einigkeit.

Daß die Einführung der vorstationären Diagnostik und der nachstationären Behandlung das Problem nicht zu lösen, die Verweildauer nicht zu verkürzen vermag, haben wir inzwischen überzeugend dargelegt. Die Verkürzung der Verweildauer, die Reduzierung der Belegung der Krankenhäuser als Vorstufe einer Verminderung der Bettenzahl ist nur dann möglich, wenn man bereit ist, für eine Übergangszeit das Defizit der Krankenhausbetten in Kauf zu nehmen, welches zwangsläufig dadurch entstehen muß. Erst in der zweiten Phase, wenn Betten abgebaut worden sind, können auch die festen Kosten der Krankenhäuser, die den Pflegesatz weitgehend bestimmen, sinken. Wir können nur hoffen, daß sich diese Binsenweisheit im kommenden Jahr endlich durchsetzen wird.

Auch in dem zu Ende gehenden Jahr hat es nicht an Programmen zur Veränderung unseres Systems der ärztlichen Versorgung gefehlt, ebensowenig wie an Vorwürfen einer mangelnden Effizienz unseres Gesundheitswesens. Nach wie vor sind wir der Überzeugung — und erfreulich viele Mitbürger haben das inzwischen bestätigt —, daß das derzeitige System der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik besser ist als in anderen Ländern. Seine weitere Verbesserung wird unser stetes Anliegen bleiben.

Es ist auch in diesem Jahr wiederholt die Frage gestellt worden nach dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Alles, was wir darüber zu erkunden vermochten, hat uns gezeigt, daß dieses Vertrauen trotz aller Anfechtungen nicht zerstört werden konnte. Mag die Alltagsarbeit des Arztes — gleich, an welchem Platz er steht — oft mühsam und mit Verdruß verbunden sein, wir sollten uns immer wieder dankbar an dieses Vertrauen erinnern und auch unsererseits alles tun, um es zu erhalten und zu stärken.

Die Ärzteschaft unseres Landes hat schon viele Stürme überstehen müssen. Wenn es uns gelingt, unsere Geschlossenheit zu wahren, werden wir auch diese Zeit, so hart sie sein mag, heil überwinden.

Ihnen allen, liebe Kolleginnen und Kollegen, und Ihren Familien wünschen wir ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein glückliches und gesundes neues Jahr.

Ihre

Dr. Hermann Breun

Professor Dr. Hans J. Sewering

Dr. Friedrich Kolb

# Unsere Kinder in der gegenwärtigen Gesellschaft\*

von A. Windorfer

Für die Entwicklung der Kinder in jeder Gesellschaft sind zwei Umstände von großer Bedeutung:

1. Die Kinder unterliegen dem *Nachahmungstrieb* in besonders starkem Maße, das ist absolut physiologisch, und
2. die Kinder werden als noch *unselbständige* Personen von den Erwachsenen in ihrer Entwicklung entscheidend gelenkt.

Einer Erklärung bedarf in diesem Zusammenhang die Bezeichnung „Gesellschaft“, da es scheinen könnte, als wäre dies ein klarer Begriff. Das Gegenteil davon ist jedoch der Fall. So hat jede Zeit ihre eigene Gesellschaftsform, die jeweils geprägt wird von den durch Zahl oder Macht vorherrschenden Menschengruppen. Sie bestimmen maßgeblich – durch Gesetze und heute auch durch Massenmedien – die Gesellschaftsordnung. Hinzu kommen wesentliche Einflüsse von anderen Ländern.

Wenn ich versuche, das Bild unserer Kinder in der jetzigen Gesellschaft zu zeichnen, so möge erlaubt sein, dies mit einigen wesentlichen Strichen zu tun und nicht in allen Einzelheiten.

Folgende Probleme möchte ich ansprechen:

1. Die körperliche Gesundheit unserer Kinder,
2. ihre geistige und seelische Entwicklung und
3. das Leitbild der Gesellschaft.

\*) Festvortrag bei der Tagung der „Vereinigung Bayerischer Chirurgen“ in München, Juli 1975.

## I.

Die *körperliche* Gesundheit interessiert uns zuerst rein fachlich: Betreibt man genealogische Studien, so ist zu finden, daß aus den Familien unserer Vorfahren meist zwei, drei oder mehr Kinder in sehr jungem Alter verstorben sind. Schuld daran war der sogenannte Säuglingsdurchfall und die Kinder-Infektionskrankheiten.

Goethe hat von fünf Kindern vier im Säuglingsalter verloren. – *Bodelschwingh* vier Kinder innerhalb von zehn Tagen an Keuchhusten. – *Rückert*, der Dichter der bekannten Kindertotenlieder, mußte zwei Kinder dem Scharlach opfern.

Was ist daraus geworden? Wie sieht es heute aus?

Die *Säuglingssterblichkeit*, d. h. die Todesfälle im ersten Lebensjahr bezogen auf 100 Lebendgeborene, betrug 1875, also vor 100 Jahren, 23 Prozent; das ist fast der vierte Teil der Säuglinge; jetzt 1973 nur noch 2,3 Prozent.

Die Diphtherie tötete 1893 über 75 000 Menschen in Deutschland, vorwiegend Kinder; 1972 nur noch zwei. – An Scharlach starben im Jahre 1893: 15 000 Kinder; 1972 nur noch vier. – Die Poliomyelitis, eine der heimtückischsten Seuchen, ist dank der Impfung praktisch verschwunden. – Ich will damit zeigen, daß die Gefahren, die den Kindern im vorigen und zu Beginn dieses Jahrhunderts am schlimmsten drohten, zum größten Teil beseitigt sind. – Ein glänzender Erfolg der modernen Medizin! Kein Zweifel.

Bedrohung von Leben und Gesundheit kommen heute von ganz anderer Seite. – Hierzu einige Beispiele, die gerade die gemeinsame Arbeit von Chirurgen und Kinderärzten betreffen:

1. Ein großer Schrecken für die Eltern und uns Ärzte sind die *angeborenen Mißbildungen*, die an Häufigkeit und Schwere erheblich zugenommen haben. – Für die Meningomyelozelen konnte *de Rudder* den Nachweis exakt führen. – Die epidemieartig aufgetretenen grausamen *Contergan-Schäden* sind in unser aller Erinnerung. – Ich denke ferner an die angeborenen Herzfehler und die Rötelnembryopathien, die in dieser Zahl früher nicht existierten.

2. Beängstigend und ungeklärt ist weiterhin die *Zunahme der Tumor- und Bluterkrankungen* bei Kindern.

Daß Umweltschäden in beiden Fällen, bei Mißbildungen und Tumorerkrankungen, eine wesentliche Rolle spielen, scheint sicher zu sein. Die zahlreichen kanzerogenen chemischen Stoffe kommen ursächlich in Betracht. – Der Hauptverdacht fällt aber auf die ionisierenden Strahlen, die im Körper gespeichert werden und daher für Kinder besonders gefährlich sind.

Ich möchte hier aus einem Artikel des bekannten russischen Atomphysikers *Saccharow* zitieren: „Bekanntlich führt die Absorption radioaktiver Produkte von Kernexplosionen durch die Milliarden Menschen, die die Erde bevölkern, zur Vermehrung einer Reihe von Erkrankungen und Geburtsdefekten; durch sogenannte *unterschwellige biologische Effekte*, wie Schäden an DNS-Mole-

külen, den Erbträgern. Wenn die radioaktiven Produkte einer Explosion in die Atmosphäre geraten, bedeutet jede Megatonne der Kernexplosion Tausende unbekannter Opfer. — Und jede Testreihe einer Kernexplosion setzt Dutzende von Megatonnen frei; und das bedeutet Zehntausende von Opfern.“

Auch wir selbst sollten nicht vergessen, daß mit Röntgenstrahlen gerade bei Kindern oft zu unvorsichtig umgegangen wird. — Wir befinden uns in einem Stadium der Medizin, in dem große Entdeckungen und Fortschritte nach Jahrzehnten ihren Zoll fordern, der von den nachfolgenden Generationen getragen werden muß.

3. Schließlich sind als eine uns leider allzu bekannte Bedrohung der Kinder die *Unfälle* zu nennen. Daran starben 1973: 3600, das sind etwa zehn pro Tag! — Sie haben in erschreckendem Maße zugenommen, am schlimmsten davon die Straßenverkehrsunfälle. — 1973 wurden 1781 Kinder durch Verkehrsunfälle getötet und fast 70000 verletzt, davon rund  $\frac{1}{3}$  so schwer, daß körperliche und geistige Verkrüppelung zurückbleibt. — Am meisten betroffen sind die drei- bis achtjährigen. Zwei Drittel davon verunglücken als Fußgänger und Radfahrer. Man bedenke, daß es sich dabei um lebensfrohe, gesunde Kinder handelt, die der Rücksichtslosigkeit motorisierter Erwachsener zum Opfer fallen! Den ganzen Schrecken dieser „Zivilisationsseuche“ erleben nur die betroffenen Familien und die Ärzte, die täglich diese armen Opfer behandeln und wegen ihrer Defektzustände jahrzehntelang in Betreuung behalten. — Die Bundesrepublik hält hinsichtlich der Kinderunfälle einen traurigen Rekord, wie kürzlich Staatsminister *Merk* hervorhob. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern und den USA hat die Bundesrepublik die höchste Rate an Kinderunfällen. — Rehabilitationszentren, die jetzt modern geworden sind und allenthalben mit großem Geldaufwand gebaut werden, sind ein schwacher Trost. Man sollte gerade hierbei lieber nach dem alten ärztlichen Grundsatz verfahren „besser verhüten als behandeln“.

Wenn von behördlicher Seite versichert wird, wie sehr man sich um die bessere Verkehrserziehung der Kinder bemühe, weil die Kinder

doch meist „in das Auto hineinlaufen“, so ist das ein Trugschluß. Der lateinische Hexameter „sunt pueri pueri, pueri puerilia tractant“ hat auch heute noch wie eh und je seine Geltung. „Es sind halt Kinder“. Das hat sich auch Gott sei Dank in unserer Zivilisationsgesellschaft noch nicht geändert. — Man kann nicht gesunde normale Kinder zu Marionetten machen, die sich nur nach Vorschrift bewegen. — Es ist ausgeschlossen, allen Kindern abzugewöhnen, nach dem Ball zu springen, der auf die Straße rollt. — Es ist auch nicht möglich, daß die Kinder alle Gefahren erkennen, wenn sie die Straße überqueren, etwa um nach dem Omnibus zu laufen, der sie zur Schule bringt. Es gibt Grenzen, die durch Alter, Vitalität und Reaktionsvermögen der Kinder gesetzt sind! — Im übrigen bleibt zu fragen, warum unentwegt nur die Kinder geschult werden? Ich glaube, man sollte vielmehr die „mündigen Bürger“ einer viel intensiveren Schulung zur Rücksichtnahme unterziehen. — Auch ist mit Ausnahme der Autobahnen und Schnellstraßen den Fußgängern und Radfahrern das Benützen der Straße ebenso gestattet wie den motorisierten Fahrern. Daß hierbei dann die rohe Gewalt das Vorrecht vor dem einzelnen Menschen hat, ist nirgends festgelegt und somit lediglich eine böse Gewohnheit, aber kein Recht.

Zur Gesundheit der Kinder gehört vor allem die *Bewegung*. Die ungenügende körperliche Betätigung unserer Kinder ist eine Folge der modernen Lebensführung, besonders in den Städten; sie führt zur Inaktivität und Verweichlichung. — Die Bewegung ist das Lebenselement der Kinder. Die Kinder müssen sich bewegen, sie müssen sich bewegen dürfen. — Wo ist das aber noch möglich? — Der Schulweg in den Städten ist eine unphysiologische Belastung durch Pflastertreten und lebensgefährliches Straßenüberqueren in einer mit Diesel und Benzin angefüllten stickigen Atmosphäre; nirgends ein Radfahrweg oder ein Fußweg. — Die Kinder sitzen in der Schule, und sie sitzen zu Hause; und sonntags sitzen sie in den Autos über Hunderte von Kilometern, viele Stunden lang, weil die Eltern spazierenfahren wollen. — Wo also können sich die Kinder körperlich austoben? — Das aber brauchen sie so notwendig wie Essen und Trinken und Schlafen, und zwar täglich. —

Spiel und Sport in jeder Form müßte erheblich gesteigert werden! Das Gymnasium der Griechen war eine Stätte zuerst der körperlichen und dann auch der geistigen Erziehung. Unsere Schulen bevorzugen und trainieren zu einseitig den Intellekt. „Mens sana sit in corpore sano“!

Für die Gesundheit der Kinder ist auch die *Ernährung* maßgebend. Die Möglichkeit der ausreichenden vernünftig zusammengestellten Kost ist heute fast überall bei uns gegeben. Und doch werden laufend grobe Fehler gemacht: Die physiologische Muttermilch für Säuglinge ist unmodern geworden, nicht zum Nutzen der Kinder. — Später wird eine zuckerüberreiche Kost gegeben. — In der vom Bayerischen Kultusministerium herausgegebenen Zeitschrift „Schule und wir“ wird beklagt, daß in den Schulpausen Cola und jede Menge von Süßigkeiten verzehrt werden. — So sind nicht Hunger und Unterernährung die Gefahr bei uns, sondern Kalorienüberfluß, Fettsucht und Zahnkaries sind die Folge.

Einer besonderen Erwähnung im Leben unserer Kinder bedarf heutzutage das Phänomen der *Entwicklungsbeschleunigung*, auch Akzeleration genannt. Es handelt sich dabei um folgendes: Die Gesamtentwicklung der Kinder läuft beschleunigt ab: So die beiden Dentitionen, das Auftreten der Knochenkerne, die Geschlechtsentwicklung. — Eine Größenzunahme ist schon bei den Neugeborenen vorhanden und gefolgt von einer weiteren Zunahme der Endgröße. — Auch die Intellektentfaltung ist vorverlegt. — So gesichert diese Tatsachen sind, so unsicher sind noch die Erklärungsmöglichkeiten. Am wahrscheinlichsten ist die „zivilisationsbedingte Theorie“, nach der die Akzeleration als Antwort des menschlichen Organismus auf die Massierung sensorischer und psychischer Reize, also auf das Leben im Stadtmilieu der Zivilisation, anzusehen ist; denn die Stadtkinder sind wesentlich stärker betroffen als die Landkinder. Mag der Vorgang durch beschleunigte Intelligenzentwicklung und frühzeitigere Selbständigkeit gewisse Vorteile bringen, so ist andererseits die „Reizüberflutung“ mit Lärm, Unruhe, Hetze, das sogenannte „Urbanisierungs-trauma“, sehr schädlich. Die Kinder werden nervös und unkonzentriert; sie erscheinen bei uns in

der Sprechstunde als Schulversager wegen Konzentrationsschwäche. — Ganz allgemein bietet eine körperliche und geistige Frühreife erhebliche Gefahren.

Einen Gesamtüberblick über die Gesundheit der Kinder erleubt uns die Beurteilung der somatischen Widerstandsfähigkeit gegenüber Krankheiten. Das „Altersklassen-Sterblichkeitsgesetz“ (v. Pfaundler) besagt, daß die Sterblichkeit als Ausdruck der biologischen Lebensleistung der Individuen anzusehen ist. Nämlich: Die Sterblichkeit ist im ersten Lebensjahr hoch, geht vom zweiten und dritten Jahr an rasch zurück, liegt zwischen sechs und zwanzig Jahren am niedrigsten, um dann zunächst langsam, später wieder schneller anzusteigen. Somit ist die Altersstufe zwischen sechs und zwanzig Jahren diejenige mit der niedrigsten Sterblichkeit, der besten „Anpassungsgröße“ (de Rudder).

Ziehen wir somit das Resümee hinsichtlich der Gesundheit unserer Kinder, so darf es lauten: Es sind optimale Vorbedingungen für die Gesunderhaltung gegeben, denk des Intellektes des homo sapiens. Sie werden jedoch durch Schäden, die die Menschen selbst setzen, zum Teil zunichte gemacht: Homo homini lupus!

## II.

Wohl zu keiner Zeit hat es in unserer Gesellschaft so viele Möglichkeiten der geistigen *Entwicklung* für die Kinder gegeben, wie in den letzten Jahrzehnten. Doch wir müssen auch hier erleben, daß jeder sogenannte Fortschritt einmal einen Kulminationspunkt erreicht und dann überschritten wird. Es kommt zum Übermaß, zur Übertreibung.

Der entscheidende Einfluß auf die Kinder geht von zwei Lebensbereichen aus: der *Familie* und der *Schule*; in der Schule sowohl von den Lehrern als auch von den Schulkameraden. — Oft stehen sich die Einflüsse von Familie und Schule gegenüber. Zwar läßt es sich nicht umgehen, daß in der Schule auch andere Ansichten und Vorstellungen den Kindern vermittelt werden als zu Hause; doch darf dies nicht bis zur Übermittlung von Ideologien gehen. — Immer haben Staatsmänner gewußt, was es bedeutet, die Jugend für sich zu gewinnen und deshalb versucht, den Kindern bestimmte Meinungen zu vermitteln, ja sogar

aufzudrängen. Sind doch die Kinder die Zukunft jedes Volkes und Staates.

Kinder zeichnen sich durch eine besondere Plastizität von Geist und Seele aus. Eindrücke, die sie jung erhalten, bleiben ihnen fest in der Vorstellung. Nicht umsonst heißt es: „wes einer in seiner Jugend getan hat, das tut er das ganze Leben“. — Deshalb ist es entscheidend, was den Kindern außer an Kenntnissen noch mitgegeben wird; ich meine die Erziehung. — Adalbert Stifter, der Dichter und erfahrene Pädagoge nennt die Erziehung die „erste und heiligste Pflicht des Staates“. Wozu er feststellt: „Der Unterricht ist viel leichter als die Erziehung. Zu ihm darf man nur etwas wissen, um es mitteilen zu können; zur Erziehung muß man etwas sein“.

Zwei Gefahren muß ich bei der derzeitigen geistigen Entwicklung der Kinder nennen: Das erste ist die einseitige *zerebrale Überstimulierung*. — Es wird den Kindern zu viel und zu vielerlei zugeführt und abverlangt. Das Lernpensum ist im Verhältnis zur gegebenen Zeit zu groß. Kinder müssen auch mit sechs, zehn und zwölf Jahren noch Zeit haben für Spiel und Sport. — Versuche, die Kinder mit fünf Jahren in die Schule zu schicken, muß ich als baren Unsinn bezeichnen. Es würde zu einer weiteren dann schädlichen Akzeleration führen.

Hier muß auch ein völlig falsch ge deuteter moderner Begriff erwähnt werden, die sogenannte *Chancengleichheit* der Kinder. Daß man Kindern die gleiche Möglichkeit zu lernen gibt, ist richtig. Aber damit anzunehmen, daß die Kinder alle die gleiche Auffassungsgabe, das gleiche Gedächtnis, dieselbe Kombinationsgabe und Kritikfähigkeit, sowie denselben Lernimpetus haben und deshalb das gleiche Ziel erreichen müssen, ist grundfalsch. Man tut damit vielen Kindern sehr Unrecht, wenn man von ihnen verlangt, was sie mit bestem Willen nicht leisten können. — Unverständlich ist auch der heute quasi „moralische Zwang“, der auf Kinder und Eltern ausgeübt wird, das Gymnasium zu besuchen. Damit schafft man Insuffizienzgefühl und Unzufriedenheit bei denjenigen, die ganz andere Begabungen haben. Weshalb wird die Vielfalt der Anlagen so eingeengt? Das ist eine einseitige Übertreibung, fälschlicherweise als „Gleichheit“ firmiert.

Das zweite Schädliche ist die *Verbreitung* einer Ideologie in der Schule. Wir müssen von den Schulen verlangen, daß die Kinder zu klardenkenden jungen Menschen erzogen werden. Dies ist sicher noch in den meisten Schulen der Fall. Aber was soll man dazu sagen, wenn in einigen Ländern der Bundesrepublik die Kinder gegen Eltern und Lehrer systematisch aufgehetzt werden? — Berührt sind die als „Drucksachen“ an die Schüler ausgegebenen Lesebücher, die zum Teil Verse und Ausdrücke enthalten, die ich hier nicht wiedergeben kann. — Wer möchte wohl seine Kinder so erziehen lassen? „Antiautorität“, wie des Schlagwort dafür heißt.

Das „Institut für Bildung und Wissen“ in Frankfurt warnt daher vor Büchern und Unterrichtsmaterialien zu Fächern, wie Deutsch, Gesellschaftskunde und Religion, die eine Entfremdung der Kinder von ihren natürlichen Bezugspersonen, ihre Abwendung von der überlieferten Gesinnung und Moral, und Widerwillen gegen stabilisierende Institutionen, wie Familie, Kirche, Recht und Staat, zu ihren erklärten Zielen machen. — „Das Bildungssystem darf nicht zum Schaden der Kinder von vorschnell agierenden Experimentalpädagogen und Ideologisch fixierten Bildungspolitikern beherrscht werden. Alle Eltern sollten sich daher zum Schutz ihrer Kinder zusammenschließen, ihre legitimen Rechte wahrnehmen und notfalls Widerstand leisten“. Dem kann man voll zustimmen.

Hierher gehört meines Erachtens auch der unnatürlich forcierte Sexualkundeunterricht. Wenn elfjährige Buben dann nach Hause kommen und die Eltern fragen, was sie denn machen sollen, wenn sie mit vierzehn Jahren noch kein Mädchen hätten? So kann ich nur sagen: Man lasse gefälligst solch groben Unfug in der Schule sein! Die Folge davon sind Kinder als Mütter, für die bereits eigene Schulen eingerichtet werden müssen. — Erfreulicherweise hat Staatsminister Maier neuerdings Richtlinien erlassen, damit bei dieser komplizierten Materie in Bayern dem Alter entsprechend und mit mehr Takt verfahren werden soll.

Vom Geistigen zum Seelischen, vom Denken zum Fühlen und Empfinden ist nur ein Schritt, ein fließender Übergang. Wir müssen hier auf die Probleme eingehen, die das Gemüt

der Kinder und Jugendlichen betreffen: Im Mittelpunkt dafür steht die *normale Familie*. In sie sollte jedes Kind eingebettet sein. Hier soll es die unentbehrliche „Nestwärme“ und Sicherheit haben, die durch Liebe und Zuneigung der Eltern und Geschwister entsteht. Die Familie ist der kleinste in sich geschlossene Kreis, in dem jedes Kind sein wirkliches „Daheim“ haben soll, bis es langsam mehr und mehr herauswächst. Wenn die Familie verfällt — und wir sind leider auf dem besten Wege dazu —, verfällt auch die normale Erziehung, besonders in psychischer Hinsicht.

Hat in der Nachkriegsgeneration meist der Vater der Familie gefehlt, so ist es jetzt allzu oft die Mutter. Denn wenn die berufstätige Mutter das Kind erst am späten Nachmittag aus dem Kindergarten oder der Schule abholt und nur am Wochenende Zeit hat, kann man kaum mehr von einem Familienleben sprechen. — Es gibt in der Bundesrepublik rund 390 000 alleinstehende Frauen mit insgesamt 580 000 Kindern unter fünfzehn Jahren. Zu diesen Frauen, die ja verdienen müssen, kommen dann noch sehr viele Mütter, die arbeiten und verdienen wollen. Insgesamt gibt es 3,1 Millionen erwerbstätige Mütter, die Kinder unter fünfzehn Jahren haben.

Das außerhäusliche Berufsleben der Mutter ist ein für die Kinder unnormaler und ungesunder Zustand, den es früher in dieser Form nicht gegeben hat. Denn die arbeitende Frau, sei es Bauersfrau oder Geschäftsfrau, war immer noch in unmittelbarer Umgebung ihrer Kinder. Jetzt werden die Kinder zuerst in die Krippe, dann in den Kindergarten, später in die Schule gebracht, d. h., der Fremdeinfluß wird immer größer. Es ist ein Auswuchs der industrialisierten Gesellschaft und der falsch verstandenen sogenannten Gleichberechtigung der Frau. — Der Münchener Pädiater v. *Pfaundler* hat dies vor 45 Jahren im Kolleg einmal treffend so formuliert: „Das letzte Kind einer großen Familie, das am schmutzigen Rockzipfel der Mutter hängt, hat es immer noch viel besser als das Einzelkind im saubersten Heim.“ — Das ist es mit einfachen Worten, was jetzt von Psychologen mühevoll erforscht wird.

Den Versuch, diese Situation dadurch zu bessern, daß eine „Tagesmutter“ als „Ersatzmutter“ einge-

setzt wird, die bis zu drei Kleinkinder bei sich aufnimmt und dafür bezahlt wird, haben wir Kinderärzte einhellig abgelehnt, da die Kinder psychisch hin- und hergerissen werden zwischen der eigenen Mutter, bei der sie nur kurz sind, und der Ersatzmutter, die sie laufend betreut. Das ist keine Lösung. — Dann wäre es besser, der Mutter ein Erziehungsgeld — mindestens für die ersten Lebensjahre — zu geben, damit sie zu Hause bleibt und die eigenen Kinder liebevoll versorgt.

Unter dem Einfluß der nicht mehr heilen Familie — allein 1974 wurden 90 000 Ehen geschieden, wodurch die sogenannten „Scheidungswaisen“ entstehen — entwickelt sich bei den Kindern ein Zustand von psychischer Zerrissenheit und Angst sowie das Gefühl der Vereinsamung, das dazu führt, was wir eine *Neurose* nennen. Sie hat vielerlei Gesichter. Der Entstehungskomplex ist im Prinzip aber derselbe. — Diese Neurotisierung der Familien oder der Erwachsenen, die gar keine Familien mehr bilden, sondern nur zeitweise zusammenleben, kann schlimmste Folgen ennehmen: Es kommt zu Kindsmißhandlungen, zu Drogensucht und sogar zu Selbstmord der Kinder.

*Kindsmißhandlungen* sind ein trauriges aber typisches Symptom unserer Zeit. Etwa 10 000 Mißhandlungen im Jahr werden bekannt, das Doppelte wird mit Recht vermutet. 1973 wurden 147 Kinder zu Tode geprügelt. — Welche unvorstellbare Verrohung der Menschen der Zivilisationsgesellschaft! Wir haben, wie jede andere Kinderklinik, laufend solche kleinen Patienten bei uns, voller Hämatome, teils mit Schädelbrüchen und Subduralergüssen, schrecklich verängstigt, weil die Eltern ihre gegenseitige Animosität an dem Kind auslassen.

Auch die verschiedenen Formen der *Sucht* sind zum Teil von solchem Aspekt aus zu sehen, wenn auch der Nachahmungstrieb und die Angst, ausgelacht zu werden, falls man nicht mitmacht, eine Rolle bei diesen Mißbräuchen spielt. — Aus einer Umfrage des Bayerischen Innenministeriums „Jugend fragt Jugend“ geht hervor, daß rund 50 Prozent der 12- bis 14jährigen mehrmals in der Woche Alkohol trinken und 25 Prozent sogar täglich; zum Teil auch konzentrierten Alkohol.

Ebenso steht es mit dem Nikotin. 30 Prozent der 12- bis 14jährigen und fast 50 Prozent der 15- bis 17jährigen rauchen schon regelmäßig! — Von Bedeutung ist die Erfahrung, daß das Trink- und Rauchverhalten der Eltern dasjenige der Kinder prägt. Die Kinder übernehmen die Gewohnheiten der Eltern. Die beste Vorbeugung ist das Beispiel.

Alkohol und Nikotin sind oft die Ausgangsbasis für Rauschgifte. Das Schlimmste ist die Drogensucht. Von fremden Ländern importiert, hat dieses Degenerationssymptom in Windeseile verheerend um sich gegriffen; erst die Erwachsenen, dann die jungen Menschen und schließlich die Schüler befallen. — Bei einer Umfrage unter 12- bis 19jährigen hatten elf Prozent Drogen konsumiert. Schüler mit schlechten Leistungen überwogen. — Aber nicht genug damit, daß bereits eine große Zahl von sogenannten „Frührentnern“ dadurch entsteht, im Bundesgebiet werden 60 000 geschätzt, die ihre Gesundheit so zerstört haben, daß sie versorgt werden müssen (!), kommen nun auch drogensüchtige Neugeborene zur Welt. Wir haben gelegentlich derartige unter unseren Frühgeborenen in der Klinik. — In New York wurden im Jahre 1971 etwa 1000 drogensüchtige Neugeborene festgestellt. Bei heroinsüchtigen Neugeborenen sind echte Entziehungskuren notwendig.

Die sieben bayerischen Regierungsbezirke haben eine Drogenklinik für süchtige Jugendliche, die straffällig geworden sind, eingerichtet, um eine Entwöhnung durchzuführen. Soweit ist es also auch bei uns. — Diesem Vorgang der psychischen und physischen Zerstörung der Persönlichkeit der Jugendlichen und Schüler müßte ein viel schärferer Kampf angesagt werden.

Eine erschreckende Zunahme haben in unserer Gesellschaft auch die Selbstmordversuche und *Selbstmorde* genommen: Im Jahr 1971 starben in der Bundesrepublik 74 Kinder zwischen zehn und fünfzehn Jahren und 427 Jugendliche zwischen fünfzehn und zwanzig Jahren durch Suizid. Die Zahl der Suizidversuche ist wesentlich höher. — Was müssen Kinder seelisch erlebt und erlitten haben, die in einem Alter, da sie den Kopf voll Übermut haben sollten, ihr Leben wegwerfen? Auch hierbei ist entscheidend, daß diese

Kinder vorwiegend aus zerrütteten oder gescheiterten Ehen stammen, wo die unentbehrliche Geborgenheit und Liebe fehlt. Dabei genügen dann kleine Anlässe, wie schlechte Noten, Tadel der Eltern, um das Faß voll Kummer zum Überleufen zu bringen.

Einen großen Schaden für die Kinder stellt auch das Überwuchern des *Fernsehens* dar. Das Gerät wird für Säuglinge und Kleinkinder eingestellt, wenn die Mutter zum Einkauf geht, oder wenn die Kinder einschlafen sollen. Größere Kinder stellen es sich selbst ein, um stundenlang miserable Krimis zu verfolgen. — Das Fernsehen, eine der unerhörtesten Entdeckungen unseres Jahrhunderts, ist für die Kinder zu einer großen Gefahr geworden: statt Anregung bietet es Aufregung, statt Beispiel ein „Negativbild des Menschen“ und seiner Handlungen. Es verdrängt jedes selbständige Denken und verleitet Kinder zur Nachahmung des Gesehenen, das allzu oft in Darbietungen von Gangstertum, Raub und Mord besteht. Wir brechen uns über das Bandentum bei Jugendlichen, das bereits auf Kinder übergreifen hat, demnach nicht zu wundern. — Die Technik selbst ist schuldlos — schuld ist die Gesellschaft, die die Technik mißbraucht.

Ziehen wir das *Fezit* aus der *geistigen und seelischen Entwicklung* unserer Kinder: Es gibt ungewöhnlich viele Möglichkeiten in geistiger Hinsicht. Sie werden aber überbewertet und bereits deutlich in falsche Gleise dirigiert. — Alles ist darauf ausgerichtet, die Kinder mit Wissen vollzupropfen, ihnen, statt Erziehung zu geben, freien Lauf zu lassen um ihre „Aggressivität abzureagieren“, wie es so modern heißt.

Die Werte des Gemüts dagegen werden viel zu wenig gepflegt. Der italienische Philosoph *Gioberti* hat mit Recht gefordert: „Ihr dürft nicht nur den Geist erziehen, ihr müßt auch das Gemüt erziehen. Ja, das Gemüt müßt ihr noch viel sorgfältiger erziehen als den Geist.“

### III.

Ich habe eingangs erklärt, daß die Kinder einem besonders starken Nachahmungstrieb unterliegen. „Wer viel mit Kindern lebt, wird finden, daß keine äußeren Einwirkungen auf sie ohne Gegenwirkung

bleibt“ sagt *Goethe*. — So entsteht die Frage: Sehen, hören und erleben die Kinder das, was sie zu ihrem Vorteil nachehmen sollen? Sind die Erwachsenen und deren Leben *Vorbilder* für sie in unserer Gesellschaft? Falsche Bilder, die den Kindern sowohl im wirklichen Leben als in dem durch Massenmedien und Reklame künstlich konstruierten Leben geboten werden, sind der größte Schaden, der ihnen in der gegenwärtigen Zivilisationsgesellschaft zugefügt wird! Die falsch verstandene Freiheit und Freizügigkeit bei uns, ist bereits bei Kindern und Jugendlichen in Maßlosigkeit und primitivste Zügellosigkeit ausgeartet.

Obwohl alle Voraussetzungen für optimale Lebensbedingungen für die Kinder vorhanden sind, werden sie nicht vernünftig realisiert. — Die Wohlstandsgesellschaft ist übersättigt; die Zivilisationsphase, in der wir uns befinden, ist eine *Überzivilisation*, bereits in Degeneration und Dekadenz entartet. Sie bedroht unsere Kinder und setzt schwere Schäden an Leib, an Geist und an Gemüt.

Durch nichts wird die heutige Situation im Verhalten der Erwachsenen zu den Kindern eindeutiger dokumentiert als durch folgende Tatsache: Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat sich gezwungen gesehen, öffentlich aufzurufen, der „Kinderfeindlich-

keit“ entgegenzutreten. In den Zeitungen wurden viele Monate lang Bilder mit traurigen Kindergesichtern inseriert, mit dem Text: „Macht mir nicht das Leben schwer“. Welcher Abgrund tut sich vor uns auf, wenn es so weit gekommen ist, daß für das Natürlichste von der Welt, für das Lebensrecht und die Lebensfreude der Kinder in der Presse geworben werden muß! — Das Wichtigste für unsere Kinder ist die normale, gesunde Familie, mit der Mutter in ihrer Mitte. Kinder und Mutter gehören zusammen. Dies muß bleiben, damit wir nicht im Jahr der Frau, das gleichzeitig das europäische Denkmalschutzjahr ist, die Mutter, die eine normale Familie besitzt, unter Denkmalschutz stellen müssen!

So komme ich zu der Schlußfolgerung: Die Kinder einer Gesellschaft sind so gut oder so schlecht wie diese selbst. — Sie sind so erzogen oder unerzogen wie diese Gesellschaft. *Unsere Kinder sind das Spiegelbild der gegenwärtigen Gesellschaft!* Es ist also nicht möglich, die dringend notwendigen Korrekturen am reflektierten Bild vorzunehmen, sondern nur am Original. — Dies aber sind wir alle.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. A. Windorfer, Direktor der Kinderklinik und Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Loschgestraße 15

## Hartmannbund — Bayerische Wirtschaftsvereinigung nicht identisch

*Der Landesverband Bayern des Hartmannbundes erhält immer wieder Zuschriften, zum Teil mit Austrittsdrohungen, aus denen hervorgeht, daß die Kollegen die Bayerische Wirtschaftsvereinigung als Hartmannbund oder zum mindesten als Teil des Hartmannbundes betrachten. In den Briefen finden sich häufig Formulierungen wie „ich habe bisher immer beim Hartmannbund eingekauft“.*

*Deshalb stelle ich nochmals klar, daß die Bayerische Wirtschaftsvereinigung wohl einmal als Tochter des Hartmannbundes gegründet wurde, daß aber im Dezember 1973 eine vollständige organisatorische und personelle Trennung erfolgt ist.*

Dr. H. Breun  
Landesvorsitzender

# Prostaglandine \*

von B. A. P e s k a r

Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Freiburg (Vorstand: Professor Dr. med. G. H e r t t i n g)

Prostaglandine (Pgs) wurden zum ersten Mal in den Jahren 1933 bis 1935 von Goldblatt und von Euler unabhängig voneinander in menschlicher Samenflüssigkeit nachgewiesen. Schon zu diesem Zeitpunkt konnte festgestellt werden, daß es sich um saure Lipidverbindungen handelt, die eine ausgeprägte pharmakologische Aktivität auf die glatte Muskulatur und den Blutdruck haben. Durch die Aufklärung der chemischen Struktur durch Bergström und Mitarbeiter fast 30 Jahre später und durch die Entwicklung empfindlicher Nachweismethoden hat sich die Literatur über Prostaglandine in den letzten 15 Jahren ungemein vergrößert.

Die Prostaglandine werden aus mehrfach ungesättigten Fettsäuren, z. B. der Arachidonsäure, durch einen Enzymkomplex, Pg-Synthetase, gebildet. Dabei entsteht eine charakteristische Ringstruktur, nach der die Prostaglandine in die Untergruppen E, F, A und B unterteilt werden. Die Anzahl der Doppelbindungen in den Seitenketten läßt innerhalb einer Untergruppe weitere Unterscheidungen zu, z. B. PgE<sub>1</sub>, E<sub>2</sub> und E<sub>3</sub> mit einer, zwei bzw. drei Doppelbindungen.

Prostaglandine können kaum als Hormone im klassischen Sinn bezeichnet werden. Sie werden nämlich sehr rasch abgebaut, und zwar zum größten Teil schon in dem Organ, in dem sie ihre Wirkung entfalten. Eine Ausnahme könnte das Prostaglandin A sein, das von Lunge und Leber nur relativ wenig metabolisiert wird. Die Abbauprodukte der Prostaglandine haben fast keine

biologische Aktivität mehr. Der Abbau erfolgt über eine Oxidation der C<sub>15</sub>-Hydroxylgruppe zu einer Keto-Gruppe. Es ist gelungen, Prostaglandin-Analoga mit Substitutionen in der Stellung 15 oder 16 zu synthetisieren, die eine verstärkte und verlängerte Wirkung haben, da sie diesem üblichen Abbauweg nicht unterliegen.

Die Erprobung von Prostaglandinen bzw. ihrer Antagonisten für klinische Zwecke steht erst am Anfang. Zu den wichtigsten Hoffungsgebieten in dieser Beziehung zählen: Kreislaufkrankungen, insbesondere die Hypertonie, Asthma bronchiale, Ulkus, Entzündungen, allergische Reaktionen, Gerinnungsstörungen und insbesondere Probleme der Geburtshilfe.

Während Prostaglandine der F-Serie nur wenig blutdruckwirksam sind, senken Prostaglandine der E- und A-Serie dosisabhängig durch Erweiterung der Arteriolen den Blutdruck. Gleichzeitig kommt es zu einer reflektorischen Tachykardie. Schon in nicht blutdruckwirksamen Dosen erhöht PgA<sub>1</sub> die Nierendurchblutung und damit auch die Ausscheidung von Natrium und Wasser. Bei höheren Dosen von PgA<sub>1</sub> sinkt infolge des erniedrigten Blutdruckes der Nierenperfusionsdruck und damit die Nierendurchblutung und die Natriumausscheidung. Eine solche Dosis (z. B. 5 µg/kg/min i.v.) kann also zur Normotension bei normaler Nierendurchblutung und normaler Natriumausscheidung führen. Eine physiologische Bedeutung der renalen Prostaglandine als normales blutdrucksenkendes Prinzip bzw. eine Pathogenese der essentiellen Hypertonie durch einen Mangel solcher

Prostaglandine wird diskutiert, ist aber nicht erwiesen (Lee, 1969).

Während Prostaglandine der A-Serie an der glatten Muskulatur nahezu wirkungslos sind, wird die Bronchialmuskulatur durch Prostaglandine der F-Serie dosisabhängig kontrahiert und durch solche der E-Serie relaxiert. Letztere sind also von potentiell therapeutischen Wert bei Asthma bronchiale. Umgekehrt wird ein pathologisches Überwiegen der Synthese von F-Prostaglandin im Bronchialgewebe als pathogenetische Ursache von Asthma bronchiale erwogen. Dafür spricht, daß Menschen mit Asthma bronchiale außerordentlich empfindlich gegen PgF<sub>2α</sub> sind. Während solche Patienten gegenüber Histamin ungefähr zehnmal empfindlicher sind als Normalpersonen, sind sie gegenüber PgF<sub>2α</sub> mehrere 1000mal empfindlicher (Mathé et al., 1972).

Von großem therapeutischen Interesse ist die Wirkung der Prostaglandine der E- und A-Serie auf die Magensekretion. Diese sind imstande, sowohl die basale als auch die durch Histamin oder Pentagastrin stimulierte Säuresekretion dosisabhängig zu hemmen. Gerade in dieser Hinsicht zeigen sich auch die synthetischen Prostaglandin-Analoga mit Substitutionen in den Positionen 15 und 16 besonders effektiv und vor allem auch gut oral wirksam. Die Hemmung der Säuresekretion, verbunden mit einer vermehrten Schleimsekretion, schafft das ideale Milieu zur Heilung von Ulzera. Umgekehrt kann die Entstehung von Ulzera durch Gabe von Prostaglandin im Tierversuch verhindert werden. Dabei ist die auslösende Ursache für das Ulkus für die Wirk-

\*) Vortrag anlässlich des 27. Ärztetreffens in Kärnten am 10. Mai 1975.

samkeit der Prostaglandine ohne Bedeutung. Es kann also die Entstehung von Ulzera nach Pentagastrininjektion ebenso gehemmt werden wie durch Reserpin, Histamin, Steroide oder Pylorusligatur ausgelöste Ulzera (Lee et al., 1973).

Die Injektion von Bakterientoxinen intravenös oder intrazysternal führt zu einem Fieberanstieg und gleichzeitigem Auftreten relativ großer Mengen von Prostaglandin vom E-Typ im Liquor cerebrospinalis (Feldberg et al., 1973). Prostaglandin-Synthetasehemmer, wie Indomethacin, Paracetamol oder Aspirin, hemmen die Prostaglandin-Synthese und führen gleichzeitig zu einem Abfall der Temperatur zur Norm. Daraus kann geschlossen werden, daß Prostaglandine die Mediatorsubstanzen für die Entstehung des durch Toxine ausgelösten Fiebers sind. In Übereinstimmung mit dieser Hypothese zeigt sich, daß die Gabe von Indomethacin oder Paracetamol vor Injektion der Endotoxine imstande ist, die Entstehung von Fieber über Stunden zu unterdrücken. Ferner führt die intrazerebrale Injektion von Prostaglandin der E-Serie selbst zum Temperaturanstieg, der nicht mehr durch die oben genannten antipyretischen Pharmaka gehemmt werden kann. Wieweit die Begleitsymptome, die normalerweise mit Fieber verbunden sind, wie Sedation und Abgeschlagenheit, ebenfalls durch die Freisetzung von Prostaglandin im Zentralnervensystem hervorgerufen werden, ist ungeklärt.

Die erwähnten Prostaglandin-Synthetaseblocker haben aber nicht nur eine ulzerogene und antipyretische Wirkung, sondern sind auch Analgetika und – mit Ausnahme des Paracetamols – auch antiinflammatorisch wirksam. Tatsächlich wird den Prostaglandinen eine Rolle bei entzündlichen Prozessen zugeschrieben und können Prostaglandine in entzündlichen Exsudaten gefunden werden. Die Injektion von Prostaglandin führt zu entzündlichen Symptomen und Schmerz. Es bleibt allerdings offen, wieweit andere Stoffe, z. B. Bradykinin, an der Symptomatik der Entzündung beteiligt sind. Flower und Vane (1972) haben aber immerhin eine gute Korrelation zwischen der Hemmwirkung auf die Prostaglandin-Synthetase und der antientzündlichen Wirkung verschiedener espinartiger Stoffe gefunden. Insbesondere ist bemerkenswert, daß Pa-

racetamol, ein Stoff mit guter analgetischer und antipyretischer Wirkung eber ohne antiinflammatorische Wirkung, nur die Prostaglandin-Synthetase des Gehirns, nicht aber aus peripheren Organen hemmt. Diese Tatsache zeigt, daß es möglich sein könnte, auch andere organspezifische Prostaglandin-Synthetaseblocker zu synthetisieren, die dann organspezifische Wirkungen haben.

Die höchsten Konzentrationen von Prostaglandinen findet man in menschlicher Samenflüssigkeit. Ihre physiologische Bedeutung ist aber trotzdem, was den männlichen Genitaltrakt angeht, nur wenig erforscht. Die schon lange bekannten Eigenschaften der Prostaglandine, nämlich Gefäßerweiterung und Kontraktion der glatten Muskulatur, lassen eine Bedeutung bei Erektion und Ejakulation möglich erscheinen. Nur sehr wenige Hinweise gibt es über eine Korrelation zwischen männlicher Fertilität und Prostaglandin-Gehalt der Samenflüssigkeit. Es steht zwar fest, daß Pharmaka, wie Aspirin und Indomethacin, die Prostaglandin-Konzentration in der Samenflüssigkeit vermindern. Es gibt jedoch keinen Hinweis, ob es dadurch zu einer veränderten Morphologie und Motilität der Spermien kommt.

Prostaglandine haben ausgeprägte Wirkungen auf den Genitaltrakt der Frau. Sie verändern die Motilität des Uterus und besonders der Tuben, und zwar offenbar so, daß eine Befruchtung durch Prostaglandin der E-Serie erleichtert und durch solche der F-Serie erschwert wird. Allerdings haben Prostaglandine zumindest in manchen Tierarten auch direkte Effekte auf das Ovar. Dazu gehört vor allem der luteolytische Effekt von  $\text{PgF}_{2\alpha}$  bei verschiedenen Säugetieren. Ein solcher Effekt, der offenbar auf einem Antagonismus gegenüber luteotropem Hormon beruht, ist aber beim Menschen umstritten (Behrman und Anderson, 1974). Die Suche nach Prostaglandin-Derivaten mit einer solchen Wirkung beim Menschen hält aber an, da ein solches Pharmakon das ideale postkonzeptionelle Kontrazeptivum wäre. Die einmalige Gabe eines solchen Luteolytikums würde die Funktion des Corpus luteum graviditatis nach der Befruchtung bzw. Implantation hemmen und so zum Abortus führen.

Auf einer  $\text{PgF}_{2\alpha}$ -Freisetzung scheint auch der Wirkungsmechanismus intrauteriner Kontrazeptiva zu beruhen. Es scheint, daß in diesen Fällen die milde traumatische Wirkung auf das Endometrium zu einer dauernden  $\text{PgF}_{2\alpha}$ -Freisetzung führt, die ihrerseits durch die Wirkung auf die Tuben und den Uterus die Passage der Eizelle beschleunigt und damit eine Implantation verhindert.

Prostaglandine werden heute in der Geburtshilfe schon therapeutisch verwendet, vor allem zur Einleitung der Geburt und zur Herbeiführung eines therapeutischen Abortus. Für den ersteren Fall haben sich Infusionen oder orale Gaben von  $\text{PgF}_{2\alpha}$  oder  $\text{PGE}_2$  bewährt. Die Wirksamkeit und Sicherheit entspricht der des Oxytocins. Prostaglandine haben aber, im Gegensatz zu Oxytocin, keinen antidiuretischen Effekt.

Während die Wirkung der heute zur Verfügung stehenden Prostaglandine zur Herbeiführung eines Abortus im ersten Trimester zu unsicher ist, sind sie heute das Mittel der Wahl beim therapeutischen Abortus im zweiten Trimester. Während Infusionen wegen der Nebenwirkungen (Diarrhöen, Erbrechen) infolge der großen notwendigen Dosen in diesem Fall nur noch von historischem Interesse sind, haben sich die intra- und extraamniotische Gabe von Prostaglandinen außerordentlich bewährt. Die Methode scheint der Injektion hypertoner Kochsalzlösungen oder der Hysterotomie überlegen zu sein (Karim und Hillier, 1974).

Über den Wirkungsmechanismus der Prostaglandine ist nur sehr wenig bekannt. Es besteht jedenfalls eine enge Wechselwirkung zwischen Prostaglandin und zyklischen Nucleotiden, besonders dem zyklischen Adenosinmonophosphat. Diese Substanz ist der intrazelluläre Überträgerstoff vieler Hormonwirkungen (Kuehl, 1974). Es scheint, daß die meisten Effekte der Prostaglandine über eine Beeinflussung des intrazellulären Spiegels von zyklischen Adenosinphosphat in den verschiedenen Organen zustande kommen.

Anschrift des Verfassers:

Privatdozent Dr. med. B. A. Peskar, wiss. Angestellter am Pharmakologischen Institut der Universität Freiburg, 7800 Freiburg, Katharinenstraße 29





# Kommentar zum Leitartikel „Arzthonorar und Bruttosozialprodukt“ von G. Wollny \*

(Ein mißlungener Versuch, die Kassenärzte für die Kostenentwicklung in der sozialen Krankenversicherung verantwortlich zu machen)

von F. Kolb

In einem Leitartikel in „Die Ortskrankenkasse“ vom 1. Oktober 1975 versucht Herr G. Wollny – den Sozialpolitikern durch zahlreiche ähnliche Veröffentlichungen in der Vergangenheit hinreichend bekannt – nachzuweisen, daß die „Meßlatte“ für ein sozialökonomisch angemessenes Arzthonorar einen viel zu großen Maßstab habe. Wollny: „Die Krankenkassen zahlen für die ambulante Behandlung ein Überhonorar. Das Arzthonorar kann nicht mehr eingefroren werden; es wird reduziert werden müssen.“

Zur Begründung dieser These stellt W. Behauptungen auf, deren Unhaltbarkeit oder vereinfachende Einseitigkeit auf den ersten Blick erkennbar sind. Zunächst sollen beispielhaft einige seiner Formulierungen zitiert und widerlegt werden.

## 1. Behauptung:

„Dieser Kassenarzt hat ein Monopol auf die Behandlung von Kassenpatienten“ (ohne Konkurrenz).

Der Singular ist absolut falsch. Der einzelne Kassenarzt hat keinerlei Monopol, er steht im Leistungswettbewerb mit allen übrigen Kassenärzten seines Bereiches. Lediglich die Kassenärztliche Vereinigung (KV), der genossenschaftliche Zusammenschluß aller Kassenärzte, hat den ausschließlichen Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung, den sie nur wahrnehmen kann, wenn alle an der Versorgung teilnehmenden Ärzte in einer klaren Rechtsbeziehung zu ihr stehen.

Hat vergleichsweise etwa der Einzelhändler, der Mitglied einer Einzelhandelskette ist, ein Monopol ohne Konkurrenz?

\* „Die Ortskrankenkasse“ vom 1. Oktober 1975.

## 2. Behauptung:

„Durch ein unzureichendes Prüfsystem kann Kontrolle kaum mehr als eine Farce sein.“

Der freie Beruf steht unter der laufenden Kontrolle seiner Kammerorganisation und seiner Klientel. Letztere kann jederzeit den Arzt, Anwalt usw. wechseln, einen anderen „Berater“ wählen und dessen Ansicht hören, insbesondere auch dann, wenn das eigene Wissen eine Beurteilung der Zweckmäßigkeit einer empfohlenen Maßnahme nicht erlaubt. Dies ist für den „Kunden“ eine der wesentlichsten Kontrollen, unabhängig davon, ob es sich um die Dienstleistung eines Architekten, Anwalts oder Arztes oder die qualifizierte Arbeit eines Uhrmachers oder eines Kfz-Handwerkers handelt.

Der Kassenarzt steht außerdem zusätzlich als einziger freier Beruf unter einer wirksamen Kontrolle seiner KV bezüglich der Einhaltung von Gesetz und Vertrag, der Qualität der von ihm erbrachten Leistungen und der Höhe seiner Honorarforderungen.

## 3. Behauptung:

„Dieser Kassenarzt . . . trägt keinerlei wirtschaftliches Existenzrisiko mehr, außer Krankheit, Invalidität und Tod.“

Hier schränkt W. selbst das zunächst postulierte „keinerlei“ durch „außer“ ein. Er verschweigt, daß diese drei von ihm genannten Risiken beim Arzt als Folge seiner großen Belastung höher sind als bei der übrigen Bevölkerung. Die Statistiken über den Herzinfarkt bei Ärzten beweisen diese Aussage. Verminderte Leistungsfähigkeit im Beruf durch

Alter oder Krankheit, also die teilweise Arbeitsunfähigkeit, bedeutet für den Arzt ein beträchtliches wirtschaftliches Risiko, da er nur durch „Überstunden“ ein ausreichendes Honorarvolumen erzielt. Bei völliger Arbeitsunfähigkeit ist er ohne Einnahmen bei weiterlaufenden erheblichen Unkosten. Für ihn zahlt kein Arbeitgeber Beiträge oder Beihilfen zur Krankheits-, Invaliditäts- oder Altersversicherung. Er muß sie selbst aus den erarbeiteten Honoraren aufbringen und zum allergrößten Teil voll versteuern. Die von Mairwald genannte und von Wollny zitierte Summe von DM 13000 jährlich ist für eine ausreichende Sicherung völlig unzureichend.

## 4. Behauptung:

„Es gibt keinen freien Beruf, dessen Leistung und Leistungsausmaß so sehr in das Belieben des Betroffenen gestellt ist wie bei den freipraktizierenden Ärzten. . . . Ärztliche Leistungen werden wie bei der Landwirtschaft, bei Getreide, Zucker oder Wein ‚ins Blaue‘ produziert.“

Die Reichsversicherungsordnung (RVO) verpflichtet den Kassenarzt, das Maß des Notwendigen in der Behandlung jedes Krankheitsfalles einzuhalten. Im übrigen „produziert“ der Arzt erst auf Anforderung, wenn der Patient ihn aufsucht oder ruft. Das Leistungsausmaß des Kassenarztes wird außer durch die RVO bestimmt:

a) durch die Inanspruchnahme der Versicherten, die in den letzten Jahren nach nachdrücklicher Aufforderung der Massenmedien laufend zugenommen hat;

b) durch die Entscheidungen des Gesetzgebers und der Gerichte, die

immer mehr Leistungen zum Aufgabengebiet der gesetzlichen Krankenversicherung gemacht haben;

c) durch die Entwicklung und Fortschritte der medizinischen Wissenschaft, die wir Kassenärzte den Versicherten nicht vorenthalten können und wollen;

d) durch persönliche Eigenschaften und Fähigkeiten des Kassenarztes, wie Organisationsvermögen, medizinisches Wissen und Können, seinen persönlichen Einsatz und seine Art, Menschen zu betreuen. Aus diesem Grund ist die Inanspruchnahme verschiedener Ärzte, auch der gleichen Fachgruppe unter gleichen äußeren Bedingungen recht unterschiedlich, wie jede Kassenabrechnung beweist.

#### 5. Behauptung:

„Die Kostenexplosion auch im Krankenhaus ist von der Honorarexplosion der niedergelassenen Ärzte induziert. . . . Das gute Gewissen der Krankenhausärzte, sich inzwischen weitaus mehr Geld zahlen zu lassen, als Richter und Räte bekommen, rührt von dem guten Gewissen der Freipraktizierenden (Ärzte) her.“

Hier irrt der Volkswirt und Journalist *Wollny* offensichtlich und wahrscheinlich absichtlich. Er muß wissen, daß Krankenhausärzte nach wie vor, genau wie andere Berufe, nach den Angestelltentarifen und der Besoldungsordnung bezahlt werden. Er vergißt in seine Betrachtung einzubeziehen, daß die Regelarbeitszeit im Krankenhaus erst in den letzten Jahren von 48 auf 40 Wochenstunden herabgesetzt wurde und deshalb jetzt mehr Überstunden und Bereitschaftsdienste, selbstverständlich nach Tarif, zusätzlich vergütet werden müssen. Seine Behauptung im Bayerischen Rundfunk vom Februar 1972, daß die freipraktizierenden Ärzte ein Mehrfaches der Krankenhausärzte verdienen, mußte er in dem hier besprochenen Artikel widerrufen. Sie traf seit langem nicht mehr zu, wenn man Lebensalter, Erfahrung, Arbeitszeit, Verantwortung und Risiko angemessen berücksichtigt.

Mit einer Behauptung hat *Wollny* allerdings recht, daß die in den letzten drei Jahren zu beobachtende überproportionale Steigerung der Kosten des Krankenhauses zum großen Teil auf das Krankenhausfinan-

zierungsgesetz und die Bundespflegegesetzverordnung der Bundesregierung zurückzuführen ist.

#### 6. Behauptung:

„Sprang 1960 (Freigabe der Zulassung) die Zahl der rechtlich zugelassenen Kassenärzte um 5280, so ‚hüpft‘ sie 1973/1974 auf einmal um mehr als die Hälfte von damals. . . . Das bedeutet nach der Erfahrung seither, daß viele neue, überaus teure ‚Mitarbeiter‘ von der sozialen Krankenversicherung honoriert sein wollen.“

Wer klagt seit einigen Jahren über eine angeblich generelle, quantitative unzureichende ärztliche Versorgung? Die Politiker, die Landräte, die Bürgermeister und die Krankenkassen. In der Euphorie der Hochkonjunktur und der leicht erkennbaren Absicht, die kassenärztliche Versorgung in der Öffentlichkeit als unzureichend hinzustellen und damit den Boden für Systemveränderungen vorzubereiten, haben die Krankenkassen ihren alten Standpunkt aus der Periode der geplanten Zulassung (bis 1960) vergessen, daß mehr Ärzte mehr Leistungen erbringen und dadurch auch mehr Kosten für die Krankenversicherung entstehen. Nun macht *Wollny* der „Standesliteratur“ den Vorwurf, daß sie „auf diesen Umstand kein Augenmerk verwendet“. Die KVen haben immer darauf hingewiesen, daß von einer generellen Unterversorgung keine Rede sein kann und die Zahl der Kassenärzte laufend ansteigt. Sie waren mit ihren Bemühungen, in schwach strukturierten Gebieten durch Einsatz erheblicher Mittel der KV das Netz der kassenärztlichen Versorgung enger zu knüpfen, erfolgreich. Weshalb soll dadurch nun ein „bedrohlicher Umstand“ eintreten und nicht einem angeblichen Notstand abgeholfen worden sein? Diese zwiespältige, gequälte Argumentation kann man nur begreifen, wenn man davon ausgeht, daß dieser Erfolg der kassenärztlichen Selbstverwaltung ihren Kritikern nicht ins Konzept paßt.

In seinen langen Ausführungen vom 1. Oktober 1975 vergleicht *Wollny* unter Abdruck umfangreicher Tabellen das Bruttosozialprodukt und die Bezüge der Bundestagsabgeordneten mit den Umsätzen der Kassenärzte. Er postuliert sozusagen ex cathedra: das 8,3fache des Bruttosozialprodukts je Einwohner

sei ein angemessenes Honorar in der gesetzlichen Krankenversicherung, jetzt und in der Zukunft; jede Zahl darüber ein Über- oder „Horrorhonorar“. Nun sind schon auf dem gewerblichen Sektor der Volkswirtschaft die Anteile der einzelnen Branchen am Bruttosozialprodukt nicht konstant, sondern ändern sich mit der wirtschaftlichen Entwicklung und entsprechend der Nachfrage auf dem Markt laufend. Eine ständige Erhöhung der Nachfrage nach Gesundheitsgütern ist seit vielen Jahren weltweit zu beobachten und auch aus diesem Grund steigen weltweit die Kosten der Gesundheitssicherung und Krankenbehandlung überproportional, bezogen auf das Bruttosozialprodukt. Sie „explodieren“ zwar nicht, wie ein modernes Schlagwort behauptet (Explosion ist ein plötzliches, zerstörendes Ereignis, aber keine kontinuierliche Entwicklung).

Bei uns in der Bundesrepublik weist der Anteil der ambulanten kassenärztlichen Behandlung an den Ausgaben der Krankenkassen, also das Kassenarzthonorar, unter den vier größten Leistungssparten der Krankenversicherung — Krankenhaus, Arznei- und Hilfsmittel, zahnärztliche Behandlung einschließlich Prothetik und ambulante kassenärztliche Behandlung — die geringste Steigerung auf, liegt seit über 20 Jahren, gemessen an den Gesamtausgaben der Krankenkassen, bei zwanzig Prozent und ist in den letzten drei Jahren mit Werten zwischen 19,5 und 18 Prozent im Anteil sogar rückläufig. Das Wachstum der „Arzthonorare“ ist also, gemessen am Budget der Krankenkassen, sogar unterproportional; das heißt, die übrigen Ausgabenposten der Krankenversicherung haben stärker zugenommen als die Zahlungen der Krankenkassen an die Kassenärzte. Trotzdem fordert *Wollny* eine Begrenzung und damit zwangsläufig eine Pauschalierung des Arzthonorars auf einen Prozentsatz des Bruttosozialprodukts. Er berücksichtigt bei dieser Forderung nicht:

1. die laufende Zunahme der Versicherten und insbesondere der Rentner mit doppeltem Leistungsbedarf;
2. die laufende Ausweitung der Leistung der Sozialversicherung durch den Gesetzgeber und die Rechtsprechung;

3. Arbeitszeit, Arbeitsumfang und leufende Dienstbereitschaft des Kassenarztes, die wesentlich höher sind als die der übrigen Erwerbstätigen;

4. die Inflation, die den „Unternehmer“ Kassenerzt mit durchschnittlich drei bis vier Mitarbeitern (außer den Familienangehörigen) stärker belastet als den Arbeitnehmer;

5. die Entwicklung und den Fortschritt der Medizin, die einerseits den Arzt zu hohen Investitionen zwingen, andererseits für die Versicherten laufend eine verbesserte Diagnostik und eine erfolgreiche ambulante Behandlung chronischer Krankheiten ermöglichen, allerdings oft um den Preis lebenslänglicher Medikamenteneinnahme und ärztlicher Überwachung. *Wollny* begründet die Außerachtlassung dieser genannten dynamischen Faktoren folgendermaßen:

„Das überaus simple Argument der Ärzteschaft, wenn die Ärzte mehr in Anspruch genommen werden, müssen sie auch mehr arbeiten und infolgedessen steigen die Umsätze, ist jedoch auf eine Vorstellungswelt gezielt, die unter ‚Arbeit‘ eine rational meß- und kontrollierbare Tätigkeit versteht, nicht aber so etwas Vages wie die ärztliche Behandlung.“ Dieser Satz des Herrn *Wollny* beleuchtet die Position und die Unkenntnis seines Verfassers bezüglich ärztlicher Tätigkeit so grell, daß sich eine Kommentierung erübrigen dürfte. Wen kann es da noch wundern, wenn bei dieser Einstellung *Wollnys* auch das Wesen einer Dienstleistung verkannt wird. Eine „Produktion ins Blaue“ ist dem Arzt nicht möglich. Der Wunsch des Patienten nach Dienstleistung ist die Voraussetzung für ein Tätigwerden des Arztes, dem als freien Beruf jede Werbung für seine Tätigkeit untersagt ist. Der Umfang und die Art der Weiterbehandlung nach der ersten Inanspruchnahme richten sich ebenfalls nicht nach den Wünschen des Arztes. Art und Schwere der Erkrankung, die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, die Besonderheiten des individuellen Krankheitsfalles und Zustimmung des Patienten geben den Rahmen für die weiteren Behandlungsmaßnahmen ab.

Schließlich tut *Wollny* auch der Statistik Gewalt an. Der Facharzt in der Großstadt mit hohen Investitionen und zahlreichen Mitarbeitern und

der Landarzt mit einer einfacheren Praxiseinrichtung, der neben seiner Frau vielleicht noch eine Helferin in seiner Praxis beschäftigt, sind zwar beide Kassenärzte. Die ökonomischen Daten beider lassen sich aber heute nicht mehr in einer einheitlichen Statistik aller Kassenärzte zusammenfassen. Dazu sind sie viel zu unterschiedlich. Eine verwertbare Statistik, die Anspruch auf Aussagefähigkeit erheben will, muß jede ärztliche Fachgruppe besonders betrachten und die Investitionen, die laufenden Betriebsausgaben, den Arbeitsumfang und die Einnahmen für jede Fachgruppe gesondert erfassen.

Im zweiten Quartal 1975 erhielt der bayerische Kassenarzt:

für eine Beratung	DM 4,26
für eine eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung	DM 9,51
für eine Blinddarmoperation	DM 113,60

für den Behandlungsfall eines Vierteljahres im Jahr 1974 durchschnittlich DM 41,—

demgegenüber zahlten die Krankenkassen:

für eine Teilmassage durch Physiotherapeuten	DM 5,50
für einen Krankenhaustransport pauschal	DM 78,—

für einen Verpflegstag im Krankenhaus

DM 100,— bis DM 200,—

Aus diesen Zahlen ergibt sich, daß die Honorierung der einzelnen ärztlichen Leistung durch die Krankenkassen mit Sicherheit nicht überhöht ist, sondern an der unteren Grenze des Vertretbaren liegt. Wenn der Kassenarzt trotzdem im Durchschnitt ein ausreichendes, von Arzt zu Arzt der gleichen Fachgruppe in weiten Grenzen schwankendes Gesamthonorar erreicht, dann nur durch den Umfang seiner Arbeitsleistung, die mindestens das 1 1/2-fache der allgemein üblichen 40-Stundenwoche beträgt.

Auffassungen entsprechend denen *Wollnys* stehen nicht vereinzelt im Raum. Wenn man die letzten Beschlüsse des Vorstandes der SPD und die Vorschläge der Krankenkassen zur anstehenden Novellierung der RVO im Deutschen Bundestag zur Kenntnis nehmen mußte, gewinnt man die Überzeugung, daß der Ärzteschaft harte Auseinandersetzungen um das Kassenarztrecht und eine leistungsgerechte Honorierung bevorstehen. Ihre Körperschaften, ihre freien Verbände und jeder einzelne Kassenarzt sollen sich rechtzeitig auf diese Auseinandersetzung und entsprechende Kampfmaßnahmen vorbereiten.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Friedrich Kolb, 8500 Nürnberg, Vogelsgarten 6

**Band 37** der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge des 25. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer

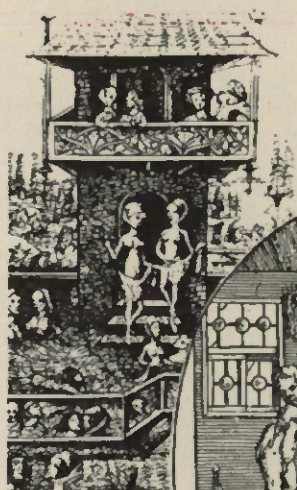
**„Tuberkulose heute“**  
**„Neuester Stand der Pharmakotherapie“**  
**„Besonderheiten der Therapie in der Geriatrie“**  
**„Probleme der Sterbehilfe“**

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

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

**Z. B.: Nachbehandlung  
traumatischer Schädigungen**

# Pernionin<sup>®</sup> Teil-Bad



Das öffentliche Bad der spätmittelalterlichen Stadt, die Badestube oder das Badehaus, war mehr als nur eine Stätte der Reinlichkeit oder der Gesunderhaltung und Heilung. Es war ein sozialer Raum, wichtiger Teil des stadtbürgerlichen, des familiären Lebens.

Eine große Unbefangenheit gegenüber der Körperlichkeit und Sinnlichkeit des anderen und ein naturwüchsiges Verhältnis zum eigenen Körper drücken sich in den überlieferten Darstellungen aus.



Die Badestube war Gemeinschaftsbad beider Geschlechter aller Altersgruppen. Mit Singen und Musizieren, mit Unterhaltung, Scherzen und heiteren Spielen vertrieb man sich die Stunden, wobei es auch an Easen und Trinken nicht fehlte.

In vielen Holzschnitten findet die unbeschwerte Einstellung der damaligen Zeit zur Erotik ihren Niederschlag. Poggio, päpstlicher Sekretär auf dem Konzil zu Konstanz, schrieb 1417: »Nulla in orbe terrarum balnea ad foecunditatem mulierum magis sunt accomodata«. (Etwa: Nirgendwo auf der Welt sind Bäder besser für die Fruchtbarkeit der Frauen).



Übrigens: Die hier gezeigten Holzschnitte sind Teil unserer neuen Pernionin-Postar-Serie »Bedefreuden im Mittelalter«.

## Hyperämiserende Teil-Bäder für die Perkutan-Therapie



Indikationen: Funktionelle periphere Durchblutungsstörungen und deren Folgen, Gelenk- und Muskelrheumatismus, neurologische Beschwerden, kurmäßige Behandlung degenerativer Erkrankungen des Bewegungsapparates; Nachbehandlung traumatischer Schädigungen; Frostschäden. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Fichtennadelöl sibir. 3,0 g, Methylsacicylat 1,0 g, Nicotinsäure-benzylester 0,3 g, Nicotinsäure-methyl ester 0,2 g, Nonylsäurevenillylamid 0,03 g, Roßkastanienextrakt 1,0 g, Selbeiöl 1,0 g. Kontraindikationen: Gefäßverschlüsse, akut-entzündliche Erkrankungen. Nebenwirkungen: Individuell bedingte allergische Reaktionen sind im Einzelfall möglich. Handelsformen u. Preise: OP 100 ml DM 6,35; OP 500 ml DM 21,20; OP 1000 ml DM 38,65; OP 5000 ml DM 144,40.

# Richtlinien zur Anwendung der ärztlichen Ethik in Praxis und Politik

Ergebnisse des Weltärztertages 1975 in Tokyo

von J. F. Volrad D e n e k e

Die Arbeit des Weltärztebundes, der im Oktober 1975 seine XXIX. Generalversammlung in Tokyo abhielt, wird entscheidend von dem Willen bestimmt, die freie Arztwahl und die Unabhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung zu erhalten und zu fördern. In grundsätzlichen Deklarationen hat der Weltärztebund in den rund dreißig Jahren seines Bestehens immer wieder die unwandelbaren ethischen Prinzipien ärztlichen Handelns auf die sich wandelnden wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen angewandt. Beginnend mit dem Genfer Gelöbnis – der modernen Neuformulierung des hippokratischen Eides – wurden in solchen Deklarationen Normen entwickelt, die sich auch hervorragend als Maßstab für die Beurteilung nationaler und aktueller Gesetze und Gesetzesvorlagen eignen.

In diesem Sinne hat der Weltärzterttag 1975 in Deklarationen bzw. Neufassungen von Deklarationen zu drei wesentlichen Themen Stellung genommen: Er hat eine Neufassung der Deklaration von Helsinki 1964 verabschiedet, in denen Empfehlungen zur klinischen Forschung gegeben worden sind. Er hat die Deklaration von Tokyo zum Thema der Menschenwürde Gefangener verabschiedet und er hat schließlich eine zweite Deklaration von Tokyo zum Thema „Mißbrauch psychotroper Drogen“ verabschiedet.

Parallel zum Ablauf des Weltärztertages und in das Programm eingebettet war wiederum eine wissenschaftliche Tagung. Diese beschäftigte sich mit der Analyse der medizinischen Versorgungssysteme aus ökonomischen, medizinisch-wissenschaftlichen und organisatorischen Aspekten.

## Empfehlungen zur klinischen Forschung

Die XVIII. Generalversammlung des Weltärztebundes hatte 1964 in Hel-

sinki Empfehlungen an die Ärzte für die Durchführung wissenschaftlicher Versuche am Menschen herausgegeben. Die Resolution, welche die offizielle Bezeichnung „Deklaration von Helsinki“ erhielt, war das Ergebnis jahrelanger Beratungen in den Gremien des Weltärztebundes.

Die Neufassung dieser Deklaration von Helsinki brachte nun nicht nur die Anpassung an die Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft, sondern auch eine Präzisierung und Weiterentwicklung des Schutzes der Probanden. Sie hat darüber hinaus auch ethische Grundsätze über die Tierversuche einbezogen und ganz grundsätzlich die vor allem auf die therapeutische Forschung bezogene Deklaration von Helsinki 1964 nunmehr allenthalben auch auf die diagnostische Forschung ausgedehnt.

Die beiden bedeutsamsten Weiterentwicklungen betreffen die Nachprüfbarkeit jedes Versuches am Menschen und die Präzisierung der Forderungen nach Aufklärung und Zustimmung der Probanden zum Versuch.

Danach sollen Planung und Durchführung jedes Versuches am Menschen eindeutig in einem Versuchsprotokoll niedergelegt werden, das einem besonderen unabhängigen Komitee übermittelt werden kann zur Beratung und Kommentierung. Damit ist der Grundsatz, daß wissenschaftliche Arbeit überprüfbar sein muß, festgeschrieben worden. In diesem Zusammenhang sind auch Grundregeln für die Veröffentlichung der Versuchsergebnisse entwickelt worden.

Während die erste Fassung der Deklaration von Helsinki 1964 besondere Aufklärungspflichten und die ausdrückliche Zustimmung der Probanden detailliert vor allem für nicht-therapeutische Versuche forderte, sind diese Forderungen in der Neufassung nunmehr für alle Versuche

in der klinischen Forschung obligatorisch gemacht worden.

Die Arbeit der Ausschüsse und des Plenums des Weltärztebundes waren an dieser Stelle besonders heikel, weil die volle Berücksichtigung der Persönlichkeitsrechte der Probanden in Einklang gebracht werden mußte mit Erfordernissen der Forschung, ohne die ein Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft nicht erzielt werden könne. Verbesserte Aufklärung der Probanden und die nachdrücklichere Forderung nach völliger Freiwilligkeit der Zustimmung der Probanden werden danach die Vorbedingungen für die klinische Forschung voraussichtlich erschweren, jedoch im Interesse der Probanden und Patienten in einer für die Forschung noch zumutbaren Form.

Für die Bundesrepublik Deutschland ist diese Neufassung der Deklaration von Helsinki, die im vollen Wortlaut im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht wird, wegen der aktuellen Gesetzgebungsarbeit am neuen Arzneimittelrecht im Deutschen Bundestag von ganz besonderer Bedeutung.

## Die Menschenwürde Gefangener

Die XXIX. Generalversammlung des Weltärztebundes in Tokyo hat Richtlinien für Ärzte bei Folterungen, Grausamkeiten und anderen unmenschlichen oder die Menschenwürde verletzenden Handlungen oder Mißhandlungen in Verbindung mit Haft und Gefangenschaft verabschiedet.

Danach soll ein Arzt die Anwendung von Folter, Grausamkeiten und anderen unmenschlichen oder würdevollverletzenden Handlungen nicht dulden, gutheißen oder sich an ihnen beteiligen, ungeachtet des Vergehens, dessen das Opfer solcher Mißhandlungen verdächtigt, beschuldigt oder überführt wird und

ungeachtet der Anschauungen und Motive des Opfers. Dies gilt für alle Situationen, einschließlich bewaffneter Konflikte und ziviler Aufstände.

Nach dieser Deklaration darf ein Arzt auch keiner Aktion belohnen, bei der Folterungen oder andere Grausamkeiten, unmenschliche oder entwürdigende Handlungen verübt oder angedroht werden.

Von besonders aktueller Bedeutung – auch für die Bundesrepublik – ist in dieser Deklaration die Stellungnahme zum Verhalten des Arztes bei Nahrungsverweigerung von Gefangenen:

„Wenn ein Gefangener die Nahrungsaufnahme verweigert, den der Arzt für fähig hält, sich ein unbeeinflusstes und rationales Urteil über die Folgen einer freiwilligen Nahrungsverweigerung zu bilden, soll er nicht künstlich ernährt werden. Die Entscheidung über die Urteilsfähigkeit des Gefangenen in dieser Hinsicht sollte von mindestens einem weiteren unabhängigen Arzt bestätigt werden. Der Gefangene soll durch den Arzt über die Folgen der Nahrungsverweigerung belehrt werden.“

(Vorläufige, noch nicht autorisierte Übersetzung des englischen Textes.)

Der Weltärztebund wird Ärzten und ihren Familien, angesichts von Drohungen oder Vergeltungen, die aus der Ablehnung der Mithilfe bei Folterungen oder anderen Grausamkeiten, unmenschlichen und entwürdigenden Handlungen resultieren, seine Unterstützung gewähren.

### **Mißbrauch psychotroper Drogen**

Der wachsende Konsum psychotroper Drogen in allen Teilen der Welt ist ein soziales Phänomen von erheblicher Vielschichtigkeit, das nicht einfach nur als ein medizinisches Problem gewertet werden kann. Vielmehr hat der wachsende Konsum psychotroper Drogen eine Vielzahl von Ursachen.

Der Weltärzteskongress stellt in seiner Resolution fest, daß ein dringender Bedarf nach intensiver öffentlicher Aufklärung über den Gebrauch psychotroper Drogen besteht, die nicht in moralisierender oder strafender Form geführt werden dürfe. Es bedürfe ferner der Entwicklung prak-

tischer Alternativen zum Drogenverbrauch. Die Ärzte sollten:

„1. psychotrope Medikamente mit größter Zurückhaltung verschreiben, wobei die Verschreibung beruhen muß auf exakter Diagnostik, der erforderlichen nicht-pharmakologischen Beratung, sorgfältiger Auswahl der anzuwendenden Stoffe und unter Berücksichtigung der möglichen Gefahren der Fehlanwendung und des Mißbrauchs,

2. die Verantwortung übernehmen für die Auswertung und Beschaffung von Tatsachenmaterial über die gesundheitlichen Risiken bei der außermedizinischen Anwendung aller psychotropen Mittel, einschließlich Alkohol.“

(Vorläufige, noch nicht autorisierte deutsche Übersetzung des englischen Textes.)

Die Ärzte sollten in Zusammenarbeit mit Regierungs- und anderen zuständigen Stellen sicherstellen, daß eine sachdienliche Aufklärung eine optimale Verbreitung, insbesondere bei den Altersgruppen erfährt, die besonders anfällig für Drogenexperimente sind.

### **Analyse der medizinischen Versorgungssysteme**

Die wissenschaftliche Tagung anlässlich des XXIX. Weltärzteskongresses brachte eine große Fülle von Vorträgen, Korreferaten, Diskussionsbemerkungen. Als besonders fruchtbar erwies sich dabei die Teilnahme von Sozialwissenschaftlern und Nationalökonomern, die eine dynamische Betrachtungsweise der Entwicklung der medizinischen Versorgungssysteme förderte.

Von besonderem Interesse gerade in der Bundesrepublik Deutschland waren die Referate und Diskussionen über die ökonomische Weiterentwicklung; an der Leitung dieses Arbeitskreises war der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Rolf Schlöggel, maßgeblich beteiligt.

Aus allen Beiträgen ging hervor, daß die rasante Kostenentwicklung im Gesundheitswesen eine internationale Erscheinung ist. Bei aller Vorsicht hinsichtlich der Vergleichbarkeit der verschiedenen Werte ergab sich jedoch ganz eindeutig die

Übereinstimmung im Trend der Kostensteigerung in allen Ländern. Diese Entwicklung zwingt die Gesundheitspolitiker aller Länder, aus rein ökonomischen Gründen Prioritäten zu setzen und nach Steuerungsmechanismen der Eigenverantwortung zu suchen.

Kennzeichnend für die Entschiedenheit, mit der in diesem Zusammenhang auch die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation, die sich in der Bundesrepublik noch ungetasteter Autorität erfreut, kritisiert wird, sind die Worte des Präsidenten der japanischen Ärzteorganisation, Professor Dr. Takemi:

„Die Weltgesundheitsorganisation ist in bezug auf Planung bereits ein überholter Mechanismus.“

In anderem Zusammenhang formulierte Takemi:

„Ich glaube, daß ein System der Krankenversicherung für alle Bürger ein System ist, das die ärztlichen Versorgungsquellen erschöpft. Wenn dieser Ausbeutungsprozeß 100 Jahre lang anhält, würde dies zu einem unvermeidlichen Austrocknen der Versorgungsquellen führen.“

Die zwingende Notwendigkeit des Umdenkens von staatlicher Planung zu der Förderung der Eigenverantwortung wurde jedoch auch ganz besonders von den Wirtschaftswissenschaftlern betont. Es ist interessant, daß dabei auch Gedanken angesprochen wurden, die in Deutschland besonders Christian von Ferber seit Jahren vertritt:

„Besonders, wenn wir auf das 21. Jahrhundert vorausschauen, wird möglicherweise – vor allem bei den reichen Ländern der Welt – der steigende Verbrauch an traditionellen medizinischen Leistungen weniger wichtig für die Gesundheit sein als die Verbesserung der Umwelt oder der Widerstand gegen ihre Verschlechterung, und die Förderung einer Lebensweise, durch die der einzelne positive Beiträge zu seiner eigenen Gesundheit leisten kann.“ (B. H. Kehrer)

Der kritische Beobachter der Tagung mußte mit Bedauern feststellen, daß die Unkenntnis deutscher Literatur zur Thematik in dem englischsprachigen Raum in nichts der Unkenntnis nachsteht, die im

deutschsprachigen Raum hinsichtlich englischsprachiger wissenschaftlicher Veröffentlichungen noch immer allzu verbreitet ist.

### Die Zukunft des Weltärztebundes

Der Auftakt zum XXIX. Weltärztertage in Tokyo begann mit einer kritischen Situation: Die japanische Regierung verweigerte der süd-afrikanischen Delegation unter Hinweis auf Rassendiskriminierung die Einreise. Sie konnte sich dabei auf einen UNO-Beschluß berufen, obwohl die japanische Ärzteorganisation darauf hinwies, daß sich die Ärzteorganisation Süd-Afrikas in der Frage der Rassendiskriminierung bekannterweise im Gegensatz zur südafrikanischen Regierung befindet. Durch eine wohlausgewogene einstimmig angenommene Resolution ist der Vorfall bereinigt worden.

Die durch den Austritt der amerikanischen Ärzteorganisation eingetretene schwierige finanzielle Situation ist vor allem durch die erfolgreichen Bemühungen des Schatzmeisters des Weltärztebundes, des Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. Sewering, für die nächsten Jahre stabilisiert worden. Dazu hat beigetragen, daß dem Weltärztebund hinkünftig aus der Herausgabe seines Publikationsorgans keine Verluste mehr entstehen werden, und daß für 1975 die japanische Ärzteorganisation und 1976 die brasilianische Ärzteorganisation die gegenüber der Haushaltsplanung etwa entstehenden Defizite anläßlich der Weltärztertage in Tokyo und 1976 in Sao Paulo übernommen haben.

Die Zahl der assoziierten Einzelmitglieder des Weltärztebundes wächst, und es besteht die nicht unberechtigte Hoffnung, daß die amerikanische Ärzteorganisation in den Weltärztebund zurückkehren wird. Dies wäre nicht zuletzt deswegen vernünftig, weil der Einfluß des Weltärztebundes in den Internationalen Organisationen unvergleichlich gewachsen ist, seit der Weltärztebund seinen Sitz in die Nähe von Genf verlegt hat.

#### Anschrift des Verfassers:

Professor J. F. Volrad Deneke, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, 5000 Köln 41, Haedenkampstraße 1

## Studienreise der Neuffer-Stiftung nach Fernost

von Jürgen B a u s c h

### III. Thailand

(Fortsetzung)

#### Gesundheitpolitische Probleme ohne Ende:

*Das Seatropmedinstitut in Bangkok  
Ein südostasiatisches tropen-  
medizinisches Institut*

Thailand zählt zusammen mit Kambodscha, Laos, Malaysia, Südvietnam, Singapur, Indonesien und den Philippinen zu denjenigen südostasiatischen Ländern mit 220 Millionen Menschen, die sich auf tropenmedizinischem Gebiet zusammengeschlossen haben, um tropenmedizinische Probleme gemeinsam lösen zu können. Burma und Nordvietnam haben sich von dieser Zusammenarbeit ausgeschlossen und verfolgen eigene Programme zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der dortigen Bevölkerung.

Alle diese Länder sind klassische Entwicklungsländer mit einem enormen Bevölkerungszuwachs, einer niedrigen Lebenserwartung, außerordentlich hoher Kindersterblichkeit und einem erstaunlich hohen Anteil von Jugendlichen unter 14 Jahren. *In Thailand sind 45 Prozent aller Menschen Kinder unter 14 Jahren, der Bevölkerungszuwachs liegt bei 3,5 Prozent im Jahr!* Derzeit rechnet man in Thailand mit mehr als 30 Millionen Einwohner, da jedoch nur alle 15 Jahre Volkszählungen durchgeführt werden, ist die genaue Zahl der Bewohner dieses südostasiatischen Landes derzeit nicht bekannt. Einen ähnlich explosiven Geburtenüberschuß haben alle anderen südostasiatischen Länder mit Ausnahme des kleinen Landes Singapur, wo eine sehr intensive Industrialisierung mit steigendem Wohlstand und einem energischen Geburtenbeschränkungsprogramm zu einer Verminderung der Geburtenrate geführt hat.

Das Seatropmedinstitut in Bangkok ist eine von mehreren tropenmedizinischen Einrichtungen in Südostasien, die sich speziell auf die Erkennung und Behandlung von Tropenkrankheiten spezialisiert haben, wobei gleichzeitig Forschung und

Lehre ein wichtiger integrierender Bestandteil der Institutsarbeit ist. Insgesamt werden in dem Seatropmedinstitut 30 Ärzte beschäftigt, davon sind zwölf in der 100-Betten-Klinik für Tropenerkrankungen tätig. Die restlichen 18 Kolleginnen und Kollegen arbeiten in Forschung und Lehre. Etwa die Hälfte der an diesem Institut tätigen Ärzte sind Kolleginnen.

Schwerpunkte der Forschung sind selbstverständlich die klassischen Tropenkrankheiten, auch mit ihren spezifischen Ausprägungen im südostasiatischen Raum. Zahlreiche Schautafeln innerhalb des Institutes vermitteln einen Eindruck davon, wie sehr man bemüht ist, die Aufklärung über die Epidemiologie von Tropenkrankheiten zu fördern, um auch durch eine sinnvolle Aufklärung und Erziehung der Bevölkerung den oftmals tödlichen *circulus vitiosus* von tropischen Parasitenerkrankungen zu durchbrechen. Neben den schematisierten Anschauungsmaterialien war mit Akribie eine Sammlung der Parasiten und ihrer Zwischenwirte zusammengetragen worden, um den Unterricht zu erleichtern und durch optische Hilfsmittel anschaulich werden zu lassen. In diesem Institut werden nicht nur die Studenten der Universität von Bangkok in den spezifischen Fragestellungen der Tropenmedizin ausgebildet, sondern es erfolgt auch in einem viermonatlichen Turnus für approbierte Mediziner ein spezieller tropenmedizinischer Kursus mit einem Schwerpunkt für ostasiatische Tropenkrankheiten. Dabei wird auf eine gute klinisch-diagnostische Ausbildung Wert gelegt. Der Kursus endet mit der Herausgabe eines Diploms für Tropenmedizin und Hygiene. Er wird nicht nur von thailändischen Ärzten besucht, sondern von vielen Medizinern aus dem südostasiatischen Raum. Die Bundesrepublik Deutschland finanziert jährlich für etwa sechs bis acht Stipendiaten diese zusätzliche tropenmedizinische Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte aus Südostasien.

Thailand bietet als tropisches Entwicklungsland das ganze Spektrum



Vasomotorische  
Kopfschmerzen,  
Migräne,  
Wetterfühligkeit?



**Ergo-Lonarid**® tonisiert harmonisiert befreit  
die Hirngefäße das Vegetativum vom Schmerz



**Indikationen:**

alle Formen von Kopfschmerzen, die Ihre Ursache funktionellen Störungen im Bereich des Gefäßsystems der A. carotis haben, d. h. vasomotorische Kopfschmerzen (Cephalaea vasomotorica), Migräne und Kopfschmerz bei Föhn und Wetterwechsel.

**Kontraindikationen:**

schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen, schwere Myokardschäden, Zustände, die mit Depressionen einhergehen, Husten mit Gefährdung der Sekretstauung, Lungenemphysem, Asthma bronchiale, chronische Obstipation, genetisch bedingter Mangel an Glucose-6-Phosphat-dehydrogenase (Symptom: hämolytische Anämie), Narkose, akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakaintoxikationen.

Zusammensetzung:	Tabl.	Supposit.
Dihydroergotemin-tartrat	0,5 mg	1,5 mg
4-Acetylamino-phenol	400,0 mg	400,0 mg
Codeinphosphat	10,0 mg	20,0 mg
Amoberbital	30,0 mg	50,0 mg
Coffein	100,0 mg	100,0 mg

**Besondere Hinweise:**

Die maximale Tagesdosierung beträgt bei Erwachsenen und Jugendlichen 6 Tabletten bzw. 3 Suppositorien. In der Schwangerschaft sowie bei Angina pectoris, Koronarsklerose, arteriellen Durchblutungsstörungen, schweren Leber- und Nierenerkrankungen sollte die Dosierung möglichst niedrig gehalten werden. Ergo-Lonarid sollte – wie alle Analgetika – nicht kontinuierlich über längere Zeit angewandt werden.

Packungen:	lt. A.T.
20 Tabletten	DM 6,70
50 Tabletten	DM 14,60
10 Suppositorien	DM 8,95
Klinikpackungen	

**Boehringer  
Ingelheim**





Anschauungsmaterial über wichtige Zwischenwirte von menschlichen Parasitenerkrankungen (z. B. Taschenkrebse sind zugleich Nahrungsmittel und Infektionsüberträger)

der Tropenkrankheiten, wobei an häufigster Stelle die Malaria genannt wird, deren Ausrottung ein nahezu unlösbares Problem deswegen darstellt, weil in den flußreichen sumpfigen Niederungen die Trockenlegung sich schon deswegen verbietet, weil dadurch der Reisanbau unmöglich würde. Reis ist das Grundnahrungsmittel der Asiaten. Thailand produziert als einziges südostasiatisches Land mehr Reis, als es verbraucht.

Neben der Malaria, die Resochinresistent ist, spielt die Amöbenruhr mit allen ihren Organkomplikationen eine ebenso große Rolle. Beim Besuch der Klinik wurde uns beispielsweise ein älterer Patient mit einem großen Amöbenbedingten Leberabszeß und miserablen Allgemeinzustand vorgestellt.

Die viralen Erkrankungen sind naturgemäß ein ebenso ungelöstes Problem, wobei die Hepatitis besonders häufig vorkommt. Sorgen bereitet zum Zeitpunkt unseres Besuches ein offenbar viral bedingtes hochfieberhaftes Krankheitsbild, welches mit hämolytischen Schüben einherging.

An bakteriellen Erkrankungen steht die Tuberkulose bei weitem an erster Stelle; die bakteriellen Enteritiden, wie Salmonellen, Shigellen, Typhus und Paratyphus und Cholera, scheinen in der Problembewältigung weniger Sorgen zu bereiten. Einzelne Fälle von Cholera mit kleinen Epidemien sind in den letzten Jahren aufgetreten, nachdem jahrelang die Cholera aus Thailand verschwunden war. Der aufmerksame Beobachter der hygienischen Abwasserverhältnisse in Bangkok und in anderen Bereichen dieses tropischen Landes wird davon ausgehen dürfen, daß die Mehrzahl der Menschen im Kleinkindes- und Säuglingsalter still

gefeilt werden oder an diesen Infektionen im frühen Kindesalter schon versterben. Immerhin betrug die *Säuglingssterblichkeit* 1973 ca. 22 Prozent!

Eine große Rolle spielen die parasitären Erkrankungen durch die verschiedensten Arten von Würmern, wobei insbesondere die Hakenwurmerkrankungen besonders häufig genannt werden.

Die Kollegen des Seatropeinstitutes beschränken sich jedoch in der Betrachtung ihrer tropenmedizinischen Probleme nicht nur auf den



Instruktive Schautafeln des Instituts zu Lehrzwecken

rein medizinischen Aspekt. Sie sehen in ihrer Tätigkeit einen Kampf gegen die Armut, Hunger, Unwissen und Erkrankungen, wobei sie als Lösung folgende Wege sehen: Mehr und hart arbeiten, vermehrt Nahrung produzieren, die allgemeine und gesundheitliche Erziehung der Bevölkerung forcieren, die Erkrankungen mit Medikamenten behandeln und die Prävention und die Kontrolle von Erkrankten und Gesunden fördern.

„Unhealthy community retards the national economy“

Dieser Satz steht offenbar als Leitmotiv über der Arbeit eines interministeriellen Programms, zu welchem sich die Staaten Thailand, Kambodscha, Philippinen, Malaysia, Indonesien, Südvietnam, Singapur und Laos zusammengeschlossen haben. Dieses Programm sieht u. e. auch

eine Arbeitsteilung der verschiedenen tropenmedizinischen Institute und anderer Gesundheitseinrichtungen der südostasiatischen Länder vor. Austausch der Informationen und der Forschungsergebnisse der einzelnen tropenmedizinischen Institute sind ebenso selbstverständlich wie ein personeller Austausch. Das Programm wird seit 1967 durchgeführt, wobei über die Erfolge derzeit noch nichts auszusagen ist, jedoch über eine erhebliche Geldnot. Wie alle Entwicklungsländer leiden auch die genannten südostasiatischen Staaten unter erheblicher Geldnot und bedürfen einer dauernden Unterstützung durch die hochindustrialisierten Länder. Derzeit tragen die Vereinigten Staaten etwa 50 Prozent der anfallenden Kosten. Auch die Bundesrepublik Deutschland beteiligt sich mit einem bescheideneren Anteil. Darüber hinaus helfen die Niederlande, Kanada und Australien mit. Derzeit machen sich die Tropenmediziner in Thailand große Finanzsorgen, weil für 1975 die Streichung der Zuschüsse aus den Vereinigten Staaten in Aussicht gestellt worden ist. Ganz unverhohlen hat man deshalb auf Möglichkeiten einer finanziellen Unterstützung durch die Bundesrepublik Deutschland angespielt.

Die Forschungsabteilung des Tropeninstitutes ist sehr gut eingerichtet. So steht beispielsweise ein hochmodernes nuklearmedizinisches Instrumentarium zur Verfügung, das ausschließlich zu Forschungszwecken benutzt wird.

Förderungsprogramme für eine verbesserte landwirtschaftliche Ausnutzung der gegebenen Möglichkeiten können jedoch auch Nachteile für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung mit sich bringen. Dies wurde anhand eines anschaulichen Beispiels erläutert: Im Grenzgebiet zwischen Laos und Thailand wird ein großer Staudamm errichtet, der die in der Regenzeit fallenden Niederschläge auf sammeln soll, um das Wasser dann in der trockenen Jahreszeit zur kontinuierlichen Bewässerung der unterhalb des Staudammes gelegenen Felder nutzen zu können. Das von den Tropenmedizinern in Thailand befürchtete Problem besteht darin, daß die bisher in Thailand – im Gegensatz zu Laos – noch nicht beobachtete Schistosomiasis (Bilharziose) auch nach Thailand verschleppt wird. Die Bilharziose wird durch einen Zwischen-

wirt — eine Wasserschnecke — übertragen. Diese könnte bei dem zwischenstaatlichen Staudammprojekt von Laos nach Thailand einwandern und sich überall ausbreiten. Eine Problemlösung ist derzeit nicht in Sicht.

### Unzureichende ärztliche Versorgung der thailändischen Bevölkerung

Regional macht die thailändische Regierung erhebliche Anstrengungen, um die *Schulziehung der Bevölkerung* zu beschleunigen und damit dem Analphabetentum zu begegnen. Immerhin besteht die Schulpflicht für alle Kinder vom siebten Lebensjahr an. Sieben Jahre lang müssen sie die Schulbank drücken. Dennoch sind 30 Prozent der Bevölkerung nicht des Lesens und Schreibens kundig. Auf der anderen Seite gibt es für Studienwillige einen fühlbaren Numerus clausus. Auf der größten und bekanntesten Universität von Thailand in Bangkok werden von 10 000 Studienbewerbern jährlich nur 700 angenommen. Die Auswahl erfolgt durch ein rigides Aufnahme-Prüfungssystem. Ein Studienplatz an der prominentesten thailändischen Universität garantiert jedoch eine gemachte Berufskarriere. Insgesamt gibt es in Thailand acht Universitäten, davon sind sechs in der Hauptstadt des Landes.

Die Anstrengungen der Regierung beschränken sich jedoch nicht nur auf die Förderung der Ausbildung, sondern auch darauf, die einmal Ausgebildeten im Lande zu halten. Gerade auch in Thailand — wie in vielen anderen Entwicklungsländern — haben hochqualifizierte jüngere Akademiker eine enorme Neigung, sich nicht in ihrem eigenen Lande beruflich zu betätigen, sondern ihre Karriere in den Vereinigten Staaten oder in europäischen Ländern zu suchen. Australien ist ebenfalls nicht unbeliebt.

Deswegen werden Spezialausbildungen im Inland zunehmend gefördert und Programme erarbeitet, die die lokalen Möglichkeiten einer Nation optimieren können.

Dem *Geburtenüberschuß* begegnet Thailand mit einem *Familienplanungsprogramm*, welches Aufklärung, Intrauterinpressare, Vasektomie, hormonelle Antikontrazeptiva und die Benutzung von Kondomen

beinhaltet. Schwangerschaftsunterbrechungen zur Geburtenregelung gibt es offiziell in Thailand nicht. „Antibabypillen“ sind in den Apotheken rezeptfrei erhältlich. Die Monatspackung Eugynon 21 kostet umgerechnet ca. DM 2,50 (Apothekenverkaufspreis für das gleiche Präparat in Deutschland: DM 7.30 l).

Die durchschnittliche Kinderzahl einer thailändischen Familie beträgt dennoch 5,5 Kinder. In diesem heiklen Punkt der Familienplanung besteht ein ganz eindeutiger Zusammenhang zu einem nicht vorhandenen System der sozialen Altersversorgung. Es gibt keine gesetzliche Rentenversicherung. Nur ganz wenige Firmen bezahlen ihren Mitarbeitern nach ihrem Ausscheiden am Ende eines Berufslebens eine Abfindungssumme, von der dann der „Pensionär“ leben kann. Das wichtigste Kapital einer Familie besteht darin, möglichst viele gesunde Kinder zu haben, die im Falle des Altwerdens der Eltern für den Familienunterhalt aufkommen müssen. Dementsprechend intensiv ist der



Kinderpoliklinik Chiangmai, einzige fachärztliche Versorgungsstelle für eine ganze Provinz

Familienzusammenhalt. Vor diesem Problem der Geburtenbeschränkung stehen die meisten unterentwickelten Länder, allen voran der indische Kontinent.

Die *Kindersterblichkeit* liegt mit 22 Prozent erschreckend hoch. 80 Prozent aller Geburten auf dem flachen Lande werden als Hausgeburten unter den primitivsten hygienischen Bedingungen durchgeführt, weswegen auch das Auftreten von Nabeltetanien in der Neugeburtperiode an der Tagesordnung ist. Die Kreißenden werden bei der Geburt durch Familienangehörige und eine „Hebamme“ unterstützt. Der Hebammenberuf wird jedoch nicht unter staatlicher Kontrolle erlernt, sondern von Frauen ausgeübt, die dies als Autodidaktin unter Zuhilfenahme tradi-

tioneller Vorstellungen und Erfahrungen sich aneigneten. Nicht vorhandenes Wissen über Hygiene ist kennzeichnend für diese Form der Hausgeburtshilfe.

Zur Geburtenstatistik ist jedoch anzumerken, daß alle Kinder, die innerhalb der ersten 24 Stunden ihres Lebens sterben, nicht als lebend Geborene gezählt werden. Die Meldepflicht für geborene Kinder ist übrigens auf den maximal 15. Tag nach der Geburt festgelegt worden. Die Säuglingssterblichkeit dürfte deswegen meines Erachtens noch weit über den angegebenen 22 Prozent liegen. Wer wird sich auf dem Lande wohl die Mühe machen, dem Staat einen toten Säugling zu melden, für den es keine ärztliche Betreuung gab und an dessen Ableben außerfamiliär niemand interessiert ist?

Parallel zur hohen Säuglingssterblichkeit und zur geringen Lebenserwartung der Thailänder geht die *Arztdichte*. Nur 2500 Ärzte (inoffizielle Angabe) versorgen in Thailand eine Bevölkerung von über 30 Millionen Menschen (zum Vergleich: In München praktizieren etwa 2500 Ärzte, die meisten davon als Kassenärzte. Über 6000 Kolleginnen und Kollegen sind in München beruflich tätig).

Der *Mindestverdienst* eines Arbeiters in einem ordentlichen Betrieb, der von einem weltbekannten deutschen Pharmakonzern in der Nähe von Bangkok aufgebaut worden ist, beträgt 1000 Baht (entspricht ca. DM 145,— netto). Assistenzärzte am staatlichen Krankenhaus werden mit ca. DM 400,— monatlich entlohnt, sie genießen dabei einen Beamtenstatus. Gemessen an ihrem sozialen Status reichen DM 400,— zum Lebensunterhalt in Bangkok für die Kollegen nicht aus. Sie haben deshalb das Recht, sowohl in der Klinik als auch außerhalb der Klinik einer ärztlichen Nebentätigkeit nachzugehen und verdienen sich dadurch das zusätzlich notwendige Einkommen zum Lebensunterhalt für sich und ihre Familien. Die angestellten Krankenhausärzte haben einen geringen Urlaubsanspruch von zehn Tagen im Jahr und eine tägliche Arbeitszeit von 8.30 bis 12 Uhr und von 13 bis 17 Uhr. Innerhalb und außerhalb dieser Arbeitszeit kann Praxis gemacht werden. Eine ärztliche Gebührenordnung zur Abrechnung privater ambulanter Leistungen existiert nicht. Das Honorar wird



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

Sehr verehrte Frau Kollegin!  
Sehr geehrter Herr Kollege!

Dieses Weihnachtsfest begehen wir zwischen zwei Jahren, die uns einige Sorgen brachten und noch bringen werden. Jeder, der in einem freien Beruf tätig ist, spürt die wirtschaftliche Entwicklung unseres Landes im Guten wie im Bösen. Deshalb sind wir sicher gut beraten, wenn wir uns im Blick auf das kommende Jahr auf eine Stagnation auch unseres Einkommens einrichten.

Mit einem Rückgang ihrer staatlichen Unterstützungen und damit mit einer Verschlechterung ihrer Lage müssen aber auch die von der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ betreuten Kollegenkinder rechnen. Sie werden also im kommenden Jahr noch mehr als bisher auf unsere Hilfe angewiesen sein, die ja immer dann einsetzt, wenn die öffentlichen Förderungen nicht ausreichen. In jedem Einzelfall unserer Schützlinge wird ja abgewogen, bis zu welcher Höhe und Dauer die Unterstützung gewährt werden muß, um das Ziel unserer Förderung zu erreichen: den Abschluß einer angemessenen Berufsausbildung. Bis heute, zwanzig Jahre lang, ist es der Stiftung gelungen, durch unsere Spenden die Lücken in den Mitteln unserer Kollegenkinder so zu schließen, daß sie ihre Berufsausbildung beenden konnten. Über 2400 haben dies getan. Jetzt warten 952 auf unsere weitere Hilfe.

Wir bitten Sie daher, diese Hilfe nicht zu versagen. Wie wäre es, wenn wir alle bei unseren Weihnachtsgeschenken die Stiftung mit einplanen würden?

In kollegialer Verbundenheit

Professor Dr. Sewering  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Muschallik  
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

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

Dr. Vilmar  
1. Vorsitzender des Marburger Bundes,  
Verband der engestellten und beamteten Ärzte  
Deutschlands e. V.

Dr. Roos  
Bundesvorsitzender des Verbandes der  
Niedergelesenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.

Frau Dr. Heuser  
1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.

Dr. Walther  
1. Bundesvorsitzender des Deutschen Kassenarztverbandes

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

Dr. Schüller  
1. Sprecher der  
Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände e. V.

Professor Dr. Dr. Hoffmann  
1. Vorsitzender des Verbandes der leitenden  
Krankenhausärzte Deutschlands e. V.

Obermedizinaldirektor Dr. Böhm  
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des  
Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Eggers  
Präsident des Bundesverbandes der  
Deutschen Zahnärzte e. V.

Dr. Zedelmaier  
Bundesvorsitzender des Freien Verbandes  
Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Schulz  
Präsident der Deutschen Tierärzteschaft

Für Ihre Überweisung stehen Ihnen folgende Konten der Stiftung zur Verfügung:

Dresdner Bank Stuttgart Nr. 1 222 387, Landessparkasse - Girokasse Stuttgart Nr. 1 268 267, Deutsche Apotheker- und Ärztebank Stuttgart Nr. 00 919 190, Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33 - 701.

vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten vereinbart und richtet sich in seiner Höhe nach der wirtschaftlichen Lage des Patienten. Die Beratung wird im Regelfall mit DM 5,— abgegolten. Der Staat sieht angesichts seiner eigenen Finanznot großzügig darüber hinweg, daß angestellte Ärzte nebenbei Privatpraxis betreiben. Die Benutzung von medizinisch-technischen Einrichtungen der Klinik zu diesen Zwecken wird offenbar geduldet. Als zusätzliche soziale Leistung des Arbeitgebers wird nicht selten eine kostenlose Dienstwohnung zur Verfügung gestellt.

Die ärztliche Versorgung in Thailand stützt sich auf die von der Regierung gegründeten und unterhaltenen Krankenhäuser und Gesundheitsstationen, letztere sind zum Teil auch mit Nichtärzten besetzt. In allen staatlichen Gesundheitseinrichtungen besteht *freie Heilfürsorge* für ambulante und stationäre Leistungen einschließlich der Verabreichung von Medikamenten. Der Ausrüstungsstandard dieser Krankenhäuser wird als gering erachtet. Deswegen gibt es in den wenigen Städten, insbesondere in der Dreimillionenstadt Bangkok einzelne Privatkliniken für die besser verdienenden Bevölkerungsschichten. Für Privatkliniken erfolgt von seiten des Staates kein Kostenersatz im Erkrankungsfall. Jedoch leisten manche Arbeitgeber gelegentlich freiwillig Beihilfezuschüsse für Krankenhauskosten.

Eine Krankenversicherung, die auch nur annähernd europäischen Verhältnissen vergleichbar wäre, existiert für die Thais in keiner Weise.

Der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in Thailand widmen sich nicht nur die relativ wenigen Ärzte, sondern auch eine große Zahl von mehr oder minder kenntnisreichen Naturheilkundigen, die zur Ausübung ihres Berufes keinerlei Legitimationen bedürfen. Sie genießen unter der einfachen Bevölkerung ein sehr hohes Ansehen und werden häufig konsultiert. Ihre Preise liegen jedoch angeblich nicht unter den Preisen, die die approbierten Mediziner privat von ihren Klienten verlangen.

(Schluß folgt)

Anschrift des Verfassers:

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



# 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. ex: Rad. Althea. 0,4 g, Flor. Chamomill. 0,3 g, Fruct. Cynosbat. 0,4 g, Herb. Equiset. 0,5 g, Fol. Jugland. 0,4 g, Herb. Millefol. 0,4 g, Cort. Ouerc. 0,2 g, Herb. Tarax. 0,4 g in 100 g. - 1 Dreege enthält: Rad. Althea. 0,008 g, Flor. Chamomill. 0,006 g, Fruct. Cynosbat. 0,004 g, Herb. Equiset. 0,010 g, Fol. Jugland. 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 Tonsillektomie. Chronische Racheninfekte. **Zusatztherapie** bei allen katarrhalischen Infekten. Zur Ergänzung der Chemotherapie. **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 Dragees über Wochen, bei akuten Manifestationen (Katarrhen) vorübergehend 5-6mal täglich.

**Handelsformen:** Tonsilgon OP mit 30 ml OM 5,60 OP mit 60 Drag. DM 7,75  
OP mit 50 ml DM 7,75 OP mit 240 Drag. DM 22,95  
OP mit 100 ml DM 10,45



**BIONORICA KG · NÜRNBERG**

### Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

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

(Schluß)

#### Fortbildung

Rund 35 000 Ärzte nahmen an den insgesamt 542 Fortbildungsveranstaltungen der 63 *Ärztlichen Kreisverbände* — ohne regionale Fortbildungszentren — teil. In dieser Gesamtzahl sind 526 Nachmittags- oder Abendveranstaltungen und 16 Wochenendveranstaltungen enthalten, wobei letztere von 3870 Kolleginnen und Kollegen besucht wurden.

Die durchschnittliche Beteiligung je Veranstaltung betrug 65 Kolleginnen und Kollegen. Schlüsselt man weiter auf nach der Art dieser örtlichen Fortbildung, zeigt sich, daß Vorträge mit Diskussionen etwa  $\frac{2}{3}$ , Vorträge mit Film und Diskussionen etwa  $\frac{1}{3}$ , Seminare ein Prozent und klinische Fortbildung am Krankenhaus ebenfalls ein Prozent aller Veranstaltungen ausmachten.

Die nunmehr sieben *regionalen Fortbildungszentren* (Chiemgau-Fortbildung, Ostbayerische Fortbildung, Weissenhorner Fortbildung, Niederbayerische Fortbildung, Amper-Ilm-kreis-Fortbildung, Oberallgäuer Fortbildung und seit kurzem auch die Werdenfeller Fortbildung), verzeichneten insgesamt fast 10 000 Teilnehmer. An den 72 Abendveranstaltungen beteiligten sich 8200 Kollegen und weitere 1640 an den sechs Wochenendveranstaltungen.

Die *Klinische Fortbildung* in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer bot 16 Veranstaltungen an Universitätskliniken an — von Ganztagsdauer bis zu vier Ta-

gen reichend —, die von 1830 Ärzten besucht wurden. Einen besonders positiven Anklang fand die „3. Erlanger Fortbildungsveranstaltung in Neurologie und Psychiatrie für Allgemeinärzte und niedergelassene Fachärzte aller Gebiete“ (Professor Dr. H. H. Wieck) mit der Thematik „Psychopharmaka und Gleichgewichtsstörungen“, die von rund 500 Ärzten der verschiedensten Fachrichtungen, mit Schwerpunkt Allgemeinärzte, besucht wurde. Darüber hinaus wurden selbstverständlich weitere zahlreiche Veranstaltungen klinischer Fortbildung auf Einzelinitiative von Chefarzten, Berufsverbänden usw. durchgeführt.

An den fünf großen *bayerischen Fortbildungskongressen* nahmen insgesamt über 9000 Ärzte teil, davon

4000 am 25. Nürnberger Fortbildungskongreß,

1700 am 54. und 55. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin und

3500 an der 53. und 54. Tagung „Ärztliche Fortbildung Regensburg“.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, daß zahlenmäßig der Schwerpunkt der ärztlichen Fortbildung bei der örtlichen Berufsvertretung liegt (Ärztliche Kreisverbände mit 35 000 Teilnehmern), gefolgt von der Fortbildung in den regionalen Fortbildungszentren (10 000 Teilnehmer) und den fünf großen bayerischen Fortbildungskongressen (9000 Teilnehmer), ergänzt durch die Klinische Fortbildung mit 1830 Teilnehmern.

Der dritte *Fortbildungskurs* der Landesärztekammer für *Arzthelferinnen* in Nürnberg wies 329 Teilnehmerinnen auf, 173 Arzthelferinnen bildeten sich bei der 54. Tagung „Ärztliche Fortbildung Regensburg“ fort und weitere 50 nahmen an den Laborseminaren in Augsburg teil, so daß im Berichtsjahr rund 650 Arzthelferinnen eine jeweils eineinhalbtägige Fortbildung erfuhren. Unabhängig davon führten die Ärztlichen Kreisverbände und die regionalen Fortbildungszentren zahlreiche weitere Veranstaltungen für die ärztlichen Assistenzberufe durch.

In diesem Zusammenhang muß weiterhin der viertägige „IV. Zentralkongreß für medizinische Assistenzberufe“ in Augsburg im Juni 1975 aufgeführt werden, bei dem knapp 1000 Teilnehmerinnen aus allen Sparten medizinischer Assistenzberufe (MTA, Arzthelferinnen, Krankengymnastinnen, Intensivpflegerinnen und Diätassistentinnen) in ihren Spezialgebieten eine gezielte Fortbildung erfuhren.

#### Strahlenschutzkurse der Bayerischen Landesärztekammer

Als nach Landesrecht zuständige Stelle für die Erteilung der Fachkundebescheinigung im Strahlenschutz veranstaltete die Bayerische Landesärztekammer im Berichtsjahr die gesetzlich vorgeschriebenen Kurzurse an neun Orten Bayerns mit 18 Theoriekursen und insgesamt 150 Praktikumskursen an Wochenenden, woran sich rund 3500 Kolleginnen und Kollegen beteiligten.

Darüber hinaus führte die Landesärztekammer zunächst vom 29. bis 31. Mai 1975 im Ärztehaus Bayern den ersten großen Grundkurs für 175 Kollegen durch, der mit dem großen Diagnostikkurs vom 31. Oktober bis 2. November 1975 für diese Teilnehmer ergänzt wird, die den Nachweis dieser Kurse aufgrund der Bestimmungen der Röntgenverordnung zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz benötigen.

Weiterhin plant die Bayerische Landesärztekammer in Erlangen Anfang Dezember 1975 den ersten Kurs für Röntgenassistentinnen, die als Verantwortliche im Strahlenschutz eingesetzt sind.



Münchener Delegierte

### Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Erledigung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten

Schadenersatzforderungen von Patienten wegen eines angeblich oder wirklich vorliegenden ärztlichen Kunstfehlers sollen von einer bei der Bayerischen Landesärztekammer eingerichteten Schlichtungsstelle geklärt werden.

In einem ersten Schritt wurde zwischen der Kammer und dem Verband der Haftpflicht-, Unfall- und Kraftverkehrs-Versicherer e.V. (HUK-Verband) die Errichtung einer solchen Schlichtungsstelle beschlossen. Sie besteht aus vier Mitgliedern, die wie folgt berufen werden:

- 1 Arzt/Facharzt als ständiges Mitglied (= Vorsitzender; durch die Bayerische Landesärztekammer),
- 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.

Die Geschäfts- und Verfahrensordnung wurde im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht (Heft 6/1975, S. 440).

Die Schlichtungsstelle hat ihre Tätigkeit zwischenzeitlich aufgenommen, die ersten Fälle beraten und bereits einige Gutachten in Auftrag gegeben. Nach den zahlreichen Presseveröffentlichungen gingen über 100 Briefe ein. Etwa 60 Prozent betreffen allerdings außerbayerische Ärzte, so daß die Schlichtungsstelle hierfür sachlich nicht zuständig ist.

Das Bedürfnis für eine derartige Schlichtungsstelle kann jetzt schon als unbedingt gegeben betrachtet werden.

Ziel der Tätigkeit der Schlichtungsstelle ist es, im Interesse aller Beteiligten möglichst rasch und sorgfältig den Sachverhalt aufzuklären und in einem Sachverständigen-Gutachten einen Vorschlag für die außergerichtliche Behebung der Streitigkeiten zu machen.

Selbstverständlich wird durch die Einschaltung der Schlichtungsstelle der Rechtsweg zu den Gerichten für den Patienten nicht ausgeschlossen. Der Patient ist auch nicht verpflichtet, vor Erhebung einer gerichtlichen Schadenersatzklage die Schlichtungsstelle anzurufen. Die Beteiligung an einem Verfahren vor der Schlichtungsstelle ist vielmehr für alle Beteiligten freiwillig.

Die Vertragspartner möchten mit dieser Regelung dazu beitragen, unnötige, für Patienten und Arzt gleichermaßen unbefriedigende, langwierige gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden. Der Haupt-

vorteil für den Patienten liegt darin, daß er durch eine sachverständig besetzte zentrale Stelle Aufklärung darüber erhalten kann, ob überhaupt Anhaltspunkte für das Vorliegen eines ärztlichen Kunstfehlers gegeben sind. Damit kann dem Patienten durch die neue Schlichtungsstelle, wenn er zu Recht Schadenersatzansprüche geltend macht, schneller und besser als bisher geholfen werden, andererseits auch eine offensichtlich aussichtslose Schadenersatzklage möglicherweise vermieden werden.

Die erforderlichen Gutachter wurden der Kammer von den bayerischen wissenschaftlichen Gesellschaften bzw. den Berufsverbänden benannt.

### Medizinische Assistenzberufe

#### 1. Ausbildungsberuf der Arzthelferin

Die von der Bundesregierung im Jahre 1973 bekanntgegebenen Markierungspunkte für die Neuordnung der beruflichen Bildung haben in die Neufassung des Berufsbildungsgesetzes Eingang gefunden.

Der wesentliche Inhalt der darin wiedergegebenen Vorstellungen der Bundesregierung wurde im Tätigkeitsbericht des Vorjahres dargestellt. Gegen diese Vorstellungen hatten sich neben den Arbeitgeberorganisationen, vor allem der Bundesverband der freien Berufe, in ausführlichen Stellungnahmen gewandt.

Einen zentralen Punkt stellt die Finanzierung der Berufsbildung dar, die eine erhebliche Belastung der Arbeitgeber bedeuten würde. Daneben enthält der Entwurf Bestimmungen, welche einen Einbruch in das Recht der Kammer und in ihre bisherige Zuständigkeit bringen würden. Die freien Berufe sollen allerdings nicht in die überbetriebliche Finanzierung einbezogen werden. Das Gesetz steht im heftigen Meinungsstreit der Parteien des Bundestages und konnte bisher noch nicht verabschiedet werden. Der Bundesverband der freien Berufe wird dazu auch im Namen der Ärzteschaft nochmals deutlich und nachdrücklich seine Auffassung den Parlamentariern gegenüber zum Ausdruck bringen.

Über die Aufgliederung der Berufsfelder und die Zuordnung der Ausbildungsberufe in diese, welche die Voraussetzung für die Einführung des Berufsgrundschuljahres bei den Arzthelferinnen sind, konnte in dem zuständigen Unterausschuß des Bundesberufsbildungsausschusses noch keine Einigung erzielt werden. Nach wie vor besteht von seiten der Arbeitgebervertreter wie auch der Ministerien die Auffassung, daß die Arzthelferin mit den Friseuren und gegebenenfalls auch den Kosmetikern im Berufsfeld 9 (Gesundheits- und Körperpflege) verbleiben soll. In diesem Falle würde der gemeinsame Unterrichtsstoff für dieses Berufsfindungsjahr für die medizinischen Assistenzberufe lediglich 15 Prozent betragen. Der Verband der freien Berufe tritt für ein gemeinsames Berufsfeld der medizinischen Assistenzberufe ein, während die Ärzteschaft, sofern dies nicht erreichbar sein sollte, eine Unterteilung des genannten Berufsfeldes 9 in ein solches für Gesundheitspflege mit der Zugehörigkeit der medizinischen Assistenzberufe einerseits und für Körperpflege andererseits fordert. Die Beratungen darüber sind noch nicht abgeschlossen.

Das in dem Katalog der vordringlich neu zu regelnden Ausbildungsberufe aufgeführte Berufsbild der Arzthelferin steht noch immer nicht zur Beratung heran.

Vorsorglich hat die Bundesärztekammer die Forderung der Ärzteschaft nach einer Erweiterung der bisher zweijährigen auf eine dreijährige Ausbildung, zugleich auch als eine Voraussetzung für ihre weitere Mitarbeit bei der Neugestaltung des Berufsbildes, nachdrücklich wiederholt.

Eine solche Regelung sollte mit der Möglichkeit der Verkürzung der Ausbildung auf zwei Jahre bei Vorliegen entsprechender Schulbildung verbunden werden. Damit könnte die Verkürzung nach den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes erfolgen und es würden die Schwierigkeiten behoben, die sich durch die Ableistung der dreijährigen gesetzlichen Berufsschulpflicht, insbesondere in Bayern, mit der zweitägigen Beschulung der Auszubildenden im ersten Jahr ergeben hat, d. h., es würde sich der Berufsschulbesuch bei Vorliegen der mitt-



Oberbayerische Delegierte

leren Schulreife im ersten Ausbildungsjahr wieder auf einen Schultag beschränken.

Anfang dieses Jahres wurden von den Vertragspartnern die Bruttogehälter für geprüfte Arzthelferinnen und die Ausbildungsbeihilfen neu vereinbart. Damit erfolgte in etwa eine Angleichung an die inzwischen angehobenen Gehälter für die Hilfskräfte der übrigen Heilberufe bzw. freien Berufe und in der freien Wirtschaft.

Der im Tätigkeitsbericht des Vorjahres erwähnte neue curriculare Lehrplan für den Unterricht in den Fachklassen für auszubildende Arzthelferinnen an den Berufsschulen wurde erst zu Beginn des Schuljahres 1974/75 vom Kultusministerium den Berufsschulen bekanntgegeben. Er entspricht den gesetzlichen Bestimmungen über die Dauer der Berufsschulpflicht bei zweijährigen Ausbildungsberufen, die im ersten Ausbildungsjahr zwei Berufsschultage mit insgesamt 16 Unterrichtsstunden und im zweiten Ausbildungsjahr einen Schultag mit acht Stunden vorsehen. Diese Regelung, auf die die Kammer wiederholt auch in den Tätigkeitsberichten der vergangenen Jahre hingewiesen hat, löste, vor allem auch wegen der verspäteten Einführung des Lehrplanes, teilweise heftigen Widerspruch bei auszubildenden Ärzten aus, da dadurch die praktische Ausbildung im ersten Jahr erheblich verkürzt wird und der auszubildende Arzt seinen Pflichten nicht in dem entsprechenden Um-

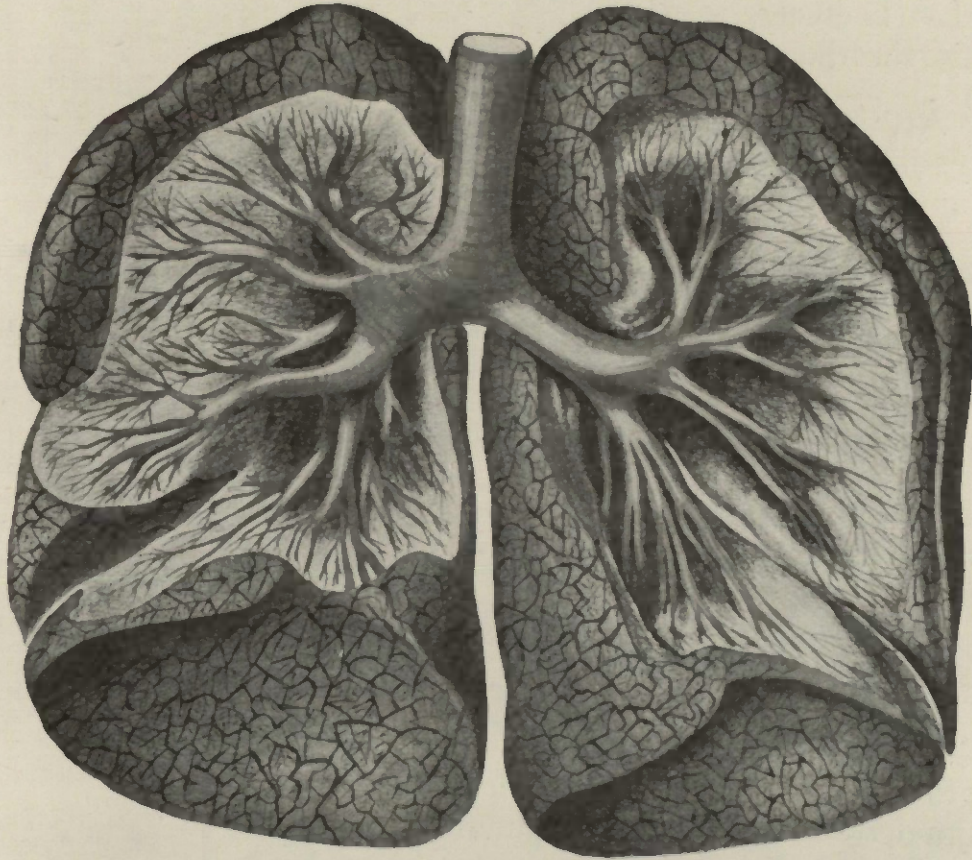
fang nachkommen kann. Die Bemühungen der ärztlichen Berufsvertretung um eine Änderung dieser gesetzlichen Grundlagen hatten bisher leider keinen Erfolg. Gleichwohl war sie bemüht, in dem neuen Lehrplan für das erste Ausbildungsjahr einen fachkundigen Unterricht im angemessenen Umfang einzubauen. Dazu wurden weitere Stunden für die medizinische Fachkunde und mit einer Stunde das Fach „Kassenabrechnung“ im ersten Jahr aufgenommen sowie im zweiten Jahr das Fach „Qualitätsrechnen“ neben der Qualitätskontrolle in den Lehrplan eingeführt.

Mit der weitgehenden Verstaatlichung der Berufsschulen wurden diese seitens des Kultusministeriums auf den Vollzug der zweitägigen Beschulung im ersten Ausbildungsjahr nochmals nachdrücklich hingewiesen. Soweit die räumlichen und personellen Voraussetzungen dazu geschaffen werden konnten, haben die Schulen den Unterricht auf 12 bzw. 15 Stunden erweitert und werden voraussichtlich in der Folgezeit im nächsten Jahr den vollen Unterricht von 16 Stunden einzuführen. Es bleibt zu hoffen, daß diese Regelung nicht zu einem Rückgang der Zahl der Ausbildungsverhältnisse führen wird, zu deren vermehrtem Abschluß die Kammer die niedergelassenen Ärzte im Rahmen der Bemühungen um eine Verminderung des Mangels an Ausbildungsstellen in Übereinstimmung mit dem Vorgehen der übrigen Ärztekammern aufgerufen hat.



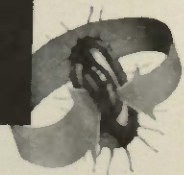
# Atemwegsinfektionen

Akute und chronische Bronchitis, Pneumonie



# Eusaprim®

Breitband-Bakterizidum



## Bakterielle Infektionen schnell beherrschen

### Indikationen:

#### Bakterielle Infektionen

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

Aile anderen Infektionen  
mit empfindlichen Erregern.

**Dosierung:** Standard-Dosis für Erwachsene: 2x2 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 Exanthenen Eusaprim® absetzen) und reversible hämatologische Veränderungen. Bei Langzeitbehandlung regelmäßig Blutbildkontrollen. **Packungen und Preise\*** (m. MwSt.): 20 Tabletten 19,10 DM, 50 Tabletten 42,65 DM, 20 Ampullen zur Infusion zu 5 ml (2x10) 91,35 DM, Suspension (100 ml) 20,95 DM, 20 Kinder-Tabletten 6,00 DM, 50 Kinder-Tabletten 14,25 DM, Kinder-Suspension (100 ml) 13,10 DM. \*unverbindlich



Deutsche Wellcome GmbH  
3006 Burgwedel 1

Neue Applikationsform:  
**Eusaprim® Suspension für Erwachsene**

# 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.

**neu** **Amuno**<sup>®</sup>  
**Amuno**<sup>®</sup> **M**

...Maßstab der Rheumatherapie

**Zusammensetzung:**  
**Amuno**<sup>®</sup> – 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.  
**Amuno**<sup>®</sup> M – 1 Kapsel enthält: 25 mg Indometacin – {1-(p-Chlorbenzoyl)-5-methoxy-2-methylindol-3-yl}-Essigsäure, 114,5 mg Magnesiumhydroxid, 225,5 mg Aluminiumhydroxid-Magnesiumcarbonat-Trockengel (als Antacidum) entspr. 90–97 mg Aluminiumoxid und 13,5–20,3 mg Magnesiumoxid.  
Kapseln 25 mg

**Indikationen:**  
Primär-chronische Polyarthritiden, Arthrosis deformans, Coxarthrose, Spondylitis ankylopoetica (Morbus Bechterew), Gicht, akute extrartikuläre Affektionen, wie Periarthritis humeroscapularis, Bursitis, Synovitis, Tendinitis, Tendovaginitis, Lumbalgie. Bei Schmerzen, Entzündungen, Triasmus 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 acetylsalicylsäurehaltige Medikamente oder Amuno<sup>®</sup>. Mangel ausreichender Erfahrung wird die Behandlung in Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern nicht empfohlen.

**Dosierung und Anwendungsweise:**  
Falls vom Arzt nicht anders angegeben, liegt die empfohlene Tagesdosis bei 2 Kps. Diese Dosis wird in zwei oder drei Einzeldosen, je nach Schwere der Erkrankung und der Ansprechbarkeit auf das Präparat eingenommen. Die orale Verabreichung von Amuno<sup>®</sup> erfolgt am besten zusammen mit den Mahlzeiten, mit Milch oder einem Antacidum. Amuno<sup>®</sup> M Kapseln sollten ebenfalls stets mit den Mahlzeiten bzw. mit etwas Milch eingenommen werden.

**Vorsichtsmaßnahmen und Nebenwirkungen:**  
Im Verhältnis zur optimalen Wirksamkeit und breiten Anwendung von Amuno<sup>®</sup> und Amuno<sup>®</sup> M werden Nebenwirkungen selten beobachtet und durch eine stets anzustrebende individuelle Anpassung der Dosierung an Patient und Krankheitsbild weitgehend vermieden. Falls gastrointestinale Blutungen auftreten, muß Amuno<sup>®</sup> und Amuno<sup>®</sup> M abgesetzt werden. Da sich als Folge einer okkulen gastrointestinalen Blutung gelegentlich – wie bei jeder antiphlogistischen Therapie – eine Anämie entwickeln kann, werden bei längerer Anwendung von Amuno<sup>®</sup> M regelmäßige Blutbildkontrollen empfohlen. Bei sehr selten – mit und ohne medikamentöser Therapie, hauptsächlich im Krankheitsverlauf einer primär-chronischen Polyarthritiden – auftretenden Sehstörungen ist augenärztliche Innensprache anzuraten. Die während einer Amuno<sup>®</sup> und Amuno<sup>®</sup> M-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.: Amuno <sup>®</sup>	
20 Kapseln 25 mg	DM 8,30
100 Kapseln 25 mg	DM 32,60
20 Kapseln 50 mg	DM 15,10
50 Kapseln 50 mg	DM 31,50
10 Suppos. 50 mg	DM 9,50
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

Handelsformen und Preise lt. A.T.: Amuno <sup>®</sup> M	
50 Kapseln 25 mg	DM 13,05
100 Kapseln 25 mg	DM 34,15

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

**MSD**  
SHARP &  
DOHME



Niederbayerische Delegierte

Der für Jugendliche unter 15 Jahren eingeführte Vorvertrag bzw. dreijährige Ausbildungsvertrag, im Falle allseitiger Zustimmung der Vertragspartner bei Vorliegen entsprechender Gründe, mußten aus zwingenden Rechtsgründen zugunsten einer Vorverlegung des Eintrittsalters für eine zweijährige Ausbildungsdauer auf das Alter von 15½ Jahren aufgegeben werden. Damit konnten auch die Schwierigkeiten der Ausbildungsförderung solcher Verträge beseitigt werden.

Das Berufsgrundschuljahr, als gemeinsames Vollzeitjahr für Interessentinnen an einer Ausbildung in den medizinischen Assistenzberufen, konnte wegen der noch offenen Frage ihrer Zuordnung zu dem entsprechenden Berufsfeld bisher noch nicht eingeführt werden.

Der Arbeitsausschuß „Medizinische Assistenzberufe“ des Kammervorstandes, in der von diesem neu beschlossenen Zusammensetzung, befaßte sich in seinen Beratungen mit verschiedenen Fragen der Ausbildung zur Arzthelferin sowie mit Angelegenheiten anderer Heilhilfsberufe. Er bereitete ferner die Beratungsgegenstände des Berufsbildungsausschusses vor.

Der Berufsbildungsausschuß für Arzthelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer hielt am 26. März 1975 eine Sitzung ab. Beratungsthemen waren die Situation der Berufsbildung im allgemeinen und die Ausbildung der Arzthel-

ferin im besonderen. Der Ausschuß beschloß einige Änderungen und Ergänzungen der Prüfungsordnung, die sich für die praktische Durchführung der Abschlußprüfung als notwendig bzw. zweckmäßig erwiesen haben. Sie wurden inzwischen vom Bayerischen Staatsministerium des Innern, als der zuständigen Behörde, genehmigt und fanden bereits bei der diesjährigen Abschlußprüfung Anwendung.

Dazu verabschiedete der Ausschuß nach eingehender Beratung und auf der Grundlage der Erfahrungen aus den vorangegangenen Abschlußprüfungen eine Neufassung der Bewertungsrichtlinien mit einem Notenschlüssel sowie eine Umrechnungstabelle für die zugleich entsprechend ihrer Bedeutung für den Beruf der Arzthelferin neu gewichteten Prüfungsfächer. Ferner wurden einige Regelungen für die Durchführung der Prüfung beschlossen und die Voraussetzungen für die Zulassung zur vorzeitigen Abschlußprüfung festgelegt.

Schließlich entschloß sich der Ausschuß nach den Erfahrungen mit der Führung des Berichtsheftes dazu, dieses für den Ausbildungsberuf der Arzthelferin abzuschaffen.

Über die Ausbildungssituation der Arzthelferinnen in Bayern ist folgendes zu berichten:

Während im Schuljahr 1973/74 467 Jugendliche mit Vorvertrag und 1938 Mädchen mit einem zweijähr-

gen Ausbildungsvertrag die Ausbildung begonnen haben, ging ihre Zahl erstmals zu Beginn des Schuljahres 1974/75 auf 212 Jugendliche mit Vorvertrag und 2175 mit einem zweijährigen Vertrag zurück. Das bedeutet eine Minderung von 230, die vor allem bei den Vorverträgen festzustellen war, während die Anzahl Jugendlicher mit zweijährigen Ausbildungsverträgen um etwa 140 zugenommen hat. Diese Tatsache läßt darauf schließen, daß, wohl aufgrund des Hinweises der Kammer und des größeren Angebotes von Jugendlichen mit mittlerer Schulreife, diese vermehrt eingestellt wurden. Die Gesamtzahl der Auszubildenden stellt sich für die Zeit von 1972 mit 1975 wie folgt dar:

#### Im Schuljahr

1972/73	standen	Insgesamt	3599
1973/74	„	„	4123
und			
1974/75	„	„	4304

Jugendliche in der Ausbildung.

Wegen der Überfüllung der Städtischen Berufsschule München wurden mit Zustimmung der Kammer und der zuständigen Ärztlichen Kreisverbände an den Berufsschulen in Bad Tölz, Erding, Fürstenfeldbruck und Garmisch-Partenkirchen aufsteigende Fachklassen für Arzthelferinnen mit einer Gesamtzahl von 138 Schülerinnen eingerichtet. Trotzdem blieb die Zahl der an der Berufsschule in München zu Beginn des Schuljahres 1974/75 neu eingetretenen Auszubildenden gegenüber dem vorangegangenen Jahr unverändert.

Für den Beginn des Schuljahres 1975/76 wird eine weitere Fachklasse an der Staatlichen Berufsschule in Straubing eröffnet werden. Damit erhöht sich die Zahl der Berufsschulen mit Fachklassen für Arzthelferinnen von 24 auf 28 bzw. 29 Schulen. Die Zahl der Klassen hat im laufenden Schuljahr gegenüber dem Vorjahr auch dadurch zugenommen, daß überfüllte Klassen auf eine angemessene Schülerzahl reduziert werden konnten.

Als Folge dieser Maßnahmen ergab sich ein erhöhter Bedarf an ärztlichen und nichtärztlichen nebenamtlichen Fachlehrkräften für die medizinische Fachkunde und den Laborunterricht sowie für das Unterrichts-



Oberpfälzische Delegierte

fach Kassenabrechnung. Die Zahl dieser Fachlehrer stieg von 84 im Vorjahr auf 114 in diesem Schuljahr. Diese Zunahme kommt auch in den Aufwendungen der Kammer für die Zuschüsse zu den Vergütungen des Schulträgers für die gehaltenen Unterrichtsstunden zum Ausdruck.

An der Abschlußprüfung 1975 nahmen 1919 Auszubildende gegenüber 1690 im vergangenen Jahr teil.

Der gemäß dem Berufsbildungsgesetz nach Ablauf des ersten Ausbildungsjahres vorgeschriebenen Zwischenprüfung, die auf vier Unterrichtsfächer beschränkt ist und nur in schriftlicher Form durchgeführt wird, unterzogen sich 2175 Auszubildende.

Insgesamt befinden sich im Schuljahr 1974/75 etwa 4306 Jugendliche in der Ausbildung zur Arzthelferin nach dem Berufsbild dieser Tätigkeit.

Obwohl die Zahl mit Ausbildungsvertrag ausgebildeter Arzthelferinnen jährlich zum Teil erheblich gestiegen ist, hat sich bislang, vor allem wohl wegen der relativ kurzen Berufsdauer dieser Gruppe, noch kein Überangebot entwickelt. Es besteht vielmehr noch immer ein Bedarf an diesen Mitarbeitern des Arztes.

Die oftmals schwierigen Aufgaben der Ausbildung dieser Jugendlichen werden von den ausbildenden Ärzten weitaus überwiegend im vollen Umfang ihrer Pflichten wahrgenom-

men. Es wurden im Berichtszeitraum nur wenige Fälle bekannt, in denen die ärztliche Berufsvertretung veranlaßt war, sich als zuständige Stelle für diesen Ausbildungsberuf einzuschalten. Auch die für auftretende Schwierigkeiten bei der Durchführung der Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz zuständigen, von der Kammer bestellten Ausbildungsberater mußten nur in wenigen Fällen bemüht werden. Die Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes wurden bei den ausbildenden Ärzten bis auf wenige Fälle, die sich auf die fehlende Nachuntersuchung, die Nichteinhaltung der Arbeitszeit oder die im Gesetz vorgeschriebenen Bekanntmachungen gegenüber den Jugendlichen bezogen, beachtet.

Die Zusammenarbeit mit den Berufsschulträgern und Direktoren der Schulen erfolgte nach wie vor im guten Einvernehmen und im Bemühen, die bestmögliche Ausbildung der angehenden Arzthelferin sicherstellen zu helfen. Die Kammer setzte dazu gemeinsam mit den zuständigen Bezirksstellen der KVB beachtliche Geldbeträge ein, nachdem die Haushaltsmittel der Schulen dafür nicht ausreichten.

Die Mittel dienten dem Aus- bzw. Umbau von Unterrichts- zu Laborräumen und der Anschaffung von Lehr- und Unterrichtsmaterial. Die neuerrichteten bzw. ausgestatteten Laborräume sollen auch für die Fortbildung von Arzthelferinnen, die neben ihren Berufsvertretungen auch der Kammer als Aufgabe nach dem Berufsbildungsgesetz obliegt, Ver-

wendung finden bzw. wurden bereits für diesen Zweck eingesetzt.

Alein aus diesen wenigen Darstellungen des Umfanges dieses Aufgabengebietes der Kammer ist die Belastung der Geschäftsstelle erkennbar. Hinzu kommt noch ein umfangreicher Schriftwechsel mit Schulen, Dienststellen, Erziehungsberechtigten, Auszubildenden und ausbildenden Ärzten sowie persönliche und fernmündliche Auskünfte, in die auch die Betreuung der Auszubildenden in dem der Kammer obliegenden Maße einzubeziehen ist.

Die Geschäftsführung war bemüht, diese Verwaltungsarbeiten mit möglichst geringem Personalaufwand zu erledigen, konnte sie jedoch, vor allem für den Bereich der Vorbereitungen der Zwischenprüfungen und Abschlußprüfungen, nicht ohne Heranziehung von Hilfskräften bewältigen.

## 2. Röntgenhelferinnen

Die seit 1968 erstmals von der Bayerischen Landesärztekammer eingeführte Fortbildung zur Röntgenhelferin in einem 14tägigen Kurs konnte auch mit je einem Kurs im Herbst 1974 und Frühjahr 1975 bei insgesamt 66 Teilnehmerinnen erfolgreich durchgeführt werden. Das Interesse an dieser Fortbildungsmöglichkeit ist nach wie vor sehr groß, jedoch kann weder die Zahl der Kurse, die im Institut der Firma Siemens AG Erlangen unter Mitwirkung ihrer Mitarbeiter und von Fachärzten der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg abgehalten werden, noch die Zahl der Teilnehmer vergrößert werden. Die Kurse vermitteln mit Zustimmung des Landesamtes für Umweltschutz auch die nach der Röntgenverordnung für diese Mitarbeiter des Arztes erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz. Nach Bestehen der den Kurs abschließenden Prüfung wird den Teilnehmern ein Zeugnis der Bayerischen Landesärztekammer als geprüfte Röntgenhelferin ausgehändigt.

## 3. Laborhelferinnen

Als Fortbildungsmöglichkeit für die Mitarbeit im Labor der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhausärzte nach einer mindestens dreijährigen Tätigkeit auf diesem Gebiet werden seit 1965 ebenfalls

# Esberitox®

Stimulans  
der körpereigenen  
Abwehrsysteme

Unspezifisches  
Reiztherapeutikum zur  
Prophylaxe und  
Basistherapie bei  
infektiösen Erkrankungen.

**Zusammensetzung:** 20 ml ESBERITOX liquid. enthalten: Percolat 1 = 5 Herb. Thujae occid. rec. 1,0 ml, Percolat. 1 = 5 Radix Baptisiae tinctor. 2,0 ml, Percolat. 1 = 10 Rad. Echinac. angust. et purp. 1 + 1 3,0 ml, Apis mellifica D 4 2,0 ml, Crotales D 6 3,0 ml, Silicea D 4 3,0 ml, Lechesis D 6 6,0 ml. 1 Tablette entspricht ca. 20 Tropfen Liquidum. 1 Suppositorium = ca. 20 Tropfen Liquidum. **Indikationen:** Esberitox® dient daher zur Prophylaxe bzw. Therapie akuter und chronischer Infektionskrankheiten virusbedingter oder bakterieller Art, wie benele und grippele Intekte, Virusgrippe, Bronchitiden, Pneumonien, Anginen, Laryngitiden, Otitiden, Adnexitis, Parametritis, Cystopyelitis. Rheumatische Erkrankungen und juveniles. Auch in Kombination mit anderer Therapie, wie Antibiotika, Chemotherapie, Kortikoide. **Dosierung:** Oral: 3mal täglich 20-50 Tropfen in der Form von 10-30 Tropfen oder 1/2-1 1/2 Tabletten. Perenteral: i. m. 0,5-2,0 ml/die, i. v. Beginn mit 0,2 ml/die, je nach Alter, 3mal täglich 10-30 Tropfen in der Form von 10-30 Tropfen oder 1/2-1 1/2 Tabletten. **Kontrolle der Reaktionslage bis zu 2,0 ml. Rektal:** Säuglinge 1-2 Zäpfchen, Kinder ab 1 Jahr 2-3 Zäpfchen täglich. **Handelsformen:** Liquidum 20 ml und 50 ml DM 4,90 und 10,30, Tabletten 50 Stück und 125 Stück DM 4,80 und 10,30, Ampullen zu 2 ml 5 Stück DM 7,50, Suppositorien 10 Stück DM 4,80.



Schaper & Brümmer  
3324 Salzgitter-Ringelheim

14tägige theoretisch-praktische Kurse an den Städtischen Krankenanstalten Nürnbergs durchgeführt. Die Kurse standen von Anfang an unter der bewährten Leitung des vor kurzem verstorbenen Vorstandes des Chemischen Instituts, Professor Dr. Hillmann, dem der Dank der Landesvertretung für seinen Einsatz und seine Verdienste um die Fortbildung dieser Mitarbeiter des Arztes gebührt. Das offensichtlich geringe Interesse an dieser Fortbildungsmöglichkeit — im Herbst 1974 kam nur ein Kurs mit 13 Teilnehmern zustande — liegt offenbar daran, daß, im Gegensatz zur Fortbildung der Röntgenhelferin, für diese Mitarbeiter im Labor zahlreiche Fortbildungsmöglichkeiten angeboten werden. Auch dieser Kurs schließt mit der Aushändigung des Zeugnisses als geprüfte Laborhelferin an die Teilnehmer nach bestandener Abschlußprüfung.

#### **Verein zur Förderung der Aus- und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V.**

Aufgabe dieses im Jahr 1968 gegründeten Vereins ist es, für die Aus- und Fortbildung dieser Berufe weitere Möglichkeiten zu schaffen oder dabei mitzuwirken. Im Rahmen dieser Aufgabe werden die Schulen für Orthoptistinnen in München und Erlangen betreut und finanziell unterstützt. Ferner wird die Schule für Zytologie-Assistentinnen am Institut für Klinische Zytologie der Technischen Universität München vom Verein getragen. Die für den Betrieb dieser Schule erforderlichen Mittel werden jedoch von der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. aus den ihr zufließenden Zuschüssen aufgebracht.

Auch die Ausstattung der Fachklassen für auszubildende Arzthelferinnen an den zuständigen Berufsschulen konnte in dieser Zeit im angemessenen Umfang gefördert werden. Im Berichtszeitraum haben zwei Mitgliederversammlungen stattgefunden. Gegenstand der Beratung waren Vorgänge, welche die eben bezeichneten Schulen betraf, sowie die Frage der Errichtung weiterer Schulen und Regularien des Vereins.

Unter Teilnahme des neu berufenen Leiters der Walner-Schulen wurden



Oberfränkische Delegierte

Angelegenheiten dieser Schule für technische Assistentinnen in der Medizin, Fachrichtung Labor, und für Arzthelferinnen hinsichtlich des Lehr- und Verwaltungspersonals, die Einführung eines Vorkurses zur Auswahl der Bewerberinnen für die zugelassenen Ausbildungsplätze sowie eine Änderung der Schulordnung beraten.

Die finanziellen Angelegenheiten des Vereins wurden ebenso eingehend erörtert wie die Abwicklung des Erbes der verstorbenen Inhaberin der Walner-Schulen, der Haushalt dieser Schule und die Festsetzung des Schulgeldes.

In den Sitzungen wurden ferner Fragen der Ausstattung der bestehenden Schule und ihre Erweiterung sowie der geplante Neubau der Schule behandelt.

Der Leiter der Walner-Schulen wurde als Mitglied in den Verein aufgenommen.

#### **1. Walner-Schulen**

(Schule für technische Assistentinnen in der Medizin, Fachrichtung Labor, und private Schule für Arzthelferinnen)

Die von dem genannten Verein getragene Schule gelangte nach Auflösung unzureichender außerhalb gelegener Schulräume und Anmietung weiterer Räume im Hauptgebäude zu den erforderlichen Räumen und konnte damit die Unter-

richtsbedingungen in dieser Hinsicht erheblich verbessern.

Die personelle Besetzung mit Dozenten und hauptamtlichen Lehrkräften sowie die Erweiterung der Ausstattung der Schule gewährleisteten nach der Übernahme der Leitung — Ende März 1974 — durch Obermedizinaldirektor a. D. Dr. Freytag die Ausbildung auf der Grundlage des Gesetzes über die technischen Assistenten in der Medizin, Fachrichtung Labor, und der dazu erlassenen Ausbildungsordnung.

Die genannten Verbesserungen ermöglichten die Aufnahme von ca. 50 neuen Schülerinnen gegenüber 38 im vergangenen Schuljahr in die MTA-Schule. — Damit befinden sich insgesamt 91 Schülerinnen an dieser Schule in Ausbildung zur technischen Assistentin in der Medizin, Fachrichtung Labor.

In der Arzthelferinnen-Schule wurden 150 Schülerinnen in einem Vollzeitschuljahr mit je einem Wochentag praktischer Ausbildung bei niedergelassenen Ärzten im zweiten Halbjahr unterrichtet.

Der Plan einer Unterbringung der Schule in neuen Räumen, gegebenenfalls der Neubau der Schule im Zusammenhang mit einem Bauvorhaben der Landeshauptstadt München, wird aufrechterhalten. Seine Verwirklichung wird vor allem von den Möglichkeiten der Finanzierung abhängen. Eine Ausweitung der



Mittelfränkische Delegierte

Schule auf die Ausbildung von technischen Assistentinnen in der Medizin, Fachrichtung Radiologie, ist jedoch nicht beabsichtigt.

Das Interesse an der Ausbildung zur technischen Assistentin ebenso wie zur Arzthelferin ist nach eingegangenen Anmeldungen nach wie vor sehr groß. Für die Aufnahme in die MTA-Schule hat sich die neu eingeführte Prüfung der ausgewählten Bewerberinnen nach einem kurzen Probeunterricht bewährt. Als Voraussetzung für die Aufnahme an der Arzthelferinnen-Schule wurde die Mittlere Schulreife festgelegt.

Die Bemühungen um die staatliche Anerkennung für die Schule der Arzthelferinnen als Ersatz-Schule wurden fortgesetzt. Der dafür zuständigen Regierung wurde die geänderte Ausbildungs- und Prüfungsordnung vorgelegt, die sich an die Regelung für den Ausbildungsberuf der Arzthelferin anlehnt, in ihrem Umfang jedoch, insbesondere im Bereich des Labors, darüber hinausgeht.

## 2. Schule für Orthoptistinnen in München und Erlangen

Der Mangel an Ausbildungsstellen für Orthoptistinnen veranlaßte den Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V. bereits im Jahre 1969, im Einvernehmen mit dem Direktor der Universitäts-Augenklinik an der Technischen Universität München, Professor Dr. Merté,

eine Schule mit zunächst acht Ausbildungsplätzen einzurichten. Später wurde eine zweite Schule an der Universität Erlangen unter der Leitung von Professor Dr. Schreck eingerichtet, in der jedoch nur vier Orthoptistinnen ausgebildet werden können.

Die Ausbildung und Prüfung erfolgt nach den Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und unter Teilnahme eines Vertreters derselben nach Ableistung einer zweijährigen intensiven theoretischen und praktischen Ausbildung.

Da eine Anerkennung dieser Ausbildung als Ausbildungsberuf oder durch Gesetz als staatlich anerkannter Beruf immer noch nicht erreicht werden konnte, wurde für die Münchener Schule die schulaufsichtliche Anerkennung angestrebt. Sie konnte nunmehr durch Bescheid der Regierung vom 4. März 1975 nach Artikel 9 EUG erreicht werden. Die Schule erhielt damit zunächst die Bezeichnung „Private Berufsfachschule für Orthoptistinnen in München“. Mit dieser Anerkennung wird es möglich sein, die Gewährung von Ausbildungsförderungsmitteln für die Schülerinnen zu erreichen.

Im Anschluß an diese Anerkennung wurde beim Staatsministerium für Unterricht und Kultus die staatliche Anerkennung beantragt.

Für die Schule an der Universität Erlangen ist der Antrag auf schulaufsichtliche Anerkennung ebenfalls gestellt.

Der Bundesgesundheitsrat hat in seiner letzten Sitzung im November 1974 u. a. auch die Regelung der Ausbildung der Orthoptistin als wünschenswert bezeichnet. Es sind jedoch noch keine Anzeichen erkennbar, daß die dafür zuständigen Gremien die Behandlung dieser Angelegenheit aufzunehmen beabsichtigen.

Mit den Absolventinnen der beiden Schulen kann der Bedarf an diesen qualifizierten Mitarbeitern der Augenärzte in Bayern nicht gedeckt werden.

Das Entsprechende gilt hinsichtlich dieses Berufes in den übrigen Bundesländern, da die Anzahl der Ausbildungsstätten bzw. -plätze absolut unzureichend ist. Demgegenüber ist jährlich ein großes Interesse festzustellen. Da sich die Berufswahl der Jugendlichen vorwiegend an der Frage orientiert, ob es sich um einen anerkannten Beruf handelt, ist es verständlich, wenn die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft und der Berufsverband der Orthoptistinnen sich für eine solche Anerkennung der Tätigkeit der Orthoptistinnen einsetzen. Der Verein als Träger der beiden Schulen in Bayern unterstützt diese Bemühungen bei den zuständigen Stellen.

An der gemeinsamen Prüfung, die für die beiden Schulen in München Ende September 1974 stattgefunden hat, hatten insgesamt acht Schülerinnen teilgenommen und sie bestanden. Das Zeugnis als ausgebildete und geprüfte Orthoptistin wurde ihnen nach Ableistung eines halbjährigen Praktikums ausgehändigt.

## 3. Schule für Zytologie-Assistentinnen

Die in den Räumen des Instituts für Klinische Zytologie der Technischen Universität München untergebrachte und unter der Leitung des Direktors dieses Instituts, Professor Dr. Soost, stehende Schule für Zytologie-Assistentinnen wird vom Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung in den medizinischen Assistenzberufen e. V. getragen und betreut.

Die für den Betrieb der Schule benötigten Mittel werden ihr, soweit sie die Einnahmen aus dem Schulgeld überschreiten, von der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der

Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V. zur Verfügung gestellt. Diese seit 1968 bestehende einzige Schule in Bayern konnte im Oktober 1974 mit Beginn des zwölften Kurses nach organisatorischen und personellen Veränderungen die Zahl der Schülerinnen von bisher acht auf zehn erhöhen.

Mit Beginn dieses Kurses wurden in dieser Schule bisher 96 Zytologie-Assistentinnen ausgebildet. Damit kann allerdings der Bedarf an diesen Mitarbeiterinnen der Ärzte in Bayern noch nicht gedeckt werden.

Nach der zunächst von der Regierung von Oberbayern anerkannten Ausbildungs- und Prüfungsordnung erstreckt sich die Ausbildung über zwei Jahre. Davon war das erste der theoretischen und das zweite der praktischen Ausbildung gewidmet. Am Ende des ersten Jahres erfolgte eine Prüfung und am Ende des zweiten wurde die Ausbildung mit einer Abschlußprüfung beendet.

Das Interesse an dieser Tätigkeit ist sehr groß. Die Zahl der Bewerberinnen ist von 40 im letzten Jahr auf ca. 70 Anfang dieses Jahres gestiegen.

Die angestrebte staatliche Anerkennung der zweijährigen Ausbildung konnte in Bayern noch nicht erreicht werden. Bisher wurde sie nur in zwei Bundesländern ausgesprochen.

#### Gruppenversicherungsvertrag der Bayerischen Landesärztekammer mit der Vereinigten Krankenversicherung AG

Seit rund zehn Jahren hat die Kammer mit der Vereinigten Krankenversicherung AG einen Gruppenversicherungsvertrag abgeschlossen. Im Laufe der Zeit haben sich immer mehr Ärzte von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, da hier besonders kalkulierte Spezialtarife angeboten werden konnten.

Zum 1. Oktober 1974 mußte die Gesellschaft infolge der eingetretenen Entwicklung auf dem Heilbehandlungssektor eine Beitragsanpassung bei den Krankheitskostentarifen für Ärzte und Zahnärzte vornehmen. Gegen Ende dieses Jahres ist eine weitere Beitragsanpassung erforderlich.



Unterfränkische Delegierte

Ausschlaggebend für den Verlauf der Ärzte-Spezialtarife ist in erster Linie eine Änderung des Verhaltens der Ärzteschaft gegenüber den bei der ursprünglichen Beitragskalkulation in Ansatz gebrachten Prämissen und die daraus resultierende Steigerung der Leistungsanspruchnahme.

So stellt die Gesellschaft fest, daß sich auf dem ambulanten Sektor das Liquidationsverhalten erheblich geändert hat, seitdem auch Ärzte einen 100prozentigen Versicherungsschutz unterhalten. Offenbar werden die wirtschaftlichen Verhältnisse des Patienten in vollem Umfang berücksichtigt, so daß zwischen den Liquidationen an Ärzte und Nichtärzte oftmals kein Unterschied mehr besteht.

Im stationären Bereich wirkt sich insbesondere die Bundespflegesatzverordnung stark aus. Einmal wurden die allgemeinen Pflegesätze bzw. die Aufschläge für das Ein- oder Zweibettzimmer erheblich angehoben, zum anderen werden wegen der Bundespflegesatzverordnung in der Regel die Kosten der tatsächlich aufgesuchten Pflegeklasse in Rechnung gestellt und nicht — wie ursprünglich kalkuliert — die Kosten der allgemeinen Pflegeklasse. Dadurch kommt es bei Ärzten zu einer Kostensteigerung von der allgemeinen Pflegeklasse auf das Ein- oder Zweibettzimmer. In den Universitätskliniken München führt dies teilweise zu einer Erhöhung des täglichen Pflegesatzes von DM 80,— in

1973 auf DM 259,50 in 1975, wie die nachstehenden Pflegesätze zeigen:

	1973	1974	1975
Allgemeiner Pflegesatz	80,—	141,—	197,10
Steigerung seit 1973 auf		176 %	246 %
Kosten Zweibettzimmer	140,—	181,—	219,50
Steigerung seit 1973 auf		129 %	157 %
Kosten Einbettzimmer	165,—	212,—	259,50
Steigerung seit 1973 auf		128 %	157 %

Auf dem zahnärztlichen Sektor besteht zwischen den Liquidationen an Ärzte und Nichtärzte bereits kein Unterschied mehr. Hinzu kommen die erhöhten Kosten der kieferorthopädischen Behandlung.

Die Gesellschaft hofft, daß es mit der nun vorgesehenen Beitragsanpassung gelingt, bedarfsgerechte Beiträge zu erreichen, damit nicht bereits im nächsten Jahr wieder aus externen Gründen, die die Gesellschaft nicht vertreten kann, eine weitere Anpassung erforderlich wird. Selbstverständlich erfolgen auch Beitragsanpassungen in enger Zusammenarbeit zwischen der Gesellschaft und dem Ärztebeirat.

Trotz der Beitragserhöhungen liegen die Beiträge der Spezialtarife





Schwäbische Delegierte

für Ärzte – mit Ausnahme des Zahn-  
tarifes – zum Teil erheblich unter  
den Beiträgen für Nichtärzte.

Zum 1. Juli 1975 konstituierte sich  
ein neuer Ärztebeirat, in den jede  
Landesärztekammer einen Vertreter  
entsendet. Daneben sind in ihm  
noch die Bundesärztekammer und  
der Marburger Bund vertreten.

An der bisherigen guten Zusammen-  
arbeit der Vertragspartner hat sich  
nichts geändert. Es konnte in allen  
gemeinsamen Angelegenheiten eine  
Verständigung erzielt werden. Im  
Hinblick auf den Umfang des Grup-  
penversicherungsvertrages fiel nur  
eine unbedeutende Zahl von Be-  
schwerden an, die zum ganz über-  
wiegenden Teil bereinigt wurden.  
In den wenigen streitigen Fällen  
einigten sich beide Vertragspartner  
meist auf dem Kulanzweg. Das im  
Gruppenversicherungsvertrag vor-  
gesehene Schiedsverfahren für  
Streitfälle brauchte in keinem Fall  
angewendet werden.

#### Verlag Bayerische Landesärz- tekammer

##### „Bayerisches Ärzteblatt“

Seit Anfang dieses Jahres hat das  
Blatt ein anderes Layout erhalten.  
Die neuen Seiten „Zur Kenntnis ge-  
nommen“ und „Wirtschaftsinforma-  
tionen“ sollen dem Leser aktuelle  
Informationen vermitteln. Einige Ru-  
briken wurden umbenannt. Die Mit-  
wirkung der Druckerei und der An-

zeigenverwaltung verdienen dabei  
besondere Anerkennung.

Die blaue Beilage „Bayern-Pro-  
gramm“ der Kassenärztlichen Ver-  
einigung Bayerns erscheint jährlich  
in mindestens zehn Nummern des  
„Bayerischen Ärzteblattes“.

Einer der Schwerpunkte des Blattes  
ist die ärztliche Fortbildung.

Die Auflage beträgt 24 600. Das Blatt  
geht außer allen bayerischen Koll-  
egen den Ärztekammern anderer  
Bundesländer sowie den Ärztekam-  
mern von Österreich und der Schweiz  
zu. Eine größere Zahl von Ärzten in  
der DDR sowie einzelne Ärzte im  
Ausland, darunter in Brasilien, Bul-  
garien, Finnland, Großbritannien,  
Italien, Jugoslawien, Österreich, Po-  
len, Rumänien, Schweiz, Sowjet-  
union, Tschechoslowakei, Ungarn,  
Uruguay und USA, erhalten das  
„Bayerische Ärzteblatt“ regelmäßig.

##### Schriftenreihe

Die Schriftenreihe ist ein weiterer  
Beitrag der Bayerischen Landesärz-  
tekammer zur Förderung der ärzt-  
lichen Fortbildung. Jeder Arzt kann  
sich zu Hause intensiv mit den ak-  
tuellen Einzelthemen befassen, sei  
es als Tagungsteilnehmer zur Ver-  
tiefung des Gehörten, oder um sich  
generell mit einer Thematik zu be-  
schäftigen.

Wir haben die Schriftenreihe 1963  
begonnen. Bisher sind 39 Bände er-  
schienen. Die Auflagenhöhe der ein-  
zelnen Bände schwankt zwischen

1000 und 14 000. Die bisherige Ge-  
samt Auflage beträgt 350 000.

Die Berichtsbände der Nürnberger  
Fortbildungskongresse der Bayeri-  
schen Landesärztekammer werden  
über die Bezirksstellen der Kassen-  
ärztlichen Vereinigung Bayerns ver-  
sandt, alle weiteren Broschüren  
gehen den Ärzten auf Einzelanfor-  
derungen zu, im Berichtsjahr rund  
3800.

In der Berichtszeit sind vier Bände  
erschienen:

Band 36: „Hat der Allgemeinarzt  
eine Zukunft?“ (Vorträge des Wo-  
chenendseminars für Allgemeinme-  
dizin im Ärztehaus Bayern)

Band 37: „Tuberkulose heute –  
Neuester Stand der Pharmakothe-  
rapie – Besonderheiten der Thera-  
pie in der Geriatrie – Probleme der  
Sterbehilfe“ (Vorträge des 25. Nürn-  
berger Fortbildungskongresses der  
Bayerischen Landesärztekammer)

Band 38: „Neue Erkenntnisse in der  
Diätetik – Nuklearmedizinische Dia-  
gnostik – Bedeutung und Indika-  
tion der Hämodialysebehandlung –  
Technologische Fortschritte und  
neue Erkenntnisse in der Kardiolo-  
gie – Differentialdiagnose infiltrati-  
ver Lungenerkrankungen – Diffe-  
rentialdiagnose bei den sogenann-  
ten Paraproteinämien“ (Vorträge der  
14. Bayerischen Internistentagung)

Band 39: „Sportmedizin modern –  
Präventive Medizin – Rehabilitation“  
(Vorträge der 9. Internationalen Wis-  
senschaftlichen Tagung des Bayeri-  
schen Sportärzte-Verbandes e. V.)

#### Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft

– gemeinsame Pressestelle der Lan-  
desärztekammer und Kassenärzt-  
lichen Vereinigung Bayerns

– zugleich Redaktionsbüro München  
des „Deutschen Ärzteblattes“

Die Thematik der 25 Informations-  
dienste – versandt jeweils an einen  
Verteilerkreis von rund 600 Empfän-  
gern – reichte u. a. von mehrfachen  
Kurzinformationen zu Aktuellem in  
der Tagespresse, über die Ärztesta-  
tistik Bayern, Stellungnahme zu  
einer Fernseh-Sendung, Kurzbericht  
vom 27. Bayerischen Ärztetag, Ein-  
kommensvergleich Beamtete Ärzte –  
Kassenärzte, Stellungnahme zum  
sogenannten „starken Anstieg der

Arzteinkommen“ bis zur Veröffentlichung der Förderungsmaßnahmen der KVB zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung in Bayern.

Acht Nachrichtendienste — an rund 300 Journalisten und Vertreter der öffentlichen Nachrichtenmittel verschickt — boten z. B. die Richtigstellung zur fragwürdigen Analyse der kassenärztlichen Versorgung in Bayern des Landesverbandes der RVO-Kassen Mitte 1974, nahmen Stellung zur gesundheitspolitischen Plakataktion der SPD, informierten über Neuwahlen der Spitze der ärztlichen Berufsvertretung in Bayern bzw. waren Einladungen zu Pressekonferenzen anlässlich von großen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen.

Vier Pressekonferenzen wurden abgehalten und mehrere Berichte über Aktuelles aus Bayern an das „Deutsche Ärzteblatt“ abgegeben.

Die Routinearbeit der Pressestelle umfaßt weiterhin die laufende Auswertung von Tageszeitungen (8), Wochenzeitschriften (26), Monatsheften (78) und Informationsdiensten — auch ausländischen — (18). Ferner bemühen wir uns, anfragenden Journalisten fachkundige Gesprächspartner zu vermitteln für Auskünfte bzw. Interviews. Im Berichtsjahr hat sich auch die Zusammenarbeit mit der Pressestelle der deutschen Ärzteschaft sehr gut eingespielt, wobei wir z. B. über den Fernschreiber Stellungnahmen und Informationen dieser Pressestelle zur Veröffentlichung an alle bayerischen Regionalzeitungen weitergeben.

### Allgemeine Arbeiten der Kammer

Der Umfang der Tätigkeit der Vorsitzenden und der Geschäftsführung sowie der Mitarbeiter der Geschäftsstelle im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben der Kammer über die in diesem Bericht enthaltenen Bereiche hinaus ist im einzelnen nicht darstellbar. Sie umfaßt Gespräche, Verhandlungen und Schriftwechsel mit Ministerien, sonstigen Behörden, Dienststellen, Organisationen, Privatvereinigungen und Einzelpersonen, vor allem aber den in seinem Volumen laufend zunehmenden Schriftwechsel mit Ärzten sowie ihre fernmündliche und persönliche Beratung in beruflichen Angelegenheiten. Dieses Arbeitsvolumen konnte

nur durch die Inanspruchnahme der Mitarbeiter über die tarifliche Arbeitszeit hinaus und den zeitweisen Einsatz von Hilfskräften bewältigt werden.

Von diesen Tätigkeitsgebieten sollen nachfolgend einige beispielhaft hervorgehoben werden:

Im Berichtszeitraum wurde die Kammer noch häufiger als bisher von Bewerbern um die Stelle eines leitenden Krankenhausarztes oder von bereits als solche berufenen Ärzten zur Beratung in Vertragsangelegenheiten bzw. zur Prüfung der ihnen vom Krankenhausträger angebotenen Dienstverträge in Anspruch genommen. Dabei mußte, wie bereits im Berichtszeitraum des vergangenen Jahres, festgestellt werden, daß die Bedingungen in den verschiedenen, zum Teil neuen Musterverträgen unterschiedlicher Herkunft, sich weiterhin zu Ungunsten der Ärzte durch die Einschränkung ihrer Rechte einerseits und die Vermehrung ihrer Pflichten andererseits verändert haben. Vor allem ist das in der Bundespflegesatzverordnung aufrechterhaltene Liquidationsrecht bei Inanspruchnahme der Wahlleistungen seitens des Patienten ohne finanziellen Ausgleich in diesen Vertragsmustern nicht mehr enthalten und durch ein Festgehalt zugleich mit der Ausübung des Liquidationsrechtes durch den Krankenhausträger ersetzt worden.

Aber auch Chefärzten mit Verträgen, die vor dem Inkrafttreten der Bundespflegesatzverordnung abgeschlossen worden sind, wurde das ihnen darin vom Krankenhausträger zuerkannte Liquidationsrecht für Patienten der dritten Pflegeklasse entzogen, obwohl die vorgenannte Verordnung ausdrücklich die Erhaltung dieses Besitzstandes vorsieht. Ausführliche Darlegungen über die Rechtslage in dieser Angelegenheit durch juristische Gutachten bleiben offensichtlich unbeachtet.

In dieser Angelegenheit hat sich die Kammer in Einzelberatungen und insbesondere auch durch Besprechungen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen bemüht, im Hinblick auf schwebende Musterprozesse ein „Stillhalten“ zu erreichen. Dies ist wenig-

stens teilweise gelungen. Der Ausgang eines Musterprozesses zur Frage der Entziehung des Liquidationsrechtes gegenüber Selbstzahlern der dritten Pflegeklasse bei Inhabern alter Dienstverträge vor dem Verwaltungsgericht Bayreuth bleibt abzuwarten.

In den Vorschlägen für Dienstverträge der Arbeitgeberseite finden nach wie vor bzw. vermehrt Regelungen Aufnahme, die Zielsetzungen politischer Parteien sind, so z. B. die Institutionalisierung bestimmter Leistungen im Krankenhaus, die Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen als hauptamtliche Aufgabe des Chefarztes, die Übernahme der Aufgaben des Betriebsarztes sowie die vorstationäre Untersuchung und nachstationäre Behandlung.

Diese Entwicklung wurde zwischen der Kammer und den davon betroffenen Arztgruppen eingehend erörtert und die Erstellung eines gemeinsamen Mustervertrages vereinbart, der die Interessen der beiden Vertragspartner in abgewogener Weise berücksichtigt. Es soll danach versucht werden, die Anerkennung dieses Entwurfes durch die Organisationen der Krankenhausträger zu erreichen, um sie als Grundlage für neue oder bereits bestehende Vertragsverhältnisse zu empfehlen bzw. einzuführen.

An den Beratungen der zwischen dem Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. und des Marburger Bundes auf Landesebene vereinbarten Grundsätze für die Honorarbeteiligung ärztlicher Mitarbeiter in Bayern, die im Juni-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ 1975 veröffentlicht worden sind, war die Kammer ebenfalls beteiligt.

Auch im Bereich der belegärztlichen Tätigkeit ist eine Zunahme der Fälle festzustellen, in denen Krankenhausträger trotz bereits bestehender Verträge nunmehr entweder eine Abgabe verlangen oder eine bereits vereinbarte zu erhöhen beabsichtigen bzw. in neuen Verträgen von vornherein eine solche fordern, obwohl eine Abgabe des Belegarztes, mit Ausnahme der Inanspruchnahme des nachgeordneten ärztlichen Dienstes des Krankenhauses, nach den zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten Grundsätze für Belegarztverträge aus den bekannten Grün-

den nicht gerechtfertigt ist und deshalb entfällt. In den Beratungen dieser Belegärzte war die Kammer bemüht, auch die Krankenhausträger unmittelbar zu veranlassen, von einer solchen Abgabe abzusehen unter Darlegung der dafür in Betracht kommenden Gründe. Es muß leider festgestellt werden, daß die Einschaltung der Kammer nicht immer von Erfolg begleitet war. Im Rahmen dieser Tätigkeit der Kammer wurde versucht, die Bedeutung und den Wert der belegärztlichen Tätigkeit sowohl für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung als auch für die Senkung der Krankenhauskosten gegenüber den Krankenhausträgern und ihren Verbänden immer wieder und nachdrücklich darzustellen. Auf die Untersuchungen der KVB und die beabsichtigten Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen im Zusammenhang mit der Protokollnotiz zum Mantelvertrag sei an dieser Stelle hingewiesen.

Ferner ist noch die Initiative der Kammer zur Schaffung einer Schlichtungsstelle für Haftpflichtstreitigkeiten zu erwähnen als ein Versuch, Streitigkeiten wegen Haftpflichtansprüchen zwischen Ärzten und Patienten, die sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergeben, außerhalb des gerichtlichen Weges beizulegen. Darüber wurde an anderer Stelle näher berichtet.

Über die Durchführung der im Gesetz zur Neuregelung des § 218 StGB nach dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts noch verbleibenden Bestimmungen fanden wiederholte Gespräche mit den Staatsministerien für Arbeit und Sozialordnung sowie des Innern statt.

Des weiteren sind zu erwähnen Anträge an die zuständigen Stellen bezüglich der Anhebung oder Angleichung der Gebühren für ärztliche Leistungen in den verschiedenen Bereichen.

Der Antrag auf Erweiterung der seit 1963 für Bayern bestehenden Regelung über die Erteilung von Ausnahmegenehmigungen für Ärzte zum Parken an Parkverbots- und Haltestellen usw. bei dringenden Krankenbesuchen auch auf das Parken auf Gehsteigen, soweit der fließende Verkehr nicht behindert wird, und in Fußgängerzonen, sowie die Schaffung gekennzeichnete Parkplätze vor oder in der Nähe ärztlicher Praxen für die dafür in Betracht kommenden Ärzte wurde wiederholt und

nachdrücklich mit dem Hinweis auf entsprechende in den einzelnen Bundesländern inzwischen erfolgte Regelungen beim Innenministerium gestellt.

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

Im Berichtszeitraum fand eine Mitgliederversammlung dieses Vereins statt.

Gegenstand der Beratung waren die satzungsmäßigen Aufgaben der Aufklärung der Bevölkerung, Unterrichtung der Ärzte, die Mitwirkung im Rahmen der ärztlichen Fortbildung sowie der Rechnungsabschluß 1974 und der Haushalt 1975.

Die Aufklärungsarbeit bei Laien erfolgte durch die Verteilung von Merkblättern und durch die Mitwirkung von Ärzten im Rahmen von Vorträgen. Es wurden Merkblätter für die Ärzte mit Hinweisen auf die Früherkennung bösartiger Tumoren erarbeitet sowie kurzgefaßte Abhandlungen im „Bayerischen Ärzteblatt“ abgedruckt.

Des weiteren wurden die Ärztlichen Kreisverbände bei der Durchführung der Fortbildung in den Schwerpunktthemen „Krebsprävention“ – „Krebstherapie“ in der Fortbildungsarbeit 1975/76 unterstützt.

Der Wissenschaftliche Beirat der Arbeitsgemeinschaft hielt im Juli 1974 eine Sitzung ab.

Themen der Beratung waren die systematisierte Chemotherapie, Behandlung von malignen Tumoren und ihre Anwendung in der Gynäkologisch-Onkologischen Klinik Bad Trißl als Modellversuch, das medizinische Konzept für die Nach- und Weiterbehandlung von Patienten in der Schloßbergklinik und schließlich die Stellungnahme zu dem Beschluß des Landtages zur Erstellung einer Krebsstatistik.

Dem Antrag auf Anerkennung der Gemeinnützigkeit der Arbeitsgemeinschaft wurde vom zuständigen Finanzamt für Körperschaften Ende 1974 stattgegeben.

#### *Laienaufklärung*

In Vorträgen, auch in Zusammenhang mit Veranstaltungen von Kassen, kulturellen und sonstigen Ver-

einigungen wurde auf die Möglichkeit der Früherkennung bösartiger Erkrankungen und insbesondere auf die in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführten Vorsorgeuntersuchungen hingewiesen.

Diese Aufklärung der Bevölkerung wurde durch die Versendung von Merkblättern an Kassen, Apotheken und niedergelassene Ärzte unterstützt. Der „Kalender für die Frau“, der dabei ein besonderes Interesse findet, wurde sowohl in der inhaltlichen als auch in der äußeren Aufmachung neu gestaltet.

In beachtlichem Umfang wurde die Arbeitsgemeinschaft auf schriftlichem und fernmündlichen Wege sowie in persönlichen Vorsprachen zu Fragen der Früherkennung und Behandlung bösartiger Erkrankungen in Anspruch genommen.

In einer sehr beachteten Sendung des Bayerischen Fernsehens über die beiden von der Arbeitsgemeinschaft betreuten Tumorkliniken, die mit der Arbeitsgemeinschaft vorbereitet worden war, wurden die Zuschauer ebenfalls nachdrücklich aufgefordert, die Vorsorgeuntersuchungen bei Mann und Frau in Anspruch zu nehmen.

Wegen des Auftretens bösartiger Veränderungen, insbesondere im Genitalbereich bei Jugendlichen, wurde mit dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus Fühlung genommen, um in Vorträgen in den entsprechenden Schulen, wie auch an der Pädagogischen Hochschule, auf die Früherkennung dieser Veränderungen hinzuweisen. Die Umfrage über die Ärztlichen Kreisverbände zur Ermittlung weiterer zur Übernahme von Vorträgen bei Laien bereiter Ärzte brachte bisher ein gutes Ergebnis.

#### *Tumorkliniken*

Die Mitwirkung der Arbeitsgemeinschaft bei der Betreuung der Tumorkliniken – als eine ihrer satzungsgemäßen Aufgaben – beanspruchte einen sehr erheblichen Teil der Gesamtarbeit ihrer Geschäftsstelle.

Teils unmittelbar, teils über die Bezirksstellen der KVB wurden die niedergelassenen und Krankenhausärzte laufend auf die Notwendigkeit der Nachbehandlung operierter und/oder bestrahlter Patienten mit bösartigen Tumoren in den beiden auf

diesem Bereich der Medizin in Diagnostik und Therapie besonders eingerichteten Kliniken hingewiesen.

Diese Information wurde auch auf benachbarte Bundesländer ausgedehnt, deren Berufsvertretungen ihr Interesse an diesen Nachbehandlungsmöglichkeiten zeigten.

Im Einvernehmen mit den gesetzlichen und Ersatzkassen wurden auch auf diesem Wege deren Mitglieder auf diese Nachbehandlungskliniken hingewiesen.

Im Ergebnis kann festgestellt werden, daß gegenüber dem Vorjahr in vermehrter Zahl Anträge auf Einweisung in diese beiden Kliniken eingegangen sind. Davon überwiegen weiterhin die Patientinnen mit gynäkologischen und Mammatumoren, während die Zahl der Patienten mit anderen Tumoren im Gegensatz zu ihrer Häufigkeit gegenüber den erstgenannten Tumoren noch erheblich zurückgeblieben ist.

Die Schwierigkeiten in der Beurteilung der Eignung von Patienten zur Nachbehandlung ergaben sich leider in einer großen Zahl von Fällen aus der Unzulänglichkeit der im Berichtsvordruck gewünschten Angaben. Dieser Umstand führte dazu, daß die Zahl der bereits als Pflegefall aufgenommenen Patienten ebenso wie die der atherapeutischen Fälle zunahm. Ihre Rückverlegung oder Aufnahme in die Familie erweist sich in der Regel als äußerst schwierig.

#### *Gynäkologisch-Onkologische Klinik Bad Trißl*

Diese Klinik verfügt nach Inbetriebnahme eines Erweiterungsbaues im Jahre 1973 über ca. 270 Betten. Für die beiden gynäkologischen Abteilungen stehen den beiden Chefarzten ein Internist und ein Radiologe mit den entsprechenden Einrichtungen, einschließlich der nuklearmedizinischen Diagnostik, als Berater mit Chefarzteigenschaften zur Verfügung. Daneben wird auch ein zytologisches Labor geführt.

Die ärztliche Betreuung erfolgt durch 14 Ärzte bei voller Besetzung mit nichtärztlichem Assistenzpersonal und Pflegekräften.

Die Klinik ist optimal personell ausgestattet. Hinzu kommt die zusätzliche psychologische Betreuung durch eine entsprechend ausgebildete Sozialpädagogin.

Im Jahr 1974 wurden insgesamt 1255 Patientinnen nach Operation und/oder Bestrahlung von gynäkologischen bzw. Mammatumoren nachbehandelt. Davon waren etwa die Hälfte Fälle, die zur wiederholten, zum Teil bis zur siebten Nachbehandlung, aufgenommen wurden.

Trotz Eröffnung eines weiteren Bettenhauses besteht infolge der großen Zahl eingewiesener Patienten im Berichtszeitraum noch eine Wartezeit bis zu vier Monaten. Die Arbeitsgemeinschaft und die ärztliche Leitung der Klinik sind bemüht, die Einweisung nach der Dringlichkeit, auch in bezug auf wiederholte Nachbehandlungsfälle zu regeln, um damit die Wartezeit für Erstbehandlungsfälle zu verkürzen.

Eine neuerliche Erweiterung der Klinik kommt aus verschiedenen Gründen für absehbare Zeit nicht in Betracht.

Die Klinik steht in einem engen Kontakt mit den entsprechenden Universitätskliniken Münchens. Es erfolgt von dort eine regelmäßige konsiliarische Betreuung. Daneben besteht eine ständige wissenschaftliche Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg, insbesondere mit dem Leiter des Instituts für Toxikologie und Chemotherapie, Professor Dr. D. Schmähl.

Der Erfahrungsaustausch in der Nachbehandlung dieser Gruppe von Kranken im Rahmen von Symposien mit internationaler Beteiligung soll fortgesetzt werden.

Aus dieser Klinik wurden im Berichtszeitraum einige wissenschaftliche Arbeiten publiziert. Weitere befinden sich in Vorbereitung.

#### *Schloßbergklinik Oberstaufen*

Mit etwa 240 Betten steht diese seit Januar 1974 von einem neuen Inhaber der Schloßbergklinik GmbH geführte Klinik für die Nachbehandlung insbesondere von Patienten nach Operation und/oder Bestrahlung von Tumoren der übrigen Organe – neben jenen der Gynäkologisch-Onkologischen Klinik Bad Trißl – zur Verfügung. Auch hier erfolgt die Überprüfung der Arztberichte durch die Arbeitsgemeinschaft und die Einberufung nach dem Grad der Dringlichkeit der Nachbehandlung durch die Klinik unmittelbar.

Die ärztliche Versorgung steht unter der Leitung eines langjährig dort tätigen Facharztes mit einem ärztlichen Team, das in diesem Bereich der Diagnostik und Therapie besondere Kenntnisse und Erfahrungen besitzt. Ferner sind 15 Ärzte und eine volle Besetzung mit medizinischem Assistenzpersonal und Pflegekräften in der Klinik tätig.

Im Jahr 1974 wurden insgesamt 1424 Patienten behandelt. Das bedeutet eine deutliche Zunahme gegenüber dem Vorjahr. Die durchschnittliche Belegung je Tag betrug 188 Patienten. Wegen der besonderen Schwere der Erkrankungen konnte die Gesamtbettenzahl nicht voll genutzt werden.

Von der Gesamtzahl der aufgenommenen Patienten entfiel etwa  $\frac{1}{3}$  auf solche mit gynäkologischen und Mammatumoren. Ebenfalls  $\frac{1}{3}$  der Patienten waren Fälle der wiederholten Nachbehandlung.

Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen und Krankenhausärzten hat sich weiterhin zugunsten der Patienten verbessert.

Der wissenschaftliche Kontakt, der sich zum Medizinischen Department der Universität Ulm bereits vor Jahren entwickelt hatte, wurde weiter aufrechterhalten. Dies gilt auch für die Fortbildung der Ärzte. Die Verhandlungen über eine Zusammenarbeit der Klinik mit dieser Universität und die Belegung durch Patienten der entsprechenden Fachbereiche konnten jedoch noch nicht abgeschlossen werden.

Hinsichtlich der Übernahme der Klinik durch einen öffentlichen Träger wurden die Verhandlungen mit den Bezirken Schwaben und Oberbayern fortgesetzt.

Ende 1974 fand nach Verhandlungen mit dem Präsidium des Bezirkes Schwaben und vorangegangenen Gesprächen mit den in Betracht kommenden Ministerien eine eingehende Besichtigung und Begutachtung der Klinik durch die Vertreter dieser Ministerien, der Obersten Baubehörde und ärztliche Sachverständige statt. Das Ergebnis war in jeder Hinsicht positiv, insbesondere auch in bezug auf die ärztliche Versorgung und ihren Umfang unter Einbeziehung der konsiliarischen Mitwirkung und Mitbehandlung durch die entsprechenden Abteilungen benachbarter großer Krankenhäuser.

## Durchführung der Beschlüsse und Entschließungen des 27. Bayerischen rztetages 1974

Dem Beschluß des 27. Bayerischen rztetages folgend, wird nachstehend über die Behandlung der auf diesem Ärztetag gefaßten Beschlüsse und Entschließungen berichtet.

### internetsjahr der Medizinstudenten nach der Approbationsordnung vom Jahr 1970

In dieser Entschlieung wurden die zuständigen Stellen aufgefordert, unverzüglich die Voraussetzungen für die Durchführung des praktischen Jahres zu schaffen.

Diese Entschlieung wurde den vier Medizinischen Fakultäten, dem Vorsitzenden des Westdeutschen Fakulttentages, der Bayerischen Staatsregierung und den verschiedenen Organisationen der Krankenhausträger zugeleitet. Von diesen hat lediglich der Landkreisverband Bayern sein Interesse daran bekundet, die Voraussetzungen für die Durchführung des praktischen Jahres zu schaffen. Dazu wurde allerdings auf das umständliche bürokratische Verfahren der Anerkennung als Lehrkrankenhaus hingewiesen.

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

Diese Entschlieung beauftragte die Bayerische Landesrzttekammer, bei der Neufassung der Studienordnung für Medizin und bei den Medizinischen Fakultäten zu erwirken, daß das Studium mehr den Bedürfnissen des späteren praktischen Arztes angepaßt wird.

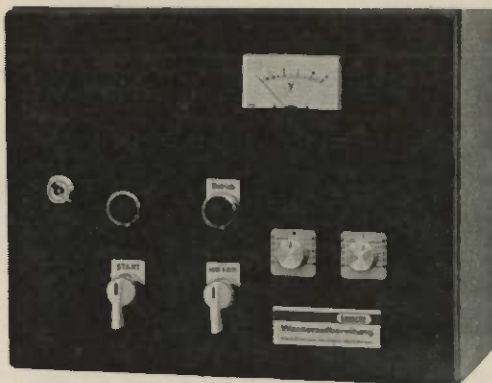
Vor allem sollen Gebiete in das Studium aufgenommen werden, die den praktischen Arzt als Hausarzt befähigen sollen, auch Berater bei psychosomatischen Erkrankungen zu sein. Das Studium soll durch Lehraufträge für Allgemeinmedizin praxisnäher gestaltet, die Lehrbeauftragten sollen entsprechend honoriert und in den Lehrkörper aufgenommen werden. Die Entschlieung wurde den vier Medizinischen Fakultäten in Bayern, dem

Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus und dem Westdeutschen Fakultätentag übermittelt und das darin enthaltene Anliegen des Bayerischen rztetages unterstrichen.

Stellungnahmen gingen dazu nicht ein.

### Arbeitszeit der Ärzte an den Universitätskliniken

In dieser Entschlieung bedauerte es der Ärztetag, daß es der Bayerische Landtag versäumt habe, die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Vergütung der Mehrarbeitsleistungen beamteter Klinikärzte aus den Jahren 1972 und 1973 zu schaffen und forderte eine unverzügliche Regelung im Interesse der ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung an den bayerischen Universitätskliniken.



## ACHTUNG SCHWIMMBADBESITZER!

### Hier ist sie, die vollautomatische pH- und Chlorwertberwachung

Seuberes, kristallklarer, hygienisch einwandfreies Badewasser ist bekanntlich nicht allein mit einem gut funktionierenden Schwimmbedfilter zu erzielen. Das Wasser muß auch keim- und bakterienfrei gehalten werden.

Nach der konventionellen Methode werden im privaten und halböffentlichen Bereich Chemikalien zur Wasserentkeimung, Algenverhtung und zur pH-Wert-Regulierung verwendet, die entweder von Hand oder über zeitgesteuerte Dosierpumpen dem Wasser zugegeben werden.

Dies erfordert letztlich stets eine manuelle Nachkontrolle der zugesetzten Chemikalien mit dem Handprfergert für Chlor und pH-Wert. Meist bleibt es nur dem Zufall überlassen, die Chemikalien so zu dosieren, daß hinterher das Badewasser gerade die richtigen Meßergebnisse zeigt. Das ist auch der Grund, weshalb Schwimmbadbesitzer immer wieder über Geruchsbelästigung sowie Haut- und Augenreizungen klegen.

Durch die Verwendung integrierter Elektronik ist es erstmals möglich, ohne jegliche manuelle Eingriffe konstante Chlor- und pH-Werte einzuhalten.

Die Regulierung des pH-Wertes erfolgt durch Kohlensäure, so daß das Wasser seine Natürlichkeit behält und nicht durch zusätzliche Salze belastet wird.

Durch die Genauigkeit der Messung kann die Konzentration des Desinfektionsmittels in so engen Grenzen gehalten werden, daß eine Geruchsbelästigung ausgeschlossen wird. Dadurch wird der Verbrauch von Desinfektionsmitteln auf ein Minimum herabgesetzt.

Bitte fordern Sie ausführliche Unterlagen an; wir bereiten Sie aber auch gerne persönlich und für Sie unverbindlich. Anruf genügt.

**LEMCKE-**  
Werkvertretung Süd



**Seufert+Fink**  
**Schwimmbadbau**

GmbH & Co., Vertriebs KG.  
8021 Balerbrunn, Oberdillier Straße 27  
Telefon (0 89) 7 93 33 34

Ferner wurde die Erwertung zum Ausdruck gebracht, daß wenigstens ab 1. Januar 1974 die unvermeidbare Mehrerbeit in einem gerechteren Umfang als bisher abgegolten wird.

Diese Entschließung wurde der Bayerischen Staatsregierung, dem Bayerischen Landtag, sowie dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus und dem Bayerischen Finanzministerium übermittelt und das Anliegen in einem Begleitschreiben nachdrücklich unterstrichen.

Das Kultusministerium wies in seiner Antwort darauf hin, daß, einvernehmlich mit dem Finanzministerium, in einem Schreiben an die Universitätskliniken und die Orthopädische Klinik München für die darin näher bezeichneten Ärzte ab 1. Januar 1974 bis 31. Dezember 1977 Mehrarbeit über 40 Stunden hinaus bis zu 80 Stunden im Monat schriftlich angeordnet oder genehmigt und ihnen nach der Verordnung über die Gewährung von Mehrarbeitsentschädigung für Beamte entschädigt wird.

Das Finanzministerium teilte dazu mit, daß einer Änderung des geltenden Rechtes, mit dem Ziel, auch für die Zeit bis zum 31. Dezember 1973 höhere Mehrarbeitsentschädigung zu leisten, bei der derzeitigen Haushaltslage nicht nähergetreten werden könne.

#### **Lehrbefugnis für Hochschullehrer**

Mit dieser Entschließung wandte sich der Bayerische Ärztetag gegen die Einführung einer besonderen Lehrbefugnis für Hochschullehrer durch das Bayerische Hochschulgesetz und gegen eine staatliche Beschränkung des Lehrangebots durch Verlegen der Lehrbefugnis, die die Entscheidung über die Qualifikation zur Lehre ein unverzichtbares Recht der Hochschule darstelle.

Die Entschließung wurde dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus, den Medizinischen Fakultäten, dem Westdeutschen Fakultätentag, dem Bayerischen Landtag sowie der Bayerischen Staatsregierung zugeleitet.

Über die Bayerische Staatskanzlei erhielt auch das Bayerische Staatsministerium der Finanzen von dieser Entschließung Kenntnis.

Das Kultusministerium verwies in seiner Stellungnahme auf die einschlägigen Bestimmungen des bayerischen Hochschulgesetzes, das zwischen Lehrbefähigung und Lehrbefugnis unterscheidet.

Die Lehrbefähigung wird über die Habilitation erreicht, wobei die Feststellung der Lehrbefähigung den wissenschaftlichen Hochschulen obliegt. Dem Inhaber der Lehrbefähigung kann weiter auf Antrag die Lehrbefugnis an der Hochschule, an der die Habilitation durchgeführt wurde, in dem Fachgebiet der Lehrbefähigung erteilt werden.

Die Lehrbefugnis soll erteilt werden, wenn von der Lehrtätigkeit des Bewerbers eine notwendige Ergänzung des Lehrangebots der Hochschule zu erwarten ist.

Die Zuständigkeit sei nach dem Hochschulgesetz zwar auf das Kultusministerium verlagert worden, sie erfolgte jedoch auf Antrag der Hochschule, so daß die Mitwirkung sichergestellt sei.

Der Vorsitzende des kulturpolitischen Arbeitseusschusses der CSU-Fraktion hat sich dahingehend geäußert, daß die in der Entschließung enthaltenen Einwände überprüft und innerhalb des Arbeitskreises zur Diskussion gestellt werden.

Weitere Stellungnahmen erfolgten nicht.

#### **Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Mit dieser Entschließung wurde die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns aufgefordert, die bisherigen Anstrengungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu intensivieren und sämtliche noch vorhandenen Engpässe in der kassenärztlichen Versorgung Bayerns schnellstens zu beseitigen, um dadurch dirigistische Maßnahmen zur Niederlassungsbeschränkung zu vermeiden.

Die Vorstände der KVB und der Kammer wurden gebeten, ein Schwerpunktprogramm zur Förderung der Aus- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin auszuarbeiten und realisieren zu helfen.

Der Vorstand der Kammer hat diese Entschließung an den Krankenhausausschuß und an den Ausschuß engestellte und beamtete Ärzte zur Beratung und zur Erarbeitung von Vorschlägen weitergegeben.

Die Ergebnisse dieser Beratungen sind unter den Berichten über die Arbeit dieser Ausschüsse aufgeführt.

Der Vorstand der KVB hat diese Entschließung zur Kenntnis genommen und in seine Beratungen über Möglichkeiten der Förderung der Aus- und Weiterbildung von Allgemeinärzten einbezogen.

In diesem Rahmen wurde im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen – Zentralinstitut – bereits die Gewährung einer Unkostenvergütung in Höhe von DM 6000,- für jeden Lehrauftrag beschlossen.

Über die Frage der Gewährung von Zuschüssen zu den Sachkosten sind die Beratungen noch nicht abgeschlossen.

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

Die Bayerische Landesärztekammer wurde ersucht, entsprechend den Beschlüssen mehrerer Deutscher und Bayerischer Ärztetage in Zusammenarbeit mit den Krankenhausträgern des Landes und den Medizinischen Fakultäten einen Stellenplan für einen Turnus zur Weiterbildung zum Allgemeinarzt zu schaffen.

Diese Entschließung wurde sowohl im Krankenhausausschuß als auch im Ausschuß für angestellte und beamtete Ärzte eingehend erörtert. Beide Ausschüsse kamen zu der Feststellung, daß aufgrund des Ergebnisses der Umfrage genügend Weiterbildungsstellen, insbesondere an den kleineren Krankenhäusern, vorhanden sind, an denen sowohl chirurgische als auch internistische Weiterbildungszeiten abgeleistet werden können.

Danach erscheint die Erstellung eines Stellenplanes überflüssig.

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

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

Das Ergebnis dieser Umfrage wurde den Delegierten mit Schreiben vom 12. Dezember 1974 bekanntgegeben.

#### **Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte und nachgeordneten Krankenhausfachärzte an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung**

Der 27. Bayerische Ärztetag sprach sich in dieser Entschließung für einen strengen Maßstab bei der Beteiligung leitender Krankenhausärzte an der kassen-

ärztlichen Versorgung im Sinne einer Bedarfsprüfung im Interesse des Sicherstellungsauftrages aus.

Diese EntschlieÙung wurde der KVB zugeleitet sowie der KBV und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung zur Kenntnis gebracht.

#### **Erweiterung von § 29 Zulassungsordnung**

Mit dieser EntschlieÙung forderte der 27. Bayerische Ärztetag die Beteiligung auch der leitenden Krankenhausfachärzte an der ambulanten Versorgung, wenn diese zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages notwendig erscheint.

Damit sollte den sich wandelnden Strukturen im Sinn der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 1972 in Westerland Rechnung getragen werden.

Auch diese EntschlieÙung wurde der KVB zugeleitet, sowie der KBV und dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung zur Kenntnis gebracht.

#### **Förderung der belegärztlichen Tätigkeit**

In dieser EntschlieÙung wurde die Bedeutung der belegärztlichen Tätigkeit als Verbindung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung herausgestellt, die deshalb erhalten und ausgebaut werden sollte.

Dazu zeigt die EntschlieÙung Wege auf, um das Interesse an dieser Tätigkeit und die Schaffung von Möglichkeiten dafür zu fördern.

Die KVB wurde aufgefordert, die finanziellen Voraussetzungen durch eine Erweiterung der Honorierung belegärztlicher Leistungen zu schaffen.

Diese EntschlieÙung wurde dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, den verschiedenen Organisationen der Krankenträger, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, sowie dem Verband freier Berufe in Bayern e. V. und den freien ärztlichen Verbänden zugeleitet mit der Bitte, die darin zum Ausdruck gebrachte Forderung in geeigneter Weise zu unterstützen.

Diese EntschlieÙung war auch Gegenstand der Beratungen des Krankenhausausschusses in seinen beiden Sitzungen. Der Ausschuß hat wegen der Bedeutung der belegärztlichen Tätigkeit und der

Notwendigkeit ihrer Förderung einen eigenen Unterausschuß aus seinen Mitgliedern gebildet.

Inhalt und Ergebnis der Beratung im Krankenhausausschuß sind in dem entsprechenden Abschnitt dieses Tätigkeitsberichtes wiedergegeben.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat dazu bei verschiedenen Gelegenheiten wiederholt deutlich zum Ausdruck gebracht, daß es die Erhaltung und den Ausbau der belegärztlichen Tätigkeit zu fördern bereit ist.

Der aufgrund des Bayerischen Krankenhausgesetzes gebildete Krankenhausbeirat soll auf ausdrücklichen Wunsch des Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung in seiner konstituierenden Sitzung diese Angelegenheit als wichtigstes Thema beraten.

Dazu liegt ferner eine Stellungnahme des Landkreisverbandes Bayern vor, der in der Erkenntnis des Wertes der belegärztlichen Tätigkeit – auch an größeren Krankenanstalten – seine Bereitschaft erklärte, sich dafür einzusetzen, daß auch in Zukunft die belegärztliche Tätigkeit bei den Kreiskrankenhäusern in Bayern eine angemessene Wertung erfährt. Der Landkreisverband weist jedoch auf die Schwierigkeiten wegen der noch nicht geklärten Angelegenheit der Abgabeleistung der Belegärzte an den Krankenträger und der von den Kassen dazu vertretenen Auffassung hin.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns bzw. ihr Vorstand hat von der EntschlieÙung Kenntnis genommen.

Die KVB ermittelt bereits seit einiger Zeit im Zusammenhang mit der Forderung von Abgabeleistungen der Belegärzte seitens der Krankenträger den Umfang der Leistungen, die vom Belegarzt ohne Entschädigung im Rahmen seiner stationären Tätigkeit erbracht werden.

Das Ergebnis soll als Unterlage für die beabsichtigten Verhandlungen mit den Krankenkassen über eine Neuregelung der Honorierung dieser Leistungen verwendet werden.

Die Delegiertenversammlung des Verbandes freier Berufe in Bayern e. V. unterstützte das Anliegen des Ärztetages durch eine entsprechende EntschlieÙung, in der der Verband in der ärztlichen Versorgung die volle Erhaltung der Beruflichkeit des Arztes unterstützt und die

Bayerische Staatsregierung auffordert, das Belegarztsystem zu fördern.

#### **Protest gegen Dirigismus in der Niederlassungsfreiheit**

Mit dieser EntschlieÙung wandte sich der 27. Bayerische Ärztetag gegen die Einschränkung der ärztlichen Niederlassungsfreiheit, solange keine wissenschaftlich fundierte Bedarfsanalyse den wirklichen Mangel an niedergelassenen Kassenärzten ergeben hat und Maßnahmen der ärztlichen Selbstverwaltung tatsächlich unzureichend sind.

Dazu wurde auf den eklatanten Ärztemangel in jenen Bereichen hingewiesen, welche vom Staat selbst verwaltet werden.

Schließlich wurden die wesentlichen Gründe als Beweis dafür aufgezählt, daß sich dirigistische Maßnahmen zur Beschränkung der Niederlassungsfreiheit nicht eignen.

Diese EntschlieÙung wurde dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, der Bundesärztekammer, der KBV und der KVB übermittelt.

Das Thema dieser EntschlieÙung war inzwischen Beratungsgegenstand nahezu sämtlicher Sitzungen des Vorstandes der Bundesärztekammer, der KBV wie auch der KVB und vor allem des diesjährigen Deutschen Ärztetages und fand in Beschlüssen dieses Parlaments der deutschen Ärzte wie auch in der Vertreterversammlung der KBV seinen Niederschlag.

#### **Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung**

In dieser EntschlieÙung lehnte der 27. Bayerische Ärztetag die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft für die Durchführung dieser Untersuchung bzw. Behandlung in den Krankenanstalten entschieden ab.

Die EntschlieÙung wurde der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Verbänden der Krankenträger, den Bundes- und Landesverbänden der gesetzlichen und Ersatzkrankenkassen, der KBV und der KVB zur Kenntnis gebracht. Die Delegierten des 78. Deutschen Ärztetages 1975 haben im gleichen Sinne in den dazu gefaßten Beschlüssen zum Gesetzentwurf über die Weiterentwicklung des Kassenarztes Stellung genommen.

## Vorgehen der Bayerischen Ortskrankenkassenverbände

Der 27. Bayerische Ärztetag mißbilligte in seiner Entschließung ausdrücklich das Vorgehen dieser Verbände, unter Verwendung irreführender Zahlen der Öffentlichkeit katastrophale Mängel in der ärztlichen Bevölkerung glauben machen zu wollen.

Zur Richtigstellung dieser Angaben werden in der Entschließung eine Reihe von Tatsachen aufgezählt.

Der Landesverband der Ortskrankenkassen wandte in seiner Entgegnung darauf ein, daß die in der Entschließung aufgeführten Fakten aus dem Zusammenhang gerissen seien und verwies auf sein Schreiben an das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung als Entgegnung auf die Stellungnahme der KVB zu der vom Landesverband erstellten Analyse der kassenärztlichen Versorgung in Bayern.

## Einprägsame Telefonnummer für den ärztlichen Notfalldienst

Die Bundespost wurde in dieser Entschließung aufgefordert, dem ärztlichen Notfalldienst eine einprägsame Nummer zuzuteilen, damit Kranke ohne Zeitverlust einen Arztbesuch einfordern können. Diese Entschließung wurde mit der entsprechenden Unterstützung auch der Kammer an das Bundespostministerium, die Oberpostdirektionen München und Nürnberg gerichtet, sowie der KVB und den freiwilligen Hilfsorganisationen in Bayern zur Kenntnis gebracht.

Für das Bundespostministerium und die OPD Nürnberg nahm die OPD München zu dem Anliegen ausführlich Stellung. Darin wird mitgeteilt, daß die Vorbereitungen zur Einführung eines einheitlichen Notrufes mit der Nummer 110 im Rahmen des Notrufsystems 73 weit vorgeschritten sind.

Die Kassenärztliche Vereinigung ist bereits darum bemüht, im Rahmen ihrer Mitwirkung bei der Durchführung des Bayerischen Rettungsgesetzes im Sinne der Entschließung des Bayerischen Ärztetages für den ärztlichen Notdienst eine einheitliche Rufnummer zu erhalten.

## Antrag zum Bayerischen Rettungsgesetz

Die Bayerische Landesärztekammer wurde in dieser Entschließung beauftragt, bei dem für die Organisation des Rettungswesens zuständigen Ministerium darauf

zu dringen, daß in den entsprechenden Fahrzeugen zum Schutze des Personals Heltegurte und Kopfstützen eingebaut werden.

Die Entschließung wurde dem Bayerischen Staatsministerium des Innern und den in Bayern freiwilligen Organisationen des Rettungsdienstes mit einem unterstützenden Schreiben zugeleitet.

## Mütter- und Säuglingssterblichkeit

Diese Entschließung enthielt den Auftrag an den Vorsitzenden der Kammer, die Bundesärztekammer zu bitten, die we-

sentlichen Grundlagen für eine objektive Beurteilung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit im nationalen und internationalen Bereich zu erstellen.

Die Entschließung wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer an den Wissenschaftlichen Beirat überwiesen. Dieser stellte die Behandlung des Anliegens zunächst zurück, um das Ergebnis der Untersuchungen abzuwerten, die in umfangreicher Form für den Bereich der Bayerischen Landesärztekammer von einer Arbeitsgemeinschaft zwischen dieser, der KVB und dem Berufsverband der Frauenärzte Bayerns seit längerem im Laufe sind.

## Neue Aspekte in Früherkennung und Therapie maligner Geschwülste

### 54. Fortbildungstagung für Ärzte in Regensburg

*Professor Dr. H. K. Zinser, Köln-Lindenthal:*

### Diagnostik und Klinik des Mammakarzinoms

Brustdrüsenkrebs hat das Zervixkarzinom von der ersten Stelle der Krebsinzidenz- und Mortalitätsstatistik der Frau verdrängt. Jede zwanzigste Frau erkrankt an einem Mammakarzinom, 60 Prozent gehen daran zugrunde, da etwa  $\frac{2}{3}$  der Geschwülste bei Therapiebeginn bereits zu einer regionalen Aussaat geführt haben.

Tumoren von weniger als 2 cm Durchmesser entziehen sich überwiegend der klinischen Erfassung. Sind sie erst palpabel und damit histologisch verifizierbar, bestehen häufig bereits Metastasen. Wird z. B. eine Geschwulst von 1 cm Durchmesser bei der ersten Untersuchung nicht erkannt, kann der Tumor nach einem weiteren Jahr bereits eine Größe von 3 cm angenommen haben. Er gehört dann schon zu den Stadien, die in 75 Prozent der Fälle regionale Aussaaten aufweisen. In den vergangenen Jahren führten weitergehende diagnostische Maßnahmen zu einer Verbesserung der Frühdiagnostik. An erster Stelle stehen die Mammographie und deren

Schwester, die Xeroradiographie, gefolgt von der Infrarot-Thermographie, der Plattenthermographie und der zytologischen Untersuchung des abgesonderten Sekretes. Von Bedeutung ist die Abgrenzung der seltenen abnormen Laktation (als Teilerscheinung bestimmter endokriner Störungen) von der häufigeren Pseudolaktation (sezernierende Mamma). Karzinomatöse Prozesse, die am zytologischen Bild des exprimierten Sekretes nachgewiesen werden können, sind selten (ungefähr ein Prozent). Das Abstrichergebnis ist jedoch auch für die Erkennung eines Milchgangpapilloms, Papillenadenoms und Paget-Karzinoms von Bedeutung. Mit der Erweiterung der röntgenologischen Diagnostik haben auch die Indikationen zur Gewebentnahme zugenommen. Die Gruppe der mammographisch verdächtigen Bilder ist mit durchschnittlich 20 Prozent relativ groß. In ihr befinden sich neben den kleinsten Karzinomen oft auch Mastopathieförmigen mit atypischen Epithelproliferationen. Die erhobenen Befunde stellen vielfach besondere Anforderungen an eine ortsgerechte Entnahmetechnik, um zu zutreffenden histologischen Ergebnissen zu kommen.





## malträtierte Venen:

Krampfadern  
 oberflächliche Thrombosen  
 oberflächliche Venenentzündungen  
 Venenreizungen  
 Venenstauungen  
 zur Venenpflege

## stumpfe Verletzungen:

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



# Exhirud<sup>®</sup> SALBE GEL

Perkutanes Antithrombotikum mit dem Wirkstoff des Blutegels.

Vertrieb



PROMONTA  
 HAMBURG

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 7,25; Packung mit 100 g Salbe DM 14,40; Packung mit 40 g Gel DM 7,25; Packung mit 100 g Gel DM 14,40; Anstaltspackungen

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

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

INDIKATIONEN: Siehe oben

KONTRAINDIKATIONEN: Hämophilie

Durch die zur klinischen Untersuchung herangezogenen Zusatzverfahren wird die Frühdiagnostik des Mammakarzinoms laufend verbessert. Auch Karzinomvorstadien und atypische Epithelproliferationen der Milchgänge können rechtzeitig erkannt und operativ angegangen werden. Die rechtzeitige Mammakarzinom-Entdeckung dürfte auch zu einer Senkung der Mortalitätsrate führen. Heute liegt die Fünfjahresüberlebensrate bei 50 bis 60 Prozent, die Zehnjahresüberlebensrate bei 30 bis 40 Prozent. Innerhalb unbedeutender Schwankungsbreiten scheinen alle bisher gebräuchlichen Behandlungsvarianten von der einfachen Mastektomie bis zu ultraradikalen Eingriffen mit Vor- und/oder Nachbestrahlung zu annähernd gleichen Ergebnissen zu führen. Es gibt auch Hinweise dafür, daß eine partielle Mastektomie (Quadrantexzision oder Tumor-exstirpation) mit Nachbestrahlung bei Stadium I keine ungünstigeren Resultate liefert als bei totaler Mastektomie mit Achseldrüsen-ausräumung.

Dr. J. R. Hüppe, München:

#### Mammographie und Thermographie in der Früherkennung des Mammakarzinoms

Die optimal angefertigte und kompetent befundete *Mammographie* kann heute als die beste apparative Zusatzmethode zur Aufdeckung des Brustkrebses im Frühstadium angesehen werden. Zu den technischen Voraussetzungen gehören eine Spezial-Mammographie-Apparatur mit einer Molybdän-Drehanodenröhre zwecks Verkürzung der Belichtungszeiten, die Verwendung eines Materialprüffilmes und eines ausreichenden Filmformates zwecks vollständiger Erfassung der Mamma. Eine große Mamma ist bei Seitenaufnahmen oft nur auf Filmen des Formates 20 x 30 cm aufzunehmen. Bei Betrachtung mit zweifach verstärkender Lupe darf kein störendes Korn und keine Unschärfe bestehen. Die Betrachtung des Filmes soll mit sehr heller Lichtquelle, am besten einer Halogenlampe erfolgen. Wegen der sehr unterschiedlichen Güte der Aufnahmetechnik erscheint die Einführung einer Qualitätskontrolle erforderlich.

Die mammographische Diagnostik des Brustkrebses wäre leicht, wenn

keine verwirrenden Mammabasisstrukturen beständen. Eine sogenannte „leere Mamma“ ohne Drüsenstrukturen wird ein beginnendes Karzinom viel leichter erkennen lassen als eine mastopathisch veränderte Drüse. So reicht in der Praxis die Skala der diagnostischen Aussagemöglichkeiten vom sicheren Karzinom über das wahrscheinliche bis zum möglichen und nicht erkennbaren Malignom. Unter optimalen Bedingungen reicht die Sicherheit der mammographischen Diagnose fast an die des Histologen heran. Auch die Ausbreitung des Tumors oder die multizentrische, gleichzeitige Entstehung des Krebses an verschiedenen Stellen der Mamma ist in einzelnen Fällen genau erkennbar. Gelegentlich sind gruppiert angeordnete, polymorph und bizarr aussehende Mikrokalzifikationen die einzigen radiologisch erkennbaren Zeichen eines Karzinoms. Schwierig wird die Diagnostik bei Überlagerung angedeuteter Strahlenherde durch kräftigere Basisstrukturen, bei denen sich oft erst durch Korrelation von Tastbefund und mammographischem Ergebnis eine genügend große Treffsicherheit ergibt. Glatt begrenzte Rundherde werfen differentialdiagnostische Probleme auf. Meist handelt es sich um Zysten oder Fibroadenome, gelegentlich ergibt die Histologie jedoch auch einen malignen Befund. Bei genügend großen Rundherden kann durch Punktion eine Klärung versucht werden (Entleerung einer Zyste und Luftinsufflation mit anschließender Röntgenkontrolle!). Zu den sicher gutartigen mammographischen Befunden gehört neben einer pneumozystographisch unauffälligen Zyste das Lipom und meist auch das typisch schollig verkalkte Fibroadenom. Der hohe prozentuale Anteil von simultanen bilateralen Karzinomen und von okkulten, nicht tastbaren Karzinomen ist einer der Gründe, weshalb eine Mammographie immer beidseits vorgenommen werden muß.

Besteht bei einer Patientin eine Sekretabsonderung aus der Mamille, kann durch Einführen von Kontrastmittel in den sezernierenden Milchgang eine sogenannte *Galaktographie* durchgeführt werden. Mit einer feinen Tränenangskanüle wird das Kontrastmittel in den Milchgang injiziert und anschließend der gefüllte Hohlraum mammographisch

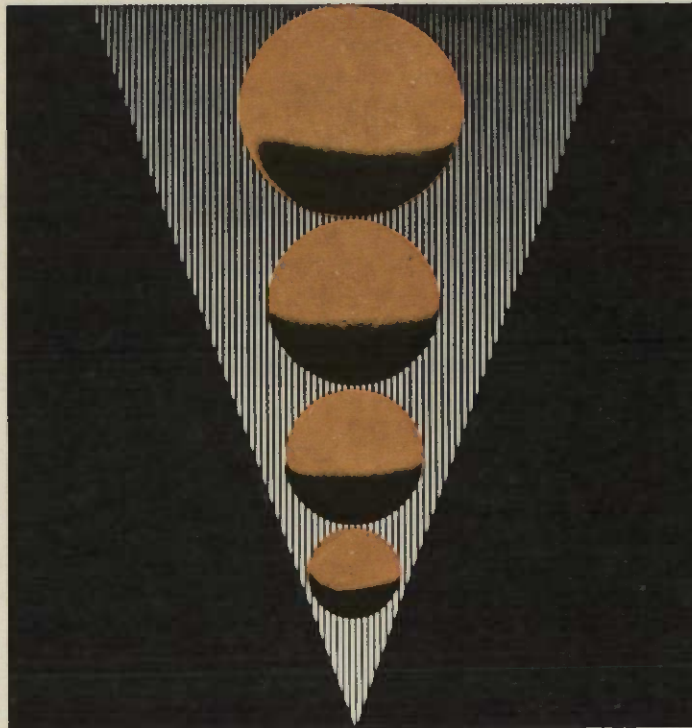
in zwei Ebenen dargestellt. Die hieraus gewonnene Information erstreckt sich vornehmlich auf intraduktale Veränderungen, wie Gangektasien und -zysten sowie intrakanalikuläre Papillome. Die intraduktale Papillomatose ist eine Präkanzerose und vom eigentlichen intraduktalen Karzinom nicht zu unterscheiden.

Nach Untersuchungen Erlanger Autoren ist die diagnostische Ausbeute der Galaktographie mit zehn Prozent karzinomatösen oder präkanzerösen Veränderungen beachtlich. Die Hälfte dieser Läsionen ist palpatorisch und mammographisch okkult. Die Notwendigkeit einer routinemäßig ausgeübten Galaktographie ist jedoch wegen personalökonomischer Belastungen noch nicht durchführbar. Mittels zytologischer Untersuchungen des pathologischen Mamillensekrets bietet sich jedoch derzeit bereits die Möglichkeit, wirklich dringliche Galaktographiefälle zu erfassen.

In ihrem diagnostischen Aussagewert ist die *Xeroradiographie* mit der Mammographie fast völlig dekungkgleich. Bei beiden Verfahren handelt es sich um Röntgenuntersuchungen; der Unterschied besteht lediglich im Bildträger, nämlich einem transparenten Film bei der Mammographie und einem Papier bei der Xeroradiographie (s. nachfolgendes Referat von Dr. R. Evers, Heidelberg).

Während durch die Film- und Xeromammographie das pathologisch-anatomische Geschehen direkt dargestellt wird, erstreckt sich die *Thermographie* auf andere Aspekte des Tumorwachstums. Insbesondere werden die Wärmeabstrahlung der Körperoberfläche und Vaskularisationsanomalien aufgezeichnet und ausgewertet. Maligne Tumoren weisen nämlich lokale und globale Hyperthermiezonen (hot spots) als auch Veränderungen der Vaskularisation auf, die mit Hilfe dieser Methode erkennbar werden. Bei der Telethermographie (Thermovision, elektronische Thermographie) wird die Wärmeleitung aus einer größeren Entfernung mittels empfindlicher Wärmedetektoren registriert und in optische Signale umgewandelt, die fotografiert und über ein Fernsystem direkt sichtbar gemacht werden können. Ein zweites Verfahren, die Kontaktthermographie, basiert

# Lipid-Senker



## Lipo-Merz®

die Monosubstanz Etofibrat<sup>DBP</sup>  
mit dem doppelten Wirkmechanismus:

**senkt**  
**Cholesterin und Triglyzeride**  
**rasch und nachhaltig**

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel enthält:  
300 mg Etofibrat I.N.N. = 2-(p-Chlor-  
phenoxy)-2-methyl-propionsäure-  
[2-(nicotinoyl-oxy)-äthyl]-ester

**Indikationen:** Hyperlipidämien, ein-  
schließlich essentielle Hyperlipi-  
dämien; Erkrankungen, für deren  
Entstehung und Verlauf die Erhöhung  
der Serumlipidwerte (Triglyzeride,  
Cholesterin) einen wesentlichen  
Risikofaktor darstellt; z. B. coronare  
und cerebrale sowie periphere  
Durchblutungsstörungen; Angio- und  
Retinopathien.

**Dosierung:** 3 x täglich 1 Kapsel nach  
dem Essen.

**Nebenwirkungen –  
Begleiterscheinungen:**

LIPO-MERZ wird im allgemeinen  
ausgezeichnet vertragen. Magen und  
Darm werden nicht gereizt.  
Gelegentlich kann es zu Behandlungs-  
beginn zu Flush-Erscheinungen  
(Hitzegefühl) kommen. Diese Erschei-  
nungen bilden sich bei Fortsetzung  
der Therapie nach wenigen Tagen  
zurück.

**Unverträglichkeiten und Risiken:**

Bei schweren Leberschäden und  
schweren Nierenschäden sowie  
während der Schwangerschaft sollte  
LIPO-MERZ nicht angewandt werden.

LIPO-MERZ kann die Wirkung von  
Antikoagulantien verstärken. Daher  
ist im Einzelfall darauf zu achten, ob  
während der Behandlung mit  
LIPO-MERZ Antikoagulantien ein-  
gespart werden können.

**Handelsformen und Preise:**

30 Kapseln	DM 14,80 m. MWSt.
100 Kapseln	DM 34,85 m. MWSt.
Anstaltspackung 500 Kapseln	

Merz + Co.  
Chemische Fabrik  
6 Frankfurt/Main 1  
Eckenheimer Landstraße 100-104



auf flüssigen Cholesterinkristallen, die durch Applikation auf die Haut die Erkennung der Wärmeverteilung gestatten. Thermolabile, flüssige Cholesterinkristalle haben die Eigenschaft, in einem bestimmten Bereich, je nach Temperatur, verschiedene Farben anzunehmen. Der besondere Vorteil der Plattenthermographie besteht gegenüber der Thermovision in der besseren Detailschärfe, die eine Darstellung von miniziösen pathologischen Gefäßveränderungen gestattet. Zur Erkennung und Darstellung pathologischer Gefäßveränderungen gehört jedoch eine erhebliche Erfahrung. Die Untersuchung selbst ist arztgebunden und kann keinesfalls vom Hilfspersonal ausgeführt werden. Tumoren unter 2 cm Größe werden thermographisch nur unvollkommen erfaßt. Deshalb erweist sich dieses Verfahren als ein zu grobporiges diagnostisches Filter für Reihenuntersuchungen bei der Früherkennung von Mammakarzinomen.

Die klinische Untersuchungsmethode bietet mit ihrer Fehlerquote von mindestens 50 bis 60 Prozent bei Reihenuntersuchungen nur ein sehr grobmaschiges Screening-Netz. Auch die Thermographie ist, wie beschrieben, im frühdiagnostischen Bereich nicht treffsicher genug. Die Mammographie dagegen würde es ermöglichen, Karzinome bis zu einer Größe von 2 bis 3 mm fast lückenlos aufzudecken, wobei die Thermographie als Zusatzmethode die Trefferquote noch erhöhen könnte. Dem Einsatz der Mammographie im Rahmen einer allgemeinen Reihenuntersuchung steht aber ein gewichtiges personalökonomisches Problem entgegen, das durch keine Organisationsform in absehbarer Zeit überwunden werden kann. Deshalb sollte die Durchführung von diagnostischen Zusatzmaßnahmen derzeit noch besonderen diagnostischen Indikationen vorbehalten bleiben:

1. Objektive und subjektive Veränderungen an Brust, Mamille und regionären Lymphknoten, wie Resistenzen, Hauteinziehungen, Mamillenretraktion und -sekretion, Schmerzen usw.

2. Voluminöse Mammae wegen der schlechten Palpierbarkeit.

3. Bei einem mammographisch stärker verdächtigen Befund, der zu einer negativen Probeexzision geführt hat, sollte durch eine kurzfri-

stige Kontrollmammographie überprüft werden, ob der suspekthe Herd bei der Probeexzision auch entfernt wurde.

4. Die kontralaterale Mamma bedarf nach einer Mastektomie jährlich mammographischer Kontrollen, da in etwa zehn Prozent der Fälle auf der Gegenseite ein Zweitkarzinom auftritt.

5. Vor jeder Mammaoperation, besonders vor Probeexzisionen oder Probepunktionen und kosmetischen Operationen, sollte eine Mammographie durchgeführt werden, um etwaige okkulte Karzinome zu erfassen, deren Auffindung nach einer blinden Operation erschwert bis unmöglich sein würde.

*Dr. R. Evers, Heidelberg:*

#### **Xeroradiographie in der Diagnostik des Mammakarzinoms**

Im Gegensatz zum herkömmlichen fotochemischen Filmentwicklungsverfahren stellt die Xeroradiographie einen elektrophysikalischen Vorgang dar. Die xeroradiographische Röntgenaufnahme entsteht dadurch, daß sich eine mit amorphem Selen beschichtete Aluminiumplatte durch Corona-Entladung elektrostatisch positiv aufladen läßt und durch auffallende Röntgenstrahlen entladen wird. Dies geschieht abgestuft entsprechend der unterschiedlichen Schwächung der Röntgenstrahlen bei deren Durchgang durch das zu untersuchende Objekt. Durch Bestäuben der Platte mit geladenen Pulverteilchen aus blauem Kunststoff wird das elektrostatische Ladungsbild sichtbar gemacht. Je nach Bestäubung einer Platte mit negativ geladenen Pulverteilchen oder positiv geladener Halbleiterplatte entsteht das positive oder negative Xeroradiogramm. Letzteres soll eine besonders gute Erkennbarkeit der Mikroverkalkungen ermöglichen. An der Grenze unterschiedlich entladener Areale der Selen-Aluminium-Halbleiterplatte treten semikonzentrische Feldlinien auf. Diese bewirken, daß bei positiver Bildentwicklung die Pulverteilchen stärker am Rand des gering entladenen Areals bzw. bei negativer Bildentwicklung stärker am Rand des stark entladenen Areals abgelagert werden. Auf diese Weise kommen die Randkonturen im Gegensatz zum Röntgenfilm besonders markant zur Darstellung. Andererseits gibt es im

Xeroradiogramm keine der aufgetroffenen Strahlendosis proportionale Pulververteilung bei größeren Flächen. Auf diese Weise kann das eigentliche maligne entartete Gewebe, welches sich vom umgebenden Areal durch größere Schattendichte erhebt, nicht so gut dargestellt werden wie auf dem Film. Des Kerzlinom wird im Xeroradiogramm quasi skelettiert. Die für die Aufdeckung von Frühkarzinomen so bedeutsamen Mikroverkalkungen waren bei vergleichenden Untersuchungen im Xeroradiogramm eindeutig schlechter erkennbar als im Filmmammogramm. Der Grad der Erkennbarkeit des Mikrokalzes dürfte vom Ausmaß des Abstandes zwischen Objekt und Halbleiterplatte abhängen. Eine befriedigende physikalische Erklärung hierfür gibt es bisher nicht.

Für die strahlentransparente, fettig degenerierte Mamma, wie auch für die normale Brust, wo das Drüsengewebe aufgelockert und mehr oder weniger von Fettgewebe durchsetzt ist, kann die Xeroradiographie im Vergleich zur Filmaufnahme keinen zusätzlichen diagnostischen Gewinn bringen. Mikrokalz wird auf folienlosem Materialprüffilm ebenfalls besser aufgelöst. Dagegen kann bei der dichten Mamma mit mastopathisch verändertem Drüsengewebe von der Xeroradiographie eine bessere Auflösung der Gewebestruktur erwartet werden. Die Entdeckung eines kleinen, teils szirrhös, teils solide wachsenden Karzinoms wird erleichtert, ein glatt begrenzter Rundherd wird in seiner Kontur oft besser abgrenzbar.

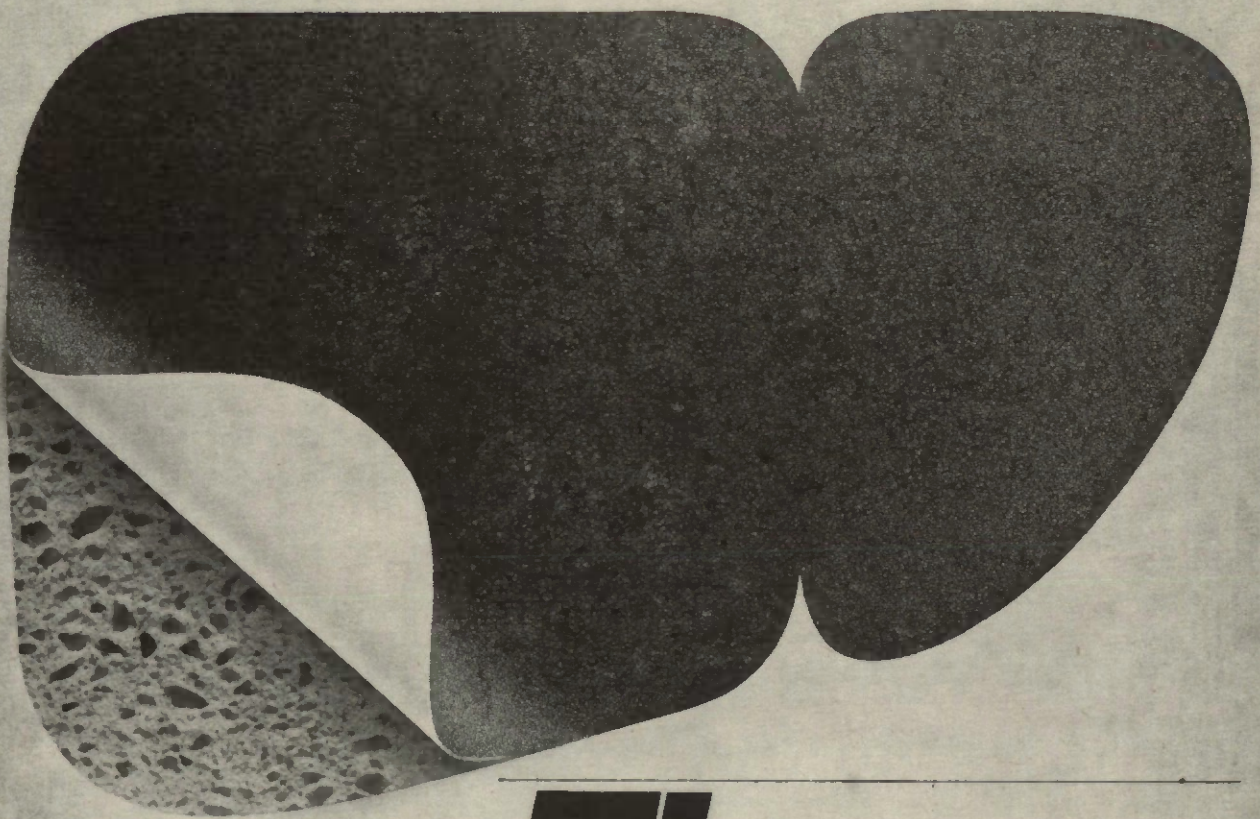
Der sich hieraus ergebende Einsatz der Xeroradiographie in Ergänzung zur Filmmammographie ist aus Gründen des Strahlenschutzes unbedenklich, da die Strahlenempfindlichkeit der Selen-Aluminium-Halbleiterplatte im Vergleich zum folienlosen Materialprüffilm größer ist und somit eine geringere Strahlenbelastung resultiert.

*Privatdozent Dr. K. Prechtel, München:*

#### **Zytologische Diagnostik des Mammakarzinoms**

Für die zytodiagnostische Beurteilung der Brustdrüse bieten sich grundsätzlich drei Methoden an:

- a) Die Abkiatschzytologie,



---

# Flacar®

---

Zur Behandlung  
metabolisch-toxischer Leberschäden  
(Hepatosen-Fettleber)

---

Flacar unterstützt die Regeneration der geschädigten und überlasteten Leber durch Bereitstellung des physiologischen Methylgruppendonators BETAINE. BETAINE in Flacar bedeutet: bessere Synthese transportabler Phosphatide, bessere Fettausschleusung.

Keine Kontraindikationen

Flacar ist ein wohlschmeckendes Feingranulat. Es ist in Wasser leicht löslich. In 100 g sind enthalten: Betaindihydrogencitrat 40 g, Sorbit DAB 7 24 g, Corrig. et Excip. ad 100 g. 100 g Granulat DM 15,70

(Preisänderungen vorbehalten)

---



Dr. Willmar Schwabe  
Karlsruhe

b) die Exfoliativ- oder Sekretzytologie und

c) die Punktions- oder Aspirationszytologie.

Durch die *Abklatschzytologie* kann bei frisch exzidierten, noch nicht fixierten Geweben zusätzlich zur histologischen Untersuchung die Beurteilung der sogenannten intraoperativen Schnellschnittdiagnostik erleichtert werden. Ihr kommt besonders bei proliferativer Mastopathie mit intraduktaler Zellproliferation eine Bedeutung zu.

Die *Exfoliativzytologie* beschränkt sich auf Zelluntersuchungen von spontan aufgetretenem oder durch Kompression gewonnenem Sekret aus der Mamille. Nur etwa zehn Prozent der Mammaerkrankungen lassen eine spontane Sekretion erwarten. Durch melkende Kompressionsversuche des Drüsenkörpers gelingt es jedoch, in bis zu 40 Prozent etwas Flüssigkeit zu erhalten. In nur ein bis drei Prozent der Fälle versteckt sich dahinter jedoch ein Karzinom; die Methode ist demzufolge bei der Tumorsuche nicht sehr erfolgreich.

Der *Aspirationszytologie* kommt die größte diagnostische Bedeutung zu. Die Indikation ergibt sich bei tastbaren, umschriebenen Gewebsveränderungen in Form solider Knoten oder flüssigkeitsgefüllter Zysten. Der Vorteil dieses Punktionsverfahrens als diagnostische Zusatzhilfe gegenüber dem konventionellen operativen Eingriff liegt in der denkbar einfachen Technik, der beliebigen Wiederholbarkeit, der mit ihr verbundenen raschen Diagnosestel-

lung und der geringen Belastung für die Patientin. Als Nachteil muß jedoch angesehen werden, daß die alleinige Betrachtung eines Zellbildes nicht die histomorphologische Diagnostik ersetzen kann und wird. Darüber hinaus sind Fehlerquellen gegeben, die auf der technischen Durchführung beruhen. Der Referent berichtete über eine Untersuchungsreihe in München, bei der unmittelbar vor der Probeexzision von verschiedenen Chirurgen Feinnadelpunktate ausgewertet wurden, bei denen sich nur in knapp 65 Prozent der Fälle sichere Krebszellen nachweisen ließen. Dabei handelte es sich in allen Fällen um gut palpable und leicht zugängliche, histomorphologisch abgesicherte Karzinome.

Eine genügende Beweiskraft für eine positive Karzinomdiagnose hat bei der zytologischen Untersuchung nur die Erfüllung einer Vielzahl von Kriterien, denen im einzelnen zwar eine unterschiedliche Bedeutung zukommt, die nach richtiger Zuordnung und Bewertung in ihrer Gesamtheit aber eine Beurteilung der Geschwulst ermöglichen. Der positive zytologische Befund ist für die Diagnose verwertbar, das negative Zellbild schließt jedoch ein Malignom nicht sicher aus. Dies bedeutet, daß trotz negativem Zytologieergebnis bei unklarem oder verdächtigem klinischen und/oder mammographischen Befund eine histologische Abklärung erforderlich ist. Demgegenüber kann bei eindeutig positiver Zytologie mit Malignomzellen im Sinne der Gruppe V nach *Papanicolaou* und bei dringendem Malignomverdacht in der klinischen und mammographischen Untersuchung auf die zytologische Abklärung durch Probe-

exzision verzichtet werden, wenn eine histologische Schnellschnittuntersuchung im einseitigen Operationsverfahren nicht möglich ist, oder wenn ein erhöhtes Operationsrisiko als therapeutische Maßnahme lediglich eine Bestrahlung angezeigt erscheinen läßt. Da in etwa zwei Prozent der Fälle falsch-positive zytologische Befunde zu erwarten sind, ist bei unauffälligem klinischen und/oder mammographischem Befund eine Absicherung der Diagnose durch histomorphologische Untersuchung einer Probeexzision unumgänglich.

Die Mammazytologie kann bei richtiger Anwendung ein wertvolles Hilfsmittel auf der Suche nach dem Karzinom sein; zu warnen ist jedoch vor einer kritiklosen breiten Anwendung in der Praxis, da die Fehlerquelle in Methodik und Diagnostik bei nur gelegentlicher Anwendung gegenüber dem Patienten unverantwortlich hoch ist und damit nicht wenigen Frauen ein falsches Gefühl der Sicherheit vermittelt wird.

Professor Dr. K. Thomson, Hamburg-Eppendorf:

#### Chirurgische Therapie des Mammakarzinoms

Mit Zunahme der Vorsorgeuntersuchungen und dem Ausbau der bereits geschilderten neuen diagnostischen Möglichkeiten ist es zu einer Zunahme der Frühfälle des Mammakarzinoms gekommen. Damit gewinnt die Frage, unter welchen Voraussetzungen man die Erhaltung der Mamma trotz eines bestehenden Karzinoms verantworten



# Dismenol®

1 Tablette enthält: Paracetamol 0,05 g  
Dimethylamino-phenylidimethylpyrazolon 0,25 g

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

Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrrie.

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

Dosierung: Packung mit 15 Tabletten DM 3,10  
2-3 mal täglich Packung mit 150 Tabletten DM 24,-  
eine Tablette Klinckpackung mit 600 Tabletten DM 58,-

AGPHARM LUZERN · Simons Chamische Fabrik, Gauting

kann, zunehmend praktische Bedeutung. Auf dem Internationalen Kongreß für konservierende Therapie des Mammakarzinoms in Straßburg 1972 wurde über Erfahrungen aus Finnland, Frankreich und England berichtet, die über 1000 Fälle mit fünf- bis zehnjähriger Beobachtungszeit umfassen. Die Ergebnisse zeigen, daß unter bestimmten Voraussetzungen Überlebenszeiten und Rezidivquoten nach brusterhaltender Behandlung nicht ungünstiger liegen als nach der bisher üblichen Radikaltherapie. Folgende Verfahren kommen in Betracht:

1. Die Exzision des Krebses in toto mit einer möglichst breiten Manschette gesunden Gewebes und anschließende Homogenbestrahlung der Mamma und des Lymphabflußgebietes mit 6000 R.

2. Die alleinige Strahlenbehandlung mit Cäsium 132 und einer Dosis von 6000 R sowie zusätzlich 2000 R im Karzinomherd.

3. Die subkutane Mastektomie mit subpektoraler Implantation einer Silastikprothese. Dieses Verfahren kommt für lobuläre, noch nicht infiltrierende Karzinome in Betracht.

Voraussetzung für Anwendung einer derartigen konservierenden Therapie sind:

1. Engste Kooperation zwischen Operateur, Radiologen und Pathologen.

2. Der Tumor sollte nicht größer als 2 cm sein, sich als gut abgrenzbar erweisen und von einer Manschette gesunden Gewebes von mindestens 1 cm umgeben werden. Das Lymphabflußgebiet muß klinisch frei sein. Der exstirpierte Knoten muß vom Pathologen in Stufenschnitten gänzlich

untersucht und ausgemessen werden.

3. Die belassene Mamma und das Lymphabflußgebiet sollte mit 6000 R nachbestrahlt werden.

4. Sorgfältige Nachkontrollen sollten im ersten Jahr alle zwei Monate durch das gleiche Team, das die konservierende Behandlung zu verantworten hat, vorgenommen werden. Dabei sollte außer der Mammographie grundsätzlich die Thermographie zur Früherkennung eines möglichen Rezidivs eingesetzt werden.

Bei der vorbeschriebenen Behandlung des Mammakarzinoms handelt es sich noch um keine Standardtherapie. Die dafür notwendigen apparativen und personellen Voraussetzungen sind an den meisten Kliniken noch nicht gegeben.

Professor Dr. C. G. Schmidt, Essen:

#### Adjuvante postoperative Chemotherapie des Mammakarzinoms

Dem frühzeitigen Einsatz der Chemotherapie im Anschluß an die Primärbehandlung solider Tumoren kommt eine zunehmende Bedeutung zu. Die Indikation für eine adjuvante Chemotherapie bei Wilms-Tumor, embryonalem Rhabdomyosarkom, kindlichem Neuroblastom, verschiedenen Sarkomen, insbesondere osteogenen Sarkomen und Ewing-Sarkom gelten als gesichert. Frühgeneralisation und lokale bzw. regionale umschriebene Metastasierung einerseits und hohe Chemotherapiesensibilität andererseits stellen die wichtigsten Voraussetzungen für die adjuvante Chemotherapie dar. Keinesfalls darf eine wahllose postoperative Chemotherapie

bei allen Tumoren unabhängig vom Stadium gefordert werden. Die optimalen chemotherapeutischen Programme müssen für die einzelnen Tumoren durch ihren Erfolg bei Spätstadien des jeweiligen Tumors bestimmt werden. Die Toxizität der angewandten Zytostatika kann durch Reduktion der Dosis und durch Intervalltherapie in vertretbaren Grenzen gehalten werden. Eine Dosis von 70 bis 80 Prozent eines in Spätstadien erfolgreichen Chemotherapieprogramms scheint dieser Forderung zu entsprechen. Eine intermittierende Intervallbehandlung ist einer Dauertherapie entschieden vorzuziehen, um eine Immunsuppression zu verhindern.

Nach Entwicklung einer Reihe effektiver Chemotherapieprogramme für zahlreiche solide Tumoren ist damit zu rechnen, daß die Indikationsstellung für diese Behandlungsmethoden erweitert wird. Dies gilt für die meisten Weichteilsarkome, für Hodenteratome im Stadium II nach Lymphadenektomie und für operierte „high-risk“-Patientinnen mit Mammakarzinomen.

Aufgrund der über zehn Jahren nach Operation annähernd linear abfallenden Überlebenskurve schien das Mammakarzinom zunächst keine Indikation für die adjuvante Chemotherapie zu sein. Andererseits sprach die häufige Frühmetastasierung für ein solches Vorgehen, zumal die Erweiterung chirurgischer und strahlentherapeutischer Maßnahmen keine weiteren Verbesserungen zu bringen scheint.

Als besonders geeignet für eine adjuvante Chemotherapie erscheinen die sogenannten „high-risk“-Patientinnen (mit vier oder mehr metastatisch befallenen axillären Lymph-

# Lentinorm<sup>®</sup> schärft die Sinne.

**Zusammensetzung:**  
1 Drogée enth.: Vit. A 2500 I.E., Vit. K 0,5 mg, Vit. - B<sub>1</sub> - chloridhydr. 1 mg, Vit. B<sub>2</sub> 0,5 mg, Vit. C 5 mg, Gland. Thyreoid. sicc. 3 mg, Testes sicc. 5 mg, Ovar. sicc. 5 mg, Coffein 3 mg, Kal. jod. 0,1 mg, Extr. Nucis vomicae DAB 6 0,02 mg, Calc. lact. 20 mg.

**Kontraindikation:**  
Jadüberempfindlichkeit.

**Dosierung:**  
2-3mal täglich 1 Drogée.

**Handelsform:**  
Röhrchen mit 50 Drogées.  
DM 7,20 (inkl. MwSt)



**Indikation:**  
Sehschwäche infolge von Linsentrübung (Altersstor), herabgesetzte Sehnerven- u. Netzhautempfindlichkeit, Lichtscheu, Blendempfindlichkeit u. Nachtblindheit, Innenohrschwerhörigkeit, Ohrenausen, Schwindelgefühl, Altersbedingte Leistungsstörungen

und vorzeitige Abnutzungserscheinungen, Konzentrations- und Merkschwäche, rasche körperliche und geistige Ermüdung.



Chemische Fabrik Jade GmbH  
2000 Hamburg 20  
Salomon-Heine-Weg 48

knoten). Bei dieser Patientinnen-Gruppe haben Studien mit Thiotepa und Cyclophosphamid, Alkeran, 5-Fluoro-uracil, Methotrexat und Vincristin bereits zu einer eindeutigen Erhöhung der Prozentsätze für Drei-jahres- und Fünfjahresüberlebensraten geführt. Besonders signifikant sind die Ergebnisse bei den präklimakterischen Patientinnen.

Professor Dr. H. Sack, Köln:

### **Strahlentherapie des Mammakarzinoms**

Das Problem der Heilung des Mammakarzinoms wird durch zwei Faktoren bestimmt:

1. den lokalen Befund, wie Tumorgroße, regionale Metastasierung, Histologie und Stadium, und
2. die Fernmetastasen.

Für die Erstbehandlung des Mammakarzinoms in den frühen Stadien I und II kommen im wesentlichen chirurgische und strahlentherapeutische Maßnahmen in Betracht. Die radikale Operation nach Halstead ist seit den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts bis heute für viele Chirurgen die Methode der Wahl geblieben. Bei der nachfolgenden Bestrahlung sollen dann eventuell verbliebene Tumorzellen im Operationsgebiet sowie Metastasen in den regionalen Lymphknoten, die nicht entfernt wurden, vernichtet werden. Dieses klassische und scheinbar bewährte Konzept hat jedoch vom Standpunkt des Strahlentherapeuten einige gravierende Mängel. Die radikale Operation verschlechtert die Toleranz des gesunden Gewebes gegenüber ionisierenden Strahlen beträchtlich, weil das Gegengewebe fehlt und die Durchblutung herabgesetzt ist. Die Folge sind vermehrte Strahlenschäden wie Ulzerationen an der Thoraxwand und Gefäßnervenläsionen im Bereich der Axilla mit Armödemen. Das postoperativ unter Spannung stehende und zur Fibrose neigende Gewebe wird schlechter durchblutet. Eine geringe Sauerstoffverarmung erhöht jedoch die Resistenz der Tumorzelle gegenüber der Bestrahlung erheblich. Deshalb müßte die Tumordosis zusätzlich erhöht werden, um eine ausreichende Wirkung zu erzielen. Einem solchen Vorgehen sind jedoch aufgrund der vorangegangenen Operation von

seiten des gesunden Gewebes Grenzen gesetzt.

Inzwischen wurde von einer großen Zahl von Autoren über Erfahrungen mit der Tumorsektion unter Erhaltung der Brust sowie nachfolgender Strahlentherapie berichtet. Die Ergebnisse legen nahe, daß die Heilbarkeit einer individuellen Patientin mit Mammakarzinom weniger von der Methode der Primärbehandlung bestimmt wird als durch die Abwehrlage der Tumorträgerin. In Zukunft dürfte daher die Fünf- und Zehnjahresheilungsrate eher durch Eingriffe in das Immunsystem verbessert werden können. Die Bemühungen zahlreicher Tumorthérapeuten richten sich heute darauf, eine möglichst konservative, aber technisch adäquate Primärbehandlung zu finden, die das Selbstvertrauen und die Mitarbeit der Patientin nicht beeinträchtigt. Aus einer Reihe von Studien läßt sich auch bei vorsichtiger Interpretation der Schluß ziehen, daß im Stadium I (bis zu einer Tumorgroße von 5 cm Durchmesser) ohne klinischen Lymphknotenbefall ultrakonservative und ultraradikale Operationsverfahren gleichwertig sind, wenn die mehr konservativen durch eine postoperative Strahlentherapie ergänzt werden. Im Stadium II erscheint unter kritischer Würdigung der heute vorliegenden Ergebnisse die konservative Mastektomie mit Ausräumung vergrößerter axillärer Lymphknoten

bei Erhaltung der Haut und der Unterhautgewebe sowie der Lymphbahnen und die anschließende Strahlentherapie mit 4500 R in vier bis fünf Wochen an den regionalen Lymphknoten und an der Thoraxwand als die geeignetste Behandlungsmethode.

Im klinischen Stadium III werden zwei klinisch und prognostisch unterschiedliche Tumorausdehnungen zusammengefaßt (der lokal fortgeschrittene Tumor mit günstiger Prognose und der kleinere Primärtumor mit ausgedehnter regionaler Metastasierung und schlechterer Prognose). Das therapeutische Vorgehen ist demnach ebenfalls verschieden. Grundsätzlich haben jedoch strahlentherapeutische Maßnahmen den Vorzug, da ausgedehnte Operationen auch hier die Prognose nicht verbessern können. Im klinischen Stadium IV mit Fernmetastasen muß die lokale Tumorbildung individuell erfolgen, also entsprechend der psychischen und körperlichen Verfassung der Patientin. Für heroische operative Verfahren bieten die bisherigen Ergebnisse keinen Anreiz. Neben strahlentherapeutischen Maßnahmen kommt der Behandlung mit Hormonen und Zytostatika eine vorrangige Bedeutung zu.

(Fortsetzung folgt)

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Nürnberg

**Band 38** der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung. Dieser Band enthält die Vorträge der 14. Bayerischen Internisten-tagung 1974 in München

**„Neue Erkenntnisse in der Diätetik“**

**„Nuklearmedizinische Diagnostik“**

**„Bedeutung und Indikation der Hämodialysebehandlung“**

**„Technologische Fortschritte und neue Erkenntnisse in der Kardiologie“**

**„Differentialdiagnose infiltrativer Lungen-erkrankungen“**

**„Differentialdiagnose bei den sogenannten Paraproteinämien“**

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

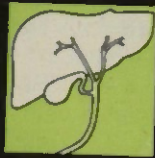


# Spasmo-Cibalgin compositum

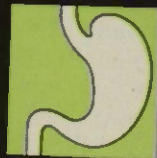
Gegen  
starke Schmerzen  
und Spasmen



der  
Gallen-  
wege



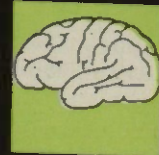
des  
Magen-  
Darm-  
Traktes



der  
ableitenden  
Harnwege



bei  
Migräne  
bei  
Neuritiden



bei  
Dysmenor-  
rhoe



**Zusammensetzung**  
20 Dragées mit 0,220 g Aminophenazon, 0,030 g Allo-  
al, 0,025 g Hexahydroadiphenin-HCl,  
g Codeinphosphat;  
5 Zäpfchen mit 0,500 g Aminophenazon, 0,060 g Allo-  
al, 0,050 g Hexahydroadiphenin-HCl,  
g Codeinphosphat.

**Wirkungen**  
SPASMO-CIBALGIN compositum ist im allgemeinen  
gut verträglich. Gelegentlich können Tachykardie und  
Schwindel auftreten, in einzelnen Ausnahmefällen  
allergische Hautreaktionen und  
Nebenwirkungen.

**Indikationen**  
Allergische Hautreaktionen; Porphyrie;  
Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung

zur Restharnbildung, mechanische Stenosen im  
Bereich des Magen-Darm-Kanals,  
Tachyarrhythmie, Megakolon, Koronarinsuffizienz;  
Zustände, die mit Einschränkung der Atemfunktion  
einhergehen, Langzeitverabreichung bei chronischer  
Obstipation.

#### Besondere Hinweise

Die Verkehrstüchtigkeit kann, besonders bei  
gleichzeitiger Alkoholeinnahme, beeinträchtigt  
werden.  
Wegen in seltenen Einzelfällen möglicher Blutbild-  
veränderungen ist ein längerdauernder, pausenloser  
Gebrauch im allgemeinen zu vermeiden; ggf. sind  
periodische Blutbildkontrollen angezeigt.

SPASMO-CIBALGIN compositum darf bei  
Kindern nicht angewendet werden. Für die Pädiatrie

wurden \*Cibalen Kinderzäpfchen und \*Cibalen S  
Säuglingszäpfchen entwickelt.  
MAO-Hemmer mindestens 14 Tage vor der Behandlung  
absetzen.

Aus grundsätzlichen medizinischen Erwägungen sollte  
SPASMO-CIBALGIN compositum im 1. Trimenon  
der Schwangerschaft nur unter besonders strenger  
Indikationsstellung angewendet werden.

#### Handelsformen und Preise

20 Dragées	DM 7,80
5 Zäpfchen	DM 5,60
10 Zäpfchen	DM 10,60
Anstaltspackungen	

C I B A

---

## in memoriam

---

### Professor Dr. Max Lange †

Im Alter von 76 Jahren verstarb am 23. Oktober 1975 Professor Dr. med. Max Lange, emeritierter ordentlicher Professor für Orthopädie an der Universität München. Professor Lange, der vor seiner Berufung an die Universität München das Versehenkrankenhaus in Bad Tölz geleitet hatte, hat sich um die Rehabilitation von Versehenkranken verdient gemacht.

Professor Lange ist am 28. Juli 1899 in Dessau geboren. 1929 habilitierte er sich in München und wurde 1932 zum außerplanmäßigen Professor ernannt. 1954 wurde er auf den ordentlichen Lehrstuhl für Orthopädie berufen. Professor Lange war Mitglied zahlreicher internationaler wissenschaftlicher Vereinigungen seines Fachgebietes.

Professor Langes Forschungen beschäftigten sich u. a. mit Tuberkuloseschäden im Knochenbau und in den Gelenken, mit der Untersuchung von Mißbildungen des Knochenbaues und mit Fragen der Behandlung von Beugesehnenverletzungen. Besonders bekanntgeworden ist er durch die erfolgreiche Rehabilitation von Kriegs- und Unfallopfern.

### Dr. Rudolf Sann †

Als uns am 28. Oktober 1975 die Kunde vom plötzlichen, unerwarteten Ableben unseres lieben Kollegen Dr. Sann erreichte, war es in der unmittelbaren Gefühlsreaktion schwer, zwischen dem Unglaublichen — oder tiefster Betroffenheit zu unterscheiden.

Dr. med. Rudolf Sann, geboren am 28. Mai 1910 in Darmstadt, ließ sich, nachdem er am letzten Kriege an allen Fronten als Arzt teilgenommen hatte, in Neu-Ulm als Hals-Nasen-Ohrenarzt nieder und vertrat als Obmann schon 1950 die Ärzte des Stadt- und Landkreises. Seit 1956 war er Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Mittelschwaben, Delegierter des Bayerischen Ärztetages, Vertrauensmann der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Vorsitzender des Finanzausschusses der Bayerischen Landesärztekammer, Mitglied des Finanzausschusses der Bundesärztekammer.

Diese nüchterne Aufzählung seiner Ämter und Funktionen trifft aber nicht die ganze Persönlichkeit unseres lieben verstorbenen Kollegen und läßt sie auch nicht zur Darstellung kommen.

Möge es gelingen, in der Kürze und in diesem bescheidenen Rahmen auch das Bild einer beispielhaften Persönlichkeit zu zeichnen.

Er war gerade 45 Jahre alt geworden, als ich ihm zum ersten Male begegnete, dem großen, stattlichen Manne mit dunklem Haar und gelegentlich deutlichem Anklang hessischer Mundart.

Ich traf diesen Mann inmitten schwerer Bedrängnis, ob der Fülle von Arbeit und Aufgaben und freilich auch mancher selbstgeschaffener Aufgaben, die ihn ehrten. Schon zu dieser Zeit war er zu einem der gesuchtesten Ärzte seiner Fachrichtung weit und breit geworden. Stets habe ich gestaunt über sein Anpassungsvermögen an die Sinnesart und den Interessenkreis jedes einzelnen Patienten, die doch so ganz verschiedener Herkunft waren, von der Bäuerin oder dem schwäbischen Geschäftsmann bis zum Gutsbesitzer, zur intellektuellen Professorenfrau oder auch einer manchmal etwas heruntergekommenen Patientin. In jedem einzelnen fühlte er sich rasch hinein und sah mit hellem Blick, wo psychisches Elend sich hinter dem körperlichen verbarg.

Soweit seine Persönlichkeit das eigentlich Ärztliche, nämlich das Körperliche, betraf, war seine Tätigkeit ausgezeichnet durch strengste Gewissenhaftigkeit der Beobachtung und Untersuchung sowie wohlüberlegte und sorgfältig durchgeführte Behandlung.

An Temperament übertraf der Hesse gelegentlich den Rheinländer und seine Fröhlichkeit gab dem Hause des sonst ernsten Mannes eine besondere Wärme. Am Geist dieses Hauses konnte nur ein Freundeskreis teilhaben, der solchen Ansprüchen Genüge tat; dieser aber hing und hängt ihm auch heute und für die Zukunft in stetiger Verbundenheit an. Die Lücke, die der Verstorbene als Arzt und als Mensch hinterläßt, ist nicht leicht zu füllen.

Wir verneigen uns vor der Persönlichkeit des Verstorbenen in Ehrfurcht.

E. T.

### Dr. Alfred Sporer †

Am 12. Oktober 1975 verstarb der unvergeßliche Kollege, Dr. med. Alfred Sporer, Arzt in Aschau bei Kraiburg.

Kollege Sporer wurde am 24. Oktober 1911 in Straubing geboren. Er studierte in München, Heidelberg und Würzburg Medizin, 1934 promovierte er in München.

Im Zweiten Weltkrieg war er Stabsarzt an verschiedenen Fronten. Nach dem Krieg war er beim Aufbau der Bundeswehr mit Rat und Tat behilflich und stieg durch mehrere Wehrdienststufungen zum Rang des Oberfeldarztes auf.

Seit 1946 war der Verstorbene praktischer Arzt in Aschau bei Kraiburg, wo er hohes Ansehen und große Verehrung genoß. Nebenbei war er auch Werkarzt bei der Wasag-Chemie in Ascheu. Neben seiner schweren Arbeit als Landarzt trug er die Last als erster Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Mühlendorf. Im kommenden Jahr wäre er 25 Jahre in diesem Amt tätig gewesen. Er führte den Verband vorbildlich und mit Tatkraft und war darin seinen Kollegen ein großes Vorbild. Er half, wo auch immer er mit Rat und Tat kraft seines Amtes beistehen konnte. Ferner war er langjähriger Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer.

Trotz jahrelanger Krankheit hatte der Verstorbene immer wieder die Kraft, seinen ärztlichen Dienst zu versehen und seine Ämter zu verwalteten.

Dr. S. Fischer

---

## Personalia

---

Professor Dr. med. Hanns-Jürgen Merté, Direktor der Augenklinik der Technischen Universität München, wurde vom Präsidenten des Deutschen Grünen Kreuzes, Professor Dr. Dr. h. c. Franz Klose, zum neuen Leiter der Sektion „Gutes Sehen“ berufen, die sich mit der Aufklärung der Öffentlichkeit über die Funktion und Bedeutung des Sehorgans widmet.

### Die Liquidität der Rentenversicherung

*Alle Welt redet über die Kostenexplosion in der Krankenversicherung und über die Milliarden-Delizite der Nürnberger Bundesanstalt für Arbeit. Nun kommt aber auch die gesetzliche Rentenversicherung ins Gerede. Das finanzielle Dilemma der Rentenversicherung wird offenbar durch den sogenannten Renten Anpassungsbericht, dessen Vorlage durch die Bundesregierung das Gesetz befiehlt.*

Zunächst schlug die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Alarm. Vor Journalisten warnte ihr Präsident, *Hollmann*, davor, nur auf die langfristigen Modellberechnungen zu schauen, die ja stets ansehnliche Reserven ausweisen. *Hollmann* rückt den Gesichtspunkt der Liquidität in den Vordergrund. Nahezu wörtlich sagte *Hollmann*, daß die Liquidität der Rentenversicherung 1976 als gesichert anzusehen sei. Diese von politischer Rücksichtnahme geprägte Formulierung besagt aber zugleich, daß eben diese Liquidität von 1977 an nicht mehr gewährleistet ist. Die Rentenversicherung kann also schon auf mittlere Sicht in Schwierigkeiten geraten.

Während die hohen Arbeitslosenzahlen, Kurzarbeit und der drastische Abbau von Überstunden voll auf die Beitragseinnahmen durchschlagen, steigen die Renten ungebremst noch immer jährlich mit rund elf Prozent an. Vor allem die Arbeiterrentenversicherung bekommt dies zu spüren. Da zwischen den Anstal-

ten der Arbeiter und der Angestellten ein Finanzausgleich besteht, muß die Bundesversicherungsanstalt der Arbeiterrentenversicherung 1975 mit 10,5 Milliarden DM beispringen. Dieser Betrag wird sich 1976 noch erhöhen, nach heutiger Schätzung auf einen Betrag von annähernd 15 Milliarden DM. Daß dies selbst die gut gepolsterte Angestelltenversicherung vor Probleme stellt, wird auch der einsehen, der lieber bis zum Wahltag im Herbst 1976 den Kopf in den Sand stecken würde. Als sicher hat heute zu gelten, daß die dynamische Rente ohne Leistungsbeiträge nicht mit einem Beitrag von 18 Prozent zu finanzieren ist.

Der Bundesarbeitsminister hält es für richtig, diesen Tatbestand vor seinen Wählern zu verbergen. Nachdem *Arendt* jahrelang die Forderung abgelehnt hat, für die 15jährige Vorausschätzung der Rentenfinanzen Alternativrechnungen vorzulegen, wird das Ministerium in diesem Jahr gleich 15 Modellrechnungen präsen-

tieren. Durch die Vielzahl der Rechnungen soll offenkundig die langfristige Vorausschätzung ad absurdum geführt werden. Zum besseren Verständnis muß auf die bisherige Regelung verwiesen werden. Die 15jährige Rechnung gliederte sich in zwei Teile: die Annahmen über Arbeitslosigkeit und Verdienstentwicklung orientieren sich an der mittelfristigen Wirtschaftsprognose der Bundesregierung; für die zehn Jahre danach legte man der Rechnung einen jährlichen Lohnanstieg der Versicherten von durchschnittlich sechs Prozent zugrunde.

Jetzt soll nicht mehr zwischen der mittelfristigen und der langfristigen Perspektive unterschieden werden. Jetzt wird unterstellt, daß die Einkommen jährlich entweder um sechs Prozent, sieben Prozent, acht Prozent, neun Prozent oder zehn Prozent steigen werden, und zwar jeweils bis 1989. Für die Entwicklung der Arbeitslosigkeit werden drei Annahmen gemacht: die Arbeitslosenquote soll langfristig entweder 1,5 Prozent, 2 Prozent oder 2,5 Prozent betragen. Kombiniert man diese unterschiedlichen Annahmen miteinander, so ergeben sich 15 Varianten der Rechnung.

Die Gründe für diese Umstellung der Rechnung liegen auf der Hand. Die bisherige Berechnungsmethode hätte die Bundesregierung gezwungen, schon bald einen Vorschlag zur Beitragserhöhung zu unterbreiten. Die nach dem Gesetz vorgeschriebene Mindestrücklage wäre vermutlich schon 1978 und 1979 unterschritten worden. Es ist anzunehmen, daß die mittlere Variante der neuen Rechnung – also jährlich acht Prozent mehr Lohn bei einer Arbeits-

## Solidago® >Dr. Klein<

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

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

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

Handelstorn und Preise (incl. MwSt.): 20 ml 6,20 DM, 50 ml 12,45 DM, 100 ml 20,95 DM

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



losenquote von zwei Prozent – ein Ergebnis bringt, das es der Bundesregierung erlaubt, euch weiterhin zu verkünden, daß die Rentenversicherung mit einem Beitrag von 18 Prozent zu finanzieren sei.

Die fatale Perspektive hindert den Bundesarbeitsminister nicht, zusätzlich Unruhe in das Heer der Rentner und der Beitragszahler zu tragen. *Arendt*, das steht fest, bleibt bei seinem Ziel, den Abstand zwischen den hohen und den kleineren Renten abzubauen. Er selbst spricht gern von der Abschwächung der Rentenschere; die Kritiker reden von Renten-Nivellierung, was der Sache näher kommt. *Arendt* sagt völlig zu Recht, daß sich mit jeder prozentualen Rentenanpassung der Abstand zwischen den kleinen und den hohen Renten vergrößere. Eine höhere Beitragsleistung schlägt also nicht nur bei der ersten Rentenfestsetzung zu Buch, sondern auch bei jeder Erhöhung. Eine Rente von DM 100,- im Jahre 1957 liegt heute bei DM 386,-; eine Rente von DM 400,- ist inzwischen auf DM 1544,- angestiegen. Der Abstand hat sich also von DM 300,- auf DM 1158,- vergrößert. Das ist *Arendts* Rentenschere.

Nun wird man darüber streiten können, ob das richtig und sozial ist oder nicht. Es würde aber einem Vertrauensbruch an Millionen von Rentnern und Beitragszahlern gleichkommen, wenn im Nachhinein diejenigen besser bedient würden, die wenig eingezahlt haben, und wenn diejenigen, die hohe Beiträge in der Vergangenheit entrichtet haben, im Rentenalter schlechter gestellt würden. Über die Rente soll im Alter der einmal erworbene Lebensstandard gesichert werden. Das ist das Grundprinzip der heutigen Rentenformel. Bislang glaubte jeder, sich auf die gesetzlichen Zusagen verlassen zu können; *Arendt* stellt dies in Frage. Die Folgen sind nicht abzusehen.

In der „Sozialpolitischen Gesprächsrunde“ sind bereits vier konkrete Modelle zur Renten-Nivellierung zur Diskussion gestellt worden. Am weitesten geht folgender Vorschlag: Alle Renten werden jährlich um denselben Betrag erhöht; die Beitragsleistung würde nur noch bei der ersten Rentenfestsetzung berücksichtigt. Alternativ werden Mindest- und Höchstbeträge oder ein System

von Sockelbeträgen für die Rentenanpassung empfohlen. Der Nivellierungseffekt wäre dabei nicht so stark.

Diese Pläne haben gegenwärtig keine Chance. FDP und CDU/CSU lehnen sie ab. Selbst aus dem Gewerkschaftslager kommt die Kritik. Aber die Zeiten können sich ändern.

*Arendts* Plan, heute noch als Beitrag zur sozialen Gerechtigkeit deklariert, müßte an Aktualität gewinnen, wenn sich nach 1976 herausstellen sollte, daß die Rentenversicherung die heutigen Leistungszusagen nicht durchhalten kann. Die Renten-Nivellierung könnte dann zum Spar-Programm erhoben werden. bonn-mot

---

## Steuerfragen

---

### Abschlußgebühren für Bausparvertrag steuerlich abzugsfähig!

Bundesfinanzhof-Urteil vom 3. Juni 1975 – VIII R 80/73

„Abschlußgebühren eines Bausparvertrages sind Werbungskosten bei den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung, wenn der Abschluß des Sparvertrages in einem engen zeitlichen und wirtschaftlichen Zusammenhang mit dem Hausbau steht, der die Grundlage der Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung bilden soll. An der im Urteil vom 20. März 1973 – VIII R 58/68 – (BStBl. II 1973, 560) vertretenen Ansicht, daß Abschlußgebühren niemals Werbungskosten bei den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung sein könnten, hält der Senat nicht fest.“

Umstritten war, ob Abschlußgebühren für Bausparverträge als Werbungskosten bei den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung anerkannt werden können.

Im Urteil VIII R 58/68 hatte der Bundesfinanzhof die Meinung vertreten, Abschlußgebühren für einen Bausparvertrag könnten niemals Werbungskosten bei den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung sein. Diese Rechtsprechung hat er nunmehr aufgegeben. Er kehrt damit zu seiner im Urteil vom 12. Oktober 1971 – VIII 19/65 – (BStBl. II 1972, 211) vertretenen Ansicht zurück, daß in Fällen, in denen die Kreditbeschaffung alleiniger Zweck des Abschlusses des Sparvertrages ist, die Abschlußgebühr unter bestimmten

Voraussetzungen Werbungskosten bei den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung sein kann. Erzielen die Steuerpflichtigen noch keine Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, so kann es sich um vorweggenommene Werbungskosten handeln. Diese werden jedoch nur anerkannt, wenn sie in einem engen zeitlichen und wirtschaftlichen Zusammenhang mit den zu erzielenden Einkünften, d. h. mit der geplanten Errichtung des Hauses, stehen. Die Planung des Hausbaues muß in einem so konkreten Stadium sein, daß dem Steuerpflichtigen keine Möglichkeit verbleibt, den abgeschlossenen Sparvertrag noch anders als zur Erlangung der Baufinanzierung zu verwenden. Der Steuerpflichtige muß z. B. bei Abschluß des Bausparvertrages bereits ein Grundstück zur Bebauung erworben haben, Baupläne anfertigen lassen und eingereicht und die Finanzierung geklärt haben. Dann kann in der Regel an seiner Absicht, mit Hilfe des Bausparvertrages Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung zu erzielen, nicht gezweifelt werden. Nicht notwendig ist, daß zwischen Bausparer und Bausparkasse besondere Vereinbarungen über die Verwendung des Darlehens ausschließlich zu Bauzwecken getroffen worden sind.

Franz Günter Dietlmaier  
8034 Unterpfaffenhofen

neu  
VON KNOLL

Bei Tag  
und bei Nacht  
Schutz vor  
dem nächsten  
Angina-pectoris-Anfall

Der Herz-Ökonom  
**isoptin® re**

setzt das  
Herz auf  
Sparflur

**SAMMENSETZUNG:** 1 Filmtablette enthält 120 mg Verapamil(*c*-Isopropyl-*c*-[(*N*-methyl-*N*-homoveratryl)- $\gamma$ -aminopropyl]-3,4-dimethoxyphenylacetonitril)hydrat.  
**INDIKATIONEN:** Chronische Koronarinsuffizienz; Nachbehandlung des Herzinfarkts; tachykarde Rhythmusstörungen, wie paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie, absolute Arrhythmie infolge Vorhofflimmerns, Vorhofflattern mit schneller Überleitung, Extrasystolie; Prophylaxe und Therapie von koronaren Nebenwirkungen bei der Tokolyse mit  $\beta$ -Sympathikomimetika. **KONTRAINDIKATIONEN:** Kontraindikationen für Isoptin retard sind bisher nicht bekannt. **WARNHINWEISE:** Bei akuten Krankheitszuständen, und zwar akutem Myokardinfarkt und akuter Apoplexie, muß, insbesondere bei Vorliegen einer Ausgangslage, die Möglichkeit einer Blutdrucksenkung beachtet werden. Bei Störungen der Erregungsleitung, wie z.B. partiellem AV-Block und Schenck-Block, ist eine mögliche Verstärkung des Blocks zu beachten. Bei Vorliegen einer Herzinsuffizienz ist vor der Behandlung mit Isoptin retard eine Kompensation über den Arzneimittelgebrauch durch werdende Mütter - kritisch abzuwägen. **HANDELSFORMEN:** Originalpackung mit 20 Filmtabletten zu DM 26,90; Originalpackung mit 50 Filmtabletten zu DM 26,90, für Krankenanstalten Anstaltspackungen zu ermäßigten Preisen.

## Bücher von Ärzten für Ärzte

*Weihnachten steht vor der Türe. Manche Kollegen werden sich fragen, was sie ihren Angehörigen, Freunden und Bekannten schenken sollen. Ein gutes Buch! Sicherlich, aber bei dem großen Angebot auf dem Büchermarkt fällt die Wahl schwer. Die Redaktion von Äskulap und Pegasus hat nun — ohne Anspruch auf Vollständigkeit und ohne damit irgendein Werturteil fällen zu wollen — eine Reihe von Buchveröffentlichungen unserer Schriftstellerärzte zusammengestellt, die eine reiche Auswahl von Lyrik, Erzählungen, Romanen usw. darbietet. Vorausgeschickt haben wir fünf Buchbesprechungen von Neuerscheinungen. Bei den folgenden Hinweisen auf frühere Ausgaben haben wir mit ein paar kurzen Worten versucht, das Wesentliche zu erfassen. Wenn manche überlastete Kollegen sich zum Lesen dieser Zeilen keine Zeit nehmen können, so wird vielleicht der treue Schutzgeist des Arzthauses, die Kollegenfrau, ein Buch finden, mit dem sie ihrem Manne oder sonst wem eine kleine Weihnachtsgesteude machen kann. Außerdem könnten unsere Kollegen das eine oder andere Büchlein mit Gedichten und Kurzgeschichten in ihrem Wartezimmer aufstellen; dies wäre eine geeignetere Lektüre für unsere Kranken als die meisten Illustrierten.*

### Besprechung von Neuerscheinungen

#### Hippokrates im Heckengäu

Aufzeichnungen eines schwäbischen Landarztes

Verf.: Dr. G. Vescovi, Illustrationen von J. Müller-Gräfe, 231 S., Leinen, farb. Schutzumschlag, DM 26,—. Deutsche Verlagsanstalt Stuttgart.

Der Autor, geboren 1922 in Schramberg, seit 1961 verantwortlicher Schriftleiter des „Ärzteblattes Baden-Württemberg“, ist als Mitbegründer des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte und derzeitiger Vizepräsident der Weltorganisation der Schriftsteller-Ärzte (UMEM) kein Unbekannter mehr. Er ist durch die Veröffentlichung von Essays und Feuilletonsbeiträgen schon seit längerer Zeit bekanntgeworden.

Das vorliegende Buch war schnell vergriffen, so daß bereits eine zweite Auflage notwendig wurde. Der Dichter Conrad Ferdinand Meyer schreibt über seine Dichtung „Huttens letzte Tage“ den Vers: „Ich bin kein ausgeklügeltes Buch, ich bin ein Mensch mit seinem Widerspruch.“ Solche Menschen mit ihrem Widerspruch, Kranke wie den Arzt, zeichnet Vescovi mit klaren, akzentuierten Strichen in seinem Buche. Die Aufzeichnungen des schwäbischen Landarztes haben vor den meisten Büchern ähnlicher Art den großen Vorzug, daß sie mit einem heute sehr seltenen, nie sich erschöpfenden Humor geschrieben sind, hinter dem jedoch die Weisheit eines klugen Arztes steckt. Zudem erzählt er seine Erfahrungen ohne den sonst so oft schulmeisterhaft erhobenen Zeigefinger und gerade das macht sie so lehrreich und eindrucksvoll. Über dem

Kapitel „Das Altenheim im Alterschoß“ steht als Maxime: „Humor verschafft uns Halt, wenn die Drehung der Erde uns schwindelig macht“ und Dr. Schindelweiß sagt einmal: „Wer als Arzt das Komische in der Medizin nicht zu sehen und zu erleben vermag, kann ihre düstere Seite weder verstehen noch ertragen.“ Wie wahr und doch auch wie traurig, wenn man sieht, wie der Sinn für Humor auf den Universitäten und bei den Studenten immer mehr verschwindet und einem streberheften Lernen weicht, der ärztliche Beruf wird immer weniger als Berufung und immer mehr als Job aufgefaßt. Der Hippokrates im Heckengäu dagegen kümmert sich um alles bei seinen Kranken, nicht nur um deren Heilung, sondern auch um ihre kleinen Sorgen und Nöte des Alltags, wie es bei jedem richtigen Landarzt üblich war und auch sein muß. Vescovi greift fast alle Probleme auf, von der Leichenschau bei verdächtiger Todesursache über die schwäbischen Dorf-kurtisanen bis zur Betreuung eines Altershelmes. Dr. Schindelweiß inszeniert für die Insassen seines Altershelmes einen bunten Abend und macht sich mit der Oberin dann Vorwürfe, als eine 70-jährige in Erinnerung an ihre Jugend sich übernimmt und einen leichten Herzinfarkt bekommt. Dieses schöne Kapitel klingt aus in den Überlegungen des Arztes: „Sollen denn alte Menschen unbedingt im Bett sterben? Warum soll ihnen der Abschied vom Leben nicht ebenso wie Jüngeren im Zuge einer Aktivität vergönnt sein, zu der sie sich getrieben fühlen.“ Und die Oberin meint sinnend: „Es fällt mir eben schwerer als Ihnen, mich zum Tango im Altersheim zu be-kennen. Aber ich gebe Ihnen recht. Wir sollten mehr Mut zur Lebensfreude und für das Ende des Lebens aufbringen.“ Mut zum Leben vermittelt uns das Buch Vescovis durch seinen Humor, mit dem er uns zum Überdenken all der vielen Probleme im ärztlichen Bereich anregt. Man legt den Hippokrates im Heckengäu mit einem besinnlichen und hintergründigen Lächeln aus der Hand und freut sich, daß es noch so etwas gibt. Es ist eines der besten Bücher über den Arzt und seine Kranken, die ich gelesen habe. Möge es allen künftigen Lesern ebenso viel Vergnügen bereiten wie dem Referenten, der auch ein alter Lenderzt ist.

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

● Schüsselfertige  
Praxiseinrichtungen

● Beratung

● Projektierung

● Finanzierung

● Kundendienst

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

### KURT PFEIFFER KG

85 NÜRNBERG 2

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße (Colonie-Heus)

Postfach 1946 - Telefon (09 11) 20 39 03 - 04

● Röntgen-Apparate und  
Untersuchungsgeräte

● Röntgen-Bildverstärker  
mit Fernsehkette

● Labortechnik

● Heemodialyse

● EKG - EEG - Echo-EEG  
- EMG

## Medi — zynisches — Band II

Humoristische Gedichte eines Arztes

Verf.: Dr. H. Höss, Leinen, farb. Schutzumschlag, DM 9,80 + Porto. Verlag A. Frühmorgen, 8000 München 40, Schwindstraße 5.

Der erste Band erschien bereits im gleichen Verlag im Jahre 1971 und hat beim Publikum und bei der Presse allgemein eine freundliche Aufnahme gefunden. Dies ermutigte Verfasser und Verlag, einen zweiten Band folgen zu lassen. Der Autor ist Mitglied der bayerischen Gruppe des Bundesverbandes der Schriftstellerärzte und den Lesern des „Bayerischen Ärzteblattes“ nicht unbekannt (Heft 6/1971, S. 629–630, und Heft 5/1972, S. 503–504). In dem vorliegenden zweiten Band befaßt sich Höss mit den Problemen: „Medi-zynisches, Das ewig Weibliche, Zeitkritisches, Nochmal Sachen zum Lachen und am Rande der Historie“ in humoristischen und satirischen Gedichten und geißelt mit manchmal sehr deutlichen Worten die Auswüchse unserer Zeit und unserer Zeitgenossen. Er legt den Finger in manche Wunde und scheut sich nicht, die Wahrheit zu sagen. Zur „Reform der Sozialversicherung“ heißt es abschließend: „Wird geraten die Reform / nun gewaltig und enorm / wird ein blühend Werk gegründet / und das alte weicht, verschwindet? / ... Wer das hofft, der ist verrückt / denn kein Staat ist so geschickt.“ Zum „Fortschritt und die Leute“ stellt er treffend fest: „Primitiver darf er (der Mensch) werden / dieses nimmt ihm keiner krumm / darf verschwinden in der Masse / die bequem, denkfaul und dumm / was nicht ist, wird noch erfunden / bis der Rest vom Lebenskampf / abgenommen wird dem runden / tragen Allerwelthandsdampf.“ Zum Schluß möchte ich noch einen schönen, humorvollen Vers auf den Arzt anführen: „Ein großer Arzt im Schlaf dem Tod erlag / obwohl zuvor er krank war keinen Tag / „Der Tod“ sprach wer, „het sich vor ihm gegraut / er hat sich nur im Schlaf en ihn getraut.“

Für jeden Arzt ist das gut ausgestattete, preiswerte Büchlein ein Genuß zu lesen, und es eignet sich auch vorzüglich zum

Auslegen im Wartezimmer für die Kranken, die durch seine Lektüre in ihrem Vertrauen zu ihrem Hausarzt bestärkt werden. — Wer den ersten Band noch nicht besitzt, kann Band I und II in einem Doppelband für DM 17,50 + Porto beim Verlag bestellen.

## Der Kaktus und seine Orchidee

Fünf Liebesgeschichten aus unserer Zeit

Verf.: F. Febian, 131 S., Pappband mit Schutzumschlag, nach einer Zeichnung von H. Knauf, DM 15,—. Heimatverlag, A-1050 Wien, Margarethenstraße 114.

Die Autorin, eine in Süddeutschland lebende Ärztin, hat uns in ihrem Buche die verschiedenen verschlungenen Schicksale aufgezeigt, welche die Liebe und Zuneigung der Menschen zueinander nehmen können. Und sie hat versucht, diese oft merkwürdigen Wege tiefenpsychologisch zu ergründen. „Es ist oftmals so, daß die Voraussetzungen vom Schicksal wohl gegeben sind, aber der Mangel an menschlicher Reife und Vollkommenheit bildet den Hinderungsgrund zu unserem Glück ... und die Erkenntnis brach erstmals wie eine schmerzende Wunde in meinem tiefsten Innern auf, daß keiner von uns Sterblichen für ein vollkommenes Glück auf dieser Erde geschaffen ist.“ Mit diesen Worten schließt das erste Kapitel: „Wenn eine Frau nicht ja segnen kann.“ Auch die anderen vier Liebesgeschichten erzählen von unerfüllter Liebe, einschließlich der Geschichte einer Lesbierin „Der Kaktus und seine Orchidee“. Es sind also im Grunde gar keine echten Liebesgeschichten, sondern feinsinnige und zum Nachdenken anregende Meditationen über die Ursachen, warum sie, wie einst jene Königskinder, nicht zusammenkommen konnten. Doch so leicht wie in dem Märchen, daß das Wasser viel zu tief war, macht es sich die Autorin nicht. Es kommt nie zur richtigen Erkenntnis einer gegenseitigen Liebe, erst später, wenn alles längst vorbei ist, wird über die eventuell vorhandengewesenen Möglichkeiten nachgedacht und debattiert. „Ich möchte es euch gerne ergründen, warum

ich ihm trotz vollzogenen und vollkommenen Verzichts bis heute nicht vergessen konnte. Ist es wohl nur deshalb so, weil eine Liebe, die zwei Menschen miteinander verbunden hat und unausgesprochen blieb, für alle Zeiten im Stillen zu ihm weiter sprechen wird? Ich weiß es nicht.“ Diese Worte stehen am Ende der Geschichte: „Die Liebe kam, aber sie war ganz anders“. Die interessanten tiefenpsychologischen Betrachtungen nach dem Sinn der geschilderten Schicksale enden schließlich in einem tiefen religiösen Glauben, der dem Menschen die Reife und damit den „Beginn seiner Vollendung“ gibt. Das in flüssigem Stil geschriebene Buch läßt uns einen Blick tun in die Verstrickungen, denen die menschliche Seele oftmals ausgesetzt ist und es regt zum Nachdenken an. Wir können daraus manches lernen, was uns für den Umgang mit unseren Kranken als Hausarzt nützlich ist.

## Quer

Lyrik-Anthologie

Verf.: E. L. Biberger/H. Kuprian in Zusammenarbeit mit Autorenkreisen des deutschen Sprachraums, 420 S., Leinen mit Schutzumschlag, DM 18,50. Verlag Michael Laßleben, 8411 Kallmünz.

Die Herausgabe dieses Buches erfolgte in Zusammenarbeit mit neun Autorenkreisen Deutschlands, Österreichs und der Schweiz, unter denen sich auch der Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte befindet. Von den 206 Autoren gehören 30 dem BDSÄ an, darunter sieben Ärztinnen. Von unserer bayerischen Landesgruppe sind vertreten: Molz, Paschke, Picard, Rottler, Schauwecker, Schürer, Weigold und Weiß, die alle den Lesern des „Bayerischen Ärzteblattes“ wohl bekannt sind. Die Auswahl dieser Lyrik-Anthologie ist sehr geschickt getroffen worden, die Altersstufen der Autoren bewegen sich zwischen 17 und 90 Jahren, davon 119 männlichen und 87 weiblichen Geschlechts. Sie sind über alle Berufe gestreut, vom freien Schriftsteller über Ärzte, Graphiker, Hausfrauen, Jour-

### Passiorin Dragees

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. Incarnat. spir. sicc.	60,0 mg
Extr. Salicis aquos sicc.	133,0 mg
Extr. Creteeg. spir. sicc.	12,0 mg
Aneurin	0,3 mg

### Passiorin liq.

Extr. Passiflor. Incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis aquos spiss.	5 Vol. %
Tinct. Creteeg. oxycanth.	11 Vol. %

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

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

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

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

### Passiorin Dragees:

Packung mit	50 Dragees	DM 4,25
Kurpackung mit	250 Dragees	DM 16,—

### Passiorin liq.:

Flasche mit ca.	100 ml	DM 6,70
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 27,50

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passiorin®

**Neu!**  
**Alpenblumen**

**Die neuen Wohlfahrts-Briefmarken 1975**

Holen Sie sich Ihre Wohlfahrts-Briefmarken bei der Post oder bei den Freien Wohlfahrtsverbänden

**WOHLFAHRTS  
MARKEN**

nalisten, Juristen, Lehrern, Verwaltungsbeamten bis zum Studenten. Als Motive werden behandelt die menschliche Existenz, Gesellschaft, Liebe, Natur, Krieg und Frieden, Transzendenz, Glaube, Kunst, Weltbild, Atombombe, Umweltschutz u. v. e. m. Durch diese weite Streuung der Autoren aus drei deutschsprachigen Staaten über Alter, Beruf und Lebensanscheuung hinweg und durch die Vielfalt der angewendeten Stilmittel gibt uns „Ouer“ ein lebendiges und eindrucksvolles Bild der gegenwärtigen Lyrik deutscher Zunge. Das geschmackvoll ausgestattete Buch ist preiswert und gut geeignet, den Kollegen zwischen der Hetze der Praxis mit einem Gedicht einige nachdenkliche und erholsame Minuten zu verschaffen.

#### Prose deutscher Ärzte der Gegenwart

Verf.: Dr. A. Jüngling, Paperback mit Chromolux Umschlag, DM 9,80. Verlag Th. Breit, Marquartstein. Zu beziehen bei der Buchhandlung Steiner, 8211 Unterwössen.

Nach der im Werk-Verlag Dr. Edmund Baneschewski 1971 erschienenen „Lyrik deutschsprachiger Ärzte der Gegenwart“ hat nun Kollege Armin Jüngling eine Prose-Anthologie deutscher Ärzte der Gegenwart herausgegeben. Er schreibt dazu in seinem Geleitwort: „Es ist ein

Querschnitt durch eine selektierte Prose: Vom Essey über die Kurzgeschichte bis zum Romaneusschnitt. Die Reihe der schreibenden Ärzte ist ieng. Sie begnnt bei Poreelsus und endet in unserer Zeit. Unter den bedeutenden Schriftstellern unserer Äre befinden sich Nemen wie Cronin, Knüttel, Carosse, Benn und Bemm. Wenn ‚unsere‘ schreibenden Ärzte euch nicht so berühmt sind wie die genannten, irgendwie heben sie sich doch aus den Kinderschuhen der Prose herausgeschrieben.“ Jüngling hat die mennigfaltigen Beiträge der 39 Autoren, unter denen sich elf bayerische befinden, in folgenden Kapiteln zusammengefaßt: „Zwischen Licht und Dunkel“, „Bilder sprechen“, „Die neckte Wehrheit“, „O Welt, so zert besaitet“, „Tiere sehen Dich en“, „Die im Finsternen sieht man nicht“ und „Es bleibt elles offen.“ Schon die Überschriften der einzelnen Kapitel zeigen uns die Vielfalt der behandelten Probleme, ärztliche und ellgemein menschliche. Es sind ausgezeichnete, psychologisch fein stilisierte Geschichten derunter, die zum Nachdenken enregen und die uns zeigen, daß es keine menschlichen Probleme gibt, mit denen Ärzte sich nicht befassen. Des Buch sollte in der Bibliothek und im Wartezimmer eines jeden Arztes stehen.

#### Frühere Ausgaben von Schriftsteller-ärzten

##### Lyrik

**Herz ist Trumpf.** Lieder ohne Töne von Hellmut Jebens. — Dem Hemburger Kinderarzt geht es darum, das Bedeutese einfache, aber auch das oft übersehene Einfache bedeutsam zu sagen. Die Gedichte enthalten Gedanken eines Arztes, der — auch mit der Feder um seine Mitmenschen bemüht — Ihnen in unserer ruhelosen Epoche die beste Karte auf den Tisch legt: Herz ist Trumpf. — Leinen mit Schutzumschlag, 115 S., 1972, Christian Wolff Verlag Flensburg, DM 9,80.

**Unfugen** von Gerherd Jörgensen. — Verheltens(un)logische Studien zur Bewußtseinserheiterung mit allerlei Versierungen, Apo- und Aphorismen, Fumulierungen, Verbelmutationen und Legeenormalien des Herzens. Ein Büchlein lustiger Verse und geistvoller Blödeleien vom Herausgeber der „Insel“ in der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“. — Leinen mit Schutzumschlag, 63 S., 1973, Europäischer Verlag, A-1090 Wien, Premergasse 1, DM 10,—.

**Lyrik deutschsprachiger Ärzte der Gegenwart.** Eine Anthologie. Herausgegeben von Armin Jüngling. — Die Auswahl geht quer durch das lyrische Scheffn der Schriftstellerärzte. Es sind zum Teil wenig „schöne“, aber oft bittere Wehrheiten, aus unserer Zeit geboren. — Leinen, 222 S., 1971, Werk-Verlag Dr. E. Baneschewski, DM 28,—.

**Menschen gibt's.** Lyrische Diegnosen. Schmunzelgedichte von Otto Motz. — In humorvollen, aber doch nachdenklichen Gedichten werden Meditationen über den Arzt, den Kranken und die Umwelt, in der wir leben, eingestellt. — Broschliert, 49 S., 1972, Volkshochschule Kelheim, Leik-Druck; Kelheim/Donau, DM 5,—.

**Spiel der Waage.** Gedichte von Heinz Scheuwecker. — Der Ehrenpräsident des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte hat zu seinem 80. Geburtstag seine in zahlreichen Zeitschriften verstreuten Gedichte zusammengefaßt, die uns einen Blick auf ein reifes Dichteleben werfen lassen. — Broschliert, 125 S., 1974, Verlag Michael LaBleben, 8411 Kellmünz, DM 14,80.

**Zwischen Fackel und Neon.** Sinnlyrik von Wilhelm Tochtermann. — Der Psychotherapeut und Meister der Sinnlyrik gibt uns in dem schmalen Bändchen besinnliche Proben seiner Kunst. — Leinen, 32 S., 1966, Europäischer Verlag, A-1090 Wien, Pramergasse 1, DM 4,50.

**Arznei aus Liebe.** Gedanken nach der Sprechstunde von Max Josef Zilch: Mit Abbildungen des Regensburger Kunstmalers Erwin Schöppel. — Gedichte, die sich mit der vergifteten Umwelt und Gesellschaft befassen und von tiefer Religiosität zeugen. — 104 S., 1974, Ambo Verlag, 8400 Regensburg 9, DM 15,—.

#### Erzählungen — Romane

**Die Strohuppe.** Kurzgeschichten von Armin Jüngling. — Fünfundzwanzig Kurzgeschichten, teils nachdenklicher, teils humorvoller Art aus aller Welt von dem weitergereisten Autor. — Oktav, Peppband, 157 S., Auslieferung: Buchhendlung Gut, 8210 Unterwössen, DM 7,—.

**Gedjeh der Elefant** und andere indonesische Geschichten. Gehört und nach erzählt von Walter G. Picard. — Diese Erzählungen, Sagen und Märchen sind für jung und elt gleich unterhaltsam, voll von köstlichem Humor, gemischt mit echter Lebensweisheit. — Halbleinen, 132 S., mit 8 Farbtafeln, 1972, Erich Röth Verlag, Kassel, DM 13,80.

**Breutzug nach Kärnten** von Alfred Rottler mit Illustrationen von Frau Professor Huber. — Es ist eine im Stil des heute leider so selten anzutreffenden romantischen Realismus geschriebene Erzählung, die durch die Ursprünglichkeit der ausgesprochenen Gedanken en ein Märchen erinnert, aber kein Märchen ist, weil Menschen unserer Zeit, Liebende aus Fleisch und Blut, in ihr handeln. — Peppband mit Schutzumschlag, 60 S., 1974, Heimatland-Verlag, A-1050 Wien, Margarethenstraße 114, DM 12,50.

**Der Wandel des Andrees Hufnagel.** Roman einer Freiheit von Heinz Schau-



# Risikofaktoren erkennen und behandeln

Lipide senken



Atherosklerose  
begegnen

Durchblutung  
steigern

## Persantinat®

### Zusammensetzung

1 Kapsel enthält:

2,6-Bis(dialäthenolemino)-4,8-dipiperidino-

pyrimido[5,4-d]pyrimidin

75 mg

$\alpha$ -(p-Chlor-phenoxy)- $\alpha$ -methyl-propionsäure-

äthylester [Cifibrat]

500 mg

### Anwendungsgebiete

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

### Dosierung und Anwendungsweise

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 Cifibrat als auch Persantin sind im allgemeinen gut verträglich. Bei empfindlichen Patienten können gastrointestinale Störungen oder Kopfschmerzen auftreten. Gelegentlich treten nach Persantinat ebenso wie nach Cifibrat 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 Cifibrat 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. empf. Preise lt. AT

Infarkttrisiko mindern

Thomae

wecker. — Der historische Roman aus Franken und der Oberpfalz schildert fesselnd die Erlebnisse eines Schulmeisters bei der Freiheitsarmee des General Jourdan bis zu seiner tödlichen Verwundung im Gefecht bei Hanau 1813. Ein Stück bayerischer Geschichte. — Leinen, 216 S., 1969, Verlag Michael Laßleben, 8411 Kellmünz, DM 18,50.

**Die Sternstunde der Barbara Blomberg.** Novelle um die Geburt des Don Juan d'Austria von Heinz Scheuwecker. — Mit dichterischem Feingefühl wird die Liebesgeschichte Kaiser Karl V. mit der Regensburger Bürgerstochter vor dem Hintergrunde der alten Reichsstadt gezeichnet. Sie klingt aus mit dem Siege in der Seeschlacht von Lepanto gegen die Türken, in der der Sohn der Barbara und des fünften Karl die vereinte Flotte der „Heiligen Liga“ befehligte. — Halblainen, 44 S., 2. Auflage, Verlag Michael Laßleben, 8411 Kellmünz, DM 4,80.

**Ein Menschenleben** — von Erwin Stetter. — Eine Bildfolge ohne Handlung, die zum Nachdenken und zum klaren Bewußtwerden des eigenen Standpunktes in der Auseinandersetzung mit den dargestellten Gedanken anregt. Ort und Zeit der Handlung: immer und jetzt. Eine wertvolle philosophische Dichtung über den Sinn unseres Lebens. — Leinen mit Schutzumschlag, 162 S., 1972, Europäischer Verlag, A-1090 Wien, Pramer-gasse 1, DM 25,—.

### Schauspiele

**Der Kampf des Arztes Semmelweis.** Ein dramatisches Gedicht von Walter Gustav Picard. — In dieser Dichtung in fünf Akten empfindet in freier Gestaltung, angelehnt an die geschichtlichen Tatsachen, der Autor mit flüssigen Versen den verzweifelten Kampf nach, den Ignaz Philipp Semmelweis in hoher ärztlicher Berufseuffassung gegen das Gespenst des Kindbettfiebers und eine verständnisfeindliche Umwelt führte. — Leinen mit Schutzumschlag, 88 S., 1973, Europäischer Verlag, A-1090 Wien, Pramer-gasse 1, DM 15,—.

**Die Verhaltung des Sokrates.** Ein komisches Spiel, das etwas tragisch ist. In zwei Akten mit einem Vorspiel von Robert Paschke. — „Man gewinnt den Eindruck, die Figur des Sokrates leg dem Verfasser wirklich am Herzen, er mußte ihn nicht erst aus alter Schulweisheit entstauben, ihn als Arzt faszinierte der Mensch in Sokrates, keinesfalls der „Fachidiot“ (Dr. Ernst R. Hauschka in „Die Oberplatz“). — Leinen mit Schutzumschlag, 47 S., 1974, Europäischer Verlag, A-1090 Wien, Pramer-gasse 1, DM 12,—.

Dr. med. Robert Paschke,  
8535 Emskirchen

## Kongresse

### Augenärztliche Fragen aus der Praxis am 13. Dezember 1975 in Würzburg

Die Referate sind rein auf die Praxis des Nicht-Augenarztes bezogen  
Diskussion  
Tagungsbeitrag: DM 10,—

Auskunft:  
Professor Dr. Dr. h. c. W. Leydhecker,  
Direktor der Universitäts-Augenklinik im  
Kopfklinikum, 8700 Würzburg, Josef-  
Schneider-Straße 11, Telefon (09 31)  
2 01 - 24 02

### 9. Fortbildungstage in Praktischer Medizin am 27./28. Februar 1976 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. L. Demling,  
Professor Dr. K. Bachmann, Erlangen  
Ort: Medizinische Universitäts-Klinik,  
Erlangen

Auskunft:  
Frau Schett, Kongreßbüro der Medizinischen  
Universitätsklinik, 8520 Erlangen,  
Krankenhausstraße 12, Telefon (09 131)  
85 33 74

### Kurs für Laborhelfer(Innen) vom 15. bis 26. März 1976 in Nürnberg

Leitung: Dr. Weidemann, Nürnberg  
Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Laborbereich

Auskunft und Anmeldung:  
Bayerische Landesärztekammer, 8000  
München 80, Mühlbeurstraße 16, Tele-  
fon (0 89) 41 47 - 278

### Kolloquium der Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universität Würzburg am 28. Januar 1976 in Würzburg

15.00 Uhr — 17.00 Uhr:  
Krankendemonstration mit Diskussion —  
Vortrag „Exantheme durch Echo- und  
Coxsackie-Viren“

Auskunft:  
Universitäts-Klinik und Poliklinik für  
Hautkrankheiten, 8700 Würzburg, Josef-  
Schneider-Straße 2, Telefon (09 31)  
2 01 - 27 01

## Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1976

7. — 20. März 1976 in Badgastein:  
XXI. Internationaler Fortbildungskongreß  
Thema: Technische Weiterentwicklung der ärztlichen Praxis

8. — 20. März 1976 in Davos:  
XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß  
Thema: Technische Weiterentwicklung der ärztlichen Praxis

12. — 24. April 1976 in Meran:  
VIII. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin  
Thema: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin

23. Mai — 5. Juni 1976 in Montecatini Terme:  
XIV. Internationaler Fortbildungskongreß (Seminarkongreß)  
Thema: Immunologie als interdisziplinäre Brücke

30. Mai — 12. Juni 1976 in Greda:  
XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß  
Thema: Immunologie als interdisziplinäre Brücke

19. — 31. Juli 1976 in Davos:  
VI. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin  
Thema: Prävention, Therapie, Rehabilitation

23. August — 4. September 1976 in Meran:  
XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß  
Thema: Pharmakotherapie in der Praxis

29. August — 11. September 1976 in Greda:  
X. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin  
Thema: Rationelle Diagnostik und Therapie in der ärztlichen Praxis

Auskunft:  
Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20

### Steuern 1975 — noch gegensteuern

Alle Jahresenden wieder locken die Verheißungen: Wandeln Sie einen Teil des Geldes, das Ihnen das Finanzamt abfordert, in ertragbringendes Kapital um. Kostspielige Erfahrungen haben alle Jahre wieder erwiesen, daß Sie dadurch mehr Geld verlieren als gewinnen können. Können, denn es gibt durchaus Firmen mit soliden Angeboten.

Ich meine, eine Anlage dieser Art birgt erst dann keinerlei Risiko, wenn Ihnen unabhängige Fachleute, wie beispielsweise Ihre Sparkasse oder Bank oder Ihr Steuer- oder Rechtsberater, nach eingehender Prüfung versichert haben, daß Sie daran nichts verlieren könnten.

Im zweiten Zug ist das Angebot zu Ende zu rechnen. Was Sie heute an Steuern sparen, kann Ihnen später von den Erträgen um so höher weggesteuert werden. Diese Gefahr droht vor allem, wenn Sie in eine höhere Steuerprogression geraten sind, bis die Rendite zu fließen beginnt.

Ihre Berater dürfen sich zudem nicht auf die rein steuerlich und juristische Würdigung solcher Anlagen beschränken. Sie müssen den besonderen Markt zu beurteilen vermögen, dem ein Sonderabschreibungsobjekt dienen soll. Dazu gehört auch eine gewisse Voraussicht. Am eklatantesten haben die Baupleiten bewiesen, daß Kritiklosigkeit sehr viel Geld kosten kann.

Bei den Ertragsangaben ist zunächst festzustellen, ob ihre Höhe wahrscheinlich ist. Die Beispielrechnungen für die Nettoerträge — je nach Steuerklasse — sind in aller Regel in den Unterlagen aufgemacht. Bis dahin sollten Sie als Interessent auch vordringen. Besonders interessant ist natürlich eine nachweislich steuerfreie Behandlung der Erträge.

So läuft in einem Beispiel eine steuerfreie Verzinsung von der Einzahlung an von drei Prozent pro Jahr auf eine jährliche Netto-Rendite von mehr als 14 Prozent bereits bei einem Spitzensteuersatz von 40 Prozent auf. Solche Erträge ergeben sich, weil sie ja vom tatsächlichen Eigenkapitaleinsatz und nicht von der Brutto-Zeichnungssumme zu errechnen sind, von der vielmehr die Steuerersparnis vorher abzuziehen ist.

Für alle Objekte, die Sie mit Steuerbegünstigungen zeichnen können, werden außer Ihren als Eigenmittel bezeichneten außerdem Fremdmittel eingesetzt. Diese Fremdmittel sind laufend zu tilgen. Da Sie als Kommanditist an dem entsprechenden Unternehmen beteiligt sind, erhöht sich durch die Tilgung Ihr Miteigentum-Anteil laufend. Dieser Wertzuwachs wird steuerfrei behandelt.

Eine Spielart der steuerbegünstigten Anlage ist die Funktion des Anlegers als Bauherr. Daraufhin werden ihm die Steuervorteile nach dem sogenannten Bauherrn-Modell zuerkannt. In diesem Rahmen werden jetzt auch Einfamilienhäuser errichtet. Sogar Ferien-Chalets in der Schweiz genießen unter den entsprechenden Voraussetzungen die Steuerbegünstigungen nach dem deutschen Bauherren-Modell. Solche Vorhaben werden zur Zeit im deutschen wie italienischen Teil der Eidgenossenschaft durchgeführt.

Noch können Sie auch durch Anlagen mit Steuervorteilen den Steuerforderungen für dieses Jahr entgegenwirken. Sie sollten das nur nicht ohne versierte Lotsen durch das Steuer- und Vertragsrecht unternehmen.

Horst Beloch

### Si tacuisses . . .

*Seismographisch empfindlich reagieren Tarifpartner auf jeden Argwohn, Politiker könnten in ihre Domäne einzudringen versuchen. Jenes Tabu gilt offenbar nicht für die Arzt-Einkommen. Deren Zuwachs soll nach massiven Parteipolitiker-Forderungen künftig erheblich gedrückt werden.*

*Vordergründig ihr Hauptargument: Das Arzt-Einkommen sei in den letzten zehn Jahren konstant um 11, das der Zahnärzte um 16 Prozent gestiegen. Keine Queffenangabe.*

*Es entwertet sich selbst. Kein Wort über das erhöhte Arbeitsvolumen und die mehr als anderthalbfache als übliche Arbeitszeit einer-, Arbeitszeitverkürzungen und Urlaubsvorfängerungen andererseits. Ahnungslosigkeit, daß elf höchstens sechs Prozent wert sind, berücksichtigt man die steuerfreien 60 Prozent Sozialleistungen auf jede Lohnmark.*

*Si tacuisses, philosophus mansisset.*

Prosper

### Kurz über Geld

**NACHZAHLUNGS-ANTRAG** an die gesetzliche Rentenversicherung bis spätestens 31. Dezember 1975 stellen. Ratenzahlung beantragen. Formulare: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, 1000 Berlin 88, Postfach.

**FINANZSCHÄTZE** des Bundes ab DM 5000,— uninteressant. Anderweitig höhere Rendite bei gleicher Laufzeit.

**PRAXISDARLEHEN** für Ärzte zur Gründung oder Erweiterung ab DM 30000,— auf zwölf Jahre bei 98 Prozent Auszahlung und sieben Prozent bietet die Commerzbank an.

**Fünf-Mark-GEDENKMÜNZE** Albert Schweitzer ab 3. Dezember.

**MIT STEIGENDEM ZINS** und Kursgarantie nach vier Jahren gibt Rheinische Hypothekenbank jetzt Pfandbriefe aus.

# Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1975 \*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Wie schon im August wurde auch im Berichtsmonat eine relativ niedrige Zahl von Scharlacherkrankungen gemeldet; auf 100 000 Einwohner treffen im September 23, im Vormonat 15 Fälle, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung, die im Juli und August

selbsten Monats Höchstwerte erreicht hatte, ging gleichzeitig zurück. Die Erkrankungsziffer an Meningokokken-Meningitis sank von 3 auf 2, an übrigen Formen der Meningitis von 14 auf 10 Fälle je 100 000 Einwohner. Die Zahl der Salmonellose-Erkrankungen stieg im September merklich an,

auf 100 000 Einwohner entfielen 102 Fälle, gegenüber 75 im August. Auch an Hepatitis infectiosa (übertragbarer Leberentzündung) Erkrankte wurden im September häufiger als im Vormonat gemeldet, nämlich 28 (August: 21) auf 100 000 der Bevölkerung.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. August bis 27. September 1975 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	
							Hirnhautentzündung		Salmonellose										übrige Formen					
	E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	96	—	—	—	3	—	30	—	1	—	2	—	—	—	23	—	380	1	2	—	—	—
Niederbayern	—	—	9	—	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	2	—	—	—	87	—	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	10	—	—	—	3	—	7	1	—	—	—	—	1	—	—	—	118	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	21	—	—	—	1	—	9	1	—	—	—	—	2	—	—	—	44	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	30	—	—	—	1	—	5	—	4	—	2	—	—	—	8	—	108	—	2	—	—	—
Unterfranken	—	—	12	—	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	—	—	1	—	64	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	15	—	1 <sup>4)</sup>	—	5	—	19	—	—	—	2	—	—	—	3	—	48	—	11	—	—	—
Bayern	—	—	193	—	1 <sup>4)</sup>	—	16	—	82	2	6	—	6	—	5	—	35	—	849	1	15	—	—	—
München	—	—	36	—	—	—	—	—	5	—	—	—	2	—	—	—	12	—	183	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	8	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	1 <sup>4)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	5	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	15	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	13	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	4	—	14	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Aussetz		Milzbrand		Amöbenruhr		Bangsche Krankheit		Leptospirose		Malaria-Erkrankung		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>			
													Well-sche Krankheit										übrige Formen	
E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	96	1	—	—	2 <sup>4)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	3	—	1	—	—	18
Niederbayern	25	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	14	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42
Oberfranken	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	7
Mittelfranken	19	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1
Unterfranken	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	4
Schwaben	35	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Bayern	232	3	2	—	2 <sup>4)</sup>	—	1	—	1	—	1	—	1	—	3	—	1	—	6	—	3	—	—	75
München	35	—	—	—	2 <sup>4)</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—
Nürnberg	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Augsburg	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Regensburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Fürth	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

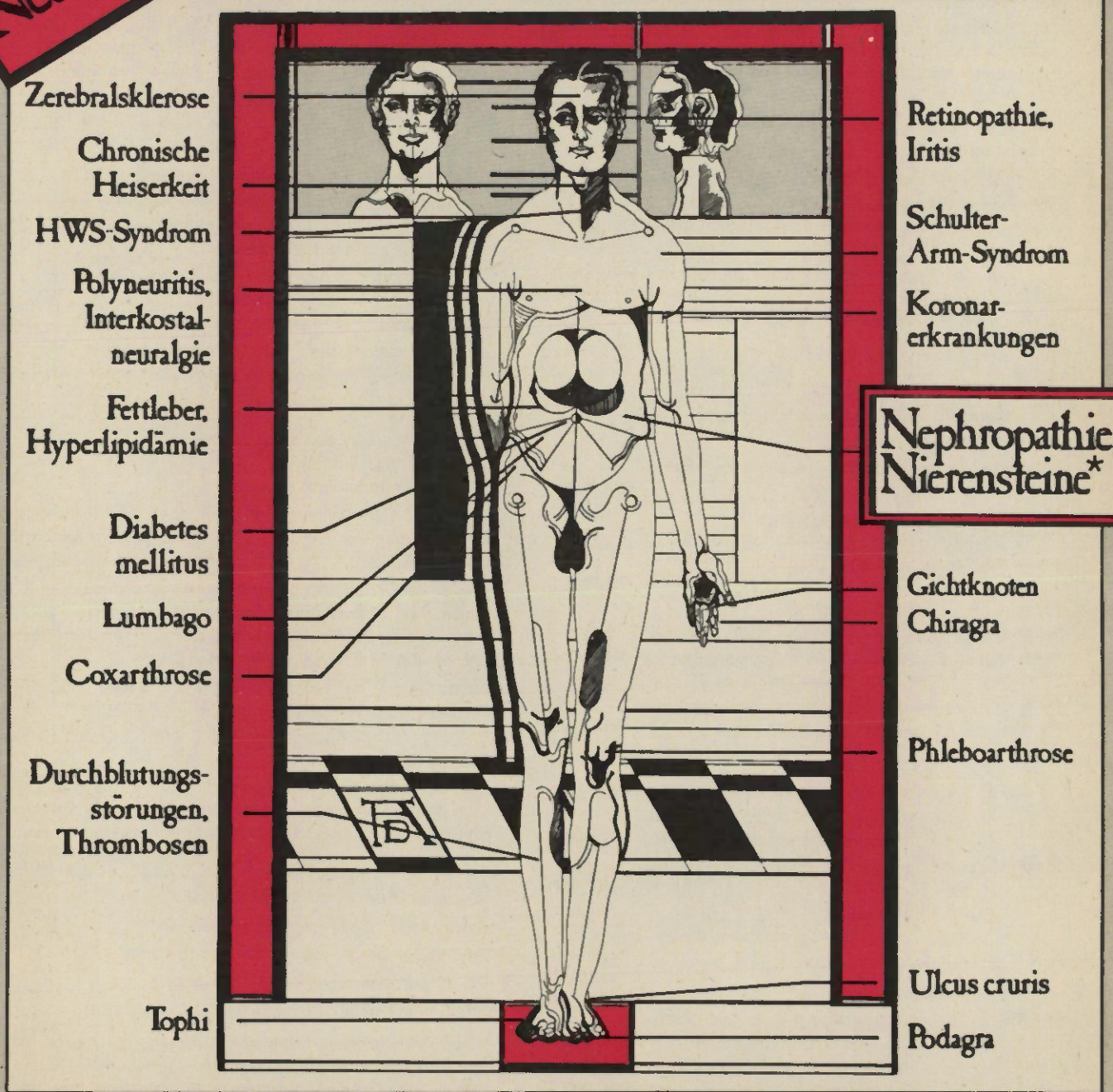
2) „ST“ = Sterbefälle.

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

4) Infiziert im Ausland.

**Neu von Desitin**

# Symptome und Manifestationen der Harnsäurekrankheit



# Bleminol® 200

**Zusammensetzung:** 1 Tablette Bleminol® 200 enthält 200 mg Allopurinol = 1 H-Pyrezolo [3,4-d] pyrimidin-4-ol.  
**Indikationen:** Hyperurikämie, insbesondere im Verlaufe anderer Erkrankungen (Diabetes, Leukämie, Herz- und Gefäßerkrankungen, Muskelerkrankungen, Psoriasis, u.e.). Primäre und sekundäre Gicht, Gichtniere. Behand-

lung und Prophylaxe der Nierensteinbildung.  
**Dosierung:** Die Anfangsdosierung beträgt meistens 1 Tablette Bleminol® 200 (200 mg Allopurinol) täglich, sie soll mit reichlich Flüssigkeit eingenommen werden. Die Einnahme auf den nüchternen Magen kann die Verträglichkeit beeinträchtigen.  
**Kontraindikation:** Bleminol® 200 soll während der Schwangerschaft und in

der Stillperiode nicht verordnet werden.  
**Nebenwirkungen:** Im Falle einer echten Allopurinol-Allergie muß Bleminol® 200 abgesetzt werden; vorübergehend kann in den ersten Tagen Juckreiz auftreten. In seltenen Fällen wurden Magendruck, leichte Übelkeit, Sodbrennen oder leichter Kopfschmerz beobachtet, was eine vorübergehende Dosisreduzierung erforderte.  
**Peckungen:** O.P. mit 50 Tabletten DM 29,50 lt. AT. m. MwSt.

\* Peter Burchardt: Die Bedeutung der Hyperurikämie und Hyperurikosurie beim Harnsteinleiden, erschienen in „Zur Diagnostik und Therapie der Harnsäurekrankheit“, 1975



Desitin-Werk Carl Klinke GmbH, Hamburg

## Schnell informiert

### Dr. Seuß Landesarzt des BRK

Dr. Fritz Seuß, Gröbenzell, wurde als Nachfolger für den verstorbenen Obermedizineldirektor Dr. Kemmerle zum Landesarzt des Bayerischen Roten Kreuzes bestellt.

### Gebühren für Strahlenschutzprüfungen gemäß der RöV vom 1. September 1973

Die Gebühren für die Strahlenschutzprüfungen von Röntgenanlagen wurden vom Landesamt für Umweltschutz in Zusammenarbeit mit den sachverständigen Instituten festgelegt.

Für jede Geräteart wurden Pauschalgebühren festgelegt, die sämtliche Kosten für Vorbereitung, Anreise, Prüfung, Auswertung und Büroarbeit enthalten.

Die Gebührenregelung lautet wie folgt:

#### 1. Röntgeneinrichtungen

##### 1.1 Medizinische Röntgeneinrichtungen

###### 1.1.1 Dentaleinrichtungen

- |  |          |
|--|----------|
| a) Für die erste Einrichtung eines Betreibers  |          |
| Zahnkugeln   | DM 300,- |
| Panoramageräte   | DM 400,- |
| b) Für jede weitere unmittelbar anschließend geprüfte Einrichtung desselben Betreibers                     |          |
| Zahnkugeln   | DM 150,- |
| Panoramageräte   | DM 200,- |
| c) Mängelkontrollen der Fehlerklasse 1 werden nach Zeitaufwand berechnet, pro Stunde zuzüglich Fahrtkosten | DM 70,-  |
| d) Mängelkontrollen der Fehlerklasse 2, unabhängig von der Zahl der Fehler                                 | DM 70,-  |

###### 1.1.2 Diagnostikeinrichtungen

- |  |          |
|--|----------|
| a) Für die erste Einrichtung eines Betreibers  | DM 700,- |
| b) Für jede weitere unmittelbar anschließend geprüfte Einrichtung desselben Betreibers                     | DM 500,- |
| c) Mängelkontrollen der Fehlerklasse 1 werden nach Zeitaufwand berechnet, pro Stunde zuzüglich Fahrtkosten | DM 70,-  |
| d) Mängelkontrollen der Fehlerklasse 2, unabhängig von der Anzahl der Fehler                               | DM 70,-  |

###### 1.1.3 Therapieeinrichtungen

- |  |          |
|--|----------|
| e) Für die erste Einrichtung eines Betreibers  |          |
| Oberflächentherapiegeräte  | DM 400,- |
| Körperhöhlentherapiegeräte   | DM 400,- |
| Tiefentherapiegeräte   | DM 500,- |
| b) Für jede weitere unmittelbar anschließend geprüfte Einrichtung desselben Betreibers |          |
| Oberflächentherapiegeräte  | DM 200,- |

Körperhöhlentherapiegeräte	DM 200,-
Tiefentherapiegeräte	DM 300,-

c) Mängelkontrollen der Fehlerklasse 1 werden nach Zeitaufwand berechnet, pro Stunde zuzüglich Fahrtkosten	DM 70,-
--	---------

d) Mängelkontrollen der Fehlerklasse 2, unabhängig von der Anzahl der Fehler	DM 70,-
--	---------

#### 1.2 Technische Röntgeneinrichtungen

e) Für die erste Einrichtung eines Betreibers	DM 500,-
ortsveränderliche Geräte	DM 500,-
ortsfeste Geräte	DM 700,-

b) Für jede weitere unmittelbar anschließend geprüfte Einrichtung desselben Betreibers	
ortsveränderliche Geräte	DM 300,-
ortsfeste Geräte	DM 400,-

c) Mängelkontrollen der Fehlerklasse 1 werden nach Zeitaufwand berechnet, pro Stunde zuzüglich Fahrtkosten	DM 70,-
--	---------

d) Mängelkontrollen der Fehlerklasse 2, unabhängig von der Anzahl der Fehler	DM 70,-
--	---------

#### 2. Störstrahler

Die Prüfungen werden nach Zeitaufwand berechnet, pro Stunde zuzüglich Fahrtkosten

Besitzt ein Betreiber mehrere Geräte, so wird für das zweite und jedes weitere Gerät nur die halbe Gebühr für ein Erstgerät berechnet.

Wenn Mängel der Mängelklasse 1 vorhanden sind, muß eine nochmalige Überprüfung der abgestellten Mängel vorgenommen werden. Die Kosten werden hier nicht pauschal berechnet, sondern nach der angefallenen Zeit.

Wenn Mängel der Mängelklasse 2 vorhanden sind, braucht die Mängelbeseitigung nur schriftlich mitgeteilt zu werden. Für den Verwaltungsaufwand wird eine Pauschale von DM 70,- in Rechnung gestellt.

Bei der Festsetzung der Gebühren wurde davon ausgegangen, daß je Tag mehrere Anlagen in einem bestimmten Gebiet bzw. an einem Ort geprüft werden können.

Die Anmeldung der Anlage hat durch den Betreiber bei folgenden Prüfstellen zu erfolgen:

Technischer Überwachungsverein  
Bayerische Landesanstalt für Arbeitsschutz, München  
Bayerische Gewerbeanstalt, Nürnberg  
Strahlenmeßstelle Professor Hess, Regensburg

Diese Prüfstellen verteilen die Aufträge zur Überprüfung in der Weise, daß sie möglichst im vorstehenden Sinne der Reisekostenspernis erfolgen kann. Die Betreiber der Geräte sollten deshalb ihre Anmeldung möglichst frühzeitig vornehmen, damit eine bessere Einsatzplanung im Interesse der Kostenermäßigung erfolgen kann.



## RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100 g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g - Valerian. 1,7g - Tinct. Convall. 0,8g.

-Castor. 0,6g. Camph. 1,0g. Menthol. 0,5g. Nicotln. 0,155g. O.P. 30g DM 5,35

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

### Seminar für „filmende Ärzte“

Die Bundesärztekammer hat ein neuartiges Seminar für „filmende Ärzte“ angekündigt. Es soll in drei Wochenenden Anfang 1976 stattfinden (27./29. Februar, 26./28. März, 23./25. April).

Das Seminar ist vor allem bestimmt für Ärzte, die (zumeist als Autodidakten) bereits seit Jahren innerhalb ihrer Lehr- oder Forschungsarbeit mit dem Medium Film arbeiten. Viele von ihnen hatten – so die Bundesärztekammer – bisher kaum die Möglichkeit, sich entsprechende filmtechnische und dramaturgische Fachkenntnisse anzueignen.

Mit der Entwicklung des Programmes und der Leitung des Seminars wurde der Film-Autor, Regisseur und Produzent Dr. Pierre Kandorfer (Köln und Mülheim/Ruhr) beauftragt. Weitere namhafte Experten wurden für die Arbeit gewonnen. So werden Hans Mohl (Gesundheitsmagazin „Prexis“), Dr. Günter Siefarth („Bilder aus der Wissenschaft“), Winfried Göpfert (ARD-Retgeber „Gesundheit“) und der vielfache Medizinfilm-Preisträger Dr. Georg Munck innerhalb des Seminars referieren. Außerdem hat u. a. der Kameramann Werner von Appeldorn seine Mitwirkung zugesagt.

Nähere Auskünfte und Anmeldungen bei der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Heedenkampstraße 1.

### Hans-Liniger-Preis 1976

Jeder approbierte Arzt und jeder Jurist und Versicherungsfachmann kann sich mit einer wissenschaftlichen Arbeit um den Preis bewerben. Die Arbeit kann in den Jahren 1974 und 1975 in einer anerkannten deutschen oder fremdsprachigen Zeitschrift oder auch als selbständige Veröffentlichung in Buchform erschienen oder in der gleichen Zeit in einem Manuskript niedergelegt sein.

Einsendeschluß: **31. März 1976**

Die Arbeiten sind in dreifacher Ausfertigung an den Federführer des Preisrichterkollegiums Professor Dr. med. S. Weller, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen, 7400 Tübingen, Rosenauer Weg 95, einzureichen.

Die Bestimmungen für die Verleihung des Preises können beim Schriftführer der Gesellschaft angefordert werden.

### Preis der Stadt Bad Kissingen 1976

Der Stadtrat Bad Kissingen lädt zur Teilnahme an der Ausschreibung des „Preises der Stadt Bad Kissingen“ 1976 in Höhe von DM 5000,- ein.

Für die Teilnahme an dieser Ausschreibung gelten folgende Bedingungen:

Die wissenschaftliche Arbeit muß ein Thema beinhalten, das die Einsicht in die Wirkprinzipien balneotherapeutischer Verfahren mit modernen Untersuchungsmethoden vertieft. Die Arbeit muß auf eigenen Erkenntnissen beruhen, die von dem Kuratorium als wesentlich und wissenschaftlich begründet angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht.

Die Arbeit ist mit Name und Vorname des Verfassers, genauer beruflicher Stellung und Tätigkeit zu kennzeichnen.

Sie darf vor dem 1. März 1976 nicht veröffentlicht worden sein.

Die Arbeiten sind in fünffacher Ausfertigung bis zum **1. März 1976** zu senden an: Stadt Bad Kissingen, 8730 Bad Kissingen, Rathaus, Postfach 2260.

### Christian-Fey-Preis gestiftet

Der Wissenschaftliche Beirat des Kneipp-Bundes hat auf seiner letzten Sitzung beschlossen, einen Preis für hervorragende Arbeiten auf dem Sektor der Gesundheitsbildung auszusprechen. Der mit DM 5000,- dotierte Preis soll für bisher unveröffentlichte und auf eigenen Erfahrungen beruhende Arbeiten vergeben werden, die effektive und praktische Wege aufzeigen, um dem Menschen am Wohnort oder am Kurort Information, Motivation und praktisches Erlernen für ein gesundheitsbewußtes Verhalten auf Dauer zu vermitteln.

Einsendeschluß für die ab sofort laufende Preisausschreibung ist der **31. März 1976**. Einsendungen sind zu richten an den Kneipp-Bund e.V., 8000 München 60, Postfach 264. Die erste Preisverteilung wird im Herbst 1976 stattfinden.

Mit der Bezeichnung des Preises wird posthum der hervorragende Bad Wörishofener Kneipperzt Dr. Christian Fey geehrt (1901 bis 1961), der einer der Wegbereiter für die wissenschaftliche Untermauerung und Anerkennung der Kneipptherapie war und sich in vorbildlicher Weise für die Kneipp-Bewegung einsetzte, bevor ihn ein tragischer Unglücksfall viel zu früh aus seinem reichen Schaffen riß.

# 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: Darmverschuß.

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt. Dose mit 200 g Inhalt DM 7,45

**Dr. VIRGIL  
MAYER**

Zusammensetzung: Magnesia sulfurica siccat. 30,0 g, Acid. citric. 26,0 g, Acid. tartaric. 9,5 g, Natriumhydrogencarbonat 31,1 g, Corrig. ad 100 g - apothekenpflichtig

7000 Stuttgart 50 (Bad Cannstatt) Postfach 50 05 44

## Buchbesprechungen

### Rote Liste 1975

Mit der „Roten Liste 1975“ hat der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie sein Versprechen eingelöst, dieses wichtige Verzeichnis von Arzneispezialitäten in jährlichem Rhythmus erscheinen zu lassen. Als wesentliche Neuerungen gegenüber der Ausgabe von 1974 bietet die „Rote Liste 1975“ ein Verzeichnis der chemischen Kurzbezeichnung von Arzneistoffen und zusätzliche Wernhinweise für bestimmte Präparategruppen sowie weitere Hinweise auf unerwünschte Nebenwirkungen. Außerdem wurde das alphabetische Verzeichnis der Arzneispezialitäten an den Anfang der „Roten Liste“ gestellt, um die Handhabung zu erleichtern.

Je ein Freixempler erhalten alle in ihrem Beruf tätigen Ärzte, Heilpraktiker sowie die Apotheken. Die zum Bezug von Freixemplaren Berechtigten werden gebeten, sich direkt mit dem Verlag Editio Cantor, 7960 Aulendorf, in Verbindung zu setzen, falls ihnen bisher noch kein Freixemplar vorliegt. Zusätzliche Exemplare können vom Verlag oder über den Buchhandel zum Preise von DM 36,— bezogen werden.

### Leitfaden der Umwelthygiene

Verf.: Prof. Dr. M. Heider, 209 S., 19 Abb., 19 Tab., kert., DM 29,—. Verlag Hans Huber, Bern.

Der Verfasser, Ordinarius für Umwelthygiene in Wien, sieht die wesentlichen Aufgaben seines Faches, das die Wechselwirkungen zwischen menschlicher Gesundheit und Umweltfaktoren untersucht, im Schutz vor Gesundheitsgefährdung durch schädigende Umwelteinflüsse, in der Vorsorge für eine menschenwürdige Umgebung, in der Verhinderung ungünstiger Nebenwirkungen der Zivilisation auf Natur und Landschaft und schließlich in der Verbesserung der Umweltqualität durch Planung und Gestaltung.

Die einzelnen Umweltfaktoren werden in acht Kapiteln dargestellt: Lufthygiene — Lärm und Erschütterungen — Licht, Beleuchtung und Farbe — Klima, Wetter, Heizung, Bekleidung — Wasser, Boden, Abwasser, Abfälle — Lebensmittel und Umweltchemikalien, Nahrungshygiene — Stress und Umweltpassung, Umweltgestaltung. Einer Erläuterung der physiologischen Grundlagen folgt jeweils die Beschreibung möglicher Gesundheitsgefährdungen und schließlich eine Besprechung der präventiven Maßnahmen zur Erfassung und Verhütung von Umweltschäden.

Unter den beiden Möglichkeiten, ein Kompendium zu schreiben: rascher und notgedrungen etwas oberflächlicher Überblick — oder komprimierte Kürze, hat der Autor die letztgenannte und damit die lehrreiche gewählt. Indem er den Stoff äußerst konzentriert darbietet, bleibt die Fülle erhalten und zwingt den Leser, weniger Vertrautes anhand ausführlicherer Literatur gegebenenfalls zu vertiefen. Andererseits wird ihm in dieser komprimierten Darstellung aber auch eine Gedächtnisstütze in die Hand gegeben, die ihm Vertrautes sofort wieder vergegenwärtigt. Es ist ein besonderes Anliegen des Verfassers, auf Erkenntnisse hinzuweisen und sie fruchtbar werden zu lassen, die „Grundlagen und Ansatz-

punkte schaffen, um eine zukünftige Psycho- und Neurohygiene zu erarbeiten, die mit diesen so aktuellen Problemen und Auswirkungen unserer zivilisatorischen Umwelt in verstärktem Ausmaß konfrontiert sein wird“. So wird in diesem Leitfaden Raum geschaffen für eine ganz wesentliche Ausweitung des Umweltproblems in psycho-soziale Bereiche der Information und kybernetischen Methodik, gipfend in dem Satz: „Information als Umweltbedingung ist ein heute noch wenig verstandener, in Zukunft aber sicher zunehmender Aspekt der dynamischen Auseinandersetzung zwischen dem Menschen und seiner Umwelt.“

Die Lektüre dieses Kompendiums ist allen Ärzten und Medizinstudenten, die sich für Fragen des Umweltschutzes interessieren, wärmstens zu empfehlen.

MEDD Dr. Hall, München

### Die Behandlung des angeborenen Klumpfußes im Säuglings- und Kindesalter

Verf.: Doz. Dr. H.-L. Henkel, 155 S., 152 Abb., kert., DM 36,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Dem Autor ist es gelungen, ein Handbuch herauszugeben, das besonders die jüngeren Kollegen in der fachorthopädischen Weiterbildung entsprechen wird. Schon die übersichtliche Einteilung der einzelnen Kapitel läßt erkennen, mit welcher Sorgfalt der Verfasser vorgegangen ist und vor allem aus eigenem Krankengut zu berichten weiß.

Nach der Einführung in die pathologische Anatomie wird auf die Untersuchungsmethoden und Funktionsprüfungen sowie auf die Röntgentechnik eingegangen, welche zur Indikationsstellung überführen. Ein weiter Raum der Ausführungen ist den verschiedenen Operationsmethoden und Weichteiloperationen im Säuglings- und Kindesalter gewidmet, wobei auf die so wichtige Nachbehandlung nicht vergessen wurde. Daneben werden Behandlungsmethoden des vereiterten Spitz- und Klumpfußes sowie bei spastischen Zerebralpareesen und operative Korrekturen beim persistierenden Spitzfuß und beim Klumpfußrezidiv erörtert. Aber auch die Möglichkeiten und Gefahren einer konservativen Behandlung mit Gips- oder Schalenredressionen sind in Text und Bild anschaulich beschrieben. Zur Verbesserung überkorrigierter Klumpfüße werden Möglichkeiten der konservativen und operativen Behandlung angegeben. Ergänzende Operationsverfahren wie Sehnenverpflanzungen, suprämalleoläre Rotationsosteotomie der Tibia und Plantarfaszientenotomie runden die Thematik ab. Auf Fehler wird ebenso wie auf die beachtenswerten Ergebnisse hingewiesen.

Ein Handbuch, das in der Sammlung des klinisch tätigen und niedergelassenen Orthopäden nicht fehlen sollte.

Dr. Dieter Zinn, Grünwald

### Samuel Hahnemann — Sein Leben und Werk in neuer Sicht

Vert.: Prof. Dr. H. Ritter, 157 S., 35 Abb., kert., DM 24,—. Karl F. Haug Verlag, Heidelberg.

Der Verfasser des Buches will nicht mit den großen Hahnemann-Biographien konkurrieren, sondern in kurzer, wissenschaftlicher und doch unterhaltsamer Form Leben und Werk Hahnemanns dem überlasteten Arzt und dem interessierten Laien nahebringen.



Die Aufmachung des Buches — 35 noch kaum bekannte Abbildungen, Sach- und Namenverzeichnis — erfüllt diese Absicht ebenso, wie die übersichtliche Gliederung in echt weitgehend in sich abgeschlossene Kapitel.

Im letzten Kapitel wird die Bedeutung der Lehre Hahnemanns für die Medizin der Gegenwart erörtert. Hier fehlen dem Verfasser (bzw. Hahnemann) die Argumente und die Erörterung verdämmert in philosophischen Betrachtungen.

OMR Dr. G. Troßmann, Passau

## Kongreßkalender

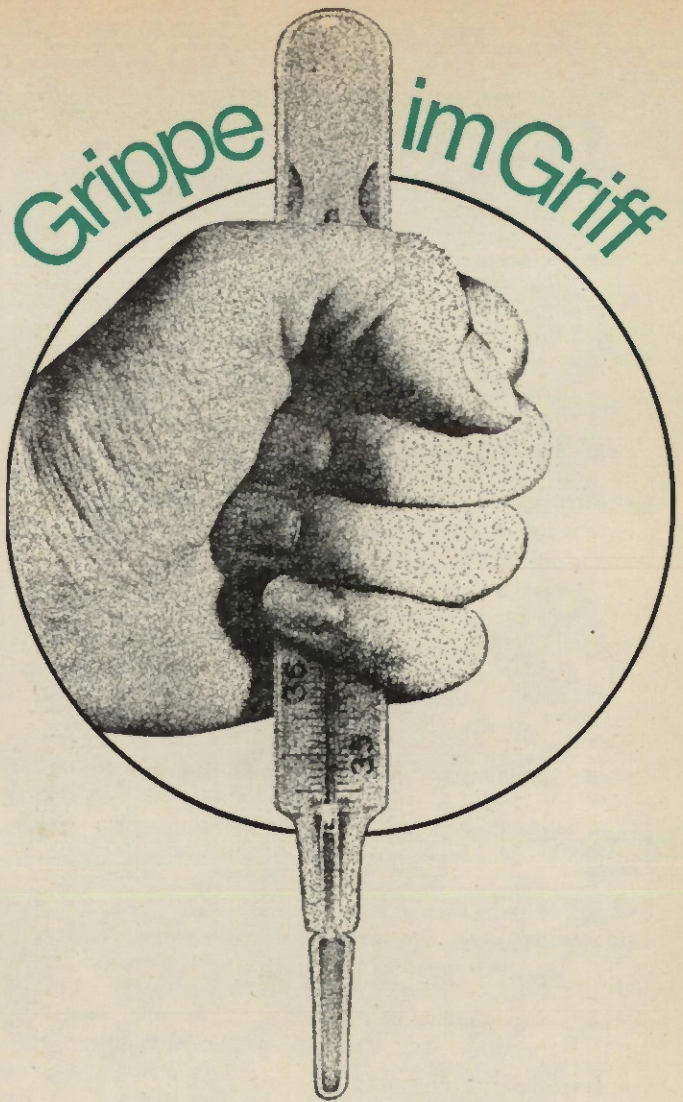
Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

### Januar 1976

- 5.—9. **Frankfurt:** Ärztefortbildungskurs in Familienplanung. — Auskunft: PRO FAMILIA, Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e. V., 6000 Frankfurt 1, Cronstettenstraße 30.
- 10.—24. **Madonna di Campiglio:** 49. Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V. — Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81.
- 13.—16. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 19.—22. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 26.—29. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 26.—31. **München:** Ärztekurs D für Homöopathie. — Auskunft: Dr. A. Braun, 8025 Unterhaching, Zeppelinstraße 1.

### Februar 1976

- 2.—4. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen, bei der Telecurietherapie und beim Umgang mit umschlossenen radioaktiven Stoffen. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 2.—27. **München:** A-Kurs für Arbeitsmedizin. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.



# Bisolvon-Griabletten®

bei katarrhalischen  
und grippalen Infekten

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: N-Cyclohexyl-N-methyl-(2-amino-3,5-dibrombenzyl)amin-hydrochlorid 4 mg, Codeinphosphat 15 mg, Acetylsalicylsäure 300 mg  
**Anwendungsgebiete:** Erkältungskrankheiten, Grippe, katarrhalische Bronchialerkrankungen. **Dosierung und Anwendungweise:** Zu Beginn der Erkrankung werden 3 x 2 Tabletten mit Flüssigkeit eingenommen. Nach Abklingen der Krankheitserscheinungen — meist bereits am 2. Tag — kann die Dosis auf 3 x 1 Tablette reduziert werden. Kinder erhalten ihrem Alter entsprechend geringere Dosierungen. **Unverträglichkeiten und Risiken:** Das Präparat soll nicht angewandt werden bei Zuständen, die mit einer Einschränkung der Atemfunktion einhergehen, Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation, hämorrhagischer Diathese, Magen- und Darmulzera. **Besondere Hinweise:** Wie alle Präparate, die Acetylsalicylsäure enthalten, sollen Bisolvon-Griabletten während der letzten 4 Schwangerschaftswochen nicht eingenommen werden. Patienten, die mit Präparaten, welche die Blutgerinnung beeinflussen, behandelt werden, sollten Bisolvon-Griabletten oder ein anderes acetylsalicylsäurehaltiges Präparat nur nach genauer Anweisung des Arztes einnehmen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Originalpackung mit 20 Tabletten DM 4,90. Klinikpackungen. Unverbindlicher empfohlener Preis lt. AT

Thomae

276

- 5.—8. **Nauherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Anwendung von Beschleunigern im medizinischen Bereich. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 13.—14. **Hamburg:** Unfallmedizinische Tagung. — Auskunft: Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 3000 Hannover, Postfach 3740.
- 19.—21. **Hamburg:** 13. Deutscher Krebskongreß. — Auskunft: Deutsche Krebsgesellschaft a. V., 4300 Essen-Holsterhausen, Hufelandstraße 55.
- 20.—21. **Hannover:** Gemeinschaftstagung der Deutschen und Österraischen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität. — Auskunft: Dr. L. Mettler, 2300 Kiel 1, Hegewischstraße 4.
- 27.—28. **Erlangen:** 9. Fortbildungstaga in praktischer Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 27.—29. **Freiburg:** Arbeitskurs zum Verständnis der Anpassung von Hörgeräten. — Auskunft: Universitäts-HNO-Klinik, Audiologische Abteilung, 7800 Freiburg, Killianstraße 5.
- 27.—29. **Köln:** Seminar „Film in der Medizin“, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.
28. 2.—13. 3. **San Martino di Castrozza:** 50. Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzta-Verbandes e. V. — Auskunft: Bayerischer Sportärzta-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81.
- 19.—20. **München:** 8. Kongreß der Deutschen Gasellschaft für Endoskopia. — Auskunft: Privatdozent Dr. W. Rösch, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 20.—27. **Bad Hofgastein:** 18. Internationaler Fortbildungskurs für Geriatrie. — Auskunft: Österreichische Gesellschaft für Geriatria, A-1140 Wien, Hütteldorfer Straße 188.
- 26.—29. **Köln:** Seminar „Film in der Medizin“, veranstaltet von der Bundesärztekammer. — Auskunft: Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.
- 27.—28. **Baden-Baden:** Tagung des Verbandes der Ärzte Deutschlands — Hartmannbund — Landesverband Baden-Württemberg. — Auskunft: Hartmannbund, Landesverband Baden-Württemberg, 7000 Stuttgart 70, Jahnstraße 32.
29. 3.—2. 4. **Frankfurt:** Ärztfortbildungskurs in Familienplanung. — Auskunft: PRO FAMILIA, Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung a. V., 6000 Frankfurt 1, Cronstettenstraße 30.
29. 3.—9. 4. **München:** Epidemiologia und epidemiologische Methodik I und II. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.
31. 3.—2. 4. **Köln:** Internationales Symposium der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. — Auskunft: Professor Dr. H. Neubauer, 5000 Köln 41, Josef-Stelzmann-Straße 9.
31. 3.—4. 4. **Baden-Baden:** Angiographie International. — Auskunft: Professor Dr. K. E. Loose, 2210 Itzehoe, Städtische Krankenanstalten.

**März 1976**

- 3.—6. **München:** 1. Internationaler Kongreß der Europäischen Gasellschaft für Kardiologia und der Europäischen Gasellschaft für klinische Physiologie der Atmung. — Auskunft: Privatdozent Dr. S. Daum, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22.
- 7.—20. **Badgastein: XXI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.**
- 8.—20. **Davos: XXIV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.**
- 15.—18. **Erlangen:** 15. Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopia, Biopsia und Zytologie. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 15.—26. **München:** Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs. — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbeurstreße 16, Telefon (089) 41 47-1. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Breun, 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 Gebler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegremmdresse: etfaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scherschinger, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner jr., 8060 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, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

### Die Stadt Schwabach

sucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten) zum frühestmöglichen Zeitpunkt

### 1 Oberarzt (-ärztin) und Vertreter(in) des Chefarztes (Fecharzt für Innere Krankheiten)

für die Innere Abteilung (100 Betten).

Vergütung nach Vereinbarung (13. Monatsgehalt), Rufbereitschaftsvergütung, Nebeneinnahmen und Zuwendungen durch den Chefarzt.

Der leitende Arzt der Abteilung ist für 4 Jahre zur Facharztweiterbildung (mit Infektionskrankheiten) ermächtigt. Umfangreiche Endoskopie mit Laperoskope, Gestroskopie, Koloskopie, klinische Zytologie. Stationsgebundenes Röntgen mit Bildverstärker-Fernsehkette. Intensivpflegestation ist im Aufbau. Stellenplan der Abteilung: Chef, 1 Oberarzt, 7 Assistenzärzte. Enger Kontakt mit Kliniken in Nürnberg.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33 000 Einwohner) ist Teil der Städteachse Erlangen-Nürnberg-Fürth-Schwabach und Sitz mittlerer und höherer Schulen. Gute Verkehrsverbindungen.

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

### Die Stadt Schwabach

sucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten) zum 1. April 1976

### 1 Oberarzt (-ärztin) und Vertreter(in) des Chefarztes (Fecharzt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe)

für die Geburtshilflich-Gynäkologische Abteilung (66 Betten). Vergütung nach BAT (13. Monatsgehalt), Rufbereitschaftsvergütung, Nebeneinnahmen und Zuwendungen durch den Chefarzt.

Die hauptamtlich geleitete Abteilung ist modern ausgestattet, hohe Operationsfrequenz (800 bis 900); die vaginalen Methoden werden bevorzugt, ca. 450 Geburten, Perinatalmedizin, Laperoskope. Stellenplan der Abteilung: ein Oberarzt, drei Assistenzärzte.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33 000 Einwohner) ist Teil der Städteachse Erlangen-Nürnberg-Fürth-Schwabach und Sitz mittlerer und höherer Schulen. Gute Verkehrsverbindungen.

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



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 Nachbarn: Wendelstein (2 km, 6000) 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 Wohn- und Praxisräume oder Bauplatz und ist bei der Finanzierung behilflich.

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

### Die Kurpark-Klinik

(200 Betten) in Bad Neustadt/Seale sucht zum 1. Januar oder später:

### 1 Oberarzt (Oberärztin) 2 Stationsärzte (-ärztinnen) 1 Medizinalassistenten

Es erwartet Sie eine interessante Aufgabe in einer neuerbauten Klinik mit modernsten diagnostischen Möglichkeiten

- Endoskopie
- Röntgen mit Fernsehkette
- Zentrallabor
- Ergometrie und Telemetrie

Bad Neustadt liegt landschaftlich reizvoll in der Nähe von Würzburg und hat durch vielfältige Sportmöglichkeiten einen hohen Freizeitwert. Alle Schulen am Ort. Die Wohnraumbeschaffung bereitet keine Schwierigkeiten.

Wir bieten:

- systematische Fortbildung durch den Leiter der Klinik Priv. Doz. Dr. Raith
- Möglichkeiten zur Dissertation
- weit überbetriebliche Bezahlung
- Bereitschaftsdienstentschädigung
- geregelte Arbeitszeit

Bewerbungen an:

**Direktor Freiherr Heeremen,  
8740 Bad Neustadt/Seale,  
Postfach 1360**

### „Herr Doktor bitte kommen ...“



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

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

Lesen Sie sich ausführlich über Leasing oder Kauf informieren.

Teletron Generalvertretung

**DEISS** Elektronik **DE**

8560 Lauf, Bertleinstraße 12, Telefon (0 91 23) 38 52  
Sprechfunk - Personenruf - Anrufbeantworter  
Eurosignal - Wechselsprechanlagen

### Stadt Traunstein

Am Stadtkrankenhaus Traunstein (Oberbayern) ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu besetzen die Stelle

### eines Oberarztes für die Chirurgische Abteilung eines Oberarztes für die Anästhesie-Abteilung

Das Schwerpunktkrankenhaus ist ein Haus der II. Versorgungsstufe mit derzeit 420 Betten, mit bereits im Vorprüfungsverfahren zugestandener Erweiterung auf 530 Betten. Außer den üblichen Haupt- und Belegabteilungen besteht ein Pathologisches Institut. Das Haus ist modern eingerichtet. Die **Chirurgische Abteilung** hatte im Vorjahr 3500 Operationen. Das ausgedehnte Rettungswesen wird durch Notarztwagen und Hubschrauber unterstützt.

Fundierte Kenntnisse in der allgemeinen Chirurgie sowie in der operativen und konservativen Unfallchirurgie sind erforderlich. Bei Sonderkenntnissen ist die Möglichkeit der Liquidation gegeben. Die Vergütung erfolgt nach BAT. Geboten werden alle tariflichen Leistungen des öffentlichen Dienstes. Beteiligung an der Chefarztliquidation wird geregelt.

Für die **Anästhesie-Abteilung** wird ein aufgeschlossener Kollege gesucht, der Facharzt ist oder sich im letzten Ausbildungsjahr befindet und an der Abteilung mitgestalten will. Auch hier wird eine geregelte Beteiligung an den Liquidationserlösen des Chefarztes geboten. Die Vergütung und die sonstigen Leistungen erfolgen nach BAT.

Traunstein ist 100 km von München, 40 km von Salzburg entfernt und hat durch die Nähe des Gebirges und des Chiemsees einen hohen Freizeitwert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an das Personalamt der Stadt Traunstein, 8220 Traunstein, Stadtplatz 39, Telefon (08 61) 6 52 14.

Beim Nervankrankenhaus Lohr am Main sind einige Stellen für

### Ärzte und Ärztinnen

zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach BAT bzw. bei Beamten nach dem Bayerischen Besoldungsgesetz. Vergütung für Bereitschaftsdienst, Nebeneinnahmen durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachten. Das Nervkrankenhause verfügt über 1050 Betten.

Moderne Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Sozialarbeit, EEG, Echoenzephalographie, physikalische Therapie mit Bäderabteilung. Facharztweiterbildung in Psychiatrie (drei Jahre) und Neurologie (ein Jahr) durch den hierzu ermächtigten Arzt.

Lohr (17 000 Einwohner) liegt im Maintal am Rande des Spessarts, bietet viele Freizeitmöglichkeiten. Frankfurt, Würzburg und Aschaffenburg sind leicht erreichbar. Gymnasium am Ort.

Anfragen und Bewerbungen arbeiten an

Diraktor des Nervkrankenhauses, Dr. Kroll, 8770 Lohr am Main, Nervkrankenhause, Telefon (093 52) 20 21, 20 22.

### BEFELKA®-ASTHMA-TABLETTEN

Ind.: Asthma - Bronchitis - Heuschnupfen - Grippe.  
Zus.: Ephedrin 25 mg; Diphenhydramin (Antihistaminikum) 20 mg; Coffeinum 20mg; 1-Phanyl-2,3-dimethyl-4-Isopropyl-pyrazolon 300mg.  
Kontraind.: Akute intermittierende Porphyrie, Hypertonie, Thyreotoxikose, schwere organische Herzerkrankungen, Tachykardie, nephrogene Ausscheidungsstörungen, sklerotische Gefäßveränderungen, Prostatahypertrophie, Glaukom, dekompensierte diabetische Stoffwechsellage.

Packung mit 20 Tabl. 4,55 DM, 48 Tabl. 9,50 DM.

Arztemuster durch: BEFELKA-ARZNEIMITTEL, 4500 Osnabrück, Postfach 1351

Im Bezirkskrankenhaus Erlangen (Fachkrankenhaus für Psychiatrie) des Bezirks Mittelfranken sind mehrere Planstellen für

### Ärzte

und

### Medizinalassistenten

zu besetzen.

Vergütung im Angestelltenverhältnis nach BAT III/b für Fachärzte nach BAT I b/1a.

Bei Erfüllung der beamtenrechtlichen Voraussetzung ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich. Vergütung des Bereitschaftsdienstes, Nebeneinnahmen durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachter- und Außenfürsorge-Tätigkeit.

Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Das Bezirkskrankenhaus Erlangen wird zur Zeit mit ca. 1000 Betten nach den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft neu erbaut. Es soll 1976 bezogen werden.

Das neue Haus besitzt eine Neurologische Abteilung, physikalische Therapie mit Bäderabteilung, moderne Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Facharztweiterbildung ist möglich (ein Jahr Neurologie, drei Jahre Psychiatrie).

Es besteht insbesondere Interesse an Ärzten, die sich bereits an der Organisationseinrichtung des neuen Hauses beteiligen wollen.

Fachkenntnisse in der Psychiatrie und Neurologie sind erwünscht, aber nicht Bedingung.

Bewerbung mit den üblichen Unterlagen wird erbeten:

Bezirkskrankenhaus Erlangen, 8520 Erlangen, Maximiliansplatz 2, Telefon (0 91 31) 2 20 51.

### Die Stadt Schwabach

sucht für das Stadtkrankenhaus (260 Betten) zum frühestmöglichen Zeitpunkt

### 1 Assistenzarzt (-ärztin)

für die Chirurgische Abteilung (100 Betten).

Angenehmes Arbeitsklima, Vergütung nach BAT (13. Monatsgehalt), Bereitschaftsdienstvergütung nach den höchsten Sätzen.

Die hauptamtlich geleitete Chirurgische Abteilung ist solide und modern ausgestattet. Eine hohe Operationsfrequenz mit Schwerpunkt in der Abdominal- und Unfallchirurgie ermöglicht baldiges selbständiges Operieren. Ausbildung auch in Röntgendiagnostik, AO-Verfahren, Urologie und Anästhesiologie, Ambulanz. Stellenplan der Abteilung: Chef, ein Oberarzt, sieben Assistenzärzte. Chefarzt Dr. Zensch, welcher zur Facharztweiterbildung für vier Jahre ermächtigt ist, steht für ein Gespräch jederzeit zur Verfügung, Telefon (0 91 22) 50 21.

Die kreisfreie Stadt Schwabach (33 000 Einwohner) ist Teil der Städtecha Erlangen-Nürnberg-Fürth-Schwabach und Sitz mittlerer und höherer Schulen. Gute Verkehrsverbindungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das Personalamt der Stadt, 8546 Schwabach, Postf. 1690.

### Chirurgischer Bildverstärker

mit hochauflösender Bildverstärkerröhre, komplett mit Monitor und Wagen, ca. drei Monate alt, unbenutzt, zum Sonderpreis abzugeben.

Zuschriften arbeiten unter Nr. 331/643 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

## Chirurg und Gynäkologe gesucht

In der Marktgemeinde Zusmarshausen, Landkreis Augsburg, werden dringend

## ein Facharzt für Chirurgie ein Facharzt für Gynäkologie

benötigt.

Im Markt befindet sich ein allgemeines Krankenhaus mit 100 Betten des Krankenhauszweckverbandes Augsburg mit den Abteilungen Chirurgie und Geburtshilfe sowie Innere Medizin. Die Abteilungen werden z. Z. von zwei Belegärzten versorgt. Der Belegarzt für Chirurgie und Geburtshilfe scheidet aus Altersgründen aus dem Belegarztverhältnis aus. Die Belegbetten werden den Nachfolgern zur Verfügung gestellt.

Zusmarshausen hat ca. 2500 Einwohner und ein ausgedehntes Einzugsgebiet von ca. 15000 Einwohnern. Am Ort sind außerdem eine neu errichtete Fechklinik für Lungen- und Bronchialerkrankungen der LVA Schwaben mit 152 Betten und eine leistungsfähige Apotheke.

Zusmarshausen liegt ca. 25 km von Augsburg entfernt und hat Anschluß an die Autobahn München bzw. Augsburg und Stuttgart sowie eine Omnibusverbindung nach Augsburg. Es entwickelt sich zu einem zentralen Erholungsort mit hohem Freizeitwert. Ein neu errichteter Badesee mit 12 Hektar Wasserfläche ist bereits in Betrieb genommen worden. Ein weiterer Badesee mit ca. 80 Hektar Wasserfläche ist in der Planung.

Zusmarshausen hat eine Verbandsschule mit Doppelturnhalle und Hallenschwimmbad. Nächstes Schulzentrum ist die Universitätsstadt Augsburg.

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

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

Krankenhauszweckverband Augsburg, 8900 Augsburg,  
Unterer Graben 4, Telefon (08 21) 3 24 45 02, oder

Marktgemeinde Zusmarshausen, 8901 Zusmarshausen,  
Telefon (0 82 91) 2 53

Am Kreis Krankenhaus in 8483 Vohenstrauß, Landkreis Neustadt a. d. Waldnaab ist zum 1. Januar 1978 oder später auf der Chirurgischen Abteilung die Stelle eines(r)

## Assistenzarztes (-ärztin)

und eines(r)

## Medizinalassistenten (assistentin)

zu besetzen. Die Bezahlung erfolgt nach BAT II. Der Chirurgenarzt ist zum D-Arztverfahren zugelassen. Zwei Jahre chirurgische Weiterbildung.

Die Stadt Vohenstrauß liegt in reizvoller Landschaft im Oberpfläzler Wald. Realschule und Heilbad im Ort. Gymnasium kann mit Schulbus leicht erreicht werden. Ausgezeichnete Skimöglichkeiten in nächster Nähe.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den **Chefarzt des Kreiskrankenhauses, 8483 Vohenstrauß/OPf.**

Der Markt Hofkirchen, Lkr. Passau, sucht **d r i n g e n d**

## einen praktischen Arzt

(Der bisher für Hofkirchen zuständige Arzt hat seine Praxis aus Altersgründen aufgegeben, die Bezirksstelle Niederbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat den Arztstz bereits ausgeschrieben.)

Der Markt ist bei Wohnraum- und Praxisbeschaffung behilflich.

Hofkirchen liegt im bayerischen Vorwald an der Donau und hat derzeit 2000 Einwohner, nach Abschluß der Gebietsreform voraussichtlich ca. 3000/3500 Einwohner, mit eigener Verwaltung und kleinzentralörtlichen Einrichtungen.

Gute Verkehrsverbindungen: Vilshofen 8 km, Passau und Deggendorf ca. je 26 km; autostrebende Fremdenverkehrsgemeinde, gute Siedlungsentwicklung, hoher Freizeitwert. (Landschaftlich reizvolle Gegend, beheiztes Freibad, Sportstätten.)

Gymnasien und Realschulen (z. B. Vilshofen und Osterhofen) verkehrsgünstig erreichbar, Passau künftige Universitätsstadt.

Interessenten bitten wir, sich schnellstmöglich mit uns in Verbindung zu setzen. Wir geben gern weitere Auskünfte.

Marktverwaltung, 8359 Hofkirchen, Rathausstraße 1,  
Telefon (0 85 45) 2 13.

## Am Kreis Krankenhaus Wasserburg am Inn

ist die Stelle eines(r)

## leitenden Anästhesisten(in)

mit einem Facharzt zu besetzen. Eigenes Liquidationsrecht. Das Kreis Krankenhaus Wasserburg am Inn hat 200 Betten mit einer Chirurgischen, Gebh./Gynäkologischen und Internen Abteilung, sowie HNO und Orthopädie Belegbetten.

Die Stadt Wasserburg am Inn liegt verkehrsgünstig (50 km nach München, 30 km zum Chiemsee und ins Gebirge). Alle weiterführenden Schulen sind am Ort vorhanden.

Der Arbeitgeber ist bei der Wohnungssuche behilflich. Für ledige Bewerber kann eventuell ein Appartement zur Verfügung gestellt werden.

Bewerbungen sind zu richten an:

Kreis Krankenhaus, 8090 Wasserburg am Inn - Verwaltung -

Der Markt Pleinfeld, Kreis Weißenburg-Gunzenhausen (ca. 6000 Einwohner mit Einzugsgebiet), das Tor zum „Naturpark Altmühltal“ und zum derzeit im Bau befindlichen „Brombachsee“

## sucht dringend 1 Allgemeinarzt

Pleinfeld liegt verkehrsgünstig an der Bundesstraße 2 und an der Bahnlinie Nürnberg-München (Eilzugstation) und ist zentraler Ort nach dem bayerischen Landesentwicklungsprogramm.

In Weißenburg (9 km) sind alle weiterführenden Schulen und ein Krankenhaus (Neubau geplant) mit verschiedenen Fachärzten, und in Gunzenhausen (18 km) entsteht ein neues Kreis Krankenhaus.

Der Markt Pleinfeld ist bei der Wohnungs- und Praxisbeschaffung behilflich.

## Privatnervenklinik Dr. Ph. Schmidt

Gauting bei München

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

Leitender Arzt Dr. Philipp Schmidt

Alle neuesten Behandlungsmethoden

8035 Gauting, Bergstraße 50, Telefon (089) 850 60 51

Der Landkreis Rottel-Inn sucht für das Kreiskrankenhaus in Eggenfelden

## 1 Oberarzt für Anästhesie

Das Kreiskrankenhaus in Eggenfelden mit 300 Planstellen wurde im Mai 1974 in Betrieb genommen. Es hat folgende Fachdisziplinen: Chirurgie, Intern, Gynäkologie, Anästhesie, HNO, Augen und Orthopädie. Dem Haus ist ein Personalwohngebäude und eine Pflegeschule angeschlossen.

Eggenfelden ist eine aufstrebende Stadt im ostbayerischen Raum mit allen Schulen, eigenem Theater usw. Eine Stunde Autofahrt zum Chiemsee, in die bayerischen Alpen, nach München oder Salzburg.

Geboten werden:

Einstufung nach BAT bzw. KAV-AT. Alle Vorteile des öffentlichen Dienstes. Rufbereitschafts- bzw. Bereitschaftsdienstvergütung nach dem Tarifrecht usw.

Persönliche Vorstellung erwünscht nach telefonischer Vereinbarung mit der Chefärztin für Anästhesie, Telefon (0 87 21) 8 01 Krankenhaus.

Bewerbungen sind erbeten an: Landratsamt Rottel-Inn – Personalabteilung – 8340 Pfarrkirchen, Postfach 80, Telefon (0 85 61) 60 71.

Für die Krankenanstalten der Barmherzigen Brüder in Regensburg (Gesamtbettenzahl 900) wird zum baldmöglichsten Eintritt ein(e)

### Assistenzarzt (-ärztin)

an der Abteilung für Neurologie und Psychiatrie gesucht. Vorbildung auf dem Gebiet der Neurologie erwünscht. Die Abteilung ist zur Facharztweiterbildung (zwei Jahre Neurologie, 1/2 Jahr Psychiatrie) ermächtigt und verfügt über alle diagnostischen Einrichtungen (Serienangiographie, Pneumenzephalographie, Myelographie, EEG, EMG, Echo-EG sowie Hirnszintigraphie).

Die Vergütung erfolgt nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des DCV nach Vergütungsgruppe II, zusätzlich erhebliche Nebeneinnahmen.

Bewerbungen erbeten an den leitenden Arzt Dr. G. K. Krieter, 8400 Regensburg 2, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Prüteninger Straße 86.

### MTA-Radiologie

sucht in München oder Umgebung eine Stellung in Röntgendiagnostik eventuell mit Nuklearmedizin.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/630 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

Sehr gut eingeführte und eingerichtete

### Facharztpraxis für Orthopädie

mit Belegbetten im neubauten Stadtkrankenhaus in Ansbach/Mfr. wegen plötzlichem Todesfall zu den üblichen Bedingungen ab 1. Januar 1976 abzugeben.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/647 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

### Internist

40 Jahre, in leitender, selbständiger Position in Klinik und Kasernenpraxis tätig, strebt Veränderung im Raum München zum 1. April 1976 oder später an. Breite internistische Ausbildung (Kardiologie, Stoffwechselerkrankungen, Gastroenterologie einschließlich aller endoskopischen Techniken, Intensivmedizin, gesamte Röntgendiagnostik). Gedacht wird an Assoziation in internistischer Praxis, Dauerstellung an Interner Fachabteilung o. ä.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/652 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.

### Praxisräume

In Gelsenfeld/Obb. im Stadtzentrum, ehemaliges Geschäftshaus, Erdgeschoß als Praxis mit 77 qm, Wohnung im Obergeschoß mit fünf Zimmern/Küche/Speise/Bad/WC und Eingangsdielen mit 135 qm ganz oder teilweise zu vermieten. Parkplätze vor dem Haus reichlich vorhanden. Kleingarten und Garage am Haus gegeben. Anfragen über Besitzer: Telefon (0 87 53) 243 (Leucht).

### Junge Krankenschwester

sucht ab sofort Tätigkeit in Arztpraxis in München, möglichst halbtags.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/650 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.



**KLEINTRESOR**  
80 od. 120 x 48 x 55  
feuersicher  
Einbautresore ab  
DM 313,-  
Katalog „BY“ freil  
W. Dreießner  
6000 Frankfurt/M. 50  
Postfach 50 10 48

### Die moderne Arztpraxis

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

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

Josef Pongratz, Arzt-, Krankenhaus- und Laborbedarf,  
6360 Deggendorf, Graflinger Straße 106, Telefon (09 91) 89 72