



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 6

Aus dem Institut für Medizinische Datenverarbeitung der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung m.b.H. München
(Leiter: Professor Dr. med. H.-J. Lange)

Medizinische Datenerfassung *

von R. Thurmayr

1. Die Datenerfassung im Rahmen der Medizinischen Dokumentation

1.1 Notwendigkeit der Dokumentation

Grundlage für Aussagen in der Wissenschaft sind Informationen. Information bedeutet Verringerung von Ungewißheit. Auf geeigneten Trägern in symbolischer Form fixierte Information bezeichnet man als Daten. Die Menge der Daten in der Klinik wächst von Jahr zu Jahr. Die durchgeführten Laboruntersuchungen verdoppeln sich, z. B. in großen Kliniken der Bundesrepublik innerhalb von fünf Jahren (KENZELMANN). Die Menge der Daten in der Klinik ist so groß, die Art der Daten so heterogen, die Güte der Daten so verschieden und die Sammlung der Daten so ungleich, daß nur noch eine systematische, wissenschaftlich fundierte Sammlung zu aussagekräftigen Ergebnissen führen kann.

Mit der exakten Erhebung und Erfassung von Daten, ihrer Speicherung und Wiedergabe (Ausgabe) für die Auswertung im Bereich der Medizin beschäftigt sich die medizinische Dokumentation. Sie bedient sich dabei moderner bürotechnischer Mittel, des Einsatzes der Elektronischen Datenverarbeitung (EDV) und der neuen Verfahren der Betriebsorganisation. Wegen dieser der Medizin bisher fremden Mittel wurde die Medizinische Dokumentation als eigener Wissensbereich abgetrennt (WERSIG, 1971).

Das Ziel der Medizinischen Dokumentation ist nicht Datensammlung als Selbstzweck, sondern die Bereitstellung hochqualifizierter Daten zur Weiterverarbeitung. Für die Weiterverarbeitung interessieren zwei grundsätzlich verschiedene Fragetypen:

- a) „Welche Merkmale hat ein bestimmter Patient?“ und
- b) „Wieviele Patienten haben ein bestimmtes Merkmal?“

In beiden Fragetypen ist der Ausgangspunkt verschieden: In der ersten der einzelne Patient und in der zweiten das einzelne Merkmal. Man spricht daher von patientenbezogenen und statistikbezogenen Auskünften – in der Statistik wird nach Häufigkeitsaussagen gefragt.

1.2 Datenarten in der Medizin

Durch die Vielfalt der körperlichen und seelischen Eigenschaften der Patienten ist eine Vielfalt an Daten gegeben, auf welche die Merkmale der Patienten abgebildet werden sollen. Daten werden grob – das gilt auch für die medizinischen – in qualitative und quantitative Daten unterteilt. Den qualitativen und quantitativen Daten entsprechen qualitative und quantitative Merkmale. Quantitative Merkmale werden durch objektive Messungen in einer Skala, z. B. einer metrischen, erfaßt. Bei qualitativen Merkmalen sind nur Kategorien der Ausprägung angebar, z. B. das Merkmal „Farbe“ in den Ausprägungen rot, gelb, grün, blau.

Eine andere Art der Einteilung unterscheidet verbal formulierte Daten und die Meßdaten. Der Arzt nimmt am Patienten einen Befund wahr und gibt ihn in Worten wieder, z. B. der Arzt nimmt die auffällige Blässe der Haut eines Patienten wahr und formuliert das Symptom: „Blässe der Haut“. Es spielt dabei keine Rolle, durch welches Sinnesorgan des Arztes diese Wahrnehmung stattgefunden hat. Für die verbale Fixierung ist es auch gleichgültig, ob die Daten am Patienten unmittelbar wie bei der manuellen Untersuchung des Patienten oder mittelbar durch Hilfsmittel, z. B. Augenspiegel, Endoskop, gewonnen werden. Es können bei der mittelbaren Beobachtung auch Zwischenprodukte entstehen, wie Präparate, Bilder oder Kurven, die der Arzt wieder unmittelbar (Röntgenbilder, EKG-Kurven) oder mittelbar mit Hilfsgerten (Histologie) beurteilt.

Die verbale Fixierung erfolgt teilweise bereits durch den Patienten, z. B. in der Anamnese. Für die verbale

*) Referat anläßlich des Symposiums „Epidemiologie und Epidemiologische Methodik“ vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München am 26. Juni 1973.

Fixierung sind einheitlich anwendbare Begriffe Voraussetzung.

Meßdaten werden mit Hilfe von Meßgeräten gewonnen. Meßgeräte geben das Ergebnis entweder in analoger Form, z. B. als Größe einer elektrischen Spannung (siehe z. B. Photometer) oder als Zahlenwert (digitale Darstellung), wieder. Eine Sonderform unter den Meßdaten nehmen die Biosignale ein. Sie werden hervorgerufen durch Körperfunktionen, die meßbare, elektrische Signale ausstrahlen. Da bei der Umwandlung dieser Signale in Digitalwerte eine große Zahl von Daten anfällt, z. B. 500 bis 1000 Abtastungen/sec in der Elektrokardiographie, versucht man, schon vor der eigentlichen Datenverarbeitung eine Verdichtung zu erreichen (PÖPPL).

Eine weitere, besondere Form der quantitativen Daten sind die Rangwerte, bei denen man nur eine größer/kleiner-Relation angeben kann, z. B. negativ, schwach positiv, positiv (SIXTL).

1.3 Datenerfassung und -speicherung

Die Gewinnung der qualitativen Merkmale eines Patienten erfolgt vorwiegend durch den Arzt, während die Bestimmung von Meßdaten nach Möglichkeit dem medizinischen Hilfspersonal überlassen wird. Diesen Teil der Merkmalsgewinnung nennt man die Datenerhebung.

Im ersten Schritt der Dokumentation müssen die erhobenen Informationen in symbolischer Form auf geeignete Datenträger gebracht werden. Sie werden dazu schriftlich oder graphisch fixiert. Unter graphischer Fixierung sei die kurvenförmige Darstellung, die Eintregung in vorgefertigte Schemata, die freie Skizze und das fotografische Bild verstanden.

Sollen die fixierten Daten einer elektronischen Datenverarbeitung zugeführt werden, so müssen sie auf einen maschinenlesbaren Datenträger gebracht werden. Die heute für die Eingabe von Daten gebräuchlichsten Datenträger sind: die Lochkarte, der Lochstreifen und das Magnetband (LITTMANN).

Da man bestrebt ist, die erhobene Information möglichst unmittelbar unter Umgehung von Zwischenträgern in maschinenlesbare Form zu bringen, hat man neue Techniken der Datenerfassung (Beleglesen, Dialogsystem) entwickelt.

Die Fixierung der Daten bietet zugleich die Möglichkeit der Speicherung. Die bei der Erfassung erreichte Fixierung ist jedoch nicht zugleich die optimale Form der Speicherung. Zur Speicherung müssen einmal zusammengehörige Daten zusammengeführt werden. Dann müssen die Daten möglichst platzsparend abgelegt werden, d. h., sie müssen in möglichst kompakte Form gebracht und von überflüssigen Angaben befreit werden; unter Umständen reicht die Speicherung von errechneten Zwischenergebnissen. Schließlich müssen die gespeicherten Daten wieder gut greifbar sein. Je nach Dringlichkeit werden die Daten daher auf ent-

sprechenden Datenträgern gespeichert (Magnettrommel, Magnetplatte, Magnetbändern) und ihr Speicherplatz katalogisiert.

1.3.1 Die Dokumentation verbal formulierter Daten

Die verbal fixierten Daten machen den größten Teil der medizinischen Daten aus. In der Klinikroutine des Arztes betragen sie etwa 90 Prozent. Wegen dieses hohen Anteils in der Medizin lohnt es sich, über die Dokumentation verbal formulierter Daten besondere Überlegungen anzustellen. Im klinischen Betrieb werden die verbal fixierten Daten meist auf ein Tonband diktiert und von einer Sekretärin mit der Schreibmaschine geschrieben. Dieses Diktat wird von den Ärzten als der Medizin wesensfremde Büroarbeit empfunden und hat daher in der Rangskala der ärztlichen Tätigkeit eine niedrigere Priorität. Die Güte des Diktates hängt wesentlich von der Gewissenhaftigkeit und dem Interesse des diktierenden Arztes an der Speicherung und Wiedergewinnung der Daten ab. Sein Interesse daran ist um so größer, je mehr er weiß, daß er diese Daten im Interesse des Patienten oder zu wissenschaftlichen Zwecken wieder benötigen wird.

Die Dokumentation setzt im wesentlichen an den schriftlich fixierten Daten an und versucht, daraus die benötigten Daten zu gewinnen. Dazu muß das Diktat neu durchgelesen werden, die interessierenden Daten auf ein Blatt, den Erfassungsbogen übertragen, in Zahlen umgewandelt (verschlüsselt) und auf ein maschinenlesbares Medium — am gebräuchlichsten die Lochkarte — übertragen werden. Diese Arbeit des Wiederlesens, Indizierens, Verschlüsseln und Ablochens wird meist von einer Dokumentationsassistentin übernommen.

1.4 Datenpräsentation

Die Dokumentation muß sich neben der Erfassung um eine gute Datenpräsentation bemühen, d. h., die Daten müssen in einer gut verständlichen Form angeboten werden. Dazu dienen eine Decodierung der Daten, die Beifügung von erklärendem Text, die komprimierte Darstellung der Resultate und die übersichtliche Präsentation, zum Teil in Kurvenform, bei der Kurvencharakteristika rascher erfaßt werden als bei reiner Zahlendarstellung.

Die Schnelligkeit der Informationsausgabe kann erreicht werden, wenn die Daten auf einem Speichermedium gelagert sind, das einen raschen Zugriff zu den Daten bieten kann.

Die Datenpräsentation wird weiter beschleunigt, wenn die Suchfrage an einem direkt (on-line) angeschlossenen Datengerät (Datenendstation) eingegeben werden kann. An diesem Gerät gibt dann der Computer seine Antwort sofort wieder aus. Es kommt damit zu einem Frage-Antwortspiel, das mehrmals wiederholt werden kann, und in dessen Verlauf die erwartete Information, die vom Benutzer anfänglich eventuell nur in groben Umrissen definiert wurde, im Dialog mit der

Maschine präzisiert und gezielt entnommen werden kann. Solch ein Ablauf kann vornehmlich auf einem Fernschreiber oder auf einem Bildschirmgerät (mit Leuchtschrift und Eingabetastatur) abgewickelt werden.

1.5 Gewünschte Eigenschaften einer Dokumentation

Die Dokumentation von Daten wird nach folgenden Gesichtspunkten beurteilt.

1.5.1 Vollzähligkeit

Unter Vollzähligkeit der Daten versteht man die Erfassung aller Merkmalsträger, die einem bestimmten Auswahlkriterium entsprechen. Ist z. B. von allen Patienten (= Merkmalsträger) einer Klinik (= Auswahlkriterium) die Hauptdiagnose zu erfassen, so muß dafür gesorgt sein, daß alle Patienten erfaßt werden. Die Unterlagen aller Patienten müssen die Erfassungsstelle passieren. In gewissen Zeitabständen müssen Vollzähligkeitskontrollen stattfinden. Wird auf Vollzähligkeit nicht geachtet, so kann es sein, daß aus einem bestimmten Grund die Erfassung von Fällen unterbleibt, wodurch eine einseitige Kollektivauswahl resultieren kann. Erfäßt man z. B. von den Magenoperationen nicht die Nachtoperationen, so erhält man sehr wenig Magenperforationen. Vor Inangriffnahme einer Dokumentation muß geprüft werden, ob schwerwiegende Gründe existieren, z. B. ökonomische, ethische, die eine Vollzähligkeit unmöglich machen. In diesem Fall ist das Auswahlkriterium entsprechend abzuändern.

1.5.2 Vollständigkeit der Daten

Die Vollständigkeit der Daten bedeutet, daß von jedem Merkmalsträger, der in die Dokumentation eingeht, alle zu dokumentierenden Daten erfaßt werden. Lückenhafte Daten können nicht vollständig ausgewertet werden. Einige statistische Verfahren erlauben, lückenhafter Daten merkmalsweise zu schätzen (ZINDLER), häufig muß der ganze Fall gestrichen werden, wenn nur ein Merkmal fehlt. Dadurch sinkt die Aussagekraft der Daten, die auch von der Anzahl der Merkmalsträger abhängt.

In der Medizin ist gelegentlich die Forderung nach Vollständigkeit nur schwer zu erfüllen: Ein Patient erinnert sich nicht mehr an frühere Ereignisse, ein lebensbedrohlicher Zustand verhindert eine weitere Untersuchung oder eine technische Panne macht die Auswertung einer Untersuchung unmöglich. Gerade deswegen muß besonders Gewicht darauf gelegt werden, daß nicht durch weitere, aber vermeidbare Gründe (Vergessen oder Nachlässigkeit) die Lückenhaftigkeit der Daten noch vermehrt wird.

An lückenhaften Daten darf nachträglich keine Manipulation vorgenommen werden, um die vorhandenen Lücken zu schließen. Daten, die nicht erhoben werden, dürfen nicht nach Gutdünken unter Beziehung auf die übrigen Daten ergänzt werden. Man kann

lediglich versuchen, bereits erhobene Daten durch Nachforschungen doch noch zu erfassen.

1.5.3 Richtigkeit der Daten

Bei der Richtigkeit der Daten kann man nach der Leichtigkeit der Erkennbarkeit mehrere Verstoßarten unterscheiden (modifiziert nach WAGNER):

Von der Eingabe in den Computer her unterscheidet man drei Datenarten, auf die zur Erläuterung von Fehlerarten eingegangen werden muß.

- a) Alphanumerische Zeichen, die Buchstaben, Zahlen und eine Reihe bestimmter Sonderzeichen umfassen,
- b) ganzzahlige Zahlen und
- c) Festkommazahlen, bei denen nach amerikanischer Konvention ein Punkt statt eines Kommas gesetzt wird.

Die übrigen Eingabeformen der Gleitkommadarstellung und der Binäreingabe spielen in der Medizin keine Rolle.

Für jede dieser Datenarten wird der Typ, die Länge des Feldes (in Anzahl der Zeichen) und bei Festkommazahlen die Anzahl der Stellen hinter dem Komma vereinbart. Bei Verstoß gegen diese Vereinbarung spricht man von einem Formatfehler.

Entsprechend diesen Vereinbarungen liegt also ein Formatfehler vor, wenn in Zahlenfeldern Buchstaben oder Sonderzeichen auftreten. In alphanumerischen Feldern können nur ungültige Lochkombinationen einen Fehler gegen den Datentyp auslösen. Die Anzahl der Zeichen darf in einem Datenfeld weder über noch unterschritten werden.

Die nächste Stufe der Fehlerarten sind formale Fehler. Dies sind Daten, die gegen die von der Dokumentation vereinbarte Form verstoßen. Bei der Verschlüsselung von Daten sind die Schlüsselnummern durch den Schlüssel festgelegt. Eine ungültige Schlüsselnummer verstößt gegen die Dokumentationsform und ist ein formaler Fehler. Auch bei Meßwerten kennt man erfahrungsgemäß Bereiche, außerhalb derer keine Meßwerte auftreten können. So ist eine Körpertemperatur von 99°C ein formaler Fehler.

Kann man Format- und formale Fehler an dem Einzeldatum erkennen, sind Plausibilitätsverletzungen nur an der Kombination von Daten zu erkennen. Zwei oder mehr Daten widersprechen sich in ihren Angaben. So kann ein Prostatakarzinom nicht bei einer Frau auftreten oder ein zehnjähriges Kind kann nicht verheiratet, verwitwet oder geschieden sein. Die Angaben, Prostatakarzinom, weibliches Geschlecht oder zehnjähriges Kind, verheiratet, sind formal richtige Daten. Erst durch ihre Kombination tritt mit Sicherheit zutage, daß mindestens eine der kombinierten Daten fehlerhaft ist.

Bei den Plausibilitätsverletzungen gibt es Übergänge von dem streng logischen Widerspruch über die er-

fahrungsmäßige Unvereinbarkeit bis zur Fehlerverdächtigkeit. Bei Fehlerverdächtigkeit wird das nach Plausibilität Richtige soweit eingeschränkt, daß nur mehr die gängigen und häufigen Kombinationen zulässig sind. Seltene Kombinationen werden dann fehlerverdächtig. So ist eine Geburt in einer chirurgischen Klinik so selten, daß man die Angabe nachprüfen sollte. Dagegen ist eine solche Angabe in einer chirurgischen Abteilung, wo die Geburtshilfe von leitenden Chirurgen mit ausgeübt wird, keine Seitenheit, die nachgeprüft werden müßte. Dies zeigt, daß Plausibilitätsbeziehungen stark zeitlichen und räumlichen Unterschieden unterworfen sein können.

Konnten Formatfehler, formale Fehler und Plausibilitätsverletzungen aufgrund der Betrachtung der Daten allein erkannt werden, so gibt es noch eine Art von Fehlern, die nur durch den Vergleich mit dem Original oder mit einer Doppelerhebung erkannt werden können. Erstere Fehlerarten faßt man zu sogenannten logischen Fehlern zusammen; letztere zu den inhaltlichen Fehlern. So bietet die Aussage Magenresektion bei Magenerkrankung keinen Widerspruch, auch wenn in Wirklichkeit eine Magenresektion bei Duodenalulcus vorlag. Die Suche nach inhaltlichen Fehlern macht den größten Arbeitsaufwand, da sie durch keine logische Prüfung erfaßt werden können.

1.5.4 Relevanz und Validität der Daten

Von der Dokumentation erwartet man nicht nur richtige Daten, sondern auch die Daten, die in bezug auf eine wissenschaftliche Fragestellung interessieren. Liegt eine genau umrissene Fragestellung vor, so tut man sich leicht, die für die Lösung der Frage wichtigen Daten zu bestimmen. Man wird noch einige zusätzliche Daten hinzufügen, die vielleicht noch am Rande eine Beziehung zur Fragestellung haben, deren Relevanz sich erst im Laufe der Untersuchung herausstellen wird.

Bei einer allgemeinen Dokumentation ist es viel schwieriger, die relevanten Daten zu bestimmen. Man muß dazu die später vorkommenden Fragen vorwegnehmen, was aufgrund der bisherigen Fragen in etwa vorausschätzbar ist. Je mehr und je wechselndere Teilnehmer an einer Dokumentation vorhanden sind, um so schwieriger wird diese Vorhersage. Man kann die Schwierigkeit so lösen, daß man sich auf eine Reihe von Grunddaten beschränkt, die für jede Fragestellung wichtig sind, während die restlichen Daten erst im Anwendungsfall erfaßt werden müssen. Kellersfall sollte die leichte Erfassbarkeit von Daten das Kriterium für ihre Dokumentation sein. Unwichtige Daten werden durch ihre Dokumentation nicht wichtig. Der Validitätscharakter der Daten ist ein Kriterium, das leicht übersehen wird. Die Daten sollen auch das ausdrücken, was sie bedeuten (LIENERT), z. B. bezeichnen wir EKG-Merkmale als valide, wenn sie bestimmte morphologische Sachverhalte treffsicher wiedergeben.

1.5.5 Rationelle Arbeitsweise in der Dokumentation

Die Qualität der Daten ist um so höher anzuschlagen, je weniger Datenübertragungen von der Erhebung der Daten bis zur Eingabe in den Computer eingeschaltet sind. Jeder Übertragungsschritt in Form einer Umwandlung der Datenform oder einer Übertragung der Daten von einem Trägermedium auf das andere bedeutet einen Informationsverlust, sei es durch Verallgemeinerung oder durch Auftreten von Fehlern. Eine wichtige Forderung der Dokumentation lautet daher, die Daten möglichst unmittelbar bei der Datenerhebung zu gewinnen und ohne viele Übertragungsschritte in den Computer einzubringen.

Diese Forderung der Dokumentation kommt mit einer anderen Forderung leicht in Widerspruch. Der Aufwand soll in sinnvoller Relation zu dem stehen, was durch die Dokumentation erreicht wird. Es gilt daher der Satz, daß die Dokumentation dem Arzt keine wesentliche Mehrbelastung bringen soll (EHLERS).

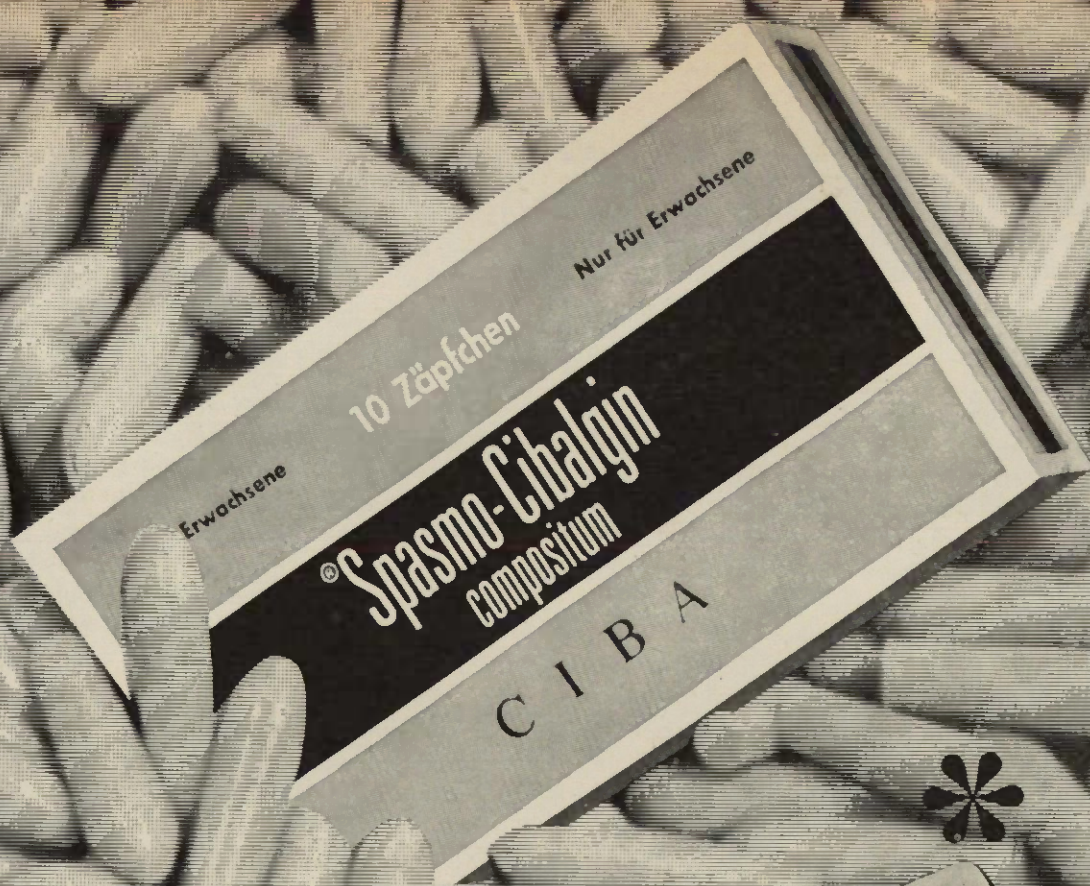
Nun kann keine Rede davon sein, daß Dokumentation keine Mehrarbeit mit sich bringt. Es kann daher diese Forderung nur dadurch gelöst werden, daß diese Mehrarbeit dem Arzt durch Dokumentationsassistentinnen abgenommen wird. Die Arbeit ist dann insofern rationell, als die Arbeit auf die Spezialisten verteilt wird: Der Arzt bleibt frei für seine medizinische Arbeit und überläßt die Dokumentationsarbeit dem Dokumentationsfachmann. Eine zweite Möglichkeit, die Mehrarbeit zu reduzieren, ist die Verknüpfung der Dokumentationsarbeit mit einer Bürotätigkeit, die ohnehin geleistet werden muß, z. B. Eintippen der Personalien mit der Tastatur eines Datensichtgerätes statt einer Schreibmaschine.

2. Die häufigsten Krankenblattdokumentationsformen in der Klinik

2.1 Allgemeine Übersicht

Die bisherigen Dokumentationssysteme zeichnen sich vor allem dadurch aus, daß sie die Daten aus einem Urbeleg nachträglich erfassen. In einem Urbeleg werden die Daten festgehalten, die beim Beobachten, Untersuchen oder Behandeln des Patienten festgestellt wurden. Diese Urbelege sind meistens nicht für das Dokumentationssystem entwickelt worden, sondern existieren bereits vor dem Dokumentationsvorhaben und dienen der Erinnerung an die früheren Beobachtungen bei einer erneuten Untersuchung des Patienten. Solche Urbelege dienen also dem Einzelfall. Ein Dokumentationssystem will zugleich die Voraussetzung für statistische Auswertungen schaffen, durch die teilweise eine Quantifizierung der ärztlichen Erfahrung herbeigeführt werden kann. Wenn es an ein Erhebungssystem mit individueller Fragestellung angehängt wird, resultieren daraus Schwierigkeiten.

Die gemeinsame Sammlung der Urbelege eines Patienten ist die Krankengeschichte. Sie ist in den mei-



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

Zusammensetzung

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

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

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

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

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

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



sten Fällen die Datenquelle der konventionellen Dokumentationssysteme. Die konventionellen Systeme unterscheiden sich nach der Regelmäßigkeit der Erfassung: Die Krankenblätter können nachträglich bei Bedarf oder routinemäßig erfaßt werden.

2.2 Bedarfswise Dokumentation von Krankengeschichten

Die bedarfsweise Erfassung der Krankengeschichten für wissenschaftliche Fragestellungen war schon vor der Dokumentationsära üblich. Das wesentlich Neue ist die Übertragung der Daten aus den Krankengeschichten auf Lochkarten, wodurch die Verarbeitung erleichtert und reproduzierbar wird. Erst durch die Übertragung der Daten auf ein maschinenlesbares Medium ist der Einsatz mehrdimensionaler, statistischer Auswertungsmethoden in größerem Stil möglich geworden. Das Verfahren der bedarfsweisen Erfassung von Krankengeschichten ist das bekannte Durchmusterung mehrerer Jahrgänge des Archivs nach den zutreffenden Krankengeschichten. Es ist besonders arbeitsaufwendig, da sämtliche Krankengeschichten bei jeder Fragestellung immer wieder durchgekämmt werden müssen.

Um dieses Suchen zu erleichtern, bürgerten sich verschiedene Archivmaßnahmen ein, die zu einer Erschwerung der Vollzählkontrollen führen: Einige Kliniken archivieren ihre Krankengeschichten nicht mehr nach der Identifikation des Patienten – Familienname oder fortlaufende Nummer –, sondern legen die Krankengeschichte nach der Hauptdiagnose ab. Es wird hiermit erreicht, daß bei wissenschaftlicher Fragestellung nur ein stark reduzierter Teil der Krankengeschichte bearbeitet werden muß. Es darf jedoch nicht übersehen werden, daß das System für Krankheitskombinationen nicht funktioniert – jeder Patient kann nur einer Diagnose zugewiesen werden –, und daß für jede Fragestellung, die nicht von einer Hauptdiagnose ausgeht – wie z. B. die Frage nach postoperativen Komplikationen – diese Klassifizierung

nicht relevant ist. Die Suche nach den Einzelpatienten setzt eine alphabetische Patientenkartei voraus.

Umgekehrt kann man eine Diagnosekartei führen, wenn die Krankengeschichten nach der Patientenidentifizierung eingelegt sind. Ihr Nachteil ist die Ungenauigkeit, wenn sie – wie das meist der Fall ist – von Archivkräften zusätzlich und ohne medizinische Kenntnisse erstellt und geführt wird. Ausgangspunkt dieser Diagnosenkartei ist nämlich der Aktendeckel der Krankengeschichte, auf dem jeder Krankenhausaufenthalt mit Diagnose und Datum vermerkt sein sollte. Da die Eintragung bei Wiederholungsaufenthalten leicht vergessen wird und nicht zu selten die Diagnosenbezeichnung sehr allgemein gehalten wird, sind die Archivkräfte nicht dazu in der Lage, die zutreffende Diagnose selbst dem Krankenblatt zu entnehmen.

Eine für die Allgemeinheit ungünstige Lösung ist die Einrichtung von Sonderarchiven der Spezialabteilungen. Bei Patienten, die außer ihrer Spezialerkrankung infolge einer anderen Krankheit in der Klinik behandelt werden, wird dann häufig eine zweite Krankengeschichte angelegt. Gerade als einen Raubbau am Archivwesen muß man das private Sammeln von Krankengeschichten durch Ärzte nennen. Die „Interessanten“ Krankengeschichten werden zurückgehalten, bis der interessierende Sachverhalt veröffentlicht ist. Zurückhalten von Krankengeschichten und Teilen in Spezialarchiven reduziert die Zahl der auffindbaren Krankengeschichten und kann zu Fehlern durch eine einseitige Auswahl der Patienten führen.

Der größte Nachteil der bedarfsweisen Krankengeschichtendokumentation liegt in der retrograden Erhebung, d. h., die Krankengeschichten müssen so genommen werden, wie sie vorgefunden werden. Sehr häufig sind die Krankengeschichten lückenhaft. Es kann dann weder durch Rückfragen beim Verfasser der Krankengeschichten der geschilderte Sachverhalt ergänzt noch kann durch vorherige Absprache eine einheitliche Krankengeschichtenführung erreicht wer-



Dismenol®

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

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

**Kontra-Indikationen der Pyrazolonderivate
Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.**

Dosierung: Packung mit 15 Tabletten DM 3,10
2–3 mal täglich Packung mit 150 Tabletten DM 24.–
eine Tablette Klinikpackung mit 600 Tabletten DM 58.–

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

den. Aus der eingangs erwähnten Differenz zwischen individuell bezogener Krankengeschichte und statistikbezogenem Dokumentationssystem resultiert vor allem das Nichtbeschreiben von Normalbefunden. Es wird nur das Urteil „ohne Befund“ weitergegeben. Damit ist es nicht möglich, den Übergang der Symptomatik von Normal nach Krank zu erfassen. Sehr häufig wird nicht einmal das Urteil „o. B.“ weitergegeben, so daß der spätere Auswerter nicht mehr unterscheiden kann, ob das Urteil „o. B.“ bewußt nicht weitergegeben wurde oder ein pathologischer Befund vergessen wurde.

Zusammengefaßt ist die bedarfsweise Dokumentation äußerst mangelhaft, da keine Einrichtung besteht, die regelmäßig die Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Richtigkeit der Krankengeschichten überwacht.

2.3 Routinemäßige Dokumentation von Krankengeschichten

Bei der routinemäßigen Dokumentation der Krankengeschichten erspart die einmalige gründliche Bearbeitung jedes erneute Durcharbeiten aller Krankengeschichten. Die elektronischen Maschinen werden hierbei nicht nur für die Auswertung eingesetzt, sondern auch für die Suche zutreffender Krankengeschichten.

Da die Krankengeschichte unmittelbar nach Ihrer Ablieferung im Archiv erfaßt wird, besteht noch eine Nachfragemöglichkeit bei auffälligen Umstimmigkeiten im Krankenblattinhalt. Weiterhin kann die Vollständigkeitskontrolle durch die Formulargestaltung erleichtert werden. Auf diese Weise geht die retrospektive Erfassung in eine prospektive über, da durch Abstimmung der Krankengeschichtenschreibung in vielen Besprechungen eine Vereinheitlichung erreicht werden kann.

Eine wichtige Voraussetzung für die routinemäßige Krankengeschichtendokumentation ist der Einsatz einer Dokumentationsabteilung unter Leitung eines Arztes, die mit der Aufgabe der Kontrolle betraut wird. In den Kliniken wird die Verschlüsselung der Daten unterschiedlich gehandhabt. Es gibt Modelle, wo die Ärzte das Ausfüllen und Verschlüsseln der Erhebungsbogen vornehmen und die Dokumentationsabteilung die Kontrolle, das Ablocken und die Auswertung übernimmt. In anderen Fällen übernimmt die Dokumentationsabteilung auch das Ausfüllen und Verschlüsseln der Erhebungsbogen. Ein Vergleich beider Modelle spricht für letztere Form.

2.3.1 Datenmenge der routinemäßigen Krankengeschichtendokumentation

Bei der bedarfsweisen Krankengeschichtendokumentation ist es aufgrund der Fragestellung eindeutig, welche Daten zu erfassen sind. Da die routinemäßige Krankengeschichtendokumentation vielen Fragestellungen gerecht werden soll, deren Inhalt während des Dokumentationsvorganges noch nicht bekannt ist,

kann die Menge der zu erhebenden Daten nicht exakt festgelegt werden. Eine Dokumentaion aller im Krankenblatt aufgeführten Daten setzt einen großen Stab von Dokumentationassistentinnen und Locherinnen voraus. Wären die finanziellen Voraussetzungen dazu vorhanden, so wäre diese Arbeit wenig effizient, da zu fehleranfällig.

Eine sinnvolle Beschränkung der Datenerfassung geht von der Überlegung aus, daß man eine für alle Disziplinen der Medizin gemeinsame Grundmenge von Daten finden könne, die für die meisten Fragen wenigstens eine Teilantwort liefern kann. Dies schließt ein, daß der Fragestellende die gesamte Antwort erst durch Weiterbearbeitung der durch die Dokumentation nachgewiesenen Krankengeschichten erhält. Die routinemäßige Krankengeschichtendokumentation hat damit zwei Antwortmöglichkeiten:

- a) Statistische Aussagen über die erfaßten Daten,
- b) Nachweis der Krankengeschichten, die einer Teilantwort entsprechen.

Diese Datenmenge gemeinsam für alle medizinischen Fächer wurde erstmals im „Allgemeinen Krankenblattkopf“ (Arbeitsausschuß Medizin in der DGD) definiert. Diese Daten wurden als Basisdaten bezeichnet. Sie umfassen medizinische Daten (Diagnose, Behandlungsanlaß, Behandlungsergebnis, Aufenthaltsdauer), Verwaltungsdaten (Krankenversicherung, Einzugsgebiet, Familienstand) und Identifikationsdaten (Fallnummer, Geschlecht, Geburtsdatum und Namensschlüssel).

In diesem Vorschlag ist noch Platz für weitere Basisdaten, z. B. bei operativen Fächern (Operation, histologisches Untersuchungsergebnis, TNM-Klassifikation der Tumoren, die postoperative Komplikation [SCHEIBE]). Neben den obligaten Basisdaten des AKK-Vorschlages können daher noch fakultative Basisdaten von den Kliniken in die Basisdokumentation aufgenommen werden (WAGNER, 1964; FASSL, 1968).

Ein Dokumentationssystem, das sich auf die Basisdaten beschränkt, wird Basisdokumentation genannt. Werden darüber hinaus Daten aus Anamnese, Status, Laboruntersuchung usw. erfaßt, so spricht man von einer Befunddokumentation, wobei „Befund“ im erweiterten Sinn gebraucht wird (REISSNER, HEITE). Häufig wird die Befunddokumentation auf einen Teil der Patienten beschränkt, etwa auf eine Spezialabteilung. Die Spezialabteilung braucht dann die durch die Basisdokumentation der Klinik abgedeckten Daten nicht mehr zu erfassen. Das Verbindungsglied zwischen Befund- und Basisdokumentation ist die Fallnummer.

Solch eine Basisdokumentation ist ein in vielen Kliniken bewährtes Verfahren, während für den Einsatz modernerer Techniken noch kaum allgemein gültige Empfehlungen gegeben werden können.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. R. Thurmayr, 8000 München 81, Arabellastraße 4/1



® Efanex

senkt zuverlässig den erhöhten Blutdruck;
es enthält zusätzlich Kalium und eignet sich deshalb besonders
für den Hypertoniker mit kardialer Symptomatik

Zusammensetzung

0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin +
10 mg Hydrochlorothiazid + 300 mg Kalium-
chlorid retard pro Dragée

Indikationen

Alle Formen und nahezu alle Stadien der
primären und sekundären Hypertonie,
besonders bei digitalisierten Kranken und bei
den Patienten, bei denen aufgrund von
Zweiterkrankungen oder Zweitmedikationen
die Entwicklung einer Hypokaliämie nicht
auszuschließen ist.

Kontraindikationen

Sulfonamid-Überempfindlichkeit, Coma hepa-

ticum, therapieresistente Hypokaliämie,
Niereninsuffizienz mit Anurie; hochgradige
Koronarsklerose.

Dosierung

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

Zu beachten

Während der Behandlung mit ELFANEX kann,
besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß,
das Reaktionsvermögen – z. B. im Straßen-
verkehr – beeinflusst werden.

Bei Patienten mit latentem oder manifestem
Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoff-
wechsel zu überwachen.

Bei Gichtkranken sollte der Harnsäurespiegel
überwacht werden, gegebenenfalls ist die
Gabe von Urikosurika erforderlich.

Sollten trotz der Behandlung mit ELFANEX
stärkere Kaliummangelzustände auftreten, ist
eine zusätzliche medikamentöse Substitutions-
behandlung mit einem Kaliumpräparat er-
forderlich.

Handelsformen und Preise

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

Rehabilitation als ärztliche Aufgabe *

von Rolf Halzmann

Die Rehabilitation in ihrer Gesamtheit, die sich in immer stärkerem Maße zu einem integrierenden Bestandteil unseres gesellschaftlichen Lebens entwickelt, verfolgt zwar stets dasselbe Ziel, hat jedoch oft im praktischen Alltag recht verschiedene Gesichter.

Sich mit der Wiedereingliederung chronisch Kranker oder Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu befassen, bedeutet gleichzeitig, sich mit einer Vielfalt von Fragenkomplexen recht divergierender Art konfrontiert zu sehen.

Es unterliegt zwar keinem Zweifel, daß die rehabilitatorische Verfahrensweise bei verschiedenen Behinderungsarten, chronischen Erkrankungen und unterschiedlichem Lebensalter jeweils ganz speziellen Bedingungen unterliegt. Doch darf nicht übersehen werden, daß hierbei neben medizinischen auch berufliche, pädagogische, soziale und gesellschaftliche Belange eine wesentliche Rolle spielen und gelegentlich den Notwendigkeiten entsprechend, in den Vordergrund treten können.

Je intensiver sich der Arzt dieses Gedankengut zu eigen macht und damit den Grundregeln einer modernen Rehabilitationsmedizin gerecht wird, desto eher vermag er in die zentrale Stellung hineinzuwachsen, die ihm im Rahmen eines derart langwierigen komplexen Geschehens gebührt.

Nur zu leicht gerät oft in Vergessenheit, daß er es war, der gefährdetes Leben mit letztem Einsatz zu retten vermochte und damit aufgerufen ist, diesem auch eine angemessene Zukunft zu garantieren.

Damit unterzieht er sich unter dem modernen Begriff der Rehabilitation dem seit langem bekannten und bewährtem Bemühen, die Kluft zwischen dem medizinisch Erreichbaren und den ständig steigenden Anforderungen unserer Leistungsgesellschaft auf die beste Weise mit zu überwinden.

Vor allem bei verbleibenden Leistungsminderungen, wie sie die heute erreichbaren Defektheilungen gewöhnlich beinhalten, wird er unter Einsatz aller Mittel erhebliche Anstrengungen unternehmen müssen, damit sich diese am künftigen Arbeitsplatz in möglichst geringem Umfange oder überhaupt nicht negativ auswirken vermögen.

Bedenkt man dabei, mit welcher Rasanz sich unsere Industriegesellschaft weiter entwickelt, und in welchem Ausmaß neue medizinische Erkenntnisse ständig günstigere Ausgangsbasen eröffnen, kann es nicht ausbleiben, daß der permanente Prozeß des Fortschritts immer neue Konditionen schafft, die zur Überprüfung des ärztlichen Handelns zwingen.

Gerade die Tatsache, daß alle Erfolge durch neue Entwicklungen ständig in Frage gestellt werden, und alles Erreichte sich immer wieder selbst relativiert, verleiht auch der Rehabilitationsmedizin ein hohes Maß von Dynamik und unterwirft sie dem Zwang, mit Kontinuität und Flexibilität neuen Impulsen breiten Raum zu geben.

Dies gilt besonders dann, wenn über längere Zeitspannen der Betroffene krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage ist, aktiv an der allgemeinen Entwicklung unserer gesellschaftlichen Situation teilzunehmen. Ein auf diese Weise entstehender Anpassungsrückstand und das damit verbundene Integrationsdefizit bereiten zu einem späteren Zeitpunkt vielfach unüberwindbare Schwierigkeiten.

Mit solchen ist vor allem denn zu rechnen, wenn der Genesende sich außer Stande sieht, seine allzu lang gehegte krankheitsbedingte Lethargie zugunsten einer aktiven Mitarbeit aufzugeben, um die von ihm zu erbringende Eigenleistung zu gewährleisten.

Ungeachtet seines vorrangig diagnostisch-therapeutischen Engagements, gehört es deshalb zu den zentralen Aufgaben eines in der Rehabilitation tätigen Arztes, einer derartigen auswegslosen Entwicklung durch frühzeitige Maßnahmen der physischen und psychischen Reaktivierung Rechnung zu tragen und den individuellen Erfordernissen entsprechend, nahtlos durchzuführen.

Dabei sind in gleicher Weise soziale, berufsbezogene und gesellschaftliche Faktoren zu berücksichtigen, wenn es darum geht, in einem Dreieck von Eignung, Neigung und erzielbarer Leistung das medizinische Resultat mit zum Ausgangspunkt einer sozial tragbaren Zukunft zu machen.

Daß hierbei dem genesenden Patienten das Recht der Mitsprache und damit der Status der gleichberechtigten Partnerschaft zuzubilligen ist, bedarf keiner besonderen Erwähnung. Auch wäre es verfehlt, auf eine koordinierte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften der Rehabilitation verzichten zu wollen. Vielmehr sind rehabilitatorische Alleingänge ebenso fruchtlos wie gefährlich. Auch jede Art einer Entfremdung des Betroffenen von Familie und Gesellschaft vermag das Ziel der Wiedereingliederung nicht zu fördern, sondern lediglich in Frage zu stellen. Nichts ist indes weniger geeignet, zum Erfolg beizutragen, als wenn anstelle zielstrebigem Handeln vage Versprechungen, gelegentliche Teilmaßnahmen oder langatmige Diskussionen die Szene beherrschen. Aufgrund seines besonderen Verhältnisses zu dem Genesenden werden dem Arzt die ersten Anzeichen derartiger Tendenzen nicht verborgen bleiben können und ihm dadurch die schwierige Aufgabe zuteilen, geeignete

* nach einem Referat, gehalten vor dem Ärztlichen Kreisverband Regensburg am 6. März 1974.

Maßnahmen und Verfahrenswesen einzuleiten, um das angestrebte Ziel nicht von vornherein in Frage zu stellen.

Ist unter Ausnutzung aller didaktischen und berufsbezogenen Möglichkeiten bei Wahrung medizinischer Notwendigkeiten ein, individuellen Bedürfnissen angepasster Eingliederungsplan erstellt und in Gang gekommen, bleibt es insbesondere während einer beruflichen Ausbildung seine vorrangige Aufgabe, über die Einhaltung physischer Leistungsgrenzen zu wachen, begleitende ärztliche und therapeutische Verfahren durchzuführen, ausbildungsbezogen zu koordinieren und bei krankheitsbedingten Unterbrechungen das Nötige zu veranlassen, um wissensmäßige Rückstände nicht übermäßige anwachsen zu lassen.

Er würde indes seine Pflichten nicht im vollen Umfang gerecht, würde er es versäumen, dem Rehabilitanden beim Wiedereintritt in eine geregelte Berufstätigkeit all jene Hilfen zu versagen, die erforderlich sind, um eine optimale Nachsorge einzuleiten.

Eine solche im Rahmen der Rehabilitationsmedizin unterzubewerten, würde bedeuten, der Prophylaxe gegen mögliche Verschlimmerungen der bestehenden Schädigung ein zu geringes Gewicht beigemessen zu haben. Im Negativfall hätte dies zur Folge, daß nicht

nur seine eigenen, sondern ebenso die Bemühungen aller übrigen Fachkräfte der Rehabilitation schließlich insgesamt ohne Erfolg geblieben wären.

Bedenkt man schließlich, daß Maßnahmen einer umfassenden Rehabilitation in ihrer Gesamtheit letztlich auch in ökonomischer Hinsicht nicht nur dem Betroffenen, sondern ebenso der Gesellschaft zugute kommen, läßt sich nicht bezweifeln, daß einer modernen Rehabilitationsmedizin mehr Bedeutung zukommt, als ihr mancherorts heute noch zugebilligt wird. Ungeachtet dessen, ist auch sie nur Bestandteil vielschichtiger Bemühungen, in deren Mittelpunkt uneingeschränkt der erkrankte Mitbürger zu stehen hat.

Nur wer sein theoretisches Wissen und praktisches Handeln diesem Prinzip unterordnet, hat sich den Grundgedanken der modernen Rehabilitation zu eigen gemacht.

Mögen die Wege auch divergieren, so sollte das Ziel doch stets dasselbe bleiben, nämlich dem hilfsbedürftigen Menschen mit aller Kraft bei der Schaffung einer sozial tragbaren Zukunft behilflich zu sein.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Rolf Halzmann, Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin, 8400 Regensburg, Purcellstraße 40

Standesleben

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

51. Fortbildungstagung vom 18. bis 21. Oktober 1973

Fortsetzung

Thema: **Fortschritte bei Nierenkrankheiten**

Professor Dr. U. GESSLER, Nürnberg:
„**Neue Gesichtspunkte für die Praxis**“

Im letzten Jahrzehnt wurde vor allem die Diagnostik der glomerulären Nierenkrankheiten durch die Nierenbiopsie sicherer. Man kann heute den gleichen Biopsiezylinder zuerst immunhistologisch, dann histologisch und eventuell auch elektronenoptisch untersuchen. Für die sich hieraus ergebenden neuen Differenzierungsmöglichkeiten zeichnen sich auch zunehmend therapeutische Konsequenzen ab. Einige Formen der Glomerulonephritis, besonders die nephrotischen Verlaufsformen, lassen sich zufriedenstellend mit Indometacin, Kortikoiden oder Immunsuppressiva behandeln.

Die Situation der Patienten in der präterminalen Phase der Niereninsuffizienz wurde durch diätetische Maßnahmen, Behandlung der Anämie, der Infektionen, der Hypertonie und Herzinsuffizienz sowie durch Prophylaxe von Knochenveränderungen gebessert. Allerdings

verschleibt die moderne konservative Therapie den Beginn der terminalen Niereninsuffizienz in der Regel nur um Wochen oder Monate. Eine Rehabilitation wird jedoch zunehmend durch die Hämodialyse ermöglicht.

Aufgrund günstiger Erfahrungen mit der Dialysebehandlung des akuten Nierenversagens begann SCRIBNER 1960 mit der systematischen Dialysebehandlung chronisch niereninsuffizienter Patienten. Technische Verbesserungen der Anschlußmöglichkeiten, vor allem SCRIBNER-Shunt und die arteriovenöse Fistel nach Brescia und Cimino sowie zuverlässige Überwachungsgeräte und Einmalnieren ließen die Zahl der Dauerdialyse-Patienten rasch ansteigen. So wurden Ende 1972 allein in der Bundesrepublik Deutschland 2318 Patienten dialysiert oder transplantiert.

Bei einer naturgemäß beschränkten Zahl an Klinik-Dialyseplätzen kommt der Heimdialyse in den letzten Jahren eine wachsende Bedeutung zu, nicht zuletzt weil die Lebenserwartung dieser Gruppe besser als bei jedem anderen Behandlungsverfahren ist. Ende 1972 gab es in der BRD 509 Heimdialyse-Patienten.

Diese wurden durch ein drei bis vier Monate dauern- des (in den USA und England bereits erheblich kürze- res) Training in den Zentren auf die eigene Weiter- behandlung zu Hause vorbereitet. Nicht zuletzt durch die Entwicklung eines audiovisuellen Trainingspro- gramms konnte in Nürnberg die Trainingszeit auf ge- genwärtig etwa zwei Monate gesenkt werden. Durch den Lehrfilm werden die Heimdialyse-Patienten über die bei Komplikationen zu ergreifenden Maßnahmen unterrichtet und können bei mangelndem Erfolg sofort mit dem Zentrum in Verbindung treten, wo ein dialyse- erfahrener Arzt über den Fortgang der Behandlung entscheidet. Ohne langjährige spezielle Dialyseerfah- rung ist der praktische Arzt in dieser Situation über- fordert, weil er die möglichen Probleme nicht über- sehen kann und in der Regel gerade nach dem ge- fragt wird, was der Patient während seines Trainings nicht gelernt hat oder nicht hat lernen können.

Die Nierentransplantation spielt bisher bei uns eine untergeordnete Rolle (die BRD steht in Europa an 21. Stelle). Über die Ursachen wird später noch referiert.

Professor Dr. J. SCHIRMEISTER, Karlsruhe:

„Differentialdiagnose der doppelseitigen Nieren- erkrankungen in Klinik und Praxis“

Allein aus dem Harnbefund läßt sich nicht ableiten, ob die Nierenerkrankung ein- oder doppelseitig ist. Diese Frage hat besonders dann therapeutisches Gewicht, wenn es um eine eventuelle Nephrektomie geht. Der Befall beider Nieren mit wesentlicher Funk- tionseinschränkung äußert sich im Anstieg des Serum- Kreatinins. Die glomeruläre Filtrationsrate wird bei Entfernung einer gesunden Niere bis zu 70 Prozent der bisherigen Gesamtfiltration kompensiert. Der Se- rumkreatininwert bleibt dabei noch im Normbereich. Wenn ein erhöhter Serumkreatininwert gefunden wird (d. h. mehr als 1,2 mg %), so heißt dies, daß die Ge- samtfiltration unter 70 Prozent der Norm liegt. Dies weist auf eine beiderseitige Funktionsminderung hin. Die funktionelle Sicherung einer doppelseitigen Ne- phropathie sagt nichts über deren Genese aus. Zur Klärung ist einmal die Anamnese bedeutsam. Schon hierdurch kann die diagnostische Grundrich- tung festgelegt werden. So weisen Nierenbeteiligun- gen nach abgelaufener Pharyngitis oder rezidivieren- den Erysipelen (mit erhöhtem ASR als Beweis für einen durchgemachten Streptokokken-Infekt) auf eine dif- fuse Glomerulonephritis hin. Rezidivierende Zystiden der Frau haben in erster Linie chronische Pyelo- nephritiden zur Ursache; jahrelange Analgetikaeinnah- men bei chronischer Migräne lassen an eine soge- nannte Phenazetin-Niere bzw. chronisch interstitielle Nephritis denken. Kommt es nach länger dauernden polyarthritischen Beschwerden zu Nierenfunktions- einschränkungen, so muß in erster Linie die Ver- dachtsdiagnose einer Kollagenose (z. B. einer Peri- arteriitis nodosa) gestellt werden. Nach D-Penicil- amin-Gaben bei chronischer Polyarthrititis wird ins-

ESDESAN®

Neuro- und Kardiosedativum
Dragées und Tropfen

Bei nervöser Unruhe und Erregungszustän- den, vegetativ bedingten Herzbeschwerden, Angst- und Spannungszuständen, nervösen Schlafstörungen, vegetativen Dysregulatio- nen, Hyperthyreosen.

Kontraindikationen: Keine

Zus.: 100 g Tropfen enthalten: Extr. Valerianae fid. 40 g, Extr. Violi albi 40 g, Papaverin. hydrochl. 15 mg, Chloral. hydrat. 1 g. 1 Dragée enthält: Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Violi albi 10 mg, Papaverin. hydrochl. 1 mg, Methaqualon 30 mg.

Flascha mit 25 ml OM 4,60
30 Oragées DM 4,60

Flasche mit 50 ml OM 6,25
60 Oragées DM 6,25

ESDESAN®
cum Nitro

Kardiosedativum
Dragées

Bei nervösen Herz- und Kreislaufstörungen, pectanginösen Beschwerden, Angine pec- toris nervosa, Altersherz.

Kontraindikationen: Glaukom; Schockzustand bei Myokardinfarkt.

Zus.: 1 Dragée enthält: Extr. Valerianae 30 mg, Extr. Violi albi 10 mg, Papaverin. hydrochl. 1 mg, Methaqualon 30 mg, Erythroltetranitrat 1,5 mg.

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

30 Dragées DM 4,60
60 Dragées DM 6,25

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

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

BayA



AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN

besondere bei dem Auftreten massiver Ödeme das Vorliegen einer D-Penicillamin-Nephropathie wahrscheinlich. Differentialdiagnostisch sollte hierbei auch an die Entwicklung eines sekundären Amyloids gedacht werden, das in der Regel mit einer zunehmenden Nierenfunktionseinschränkung einher geht.

Die Anamnese kann auch leer sein; unter Umständen deuten dann nur Funktionsbefunde auf eine Nierenerkrankung hin. Am bedeutsamsten ist hierbei wiederum das Serum-Kreatinin, dessen Erhöhung das Vorliegen einer doppelseitigen Nephropathie sichert. Die Anamnese kann naturgemäß aber auch täuschen. Aus alledem ergibt sich die Notwendigkeit, durch Untersuchungsmethoden den diagnostischen Verdacht zu sichern. Hierbei hat in der Klinik die Nierenbiopsie eine große, aber bereits spezielle Bedeutung erlangt, während in der Praxis das Urogramm den größten Untersuchungswert bei doppelseitigen Nephropathien behält. Die radiologischen Hinweise erstrecken sich naturgemäß in erster Linie auf pyelonephritische Veränderungen, die manchmal nur diskret sein können. Daneben kommt der Aufdeckung einseitiger Nierenhypoplasien, einseitiger Schrumpfnieren oder urogenitaler Mißbildungen bei doppelseitiger Nephropathien einschließlich Zystennieren große praktische Bedeutung zu.

Bei noch nicht zu sehr eingeschränkter Nierenfunktion stellen die nuklearmedizinischen Verfahren (Nephrogramm, Szintigramm) ergänzende Untersuchungen dar, die aber differentialdiagnostisch selten zusätzliche Gesichtspunkte ergeben. Die Domäne der Nierenangiographie ist die differentialdiagnostische Klärung einseitiger Nephropathien; sie leistet auch bedeutendes bei der Hochdruckdiagnostik. Bei bereits eingetretener Niereninsuffizienz und leerer Anamnese müssen Abflußstörungen durch ein retrogrades Urogramm ausgeschlossen werden, deren Korrektur eine Besserung der Nierenfunktion noch ermöglichen könnte.

Dozent Dr. H. QUIRIN, Freiburg:

„Therapie der chronischen Niereninsuffizienz in der Praxis“

Die chronische Niereninsuffizienz ist gekennzeichnet durch den bleibenden Ausfall von mindestens zwei Drittel aller Nephrone, meist als Folge einer chronischen Glomerulonephritis oder Pyelonephritis. Hierdurch kommt es zu einem Anstieg harnpflichtiger Substanzen im Blut und sekundär zu Störungen an fast allen Organsystemen. Diese gehen in ihrer Intensität etwa mit dem Anstieg der Retentionswerte im Serum einher.

Eine der wichtigsten therapeutischen Maßnahmen besteht in einer Einschränkung der Eiweißzufuhr in der Nahrung in Anpassung an den jeweiligen Grad der Niereninsuffizienz, wie er durch den Serum-Kreatininspiegel am besten repräsentiert

wird. Bis zu einem Serum-Kreatinin von 3 mg % kann eine normale Eiweißzufuhr mit täglich etwa 70 g (1 g Eiweiß pro kg Körpergewicht) erfolgen. Zwischen 3 und 6 mg % Serum-Kreatinin wird die Eiweißzufuhr täglich auf 40 g und darüber auf 20 bis 25 g unter Gabe der streng eiweißarmen Kartoffel-Ei-Diät beschränkt. Bei konsequenter Diät pendelt sich der Serum-Harnstoffwert binnen weniger Wochen auf das acht- bis zehnfache des Serum-Kreatininwertes ein, einem Serum-Kreatinin von drei entspricht dann etwa ein Serum-Harnstoffwert von 35.

Da chronisch insuffiziente Nieren nicht in der Lage sind, den Urin zu konzentrieren, ist eine Mindestdiurese von täglich 1 bis 1½ l zur Ausscheidung der harnpflichtigen Substanzen erforderlich. Eine ausreichende Diurese kann bei Versagen anderer Diuretika mit hohen Furosemidgaben (Lasix 500 mg Tabletten) erreicht werden. In der Praxis ist das Präparat jedoch schwierig zu handhaben, da eine längere Therapie dauernde Überwachungen des Elektrolythaushalts erforderlich macht.

Bei streng natriumarmer Kost besteht immer die Gefahr einer Verschlechterung der glomerulären Filtration. Es empfiehlt sich deshalb bei chronischer Niereninsuffizienz eine tägliche Kochsalzzufuhr von etwa 5 bis 6 g; in manchen Fällen mit sogenannter natriumverlierender Nephritis muß sogar 20 g Kochsalz täglich gegeben werden. Besondere Probleme ergeben sich ferner aus der Hyperkaliämie und metabolischen Azidoseeignung.

Häufig geht mit einer chronischen Niereninsuffizienz eine erhebliche Hypertonie einher, die wegen der Komplikationsgefahren behandelt werden muß. Mit Rücksicht auf die Nierenfunktion sollte der Blutdruck jedoch nur langsam gesenkt werden; auf einen radikalen Kochsalzzug ist aus den oben genannten Gründen häufig zu verzichten.

Bei gut eingestellter Hypertonie sowie ausgeglichener Natrium- und Wasserhaushalt ist eine Herzinsuffizienz selten. Betroffen sind meist ältere Leute mit einer längeren Vorschädigung. Bei ihnen führt die Digitalisierung oft zu einer Besserung der Nierenfunktion. Hierfür wird die Gabe von Digitoxin empfohlen, das zu 90 Prozent über die Leber abgebaut wird und praktisch normal dosiert werden kann. Die renale Anämie ist in der Regel gut kompensiert und nicht therapiebedürftig. Insbesondere sollte man wegen der Hepatitisgefahr Bluttransfusionen möglichst vermeiden.

Im Hinblick auf eine künftige Dialysebehandlung sollten bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz die Venen geschont und mit i.v. Injektionen sparsam umgegangen werden. Außerdem sollte jeder niereninsuffiziente Patient im nächstliegenden nephrologischen Zentrum vorgestellt werden, um eine vernünftige Planung späterer Maßnahmen zu ermöglichen.

Sicherheit zum Vorzugspreis.

Durch den Gruppenversicherungsvertrag mit Ihrer
Ärzttekammer. Das bedeutet:
Vorteile bei den Beiträgen – Vorteile bei der Leistung.
Als führende Krankenversicherung des Ärztestandes
bieten wir Ihnen:

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

Zahlreiche Variationen ermöglichen eine
individuelle Gestaltung des Versicherungs-
schutzes – auch für Familienangehörige.

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

Coupon

Ich interessiere mich für Ihr Angebot.

Name _____

Anschrift _____

Ich bin versichert bei Vereinigte Salus anderweitig

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

Vereinigte
Krankenversicherung AG

**Salus Krankenhauskosten-
Versicherungs AG**

Vertragsgesellschaft für Ihre
Ärzttekammer

Dr. W. SCHULZ, Nürnberg:

„Möglichkeiten und Grenzen der Hämodialyse in der Klinik und Zuhause“

Die Behandlung der chronisch terminalen Niereninsuffizienz hat in den letzten Jahren eine zunehmende Ausweitung erfahren. Die Grenzen der Ausweitung werden gezogen durch die jeweils zur Verfügung stehenden Behandlungskapazitäten in den Zentren; sie können lediglich durch Partnerzentren weiter ausgedehnt werden und durch Erweiterung der Heimdialyse. Wichtigstes Ziel der chronischen Hämodialyse ist die Rehabilitation, d. h. die Wiedereingliederung des hämodialysierten Patienten in die Gesellschaft und in den Arbeitsprozeß. Die Klinikdialyse (auch bei Nacht durchgeführt) ist der Heimdialyse hierbei deutlich unterlegen. Die Indikationsstellung zur chronischen Hämodialyse wurde in den letzten Jahren erweitert, die Letalität hat infolge der hierdurch schlechteren Allgemeinprognose zugenommen. Die Altersgrenzen sollten nach oben und unten weiter beachtet werden, da die Langzeitergebnisse im frühen Kindesalter und bei bereits bestehenden Gefäßschäden deprimierend sind. Komplikationen des Grundleidens wie Herzinsuffizienz und maligne Hypertonie stellen heute keine Kontraindikation mehr dar, obwohl die Prognose ungünstiger bleibt. Ebenso verhält es sich mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus. Nach Enzephalomalazie und bei metastasierenden Tumorleiden sollte nicht dialysiert werden.

Eine bestehende Herzinsuffizienz führt besonders vor oder während der Anfangsphase der Dialyse zu besonderen Problemen. Während der chronischen Hämodialysebehandlung muß eine strenge Flüssigkeits- und Kochsalzbeschränkung eingehalten werden, um kardiale Dekompensationen und Hochdruckkrisen zu vermeiden. Bei malignen Hypertonien wird unter Umständen eine bilaterale Nephrektomie nicht zu umgehen sein; hiernach fällt der Blutdruck in der Regel in den Normbereich ab. Bei der bilateralen Nephrektomie ist jedoch die Rehabilitation durch Zunahme der Anämie begrenzt. Erst bei lebensgefährlichen Blutungen sollte transfundiert werden. Neben den Nachteilen der Suppression der Erythropoese handelt man sich durch Transfusion häufig eine Serumhepatitis ein, die das Personal, die Ärzte und die Mitpatienten gefährdet.

Ein sekundärer Hyperparathyreoidismus durch Phosphatstau und Hypokalzämie und eine

Osteomalazie als Folge einer Vitamin D Stoffwechselstörung bei Niereninsuffizienz führen zum Bild der renalen Osteopathie mit sekundären Verkaalkungen an Herz, Gefäßsystem, Weichteilen und Gelenken. Sie können die Fortführung der Dialyse ernstlich gefährden. Rechtsseitige Suppression der Parathyreoidea durch hohe Aluminiumhydroxid-Gaben und einen entsprechend hohen Dialysat-Kalzium- sowie Magnesium-Zusatz können diese Entwicklung verhindern.

Shuntprobleme konnten bis zur Entwicklung der Gefäßanastomose nach Cimino und Brescia die Fortführung der Dauerdialyse in Frage stellen. Weitere Möglichkeiten ergaben sich durch eine Saphenainterposition und nach Aufbrauch der Unterarmgefäße durch den Brachialis-Shunt. Unter den technischen Voraussetzungen der Hämodialyse müssen die Härte des Wassers, unerwünschte organische Bestandteile sowie mikrobielle und pyrogene Verunreinigungen berücksichtigt werden. Durch eine rasche Fortentwicklung des Dialysatorbaues konnten neue Erkenntnisse der Forschung berücksichtigt werden; durch elektronische Überwachungseinheiten wird die Sicherheit bei der Behandlung chronisch terminal Niereninsuffizienter zunehmend erhöht.

Dozent Dr. K. DREIKORN, Heidelberg:

„Nierentransplantation: heutiger Stand und Ausblick“

Durch Einführung der Dialyse und Nierentransplantation wurde die zuvor hoffnungslose Prognose bei terminalen niereninsuffizienten Patienten schlagartig gebessert. Im Gegensatz zur Transplantation anderer Organe hat die Nierentransplantation das experimentelle Stadium längst überschritten; der ständig steigende Bedarf an Dialyse-Plätzen und Transplantaten wird in erster Linie durch personelle und finanzielle Gegebenheiten limitiert. In der Bundesrepublik ist damit zu rechnen, daß jährlich etwa 4000 Patienten in das Stadium der chronischen Niereninsuffizienz kommen. Dieser Zahl standen 1972 1600 Hämodialyse-Plätze in den Zentren, 500 Heimdialysen und 87 Transplantate gegenüber.

Prognostisch sind die Ergebnisse der Nierentransplantation zur Dialysebehandlung ungünstiger. Es darf hierbei jedoch nicht übersehen werden, daß die Qualität des Überlebens und der Rehabilitationsgrad nach erfolgreicher Nierentransplantation unvergleichlich besser ist als unter chronischer Hämodialyse, da die diätetischen Beschränkungen, die Ein-



RECORSAN-HERZSALBE

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

Con: nervos, coronare und periphere Durchblutungsstörungen, pactanginöse Beschwerden, Segmenttherapie.

In 100g Salbe: Extr. Crataeg. 2,2g, Valerian. 17g, Tinct. Corv. 0,8g, -Castor. 0,8g, Camph. 10g, Menthol. 0,5g, Nicotin. 0,15g. DR 30g DM 4,90

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

schränkungen der Flüssigkeitszufuhr und die Abhängigkeit vom Dialysegerät wegfallen. Angesichts der begrenzten Dialysekapazität erscheint die Steigerung der Transplantationsfrequenz die einzige Alternative, um alle Patienten mit Irreversibler Niereninsuffizienz einer Behandlung zuführen zu können. Während die Ergebnisse erfolgter Transplantationen in Deutschland einem Vergleich mit der Weltstatistik Stand halten, liegen wir bezüglich der Transplantationsfrequenz weit zurück. Ursache dieser Diskrepanz ist in erster Linie die unzulängliche Organisation bei der Bereitstellung geeigneter Spendernieren.

Die Auswahl der zu transplantierenden Patienten muß unter strengen Kriterien erfolgen. Kontraindikationen sind irreversible Hochdruckkomplikationen, Malignome und schwere Stoffwechselerkrankungen. Als obere Altersgrenze gelten 45 Jahre, wobei jedoch dem biologischen Alter eine größere Bedeutung zukommt als dem chronologischen Alter.

Da nie genügend Lebendspender zur Verfügung stehen werden, muß der steigende Transplantationsbedarf durch Nieren gedeckt werden, die frisch Verstorbenen entnommen wurden. Dabei entfallen die psychischen und moralischen Bedenken, die für den Lebendspender gelten. Auch hierbei ist eine kritische Selektion von größter Bedeutung. Am günstigsten erscheinen die Nieren von Jugendlichen, die nach schweren Schädelhirntraumen und kurzem Krankenlager sterben. Bei der Entnahme von Nieren frisch Verstorbener wird jedoch der Arzt mit juristischen Problemen konfrontiert, insbesondere der Bestimmung des Todes Eintritts und der Erlaubnis zur Organ-Entnahme. Zur Feststellung des Todes Eintritts braucht heute der Kreislaufstillstand mit den klassischen Todeszeichen nicht mehr abgewartet werden. Nach heutiger Auffassung darf das Eintreten des Todes angenommen werden, wenn eine irreversible totale Hirnschädigung vorliegt, d. h. eine intrazerebrale Kreislaufunterbrechung festgestellt wird, deren Dauer die Wiederbelebenszeit des Gehirns überschreitet. (Nachweis einer fehlenden intrazerebralen Zirkulation durch zwei im Abstand von 30 Minuten durchgeführter zerebraler Angiogramme).

Während die Operationstechnik bei der Nierenentnahme und Transplantation weitgehend standardisiert werden konnte und keine großen Probleme beinhaltet, wird das Schicksal eines Transplantates nach wie vor in erster Linie durch die Abstoßungskrisen bestimmt. Eine Verbesserung der Transplantationsergebnisse ist deshalb nur durch Fortschritte auf dem Gebiet der Immunsuppression zu erwarten. Leider sind auf diesem Gebiet in den letzten Jahren keine wesentlichen Neuerungen erfolgt. Eckpfeiler der Therapie bilden nach wie vor Acatioprim und Prednison. Früher empfohlene Maßnahmen wie Aktinomycingabe, Röntgenbestrahlung des Transplantats, Splenektomie, Thymektomie oder Drainage

des Ductus thoracicus sind heute weitgehend verlassen worden. Die Erfolge des Antilymphozytenglobulins sind umstritten. Die Zukunft liegt nicht in einer intensiven Immunsuppression, sondern in der Erzeugung der Immuntoleranz. Die bisherige immunsuppressive Therapie beinhaltet das erhöhte Risiko gegenüber Infekten und malignen Tumoren; bei Erzeugung einer Immuntoleranz wird selektiv nur die Reaktionsfähigkeit mit bestimmten Antigenen unterdrückt.

Weitere Fortschritte sind auf dem Gebiet der Nierenkonservierung zu erwarten, deren Ziel die Einrichtung von Organbanken ist, in denen Transplantate jeder Größe und jeden Histokompatibilitätsgrades unbegrenzter Anzahl jederzeit zur Verfügung stehen.

Privatdozent Dr. V. HEINZE, Freiburg:

„Klinik und Praxis des akuten Nierenversagens“

Als akutes Nierenversagen wird der plötzliche Zusammenbruch der renalen Ausscheidungsfunktion als Folge einer akuten Parenchymschädigung der Nieren bezeichnet. Es entwickelt sich stets als Komplikation eines meist extrarenalen, selten eines renalen Grundleidens. Trotz ätiologischer Vielfalt überrascht die uniforme Symptomatologie: Plötzlich auftretende isosthenurische Oligoanurie, Azotämie und vitalbedrohende Störungen des Wasser-, Salz- und Säurebasenhaushalts (Hyperkaliämie, positive Wasserbilanz, Ödeme).

Die renalen Parenchymveränderungen sind grundsätzlich meist reversibel; die Prognose des akuten Nierenversagens wird durch die Art und Schwere der auslösenden Grundkrankheit bestimmt. Die im letzten Dezenium wieder auf 60 bis 80 Prozent gestiegene Letalität liegt an der Häufung prognostisch besonders ungünstiger posttraumatischer, postoperativer und septischer Zustände mit akutem Nierenversagen. Dem gegenüber haben die prognostisch günstigeren Formen nach Fehltransfusionen, Wasser- und Elektrolytstörungen, sowie Eklampsie abgenommen. Die akute renale Insuffizienz tritt heute meist als zusätzliche Komplikation in Risikofällen, z. B. bei Patienten in hohem Alter oder im Rahmen des Ausfalls mehrerer Vitalfunktionen auf.

Eine erfolgversprechende Therapie der meist schwerstkranken Patienten mit akutem Nierenversagen erfordert eine intensive, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Ziel einer Prophylaxe und Frühdiagnostik. Differentialdiagnostisch sind das „Extrarenale Nierensyndrom“ z. B. bei kardialer Insuffizienz oder Exsikkose, die obstruktive Nephropathie, eine partiell oder vollständig reversible Exazerbation einer chronischen Nephropathie und eine terminale Urämie bei chronisch fortgeschrittener Nierenkrankheit auszuschließen.

Beim akuten Nierenversagen ist in der Regel mit einer besonders risikoreichen oligoanurischen Phase von vierzehn Tagen zu rechnen. Die grundsätzliche Reversibilität der Nierenschädigung erfordert die Nutzung

aller Intensivpflegemöglichkeiten einschließlich der Dialyseverfahren bis hin zur Reanimationstherapie. Die Hauptgefahren während der oligoanurischen Phase sind die Kaliumintoxikation, die Überwässerung, die metabolische Azidose und Urämie. Zu den Grundsätzen der konservativen, d. h. diätetischen und medikamentösen Therapie des akuten Nierenversagens gehört eine streng bilanzierte Flüssigkeitszufuhr (500 ml + Ausscheidung des Vortages), eine kaliumarme, proteinarme und kalorienreiche Ernährung, sowie eine Medikation mit Kationenaustauschern (Resonium A®, Calciumserdolit®), hochpotenten Diuretika (Furosemid und Etacrynsäure), Osmolaxantien, Antikonvulsiva, Antibiotika (gezielt, nicht prophylaktisch) und Herzglykosiden.

Referent Dr. med. A. Paetzke, Nürnberg
(Schluß folgt)

Perspektiven der freien Berufe

Anläßlich der Jahreshauptversammlung des Bundesverbandes der freien Berufe am 21. März 1974 führte Professor Dr. K. G. SPECHT, Direktor des Instituts für Freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, aus:

Die freien Berufe haben heute mannigfache Möglichkeiten, eine Gefährdung ihrer freien Berufsausübung zu begründen. Es ist nicht nur so, daß von Staat, Ländern und Gemeinden nicht wenige Teilaufgaben freiberuflicher Tätigkeiten selbst übernommen werden, sondern es fehlt ihnen auch an manchen Stellen des gesellschaftlichen und politischen Lebens an Instrumenten, ihre eigenen berechtigten Forderungen und Wünsche entsprechend zu Gehör zu bringen. Sie sind sich dabei durchaus darüber klar, daß es ihre Aufgabe ist, den Willensäußerungen der Angehörigen ihrer einzelnen Gruppen Gehör zu verschaffen, und daß sie hinsichtlich der parlamentarischen Entscheidungsgremien verpflichtet sind, Information und Beratung wahrzunehmen, wobei eine stärkere gegenseitige Information erwünscht ist.

Bei der Analysierung der einzelnen Parlamente, örtlichen bis hin zum Bundestag, erweist sich nämlich, daß die zahlenmäßige Vertretung der freien Berufe gar nicht so gering ist, daß aber die offiziell als Freiberufler betrachteten Parlamentarier in Wirklichkeit keiner freien Berufstätigkeit nachgehen. So kommen verfälschte Statistiken zustande.

Es wurde weiter darauf hingewiesen, daß die Zahl der in wirtschaftlicher Abhängigkeit freiberuflich Tätigen wächst. Hier ergibt sich die sehr bedeutsame Frage nach den Gründen dieser Entwicklung: sie scheint u. a. in einer Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern und in zunehmender Scheu vor der Übernahme des wirtschaftlichen Risikos der Berufsausübung in selbstän-

diger Stellung zu liegen. Freilich muß auch gefragt werden, ob die Verbände der freien Berufe wie auch die einzelnen Berufsangehörigen dem Nachwuchs ihre beruflichen Leistungen wie auch ihre Leistungen in der weiteren Öffentlichkeit genügend einsichtig machen. Es wurde deshalb empfohlen, es möchten sich doch die Verbände der freien Berufe sehr viel stärker als bisher den in wirtschaftlicher Abhängigkeit tätigen Berufsangehörigen zuwenden.

Schließlich wurde mit Nachdruck appelliert an die Bereitschaft aller Angehörigen der freien Berufe, sich stärker in den so verschiedenartigen Organisationen und Gruppen des gesellschaftlichen, des politischen, des wirtschaftlichen und des kulturellen Lebens zu engagieren, eine Aktivität, die, so darf angenommen werden, von dem Klienten, Patienten, so schließlich von allen Bürgern nicht nur gutgeheißen, sondern erwartet werden.

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

**in 8203 Oberaudorf/Bad Trißl
und 8974 Oberstaufen/Allgäu**

für Kassen- und Privatpatienten

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

Mit den gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen in Bayern bestehen Pflegesatzvereinbarungen.

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

Anmeldung und Aufnahme nach Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes ausschließlich über die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e. V., 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16/IV (Ärztehaus Bayern), Telefon (089) 47 60 87.

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

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

Professor Dr. med. Karl ÜBERLA, bisher Universität Ulm, wurde zum „ordentlichen Professor für Biomathematik“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Werner RUDOLPH, Abteilungsvorsteher an der II. Medizinischen Klinik, wurde bis zur Dauer von zwei Jahren für eine Tätigkeit als Chefarzt der Kardiologischen Abteilung des Deutschen Herzzentrums München beurlaubt.

apl. Professor Dr. med. Peter Christian SCRIBA, Oberarzt an der II. Medizinischen Klinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Fritz LAMPERT (Kinderheilkunde);

Privatdozent Dr. med. Josef MEIER (Innere Medizin).

Zum „Oberarzt“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Gerhard HOLLMANN, wiss. Assistent an der Kinderchirurgischen Klinik im Dr. von Hauner'schen Kinderspital;

Privatdozent Dr. med. Frieder LÄHODA, wiss. Assistent an der Nervenambulanz

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Gerhard L. BACH für „Rheumatologie“;

Dr. med. Hinderk EMRICH für „Physiologie“ (durch Umhabilitation);

Dr. med. Michael ILLERT für „Physiologie“;

Dr. med. Gebhard v. JAGOW für „Physiologische Chemie“;

Dr. rer. nat. Walter KLEINOW für „Physiologische Chemie“;

Dr. rer. nat. Walter SEBALD für „Physiologische Chemie“;

Dr. med. Ingolf WALLOW für „Augenheilkunde“;

Dr. med. Dipl.-Chemiker Hanns WEISS für „Physiologische Chemie“.

Dr. med. Hans Joachim STIEBLER, Akademischer Oberrat an der Abteilung für Anästhesiologie der Chirurgischen Klinik, wurde zum „Akademischen Direktor“ ernannt.

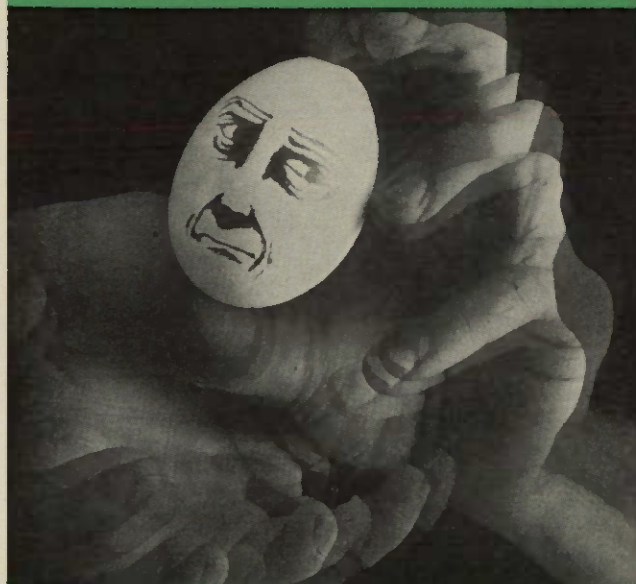
Zum „Akademischen Rat“ wurden ernannt:

Dr. med. dent. Dr. med. (MUDr) Zdenek CAMRDA, wiss. Mitarbeiter an der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten;

Dr. med. Gertraud GRÄSSEL, wiss. Assistentin an der I. Frauenklinik und Hebammenschule;

Dr. med. Dieter HOFFMANN, wiss. Assistent an der Chirurgischen Klinik.

UNRUHE



NERVO·OPT® DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:
Natr. diaethylbarbituric. 100 mg, Acid. phenylaethylbarbituric. 10 mg, Aminophenozon. 6 mg, Kal. bromot. 10 mg, Colc. glucanic. 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adonis. vernalis 20 mg.

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

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

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

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

Apothekenverkaufspreis incl. Mehrwertsteuer
NERVO OPT 50 Dragees DM 3,95
Verschreibungspflichtig



DR. BRAUN & HERBERG
2407 BAD SCHWARTAU

Erlangen-Nürnberg

Dr. med. Dr. med. dent. Emil STEINHÄUSER, bisher Leitender Arzt der Kieferchirurgischen Abteilung am Kantonsspital Luzern, wurde zum „ordentlichen Professor für Zahnmedizin (Zahnheilkunde), Insbesondere Kieferchirurgie“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Hans-Bernhard WUERMERLING, bisher Universität Freiburg, wurde zum „ordentlichen Professor für Rechtsmedizin und zum Vorstand des Instituts für Rechtsmedizin“ ernannt.

apl. Professor Dr. med. Rolf ZEILHOFER, bisher Leitender Oberarzt an der Medizinischen Klinik, wurde zum „Chefarzt“ der Inneren Abteilung (Schwerpunkt Kardiologie/Pulmonologie) der Städtischen Krankenanstalten Fürth ernannt.

apl. Professor Dr. med. Hermut WARNATZ, Oberarzt an der Abteilung für klinische Immunologie, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Professor Dr. Manfred HETTLER, bisher apl. Professor an der Universität Marburg, wurde durch Umhabilitation die Lehrbefugnis für Röntgenologie und Strahlenheilkunde erteilt. Ferner wurde er zum „außerplanmäßigen Professor“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Meinhard CLASSEN, Oberassistent an der Medizinischen Klinik, wurde zum „Leitenden Krankenhausarzt“ an der i. Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbek, Hamburg, ernannt.

Privatdozent Dr. med. Günther KINDERMANN, Oberassistent an der Frauenklinik, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Karl Theodor SCHRICKER, Akademischer Direktor an der Chirurgischen Klinik, wurde zum „Abteilungsvorsteher“ ernannt.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Norbert HOFMANN für „Dermatologie und Venerologie“;

Dr. Siegfried KALLERT für „Physiologie“.

Dr. med. dent. Gisela FUCHS, Akademische Oberrätin an der Zahn-, Mund- und Kieferklinik, wurde zur „Akademischen Direktorin“ ernannt.

Zum „Akademischen Oberrat“ wurden ernannt:

Dr. med. Suse HOFERICHTER, Akademische Rätin an der Chirurgischen Klinik;

Dr. med. Ekkefried KRÖNERT, Akademischer Rat an der Abteilung für Nuklearmedizin;

Dr. med. dent. Bärbel RARISCH, Akademische Rätin an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkranke;

Dr. med. Hans-Jürgen PESCH, Assistent am Pathologisch-anatomischen Institut.

Zum „Akademischen Rat“ wurden ernannt:

Dr. med. Bernhard BÖWING, wiss. Assistent an der Kinderklinik;

Dipl.-Phys. Karlheinz MATT, wiss. Angestellter an der Medizinischen Klinik und Poliklinik;

Dr. med. Michael MEYTHALER, wiss. Assistent an der Medizinischen Poliklinik;

Dr. med. Bernd NEIDHARDT, wiss. Assistent an der Medizinischen Klinik und Poliklinik;

Dr. Ferdinand SITZMANN, wiss. Assistent an der Zahn-, Mund- und Kieferklinik.

Würzburg

Privatdozent Dr. rer. nat. Eduard AMTMANN, Oberassistent am Anatomischen Institut, wurde zum „Abteilungsvorsteher“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Dietrich GEKLE, Oberassistent an der Kinderklinik und Poliklinik, wurde zum „Leitenden Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Klaus SANDHAGE, Akademischer Oberrat an der Kinderklinik und Poliklinik, wurde zum „Oberarzt“ ernannt.

Privatdozent Dr. med. Hans-Georg SCHMITT, Abteilungsvorsteher an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, hat einen Ruf an den ordentlichen Lehrstuhl für Biostatistik und Dokumentation an der Gesamthochschule Essen angenommen.

Dr. med. Wolfgang WIEDEMANN, wiss. Assistent an der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, wurde zum „Akademischen Rat“ ernannt.

Personalia

Professor Dr. med. Hermann ANACKER, Direktor des Instituts für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München, wurde zum Präsidenten der International Commission for Stage Grouping on Cancer and Presentation of Results (I. C. P. R.) gewählt, Privatdozent Dr. med. Nikolaus RUPP, Oberarzt am Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München, zum wissenschaftlichen Sekretär.

Auszeichnungen

Medizinaldirektor Dr. med. Willy LEMKE, Eichstätt, wurde vom Deutschen Roten Kreuz die goldene Leistungsspanne und Dr. med. Erich MEISSNER, Beilngries, die silberne Leistungsspanne verliehen.

Professor Dr. Hans Joachim SEWERING, München, und Dr. Rudolf SOENNING, Memmingen, wurden mit der Bayerischen Staatsmedaille für soziale Verdienste ausgezeichnet.

Strahlenschutzkurse der Bayerischen Landesärztekammer

Information für Radiologen und Teilradiologen, sowie Allgemeinärzte/Praktische Ärzte mit Röntgengenehmigung

Gemäß § 4 Abs. 2 der „Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (**Röntgenverordnung-RÖV**)“ vom 1. März 1973 in Verbindung mit den „Richtlinien über den Erwerb der Fachkunde und der Kenntnisse im Strahlenschutz“ vom 2. Januar 1974, müssen alle Ärzte, die am 1. September 1973 eine Röntgeneinrichtung betrieben haben, dem Landesamt für Umweltschutz, 8000 München 81, Rosenkavaliertplatz 2, bis 28. Februar 1975 eine **Fachkundebescheinigung** vorlegen. Nach dem gegenwärtigen Stand des Verordnungsentwurfs für den Freistaat Bayern wird die Landesärztekammer – für den Bereich ihrer Zuständigkeit gemäß dem Kammergesetz – als zuständige Stelle zur Erteilung dieser Bescheinigung bestimmt.

Von dieser gesetzlichen Verpflichtung werden in Bayern fast 3000 Ärzte betroffen, die überwiegend die Teilnahme am „kombinierten Grund- und Diagnostikkurs“ und nur zum kleineren Teil am sogenannten „Informationskurs“ nachweisen müssen, um die Voraussetzungen für die Ausstellung der Fachkundebescheinigung zu erfüllen. Die Bayerische Landesärztekammer wird die hierzu erforderlichen Strahlenschutzkurse durchführen.

Nach Ziffer 3.8.1 der Fachkunde-Richtlinien müssen alle Kollegen, soweit sie nicht bereits früher einen anerkannten Strahlenschutzkurs besucht haben, einen **kombinierten Grund- und Diagnostik-Kurs** von 24 Stunden Gesamtdauer – unterteilt in 20 Theoriestunden und vier Praktikastunden – ableisten.

Anerkannte Strahlenschutzkurse im Sinne dieser Verordnung sind:

Akademie für Arbeitsmedizin, Berlin	
Strahlenschutzkurse für Ärzte	1964 bis 1973
Grundlagen des Strahlenschutzes beim Umgang mit Röntgenstrahlen und Isotopen	1967 bis 1973

Deutsches Rotes Kreuz / Bayerisches Rotes Kreuz
Kurs für Strahlenschutz und den Umgang mit radioaktiven Stoffen,

durchgeführt in:

Allgemeines Krankenhaus St. Georg, Strahleninstitut, Hamburg	1956 bis 1963
Institut und Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München	1956 bis 1963
Max-Planck-Institut für Biophysik, Frankfurt/Main	1956 bis 1963
Radiologisches Institut der Universität Freiburg	1956 bis 1963

Deutsche Röntgengesellschaft e. V.	
Ausbildungskurs für Leitende Radiologen:	
Frankfurt, Heidelberg und Mainz	1963
Berlin	1963
Berlin	1964
Fachhochschule Aachen, Abteilung Jülich Kursstätte Strahlenschutzlehrgänge für den Umgang mit offenen und umschlossenen radioaktiven Stoffen	1965 bis 1973
Strahlenschutzlehrgänge für Ärzte und Naturwissenschaftler	1972 bis 1973
Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, Institut für Strahlenschutz, Neuherberg	
Strahlenschutzkurs (3 Wochenkurs)	1960 bis 1973
Strahlenschutzkurs für Amtsärzte	1962 bis 1971
Röntgenstrahlenschutzkurs	1965 bis 1973

Institut für Biophysik und Strahlenbiologie der Universität Freiburg – früher Radiologisches Institut	
Strahlenschutzkurse für Sanitätsoffiziere	1959 bis 1966
Kernforschungszentrum Karlsruhe – Schule für Kerntechnik	
Radioisotopengrundkurs	1957 bis 1973
Strahlenschutzkurs für Akademiker	1962 bis 1973
Strahlenschutzzentrum der Justus-Liebig-Universität Gießen	
Strahlenschutzkurs	1969 bis 1973
Technische Universität Hannover – Arbeitsgruppe Technischer Strahlenschutz	
Strahlenschutz für Verantwortliche	1973 bis 1974

Kollegen, die gemäß Ziffer 3.8.2 der Richtlinien bereits einen dieser o. a. Kurse nachweisen können, müssen nur an einer sogenannten **Informationsveranstaltung** teilnehmen.

Die **Landesärztekammer** führt im **Herbst 1974** an neun Orten und zu verschiedenen Zeiten die erforderlichen **Strahlenschutzkurse** für jene Ärzte durch, die in ihren Praxen über ein Röntgengerät verfügen und dieses zur Diagnostik verwenden, sowie für alle die Kollegen, welche an Krankenhäusern tätig sind und unter die o. a. Bestimmungen fallen. Damit daraus aber insbesondere für niedergelassene Ärzte kein Praxisausfall entsteht, werden die Kurse in praxisfreie Zeiten verlegt. Um weiterhin den Kollegen einen weiten Anreiseweg zu ersparen, werden sie wahlweise an verschiedenen Orten abgehalten. Mit dieser Organisation haben wir somit unseren Kollegen zwischen zwei Arbeitswochen einerseits den freien Sonntag sicherge-

stellt, andererseits diese zusätzliche Belastung möglichst gering gehalten.

Wir möchten dankbar anerkennen, daß sich in Bayern 11 Leitende Radiologen für die örtliche Durchführung dieser Kurse bereit fanden, die gewillt sind zusammen mit ihren Mitarbeitern eine erhebliche zusätzliche zeitliche und arbeitsmäßige Mehrarbeit auf sich zu nehmen. Durch diese erfreuliche Mitarbeit ist die Bayerische Landesärztekammer in der Lage, das nachfolgende Kursangebot aufzustellen.

Während die theoretischen Teile des kombinierten Grund- und Diagnostikkurses auch mit großen Teilnehmerzahlen von 100 bis 300 Ärzten abgehalten werden können, bietet die Durchführung des Praktikums insofern große Schwierigkeiten, als ein jeweiliges Praktikum nur Gruppen bis maximal 20 Ärzte teilnehmen können. Daraus folgt, daß der „kombinierte Grund- und Diagnostikkurs“ in drei Einzelkurse (Theorieteile A + B und Praktikumsenteil C) aufgliedert werden muß. Die theoretischen Kurse (A + B) sind an den Wochenenden in der Zeit zwischen 20./21. September und 20./21. Dezember 1974 vorgesehen, wobei je Veranstaltungsort nach Möglichkeit noch Wahltermine angeboten werden. Kurs A und Kurs B finden jeweils grundsätzlich vom Freitagnachmittag bis Samstagnachmittag statt. Die Durchführung des Praktikums muß, abgestimmt auf die örtlichen personellen und materiellen Gegebenheiten, im einzelnen noch festgelegt werden. Nimmt ein Kollege am Kurs A teil, so sollte er sich gleichzeitig bei diesem örtlichen Kursleiter vormerken lassen, damit er auch das Praktikum (Kurs C) möglichst nahe am Tätigkeitsort absolvieren kann. Sofern Kollegen lediglich den „Informationskurs“ benötigen, müssen sie nur den Kurs B absolvieren, da dieser Kurs so gestaltet ist, daß er die entsprechenden Anforderungen erfüllt.

Es ist vorgesehen die **Strahlenschutzkurse an folgenden Orten** Bayerns durchzuführen:

Amberg, Ansbach, Augsburg, Erlangen, Kaufbeuren, Landshut, München (Univ.), München (TU), München (Schwabing), Passau und Weiden.

Alle **radiologisch tätigen Ärzte** erhalten noch im Laufe des **Juni 1974 eine Mitteilung** mit entsprechenden Angaben über die Strahlenschutzkurse und mit einer Rückantwortkarte, auf der die gewünschte Teilnahme an den Herbstkursen mit Detailangaben (Ort und Zeit) angegeben werden muß. Diese Karte benötigen wir unverzüglich zurück, da wir erst dann die Überprüfung vornehmen können, ob die wunschgemäße Teilnahme an den ausgewählten Kursen möglich ist. Vor den allgemeinen Herbstterminen findet lediglich eine Veranstaltung (Kurs A + B) vom 5. bis 7. Juli 1974 in Passau statt.

Grundsätzlich sind sowohl Zahl als auch Kapazität der Kurse für die Gesamtzahl der Betroffenen ausreichend. Wir empfehlen jedoch möglichst die ersten Termine wahrzunehmen, damit nicht eventuell die ge-

wünschte Teilnahme z. B. an einem A-Kurs im Spätherbst wegen zu großer Teilnehmeranmeldung in Frage gestellt ist.

Die Teilnahmegebühr für drei Kurse (A, B + C) beträgt für niedergelassene Ärzte DM 100,—; die Teilnahme nur am B-Kurs DM 40,—.

Nach Erfüllung der Voraussetzungen und nach Einreichung der entsprechenden Teilnahmebescheinigung an die Bayerische Landesärztekammer wird dem Arzt die Bescheinigung zur Vorlage beim Landesamt für Umweltschutz zugeschickt.

Wir bitten unsere Kollegen sehr herzlich zwischenzeitlich von persönlichen und telefonischen Anfragen Abstand zu nehmen, da jeder betroffene Kollege, wie o. a. noch eine persönliche Information erhält.

Brief aus Bonn

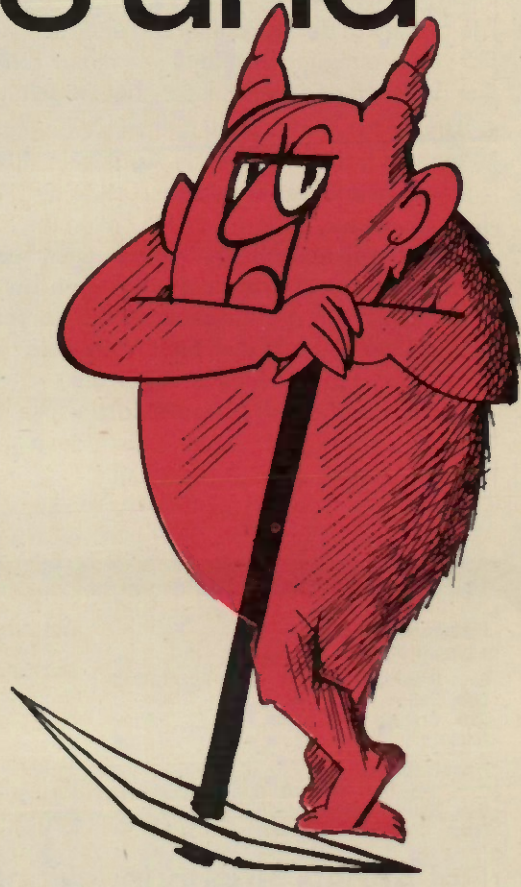
Die Spitzenvertreter der Bundesverbände der Ortskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen haben wohl nicht zufällig ihre „Maximen und Forderungen“ zum Kassenarztrecht in Bonn den interessierten Journalisten präsentiert. Adressat dieser Fleißarbeit war nämlich nicht so sehr die Öffentlichkeit, oder die Ärzte, sondern die Bundesregierung und der Gesetzgeber. Die Politiker sollen sich die Forderungen der Kassen oder besser: der zwei Kassenverbände zu eigen machen.

Mit der Unterstützung der Ärzteschaft werden die Initiatoren kaum gerechnet haben. Dafür spricht schon das Verfahren. Die Spitzenvertreter der beiden Verbände sahen sich erst am Vorabend der Bonner Veranstaltung in der Lage, den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu verständigen. Daß es dabei recht frostig zugegangen sein soll, wen kann das überraschen. Zumindest von den Betriebskrankenkassen hätte man eine frühzeitige Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erwarten können; sie hatten doch das sogenannte Friedenspapier mit unterzeichnet, wozu sich die Ortskrankenkassen damals nicht entschließen konnten, was erst heute verständlich wird. In dem Papier, das man nun getrost in den Papierkorb werfen kann, heißt es doch, daß sich die Partner in allen wichtigen gesundheits- und sozialpolitischen Fragen sowie in Fragen, die die Zusammenarbeit berühren, vor öffentlichen Erklärungen konsultieren, „soweit es die Zeit jeweils zuläßt“.

Es gibt keinen Zweifel, daß zumindest die Ortskrankenkassen seit etwa zwei Jahren an diesen Plänen basteln. Die Repräsentanten der beiden Verbände, Töns und Bischoff, gaben sich vor den Journalisten zwar betont friedlich; man wollte vermeiden, daß die „Maximen und Forderungen“ als Kampfansage an die

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

**Wenn's
um den Hals
geht frubienzylm[®]**



Das mucolytische Lysozym und das proteolytische Papain lösen Schleim, Eiter und Beläge auf. Dadurch gelangen die Wirkstoffe an die Krankheitsherde; die gereinigte Schleimhaut bietet den Keimen keinen Nährboden zur Infektion.

Frubienzylm[®] wirkt bakterizid; sein Lysozym hat virus-

hemmende Eigenschaften²⁾ – die Infektionen im Hals sind meist virusbedingt¹⁾.

Außerdem ist Lysozym entzündungshemmend²⁾: Halsschmerzen, Rötung und Schwellung gehen zurück.

Dabei ist Frubienzylm[®] gut verträglich; Nebenwirkungen und Resistenz durch Bacitracin sind kaum zu befürchten¹⁾.

Zusammensetzung:

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

Anwendung/Dosierung:

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

Indikationen:

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

Nebenwirkungen:

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

Packungsgrößen/Preise:

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

Literatur:

1. WALTER/HEILMEYER: Antibiotica Fibel, 1969, S. 385 u. 725
2. PELLEGRINI und VERTOVA: Arzneim. Forsch. (Drug Res.), 19, (1969), 149

DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH

Ärzteschaft verstanden wurden. Das Ausgreben des Kriegsbeils wollte man im Eindruck der Öffentlichkeit lieber den Ärzten überlassen. Die ärztlichen Verbände werden also derauf echten müssen, sich nicht durch überzogene Stellungnahmen in die Ecke des Störenfriedes abdrängen zu lassen. Die Kassen haben betont sachlich argumentiert. Wer im politischen Raum überzeugen will, muß darauf sachlich antworten. Größeres Geschütz läßt sich immer noch auffahren. Wer gewinnen will, darf sein Pulver nicht zu früh verschießen.

Vorläufig jedenfalls spricht wenig dafür, daß die Politiker die von den Kassenverbänden geschmiedeten „heißen Eisen“ anfassen werden. Gesetzestechisch ließe sich das vielleicht mit dem Rehabilitationsgesetz oder mit dem überfälligen Reformentwurf für die Rentner-Krankenversicherung verbinden. Die Rentner-Krankenversicherung liefert ohnehin schon Zündstoff genug; Arendt und Schellenberg werden ein solches Gesetz nicht zusätzlich befrachten wollen, zumal sie kaum mit der Rückendeckung der Freien Demokraten rechnen. Die maßgeblichen FDP-Sozialpolitiker sind zwar dafür, alle Krankenhausärzte in die kassenärztliche Versorgung einzubeziehen, aber nur, wenn dies mit einer Ausweitung der belegärztlichen Tätigkeit verbunden würde.

Die Stellung der Kassenärzte und der kassenärztlichen Vereinigungen müßte vor allem von folgenden vier Vorschlägen der Kassen beeinträchtigt werden:

1. Mitglieder der kassenärztlichen Vereinigungen sollen nur freipraktizierende Ärzte sein. Über die Leistungen anderer Ärzte sollen Ärzte und Kassen Vereinbarungen treffen; notfalls sollen die Kassen Einzelverträge abschließen können. Dies bedeutet, daß die kassenärztlichen Vereinigungen Krankenhausärzte nicht in die kassenärztliche Versorgung einbeziehen können; dies bleibt den Kassen vorbehalten, die darüber hinaus sogar die rechtliche Möglichkeit erhelten, eigene medizinische Einrichtungen zu schaffen. Daß die Absicht dazu gegenwärtig nicht besteht, besagt nicht viel.

2. Sodenn wird die Forderung erhoben, daß Kassen und Ärzte unter Einbeziehung der Gemeinden „Pläne für eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung“ aufstellen, die ein „Netz von notwendigen Arztstühlen festlegen.“ Zulassungen können nur für Arztstühle ausgesprochen werden, die im Bedarfsplan stehen. Erst wenn alle Arztstühle besetzt sind, soll der Kassenarzt den Ort seiner Tätigkeit selbst bestimmen können. In den Bezirken, in denen die ärztliche Versorgung als gesichert gilt, kann die Zulassung gesperrt werden, wenn und solange die Versorgung in anderen Bezirken nicht gesichert ist. Reglementierung und Dirigismus feiern Triumpfe.
3. Ein weiteres heißes Eisen: für alle Kassen soll eine einheitliche Gebührenordnung gelten. Die Gebühren sollen einheitlich für alle Krankenkassen von den Spitzenverbänden der Kassen und der Kassenärzte ausgehandelt werden. Alle vier Jahre findet dann eine Überprüfung statt. Dabei soll dann festgestellt werden, wie sich die verschiedenen ärztlichen Leistungen verteilen; die Entwicklung der Medizin soll ebenso beachtet werden wie der Kosten- und Zeitaufwand für die Erbringung der Leistungen, sowie alle anderen volkswirtschaftlichen Daten einschließlich der Einkommensentwicklung der Ärzte und vergleichbaren Berufe. Zwischenzeitliche Gebühreanpassungen sollen nur bei einer wesentlichen Veränderung der allgemeinen wirtschaftlichen Verhältnisse möglich sein.
4. Die belegärztliche Tätigkeit scheint den Kassen wenig zu gefallen. So heißt es: „Im Rahmen der Krankenhauspflege soll die ärztliche Behandlung durch freipraktizierende Ärzte nur ausnahmsweise mit Einwilligung der beteiligten Kassen in die Verträge über die kassenärztliche Versorgung einbezogen werden.“

Gegenwärtig läßt sich schwer abschätzen, was aus dieser Initiative wird. Die Kassen haben den Politikern Munition geliefert; das Treiben kann beginnen. Es scheint nur gut, daß die letzten Wahlen den Übereifer gewisser Reformen gedämpft haben. bonn-mot

Passiorin Dragees

1 Dragee enthält:

Extr. Passiflor. Incarnat. spir. succ.	60,0 mg
Extr. Salicis equos alcc.	133,0 mg
Extr. Crataeg. spir. succ.	12,0 mg
Aneurin	0,3 mg

Passiorin liq.

Extr. Passiflor. Incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis equos episc.	5 Vol. %
Tinct. Crataeg. oxyacanth.	11 Vol. %

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

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

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

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

Peckung mit	50 Oragees	DM 4.25
Kurpackung mit	250 Oragees	OM 18.-

Passiorin liq.:

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



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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München

Passiorin®

Äskulap und Pegasus

Unsere Consoeur Dr. med. Eilfriede LEYER ist Badeärztin in 6482 Bad Orb, Lindenallee 11 a, und wurde dort am 28. Juni 1921 geboren. Da nun Bad Orb nahe bei den weiß-blauen Grenzpfählen liegt, früher auch einmal zu Bayern gehört hat, so wurde sie wie Confrère Picard in unsere bayerische Landesgruppe aufgenommen. Nach der üblichen Schulzeit nun in kurzen Zügen ihr Lebenslauf: Arbeitsdienst, Studium der Medizin in Frankfurt/Main und Marburg/Lahn, unterbrochen durch kriegsbedingtem Fabrikeinsatz, Lazarettendienst als DRK-Helferin, Klinikjahre — wie damals üblich — un- oder kaum bezahlt, Heirat, vier Kinder, seit 1956 Badearztpraxis in Bad Orb.

Geschrieben hat unsere Consoeur Leyer schon immer, aber nur für sich selbst, denn sie hatte eine gewisse Scheu, Gedanken laut werden zu lassen; so schrieb sie diese auf in gebundener Form, kleine Gedichte — mehr oder weniger zufällig, später oft auf Zetteln oder alten Kalendern wieder gefunden, wobei sie dann kaum ihre früheren Gedanken wieder erkannte. Doch wem von uns ist es manchmal nicht selbst so gegangen? Wer findet nicht in späteren Jahren Zettel und Heftchen, denen er einst seine geheimsten Wünsche und Gedanken anvertraute und wundert sich dann darüber, daß sie so schlecht eigentlich gar nicht wären. Aber damals verschwanden sie in einem Fache.

Die Aktion der Firma Pohl und Boskamp vor Jahren mit der Aufforderung, etwas für den dann herausgegebenen Band „Äskulap dichtet“ einzuschicken, löste ihre Verwunderung aus, daß sich jemand dafür interessieren könnte und so kam sie schließlich über diese Anregung zu unserem Bundesverband der Deutschen Schriftstellerärzte; sie hat in der letzten Zusammenkunft der Bayerischen Landesgruppe in Berching (s. „Bayerisches Ärzteblatt“ Heft 5/1974) unter großem Beifall aus ihren Gedichten vorgetragen.

Consoeur Leyer meint zwar: „Ich wundere mich, daß

es so viele gibt, die andern gern zuhören. Ich selbst muß immer eine gewisse Scheu überwinden, eigene Gedanken, in Lyrik ausgedrückt, vorzulesen, einmal weil sie ‚bloß legen‘ können und dann euch, weil ich sie nicht für so gescheit und wichtig halte, damit Papier zu bedrucken und sie zu verbreiten.“ Nun, es muß nicht immer alles druckreif sein oder sich für eine Lesung im großen Saale eignen, was hier im kleinen Kreise unserer Consoeurs und Confrères vorgetragen wird, aber es fördert doch die Gemeinsamkeit unter uns und ist trotz aller Bedenken für alle lehrreich und gewinnbringend, wenn man den Gedanken anderer Menschen lauscht, die sich mit dem Suchen nach unserem Wesen und dem Sinn unseres Erdenlebens auf ihre Weise ernsthaft befassen. Deswegen können solche Zusammenkünfte unter Umständen den Teilnehmern mehr geben als eine groß angelegte Lesung mit Koryphäen in einem überfüllten Saal.

Gelegentlich verwendet Consoeur Leyer so gefaßte Gedanken bei der Ausarbeitung ökumenischer Gottesdienste in einem ökumenischen Kontaktkreis aus katholischen und evangelischen Pfarrgemeinderäten. Aber dann hütet sie sich — wie sie schreibt —, es als eigenes Produkt erkennen zu lassen aus Furcht, lächerlich gemacht zu werden. Und so mutig wäre sie nicht. Zu diesen und ähnlichen Gedankengängen, die wir wohl alle einmal hatten, kann man nur sagen, daß lediglich dumme oder unerfahrene Menschen sich über das seelenhefte Erleben — und dieses findet in der echten Lyrik ihren Ausdruck — lustig machen. Denn zweifellos werden diese Gottesdienste durch solche wie die nachfolgend angeführten Gedichte an Innerlichkeit gewinnen und zum Nachdenken anregen. Wenn Consoeur Leyer zu ihrem Lebenslauf sagt: „Also es bleibt zusammenfassend nur: geboren, gelebt und gestorben mit kleinen Einlagen lyrischer Momentaufnahmen“, so wollen wir doch wünschen, daß wir noch recht oft auf den Zusammenkünften der Schriftstellerärzte an ihren lyrischen Momentaufnahmen teilhaben dürfen.

Dr. med. Robert P a s c h k e, 8535 Emskirchen

Solidago® > **Dr. Klein** <

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

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.

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

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 20 ml DM 4,75 · 50 ml DM 9,70 · 100 ml DM 16,95

Dr. Gustav Klein Arzneipflanzenforschung 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald



Aus dem lyrischen Schaffen von Elfriede Leyer

Angst

Nie werst Du uns so neh
wie dort im Garten von (Gethsemane) Getsemani.
Die Angst war um Dich her
und auch in Dir.
Die Hölle selbst schien auf Dich losgelassen,
Dein Schweiß gerann wie Blut,
und Deine Seele schrie hinein: „Leß . . .“
und beugte willig sich der Schmach.
Ich suche leichten Trost,
da meine Welt in Stücke fallen will,
in Deinen Worten such ich sie,
ein freundlich Bild,
daß ich mein Leben bauen könnt',
wie 's mir gefällt.
Und finde Dich dort in Getsemani —

Scheltet nicht . . .

Scheltet nicht die,
die ein Wiegenlied singen,
weil Gott ein kleines Kind geworden ist
vor 2000 Jahren.
Wiegenlieder sind alt . . .
vielleicht verstummen sie bald
bei uns.
Kinder und alte Leute
fassen es leichter,
wenn das Herz brennt
wie eine Kerze
in warmem Licht,
sie sind Gott näher.
Mit dem Herzen,
nicht mit dem Verstand
— nennt es nicht Sentimentalität —
suchen sie das Licht,
das leuchtet und wärmt
und finden es
in der Krippe
in Bethlehem.

Bethlehem?

Wo ist das?
Damals und heute und morgen:
Gott ließ sein Wort Gestalt annehmen.
Er kam als ein Kind,
in Bethlehem,
von einer Mutter geboren.
Wer es sah und erkannte,
wer glücklich
und betete es an.
Denen, die es nicht liebten,
wurde es ein Ärgernis.
Dieses Gestalt gewordene
Versprechen Gottes
wuchs zum Mann heran,
Jesus Christus,
Er verkündete uns
des Reich seines Vaters
und die Freiheit
der Kinder Gottes,
für alle Menschen,
die im Vertrauen auf ihn

leben und lieben.

Er litt

und starb erbärmlich.

Aber sein Tod

war der Triumph

über die Welt,

denn — er stand aus dem Grab auf.

Die ihn liebten,

sahen ihn,

damals.

Aber seitdem

ist er bei uns, wenn wir es wollen:

Er gibt sich uns hin im Abendmahl,

und er bittet uns in unseren Brüdern.

So ist täglich Advent und Bethlehem,

Erwartung und Ankunft Gottes.

Am Ende der Zeit

wird er sichtbar werden,

und alle, die ihn liebten,

wird er aus dem Staub erheben

zu sich, zur Seligkeit seines Friedens.

Kongresse

Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs

Einführung in die betriebsärztliche Tätigkeit
vom 18. bis 29. Juni 1974 in München

Am 1. Dezember 1974 tritt das Gesetz „über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ in Kraft.

Für diese Aufgaben werden auf längere Zeit nicht genügend weitergebildete Arbeitsmediziner zur Verfügung stehen. Nach dem Gesetz darf der Arbeitgeber, von Ausnahmen abgesehen, aber als Betriebsärzte nur Personen bestellen, „die über die zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben erforderliche arbeitsmedizinische Fachkunde verfügen“. Um das Gesetz praktizieren zu können, erscheint eine längere Übergangszeit (mit dem Endziel: Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“) erforderlich. Die geltenden Bestimmungen für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ bleiben davon unberührt.

Zum Erwerb der arbeitsmedizinischen Fachkunde im engeren Sinne (Bescheinigung durch die zuständige Ärztekammer) sind für eine Übergangszeit als Eingangsvoraussetzungen vorgesehen:

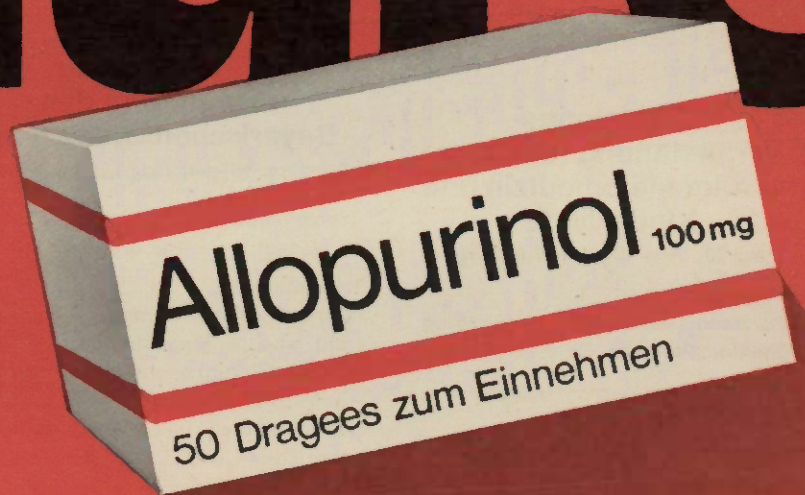
ein Jahr klinische oder poliklinische Tätigkeit und ein Fortbildungskurs in Arbeitsmedizin von 14tägiger Dauer.

Der Lehrplan für diesen Kurs wurde von den Akademien für Arbeitsmedizin in Berlin und München erstellt und von der Bundesärztekammer als Empfehlung im „Deutschen Ärzteblatt“ Nr. 52/73 veröffentlicht. An dem arbeitsmedizinischen Fortbildungskurs können interessierte Ärzte aus allen Bereichen teilnehmen.

Der Besuch der Kurse ist vorerst gebührenfrei.

Tegungsort und Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (089) 2184259-260. Zimmerreservierungen kann die Bayerische Akademie nicht vornehmen.

Harnsäure



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

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

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

Kontraindikationen
Schwangerschaft und Stillzeit

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

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

Handelsformen Packung zu 50 Dragees **DM 29,80** Klinikpackung zu 250 Dragees

2. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe

vom 13. bis 16. Juni 1974 in Augsburg
unter dem Patronat der Bundesärztekammer
und in Zusammenarbeit mit den Verbänden
der Medizinischen Assistenzberufe

Vorgesehene Themen:

Hauptreferate (Klinische Chemie/Radiologie) – Experimental-Vorträge (aus der gesamten klinischen Chemie/aus der Radiologie und Nuklearmedizin) – Funktionsdiagnostik – Hämatologie – Radioimmunologie – Elektrophorese-Seminar – EEG-Seminar – Praxis-Rationalisierung – Abrechnungskurs – Histologischer Kurs – Bakteriologisches Seminar – Filmprogramm – Physio-Kosmetik-Kurs – Diät-Kurs

Auskunft:

Professor Dr. med. A. Schretzenmayr, Zentrum für medizinische Fortbildung, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 3 37 77

Fortbildungsveranstaltung für Ärzte für Allgemeinmedizin und Kinderärzte

am 29. Juni 1974 in Würzburg

Veranstalter:

Universitäts-Kinderklinik Würzburg
(Direktor: Professor Dr. J. Ströder)

Thema:

Anfälle im Kindesalter

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

Ort:

Hörsaal der Universitäts-Kinderklinik,
Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2,
Luitpoldkrankenhaus

Auskunft:

Universitäts-Kinderklinik, 8700 Würzburg,
Josef-Schneider-Straße 2, Telefon (09 31) 20 13 31

Weterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes

vom 14. bis 21. Juli 1974 in München

Veranstalter:

Deutscher Sportärztebund in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband e. V.

Leitung:

Dr. med. Peter Lenhart, München

Thema:

Aktuelle sportmedizinische Fragen im Schul- und Breitensport

Ort:

Sportschule Grünwald, 8022 Grünwald, Ebertstraße 1

Teilnehmerzahl: 25 Personen

Teilnehmergebühr: DM 100,-

Anmeldeschluß: 14. Juni 1974

Auskunft und Anmeldung:

Dr. med. H. Pabst, 8022 Grünwald, Ebertstraße 1, Telefon (0 89) 64 96 26

51. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen

am 19./20. Juli 1974 in München

Vorsitzender:

Professor Dr. G. Heberer, München

Hauptthemen:

Dringliche Gefäßchirurgie – Benigne und maligne Magentumoren – Plastische Chirurgie und Handchirurgie – Verplattung oder Marknagelung bei Frakturen und Pseudarthrosen des Ober- und Unterschenkels – Freie Themen

Ort:

Hörsaal des Pharmakologischen Institutes der Universität München, München 2, Nußbaumstraße 26

Auskunft:

Vereinigung der Bayerischen Chirurgen, 8000 München 2, Nußbaumstraße 20, Telefon (0 89) 53 40 07

Kinder-EKG-Kurs

am 21./22. September und 5./6. Oktober 1974 in Erlangen

Leitung:

Professor Dr. H. Gutheil, Kardiologische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Kardiologischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik, 8520 Ertangen, Loschgstraße 15, Telefon (0 91 31) 85 37 50

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin

23. 9. – 18. 10. 1974:

A-Kurs für Arbeitsmedizin

(Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

4. 11. – 8. 11. 1974:

Sozialmedizinischer Informationskurs

14./15. 11. 1974:

Arbeitsmedizinisches Seminar

28./29. 11. 1974:

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e. V.

17. 2. – 14. 3. 1975:

B-Kurs für Arbeitsmedizin

(Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

22. 9. – 17. 10. 1975:

C-Kurs für Arbeitsmedizin

(Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“)

Tagungsort und Auskunft:

Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (0 89) 21 84 259-260

Zimmerbestellungen:

Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (0 89) 2 39 11

Schlüsselfertige Praxiseinrichtungen
Labortechnik, Hämodialyse

Beratung

Projektierung

Finanzierung

Kundendienst

EEG

Echo-EEG

EKG

EMG

Röntgen- und elektromedizinische Apparate - Arzt- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

85 NÜRNBERG 1

Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße, Ruf (09 11) 20 39 03/04

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1974*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Nach den Erkrankungsmeldungen im März stieg die Scharlachhäufigkeit erneut an, und zwar von 95 Fällen im Februar auf 120 Fälle, jeweils auf 100 000 Einwohner, umgerechnet auf ein Jahr. Sie erreichte damit einen um diese Jahreszeit seit längerem nicht mehr beobachteten Wert. Erkrankungen an übertragbarer Hirnhautentzündung traten dagegen im März fast ebenso selten auf wie im Februar.

Für die Jahreszeit relativ häufig erkrankten im März Menschen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung), nämlich 35 von 100 000 Einwohnern; im Februar betrug diese Ziffer 25. Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) blieb im Berichtsmonat unverändert bei 30 Fällen je 100 000 der Bevölkerung.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. März 1974 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Oiph- therie		Schar- lach		Kinder- lähmung		Übertragbare				Gehirn- entzün- dung		Typhus abdomi- nelle		Pere- typhue A und B		Bak- terielle Ruhr (ohne Amöben- ruhr)		Enteritide Infectiose				Bolu- itemie	
							Meningo- kokken- Meningitis		übrige Formen										Salmo- nellose		übrige Formen			
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST					E	ST
Oberbayern	-	-	396	-	-	-	14	1	16	-	1	-	-	-	-	-	1	-	186	1	5	-	-	-
Niederbayern	-	-	34	-	-	-	1	-	-	-	2	2	-	-	-	-	1	1	8	-	1	-	-	-
Oberpfalz	-	-	42	-	-	-	3	-	11	-	-	-	-	-	1	-	-	-	10	2	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	158	-	-	-	2	1	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-	-	-	-	-
Mittelfranken	-	-	135	-	-	-	1	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-	3	-	-	-
Unterfranken	-	-	161	-	-	-	4	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	13	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	78	-	-	-	5	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-
Bayern	-	-	1004	-	-	-	30	3	45	-	3	2	-	-	2	-	2	1	291	3	9	-	-	-
München	-	-	131	-	-	-	5	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	1	-	-	-	-
Nürnberg	-	-	32	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	10	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-
Würzburg	-	-	11	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
Fürth	-	-	13	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepa- titis Infec- tiosa		Ornithose				Leptospirose				Toxo- ples- mose		Wund- starr- krampf								Ver- dachts- fälle von Toll- wut ³⁾			
			Psitte- cose		übrige Formen		Well- sche Krank- heit		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	84	1	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	1	-										6
Niederbayern	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-										1
Oberpfalz	24	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-										24
Oberfranken	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-										-
Mittelfranken	34	1	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	1	-										-
Unterfranken	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-										2
Schwaben	32	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-										8
Bayern	251	2	-	-	3	-	1	-	1	-	7	-	2	-										41
München	34	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-										1
Nürnberg	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-										-
Augsburg	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-										-
Regensburg	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-										-
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-										-
Fürth	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-										-

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) „E“ = Erkrankungen (einschl. der erat 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.

Jeder Arzt kann Mitglied des Weltärztebundes werden

Ein wesentlicher Beitrag zum Ausbau
und zur Intensivierung der Kontakte unter den Ärzten in aller Welt

Der Weltärztebund (World Medical Association), der seine XXVII. Generalversammlung in der Zeit vom 15. bis 20. Oktober 1973 in München abgehalten hat, ist 1946 als Vereinigung ausschließlich nationaler ärztlicher Standesorganisationen gegründet worden. Ihm gehören mehr als 60 Länder an; anders gesagt: Der Weltärztebund vertritt 700 000 Ärzte – die Mehrheit aller akademisch ausgebildeten Mediziner.

Wichtiges Ziel des Weltärztebundes ist es, der Menschlichkeit zu dienen sowie ein hohes internationales Niveau medizinischer Forschung und beste Möglichkeiten der Lehr- und Berufsausübung zu erreichen, um somit für die Gesundheitserhaltung eines jeden Menschen in der Welt in optimaler Weise Sorge zu tragen.

Der Weltärztebund unterstützt die Anliegen der gesamten Ärzteschaft.

Bei Generalversammlungen in den vergangenen Jahren wurden Grundnormen ärztlichen Verhaltens festgelegt. Verlesen sei hier auf das Genfer Gelöbnis, das die Grundnormen ärztlichen Handelns festlegt, und die Deklaration von Helsinki, in der Richtlinien über wissenschaftliche, klinische Versuche am Menschen aufgezeigt sind. In Sydney wurde versucht, eine exakte Definition des Todes bzw. des Zeitpunktes zu finden, zu dem der Tod eingetreten ist. Während der XXIV. Generalversammlung des Weltärztebundes in Oslo standen Grundsätze für Schwangerschaftsabbruch, die zu der bekannten Deklaration führten, im Mittelpunkt der Beratungen. Die vorgenannten Ergebnisse deuten nur einige der Schwerpunkte der Arbeit an, die für die gesamte Ärzteschaft relevant sind.

Vor einigen Jahren hat der Weltärztebund eine Satzungsänderung beschlossen, die es auch natürlichen Personen – also einzelnen Ärzten – ermöglicht, unter Einschaltung ihrer nationalen Ärzteorganisation Mitglied zu werden.

Ferner läßt eine weitere neue Bestimmung die fördernde Mitgliedschaft von Firmen – wie zum Beispiel Unternehmen der pharmazeutischen Industrie – zu.

Was bietet der Weltärztebund den „Individuellen Mitgliedern?“

Die erste Werbeaktion zeigte deutlich das Interesse einzelner Ärzte an der persönlichen Mit-

gliedschaft und engeren Bindung zum Weltärztebund.

Alle persönlichen Mitglieder – sie erhalten Mitgliedsurkunde, Mitgliedskarte und eine Autoplatte – werden kontinuierlich über Termine und Themen von Symposien, Konferenzen und wissenschaftlichen Tagungen informiert.

Die Mitgliedschaft berechtigt sie zur Teilnahme als Beobachter an allen Veranstaltungen der Weltärzteorganisation.

Außerdem können die Mitglieder eigene Fragen oder Fragen ihrer Patienten an den Informationsaustausch „Secretariat Medical Information Exchange Center“ leiten, das entweder selbst für eine Beantwortung sorgt oder aber die Person nennt, die bei der Problemfindung behilflich sein kann.

Sehr nützlich und hilfreich kann die Vermittlung des Weltärztebundes auch sein, wenn Mitglieder im Ausland Kollegen konsultieren oder persönlich kennenlernen wollen: Er ermöglicht die Kontaktaufnahme und versendet die entsprechenden Einführungsschreiben.

Darüber hinaus erhalten die individuellen Mitglieder jährlich sechs Ausgaben des „World Medical Journal“, der offiziellen Zeitschrift des Weltärztebundes, sowie sechs „Newsletter“ mit besonders aktuellen Informationen. Auf Wunsch kann auch ein Titeltatalog mit internationalem Abkürzungsverzeichnis über Bücher und Zeitschriften zu den Fachbereichen Medizin, Pharmazie, Zahnheilkunde und Veterinärmedizin angefordert werden. Diese Veröffentlichung enthält mehr als 5800 Titel.

Der Jahresbeitrag für persönliche Mitglieder des Weltärztebundes beträgt 15 US-Dollar (Fünfjahresbeitrag 75 US-Dollar). Auch die Kolleginnen und Kollegen der Bundesrepublik können durch ihre Mitgliedschaft die Ziele dieser internationalen Organisation unterstützen und zu einer Erweiterung und Intensivierung der Kontakte unter den Ärzten in aller Welt beitragen.

Diejenigen deutschen Ärztinnen und Ärzte, die persönliches Mitglied des Weltärztebundes werden möchten, bitten wir, ihren Beitritt dem Auslandsdienst der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1, bekanntzugeben.



Analgesie
in der Hand des Arztes

Lonarid®

bei Schmerzzuständen jeder Genese,
bei Schmerzen im Verlauf
fieberhafter Krankheiten

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

Kontraindikationen:

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

Besondere Hinweise:

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

Dosierung und Anwendungsweise siehe Packungsprospekt

	II. A. T.
Packungen	
Tabletten:	10 Stück DM 2,60 20 Stück DM 4,10
Suppositorien für Erwachsene:	5 Stück DM 3,10 10 Stück DM 5,35
Suppositorien für Kinder:	5 Stück DM 2,50 10 Stück DM 4,45
Suppositorien für Säuglinge:	5 Stück DM 2,05
Klinikpackungen	

**Boehringer
Ingelheim**



Buchbesprechungen

Dr. M. PINDNIG: „Krankenpflege in unserer Gesellschaft“. 230 S., kart., DM 39,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Das in Teamarbeit entstandene Interdisziplinäre Buch über Krankenpflege läßt Krankenschwestern, Ärzte und Sozialwissenschaftler zu Wort kommen. Es stellt den wohl gelungenen Versuch dar, Aspekte der Krankenpflege in ihrer Vielseitigkeit — von verschiedenen Standpunkten aus —, sei es naturwissenschaftlich, sei es sozialwissenschaftlich, durchzudiskutieren. Nach einer historischen Betrachtung der Entwicklung des Pflegeberufes — von medizinischen wie gesellschaftlichen Gesichtspunkten her — werden im Hauptteil Themen behandelt, wie „Autorität im Krankenhaus, Kommunikation, Hierarchie und sozialer Abstand, emotionale Beziehungen, innerbetriebliche Beziehungen, Werksschwester und -sanitäter, Krankenhaus-Seelsorge und ambulante Krankenpflege“. Von seiten des Patienten aus werden Themen angeschnitten wie „der Problempatient, der zufriedene Patient, adäquate Information des Patienten, das Kind im Krankenhaus“. Schließlich — das Buch möchte Pflegekräfte und jene, die mit der Krankenversorgung im engeren und weiteren Sinne befaßt sind und sich mit ihm auseinandersetzen haben, ansprechen — wird Auskunft gegeben über spezielle Aspekte zur Aus- und Fortbildung des Pflegepersonals. Krankenpflege ist ein dynamischer Prozeß, der bestimmte diagnostische und therapeu-

tische Aufgaben umfaßt: so ist man heute zunehmend der Ansicht, daß die Entwicklung in der Medizin es notwendig macht, die Krankenpflege als wesentliche Voraussetzung für die praktische Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Wohle des Patienten zu betrachten. Es werden daher im Schlußkapitel mennigfache Anregungen und Fregen zur Diskussion gestellt, wie sich der Krankenpflegeberuf durch wissenschaftliche Untersuchungen — „Krankenpflegeforschung“ — positiv weiterentwickeln kann zum Nutzen des Pflegebedürftigen.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Johannes SIEGRIST: „Lehrbuch der Medizinischen Soziologie“. 193 S., DM 24,—. Urban & Schwarzenberg Verlag, München, Berlin, Wien.

Wie lehrt man Medizinische Soziologie?

In Platons Dialog „Menon“ stellt Sokrates die Frage: „Wenn wir den Menon da zu einem guten Arzt machen wollen, zu wes für Lehrern würden wir ihn wohl schicken? Nicht wehr, zu den Ärzten?“ Es scheint den Athenern selbstverständlich zu sein, daß wir ihn nicht zu den Schustern und Flötenspielern schicken, auch nicht zu den Soziologen, oder „zu solchen, die sich dafür einen Lohn bezahlen lassen und sich als Lehrer anbieten jedem, der kommen und bei ihnen lernen will“ (Menon, 90 B-D).

Mit seinem neuen „Lehrbuch der Medizinischen Soziologie“ bietet sich an Prof. Dr. phil. Johannes SIEGRIST, Beauftragter der Sektion Medizinische Soziologie im Fachbereich Hu-

manmedizin der Universität Marburg. Er bietet sein Buch dar „für Lernende und Lehrende“ sowie für alle Interessierten der Gesundheitsberufe, die sie hier noch einmal miterleben können, diese phänomenale „doppelte Geburt“ (!) der Medizinischen Soziologie.

Mit seinem Zweck hat dieses Lehrbuch nicht hinter dem Berge gehalten. Der Medizinstudent soll von vornherein immunisiert werden gegen die „Ansprüche ärztlicher Ideologie“. Als Soziologe versteht der Verfasser sich als „legitimer Anwalt der Interessen von Bürgern“, vor allem aber der unterprivilegiert Leidenden. Sein Werk dient damit einer „Entmythologisierung der Arztrolle“ und versucht durch Aufklärung über die unheilvolle Rolle des Arztes und durch „antiherrschaftliche Betätigung“ den „systemverändernden Kräften“ vorzuarbeiten. Wenn er dabei eine „Organisierbarkeit von Patienten“ erstrebt, dann allerdings macht euch er sein Metier wohl wieder zum „Herrschaftswissen“, und aus dem armen Kranken ist wiederum nichts als ein Objekt geworden — diesmal der Soziologie! Eine Soziologie dieser Art will freilich etwas andere sein als Wissenschaft; sie zielt ab auf „gesellschaftspolitisch relevante Wissensvermittlung“, und sie versteht sich bewußt als „eine parteiliche Wissenschaft“, die von der gänzlichen Aufhebung der „sozialen Ungleichheiten“ träumt, wie sie nach der Überwindung der bürgerlichen Wissenschaft und Mentalität erwartet wird. Um es vorweg zu sagen: Wenn die nehbürgerliche Vollwissenschaft so aussieht, wie sie in diesem Lehrbuch demonstriert wird,

ferro - B₁₂ - EHRL



Zusammensetzung:

1 Dragee enthält:
150 mg
Ferro-glukonat
15γ Vitamin B¹²
2 mg Folsäure

O.P. zu 20 Dragees
DM 4,20
O.P. zu 50 Dragees
DM 7,50

Zur hochwirksamen
preisgünstigen oralen
Anämie-Therapie mit
dem gut verträglichen
und schnell resorbierbaren
Fe⁺⁺-glukonat

EHRL & CO., Arzneimittel KG,
8 München 66

denn kann man nur sagen: „Arzt, bleibe bürgerlich!“

Woher – so wird man nach einer ersten kritischen Durchsicht fragen – bezieht der Verfasser dieses Lehrbuchs seine Erfahrungen, oder wie man in diesen Kreisen wohl sagt, seine „primären Erfahrungen“? Nun, er hat vor seinen „empirischen Forschungsarbeiten“ – manchmal auch „umfassende Forschungen“ genannt – „während mehrerer Wochen als Hilfspfleger einer chirurgischen Klinik gearbeitet“ und hierbei offensichtlich einiges schlecht verdaut. Alles andere scheint auf Kosten seiner soziologischen Grundausbildung gegangen zu sein. Unwillkürlich fragt man sich, ob Herr Siegrist jemals einem naturwissenschaftlichen Experiment beigewohnt hat, ob er auch nur ein einziges historisches Dokument aus erster Hand studieren konnte, ob er sich je der Mühsal einer individuellen (und eben nicht „gesamtgemeinschaftlichen“) Anamnese unterzogen hat, ob und wie er überhaupt einmal ein eigenes Forschungsunternehmen durchgeführt hat, in denen pure Mutmaßungen nicht als Forschungs-Ergebnisse deklariert werden.

Nicht einmal sein eigenes Metier, den Marxismus, scheint er zu beherrschen, sonst würde nicht ein so vermurkstes Marxgebräu herausgekommen sein, wie er es hier seinen Medizinstudenten verkauft! Das, was hier über die Situation der frühkapitalistischen Gesellschaft abgehandelt wird, ist wirklich nur Vulgärmarxismus und dies noch – wie der Verfasser zugeben muß – „in den eilfertigsten Zügen“.

Wenn sich die „medizinische Standesmacht“ auf die „Monopolisierung bestimmter Wissensformen“ gründet, denn hat der Verfasser freilich nur wenig von diesem Monopol mitbekommen. Er beschränkt sich denn auch auf Deklarieren und „Hinterfragen“, spricht großspurig von „Forschungsergebnissen“ und „Nachweisen“ auch dort noch, wo nichts dahinter steckt als ein „flatus vocis“! Kommen einmal empirische Feiler ins Spiel, wie die Epidemiologie, so beeilt sich der Verfasser mit der Betätigung, daß er „deren breites Feld“ gar nicht erst betreten will!

Gleichwohl werden wissenschaftliche Nachbarbereiche immer wieder hineingezerrt, die man besser den Experten dieser Disziplin überlassen

hätte: die Techniken der „Selbst- und Fremdbeobachtung“ oder auch eines „Einfühlens“ den Psychologen, die „Entwicklung der modernen Medizin“ oder die geradezu blamable „Geschichte der Ärzteschaft“ etwa jenen Medizinhistorikern, von denen er behauptet, sie seien „zu sehr in ihrer deskriptiven Methodik stecken geblieben“. Mit Michel FOUCAULT, dessen „Geburt der Klinik“ generalisiert wird zur „Geburt der modernen Medizin“, allein weist man sich ebensowenig als Kenner der Quellen aus wie man sich mit „Argument“ und „Kursbuch“ in die marxistische Lehre eingeleistet hat.

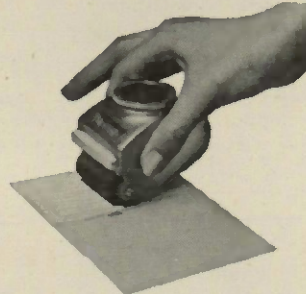
Der im Anhang beigegebene Lehr- und Lernziele Katalog belegt noch einmal eindrucksvoll, daß man die soziokulturellen Grundlagen der Medizin, den Wandel des Krankheitsbegriffes und der Gesundheitsvorstellungen wie auch die Verwurzelung des ärztlichen Denkens, Wissens und Handelns ohne fundierte wissenschaftshistorische Untersuchungen einfach nicht analysieren kann.

Manches wird nicht nur dem Medizinstudenten unklar bleiben. So weiß ich immer noch nicht, was eine „ge-

seilschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit“ sein soll (wer hat da was zu konstruieren gehabt?). Was sind „Phänomene wie Über-Unterordnung“? Was ist eine „gesamte soziale Situation“ (etwa im Gegensatz zu einer partiellen) oder die „totale Institution“ (etwa neben einer totalitären)? Was wäre wohl ein „strukturell-kritischer Teilbestand“? Was ist ein „gesellschaftlich unterwünschtes Verhalten“? Was ein „ärztlich-immanenter Verzerrungsfaktor“? Was versteht man unter einem „Gesundheitskapitalismus“ von dem es „Gesetzlichkeiten“ geben soll oder gar einen ganzen „Komplex“? Und während man sich unter der Vokabel „interaktiv“ immerhin noch etwas denken kann, so wird das schwierig bei einer „interaktiven Fähigkeit“, noch schwieriger beim „interaktiven Kontakt“ und am schlimmsten bei der „interaktiven Situation“, völlig zu schweigen von der „interpersonalen Wahrnehmung“ (zwischen wem nimmt wer da wohl was wahr?). Mit solchen Floskeln, die weder „eieboriert“ noch „restringiert“, sondern einfach „peieverisirt“ erscheinen, versucht das Lehrbuch einem Studenten beizubringen, wie



Arzthelferin



Viele Stunden werden wöchentlich für das Ausfüllen der zahlreichen Formulare mit Patientenpersonalien in der Praxis aufgewendet. Dieses zeitraubende Problem löst schnell, sauber und fehlerfrei die RENA Adressette. Mit einem Handgriff kann damit die mühevolle Schreibarbeit auf Vordrucken erledigt werden.

Mehr darüber erfahren Sie, wenn Sie den Gutschein senden an:

RENA Büromaschinenfabrik GmbH & Co.
8024 Delsenhofen

GUTSCHEIN für kostenloses Informationsmaterial

Kontroll-Nr. BÄ 74

.....
.....
Datum und genaue Anschrift (bitte deutlich) Datum

der Arzt mit einem Patienten „einfach“ reden soll!

Wie sieht er nun selber aus, der Arzt? Auch er hat, wie der Kranke, seine Karriere-Rolle! Durch „technische Kompetenz“ und „organisatorische Taktik“ hat er im Konkurrenzgewühl ja schließlich das „Definitionsmonopol über Krankheit“ errungen, das er nun in „Ausübung eines zentralen gesellschaftlichen Mandates“ und unter Ausnützung seiner „Vormachtstellung“ einsetzt für „finanziellen und Prestigegewinn“ zum Zwecke der Profitmaximierung. Jetzt weiß er Bescheid, der werdende Arzt im ersten Semester, was ihn erwartet! Jetzt versteht man endlich auch, wo und wie im Laufe des Studiums die ärztlichen Ideale nach und nach „durch Formen des Zynismus“ ersetzt werden mußten. So kommt es im Effekt dann zur Macht des Experten über den Laien, des Lizenzträgers über den Kunden, zur Involvierung des „gesunden und Intakten“ Arzt (zu erkennen am weißen Kittel und dem stets sonnengebräunten Antlitz) in bezug auf seinen blaß und bleich vor ihm liegenden „beschädigten“ Partner. Dieser Sozialpartner aber war dem Arzt doch immer nur unbequem und er wird es bleiben, da es von jeher der „Traum der Medizin“ gewesen, „den Tod als Phänomen abzuschaffen“, zumindest aber ist es der „tiefe Traum des Mediziners“, die Krankheit „vollends zu beherrschen“. So mußte es denn schließlich auch zu einer „vollkommenen Abhängigkeit des Patienten vom Arzt“ kommen!

Auch mit dem Partner des Arztes, dem Patienten, macht es sich der Medizinsoziologe gar nicht so einfach. Da gibt es „Arbeiterpatienten“, „Grundschichtpatienten“ und die zehrende Mittelschicht. Da gibt es die „elaborierten“ und die „restringierten“ Sprechweisen des Kranken. Ein solcher leidet an den „Hierarchisierungstendenzen“ ebenso wie unter den „Interessen der Gesundheitsindustrie“, und er wird sich vergeblich in den „Bereichen des kommunikativen Kontakts“ orientieren. Bei der heute üblichen „restriktiven Informationspolitik“ und einer derartig „restriktiven Kontakthaltung“ wundert es einen dann nicht mehr, wenn das Krankenhaus zu einer schlechtweg „inhumane Einrichtung“ geworden ist, dessen „Minderleistung“ zu analysieren sich die Medizinsozio-

logie zur akademischen Aufgabe gemacht hat.

Erheitert wiederum wirkt dieses Lehrbuch, wenn man zwischendurch den elten Sisyphus seinen „Felsen der Ungleichheiten, Abhängigkeiten und Zwänge“ immer weiter rollen sieht (wohin wohl weiter? In die Klassenlose Gesellschaft hinein?), wenn „gesellschaftliches Leben“, auch „gesellschaftliche Existenz“ genannt, im wesentlichen aus „Erfahrungen von Ungleichheit, von Abhängigkeit und Zwang“ bestehen soll (ist ihm denn niemals wohl gewesen mit anderen?), wenn man da Arzt und Laien so ewig „aneinander vorbeigieren“ sieht, als sei noch niemals ein Arzt mit seinem Kranken und ein Kranker mit seinem Arzte zurecht gekommen.

Dem Verieg schließlich scheint an einem Lehrbuch dieser Art wenig gelegen zu sein, sonst hätte er die zahlreichen Druckfehler, auch einige Auslassungen, eliminiert, hätte zumindest einen J. P. FRANK recht geschrieben und die Antisepsis LISTERs (1867) richtig datiert. Das Literaturverzeichnis ist fehler- und lückenhaft, die Verlagsangaben sind uneinheitlich. Der Dietz Verlag wird von Ost Berlin nach Stuttgart verlegt! Auch sollten wenigstens dem Lektor des Verleges, Verlage wie Piper, München, und Olms, Hildesheim, Humboldt, Berlin, oder Wegener, Hamburg, bekennt gewesen sein.

Was bleibt von dem ganzen dialektischen Zauber? Es bleibt der Schuster mit seinem „gesamtgesellschaftlichen“ Leisten, der nun herumhämert auf den Studenten mit seinem ermüdenden, dogmatischen Pessimus: „Wir haben gezeigt ...“, „wie Sie sehen ...“, „wie wir bereits bemerkten“; oder: „Es liegt auf der Hand“, „halten wir fest“, „wie wir bereits gesehen haben“, „können wir nochmals festhalten“, „wie bereits eingeführt“, „wie wir wissen“ oder auch: Wir fanden „einige zentrale Einsichten“ usw. usf., und der mit alledem nur zeigen will, wie leicht der „Geist der Medizin“ zu fassen ist, wenn man ihn erst einmal so richtig herzhalt ersetzt hat durch Worte wie „allgemeingemeinschaftlich“, „interaktiv“, „gesundheitskapitalistisch“, „systemverändernd“, „strukturkritisch“ – und wie das heute so klingelt und klüngeleit ...

Professor Dr. Heinrich Schippergee, Heidelberg

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 Auskunftstelle in Verbindung zu setzen.

Juli 1974

1. – 4. 7. in Bonn-Bad Godesberg:
Jahrevereemmlung der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Auskunft: Deutsche Forschungsgemeinschaft, 5300 Bonn-Bad Godesberg, Kennedyallee 40.

1. – 5. 7. in Frankfurt:
Fortbildungskurs in Familienplanung und Sexuelpädagogik. Auskunft: Pro Familia, Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e. V., Bundesverband, 6000 Frankfurt, Gr.-Bockenheimer Straße 15.

1. – 5. 7. in Neuherberg:
Strehlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strehlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

1. – 5. 7. in Lindeu:
24. Tagung der Nobelpreisträger, VIII. Tagung der Chemiker. Auskunft: Ständiger Arbeitseusschuß für die Tagungen der Nobelpreisträger in Lindeu, 8990 Lindeu, Postfach 1325.

1. – 5. 7. in Paris:
11. Internationaler MTA-Kongreß. Auskunft: Sekretariat des IAMLT, F-75829 Paris Cedex 17, B. P. 374.

1. – 6. 7. in Trevemünde:
8. Prexlewoche des Deutschen Kassenerztverbandes. Auskunft: Kongreßdienst Deutscher Kassenerztverband, 2000 Hemburg 73, Postfach 730 420.

2. – 5. 7. in Prag:
Kongreß der Allergologen und klinischen Immunologen der sozialistischen Länder. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Prehe 2.

8. – 7. 7. in Bernried:
Ergometrie-Wochenende. Auskunft: Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.

8. – 7. 7. in Hennef:
Fortbildungslehrgang der Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. med. D. Schnell, 5207 Ruppichteroth, Otto-Willech-Straße 2.



Iruxol[®]-Salbe

zur enzymatischen Wundreinigung,
Infektabwehr
und Förderung der
Epithelisierung

Ein sauberer Wundgrund ist der beste Grund zur Heilung:

Iruxol[®]-Salbe

macht Wunden frei, _____ frei vom Belag und vom Infekt

Iruxol-Salbe

- reinigt den Wundgrund von allen nekrotischen Eiweißbestandteilen durch substratspezifische Aktivität der Kollagenase und durch die Breitenwirkung der Begleitpeptidasen;
- bekämpft die Superinfektion durch lokale Applikation des bewährten Breitbandantibiotikums Chloramphenicol;
- fördert die Wundheilung durch schnellere, gründliche Nekrolyse, Anregung der Granulation und Epithelisierung, und greift intaktes Gewebe nicht an.

Zusammensetzung:

1 g Iruxol-Salbe enthält 0,6 U der Kollagenase Clostridiopeptidase A, Begleitenzyme sowie 0,01 g Chloramphenicol

Dosierung:

1-2mal täglich in dünner Schicht auf das gesamte Wundgebiet auftragen. Die zusätzliche lokale Anwendung anderer Präparate sollte vermieden werden, da die Wirksamkeit von Iruxol-Salbe dadurch beeinträchtigt werden kann.

Indikationen:

Ulzerationen und Nekrosen wie Ulcus cruris, Dekubitus, Gangrän, Erfrierungen und Verbrennungen, schlecht heilende Wunden z. B. nach Operationen, Röntgenbestrahlung, Unfällen, Hauttransplantationen,

Nebenwirkungen:

Im Wundgebiet können Brennen und Schmerzen zu Beginn der Behandlung auftreten. Nur sehr selten ist es erforderlich, deswegen die Therapie zu unterbrechen: Vereinzelt kann es zu lokalen Reizerscheinungen kommen, die u. U. Ausdruck einer Überempfindlichkeit sind, z. B. gegen Chloramphenicol.

Handelsformen:

10 g Tube O.P. DM 12,50
30 g Tube O.P. DM 30,75

Iruxol-Salbe

KNOLL AG
Chemische Fabriken
67 Ludwigshafen



7. – 12. 7. in London:

XII. Internationaler Kongreß über Thorax-Krankheiten. Auskunft: Prof. Dr. Dr. Knipping, 5000 Köln 41, Karpanar Straße 79.

9. – 11. 7. in Paris:

1. Weltkongreß für Umweltmedizin. Auskunft: Dr. R. A b b o u, SOCFI, 7, rue Michal-Anga, F-75 016 Paris.

14. – 20. 7. in Saettla:

5. Internationaler Kongreß über Strahlenforschung. Auskunft: Div. of Biological and Medical Res., 9700 South Cass Ave., Argonne, Ill. 60 439, USA.

14. – 21. 7. in München:

Weiterbildungskurs des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. H. P a b s t, 8022 Grünwald, Ebertstraße 1.

15. – 27. 7. in Dublin:

I. Seminarkongreß der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik. Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e.V., 7000 Stuttgart, Hans-Neuffer-Wag 2.

18. – 20. 7. in München:

51. Tagung der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen. Auskunft: Prof. Dr. W. F i c k, 8000 München 19, Walhallastraße 35.

20. – 21. 7. in Pörschach:

Informations- und Einführungskurs in die Chirotherapie von Wirbelsäule und Gelenken. Auskunft: Sekretariat der deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin e.V., 4700 Hamm, Ostenallee 80.

21. – 26. 7. in Brighton:

2. Internationaler Kongreß für Immunologie. Auskunft: Dr. G. L. A s h a r s o n, Clinical Research Centre, Watford Rd. Harrow, Middlasax, HA1 3 UJ, Großbritannien.

22. 7. – 3. 8. in Davos:

IV. Internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin (Thema: Prävention, Therapie, Rehabilitation). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

28. 7. – 2. 8. in Montraal:

18. Internationaler Kongreß über angewandte Psychologie. Auskunft: Dr. G. D e a u t a i s, C.P. 242, Station Youville, Montraal, Ceneda.

29. 7. – 2. 8. in Philadelphia:

8. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Jugendpsychiatrie. Auskunft: Dr. H. S t a p l a s, Int. Congress Child Psychiatry, P.O.Box 1974, Philadelphia, Pa., USA.

August 1974

4. – 9. 8. in Malante-Gremsmühlen:

Ferienkurs Manuelle Lymphdrainage. Auskunft: Dr. F. B a h n a m a n n, 2420 Eutin, Albert-Mahstedt-Straße 18.

18. – 24. 8. in Brighton:

7. Tagung der Internationalen Gesellschaft für Epidemiologie. Auskunft: Dr. M. H a n d a r s o n, Dept. of Preventive Med., Univ. of Maryland Hospital, Baltimore, Md. 21 201, USA.

21. 8. in Münster:

Fortbildungsveranstaltung „Vorsorgeuntersuchungen bei Frauen“. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4/6.

25. – 30. 8. in Jerusalem:

V. Internationaler Kongreß für Transplantation. Auskunft: The Secretariat, 5th Int. Congress of the Transplantation Society, P. O. Box 983, Jerusalem/Israel.

25. – 30. 8. in Monschau:

Raucherentwöhnungskuren der deutschen Gesellschaft für Rehabilitation. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Rehabilitation a.V., 5100 Aachen, Im Johannistal 41.

25. – 31. 8. in St. Moritz:

Internationale Fortbildungstagung über Grenzgebiete in der Medizin. Auskunft: Prof. Dr. H a r n i s c h, 1000 Berlin 65, Rudolf-Virchow-Krankenhaus.

28. – 30. 8. in Dresden:

Hauptversammlung der Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation der DDR. Auskunft: Prof. Dr. sc. med. Gottfried B a n a d, X-25 Rostock, Rembrandtstraße 16/17.

26. – 31. 8. in Budapest:

24. Internationaler Kongreß für Medizinische Geschichte. Auskunft: MOTESZ Congress Office, Mrs. A. R u b á n y i, 1361 Budapest, P. O. Box 32.

26. 8. – 7. 9. in Meran:

XXII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer – Lehrgang für praktische Medizin – (Thema: Der alte Mensch in der ärztlichen Sprechstunde). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

28. – 31. 8. in Prag:

IV. Europäischer Kongreß der perinatalen Medizin. Auskunft: Tschechische medizinische Gesellschaft, Sokolská 31, CS-120 26 Prag 2.

29. 8. – 4. 9. in Johannesburg:

III. Internationaler Südafrikanischer Kongreß für Radiologie. Auskunft: The Congress Director, P. O. Box, 4878, Johannesburg/S. A.

30. 8. – 8. 9. in Budapest:

VII. Internationaler Kongreß für Neuropathologie. Auskunft: IBUSZ, Congress Department, Felszabadulástér 5, Budapest V/Ungarn.

31. 8. – 8. 9. in Stockholm:

28. Generalversammlung des Weltärztebundes. Auskunft: Bundesärztekammer, Auslandsdienst, 5000 Köln 41, Postfach 41 02 20.

Ballagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte der Firma Deutsche Wellcome GmbH, 3006 Großburgwedel/Hann. bel.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlebühlstraße 18, Telefon (0 89) 47 60 87, Schriftleitung: i. V. Dr. S l u k e. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

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

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

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

in der

Elisabeth Krankenhaus GmbH Straubing

sind zum 1. Januar 1975 erstmals folgende **Cheferztstellen** zu besetzen:

Chefarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Chefarzt für Urologie

Chefarzt für Röntgenologie/Radiologie

In der Stadt Straubing sind zur Zeit 720 geförderte Krankenbetten vorhanden. Die Elisabeth Krankenhaus GmbH hat die Aufgabe, auf dem Gelände des ehemaligen Krankenhauses Azilburg der Elisabethinen ein Krankenhaus der Hauptversorgung mit insgesamt 650 Betten zu errichten. Im Krankenhaus sind insgesamt 10 Fachabteilungen vertreten und zwar

Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, Röntgenologie und Laboratoriumstechnik.

Die Errichtung eines pathologischen Institutes sowie einer Kinderklinik mit 95 Betten ist vorgesehen.

Gesucht werden Fachärzte mit guter klinischer Erfahrung. Straubing, südlich Regensburg, ist eine aufstrebende Stadt am Rande des Bayerischen Waldes mit vielen Möglichkeiten der Freizeitgestaltung. Straubing verfügt über eine weiterführenden Schulen am Ort.

Die Gestaltung des Chefarztvertrages bleibt einer Einzelverhandlung vorbehalten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind bis 15. Juni 1974 zu richten an die

**Elisabeth Krankenhaus GmbH,
8440 Straubing, z. H. der Oberin
Sr. M. Puicheria**

**Der Anzeigenschlußtermin
für die Juli-Ausgabe
ist der 5. Juni 1974**

Beim **Kreiskrankenhaus Immenstadt**, Landkreis Oberallgäu
ist die Stelle des

Chefarztes der Chirurgischen Abteilung

zum 1. 8. 1975 zu besetzen, da der jetzige Stelleninhaber nach 28jähriger Tätigkeit in den Ruhestand tritt.

Das Kreiskrankenhaus Immenstadt ist ein Krankenhaus der Grundversorgung mit derzeit 220 Betten und folgenden Fachabteilungen:

70 Betten Allgemeine Chirurgie (zuzüglich 5 Intensivbetten)
102 Betten Innere Medizin
43 Betten Belegabteilung (Gynäkologie, Geburtshilfe, HNO und Augen)

Unser neues, mit modernsten Einrichtungen ausgestattetes Krankenhaus ist seit 1968 in Betrieb.

Wir suchen einen Cheferzt mit Erfahrung auf dem Gebiete der Chirurgie, der die Voraussetzung für die Zulassung zum D-Arzt- und Verletzungsartenverfahren erfüllt und gute Führungseigenschaften besitzt.

Der Stelleninhaber erhält neben einer festen Besoldung die Liquidationsberechtigung im Rahmen der Gesetze.

Der Landkreis Oberallgäu mit seiner herrlichen Gebirgslandschaft ist als Erholungs- und Wintersportgebiet allgemein bekannt.

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

Verwaltung des Kreiskrankenhauses, 8970 Immenstadt/Allgäu

Oberarzt

für die **Innere Abteilung des Kreiskrankenhauses in 8340 Pfarrkirchen** (Landkreise Rottal-Inn) gesucht.

Die Innere Abteilung des im August 1973 neu erbauten Kreiskrankenhauses umfaßt ca. 100 Betten mit eigener Intensivstation, große Röntgenabteilung einschließlich Nuklearmedizin, Peritoneal- und Hämodialyse, Endoskopie, Kardiologie einschließlich Schrittmacherimplantationen usw.

Erwartet werden: Kenntnisse o. e. Funktionsgebiete, insbesondere der internen Röntgen- und Isotopdiagnostik.

Geboten werden: Einstufung in BAT I KAV-AT. Alle Vorteile des öffentlichen Dienstes, Rufbereitschaftsvergütung usw., edäquate Beteiligung durch Cheferztzuwendungen.

Pfarrkirchen – Kreisstadt des Landkreises Rottal-Inn mit hohem Freizeitwert – hat sämtliche Schultypen am Ort. Nahe den österreichischen Seen und Bergen, eine Stunde Autofahrt zum Chiemsee, München und Salzburg.

Persönliche Vorstellung nach telefonischer Vereinbarung erwünscht beim Cheferzt der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses in Pfarrkirchen (am Griesberg 1, Postfach 100), Herr Dr. Helmut Frenk, Telefon (085 62) 62 22 (Kreiskrankenhaus) oder (085 61) 80 77 (privat), Wohnung, 8340 Pfarrkirchen, Stifterstraße 4.

Bewerbungen mit den entsprechenden Unterlagen sind an die **Verwaltung des Landkreises Rottal-Inn, Personalabteilung, 8340 Pfarrkirchen, Ringstraße 4, Postfach 80, Telefon (085 61) 61 71.**

Ärzte aller Fachrichtungen

In München-Ost/nähe Ostbahnhof, interessantes Stadtteilzentrum, biete ich Ihnen als **Eigentümer modernisierte Praxisräume** an. Anmietung Herbst 1974. Telefon (0 89) 19 85 19

Der Landkreis Schwandorf sucht zum baldmöglichsten Eintritt für das Kreiskrankenhaus Neunburg vorm Wald (103 Betten)

1 Facharzt für Innere Medizin als Chefarzt der Internen Abteilung

Die Einstellung erfolgt im Angestelltenverhältnis nach den allgemeinen Richtlinien der Chefarztverträge. Das Liquidationsrecht für Leistungen bei Selbstzahlern wird entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen gewährt. Bei der Wohnungssuche ist der Landkreis behilflich. Umzugskosten werden erstattet.

Neunburg vorm Wald liegt in landschaftlich schöner Lage im Oberpfälzer Wald und hat rund 5000 Einwohner.

Neunburg vorm Wald liegt von Regensburg 55 km, Weiden 45 km und Schwandorf 25 km entfernt. Eine Realschule befindet sich am Ort, ein Gymnasium in der näheren Umgebung.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Landratsamt Schwandorf - Personalverwaltung - 8460 Schwandorf, Postfach 154.**

Der Landkreis Kitzingen in Unterfranken (80 000 Einwohner) sucht für das Kreiskrankenhaus Dettelbach (70 Betten) einen qualifizierten

Facharzt (-ärztin) für Gynäkologie und Geburtshilfe

für eine neu zu schaffende **Belegabteilung** mit bis zu 15 Betten und dem Schwerpunkt Geburtshilfe. Bisher besteht im Landkreis keine stationäre Entbindungsmöglichkeit unter fachärztlicher Leitung.

Niederlassung in Dettelbach oder in der nahen Großen Kreisstadt Kitzingen (18 000 Einwohner) möglich.

Dettelbach liegt am Main in der reizvollen Landschaft des Weinlandkreises Kitzingen. In Kitzingen stehen alle weiterführenden Schulen zur Verfügung. Die Universitätsstadt Würzburg ist schnell zu erreichen.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung beim **Landratsamt Kitzingen, 8710 Kitzingen, Kaiserstraße 4, einzulegen.**

Für Fragen medizinischer Art steht der Leitende Arzt des Kreiskrankenhauses Kitzingen/Dettelbach, Medizinischer Direktor Dr. Meder, Telefon (09321) 41 21, zur Verfügung.

Die Gemeinde Weichering, Landkreis Neuburg-Schrobenhausen sucht einen

Praktischen Arzt

Neue Arztwohnung mit Praxisräumen, Garten und Garage sind vorhanden. Zur Freizeitgestaltung sind gute Fischerei- und Jagdgelegenheiten geboten. In der Gemeinde befindet sich ein bedeutungsvolles Naherholungsgebiet.

Bewerber werden gebeten, sich mit der Gemeinde Weichering in Verbindung zu setzen.



Ab 1. Oktober 1974 ist die

Stelle des Oberarztes

auf der **Internen Abteilung des Kreiskrankenhauses Simbech/Inn** wegen Praxisübernahme des jetzigen Stelleninhabers vakant.

Die Abteilung umfaßt 116 Betten, zusätzlich acht Intensivbetten. Der Chefarzt der Internen Abteilung, Herr Dr. Eberhard Gemen, hat die Ermächtigung für die volle Weiterbildungszeit von sechs Jahren. Mit dem Chefarzt und dem Oberarzt umfaßt der Stellenplan einschließlich der Intensivstation acht Ärzte. In Frage kommen nur Bewerber mit abgeschlossener Facharzt-Ausbildung, die sich verpflichten, mindestens drei bis vier Jahre zu bleiben.

Neben der Gehaltsgruppe Ia KAV-AT wird Berenteamtsdienstzulage nach den tariflichen Bestimmungen vergütet. Darüber hinaus werden durch den Abteilungschef Sonderzulagen gebilligt.

Vorstellungen von Interessenten sind nach vorheriger telefonischer oder schriftlicher Absprache erbeten beim Chefarzt der Internen Abteilung, Herrn Dr. Eberhard Gemen, Telefon (08571) 721 (Kreiskrankenhaus) oder (08571) 8145 (privat).

Bewerbungen sind zu richten an die **Landkreisleitung Rottal-Inn, Personalabteilung, 8340 Pfarrkirchen, Ringstraße 4, Postfach 80, Telefon (08561) 8171.**

Im Brennpunkt der Augsburger City

entsteht am Rathausplatz ein Geschäftshaus in gediegener Architektur und solider, moderner Ausstattung. Zwei namhafte, jüngere Fachärzte, darunter ein Internist, suchen im Rahmen einer **Gruppenpraxis** noch einen weiteren

Facharzt

Jeder Arzt bleibt wirtschaftlich selbständig. Die technische und organisatorische Einrichtung wird gemeinsam genutzt. Die Bedingungen sind außergewöhnlich: geringe Investitionskosten, auf Wunsch Finanzierung, günstige Mietkonditionen, ruhige Lage in der Fußgängerzone, unmittelbare Nähe zum Parkhaus. Bitte wenden Sie sich an die beauftragte Firma, die gleichzeitig Bauherr ist:

Richard Hörli, Metallwarenfabrik, 8900 Augsburg 22, Postfach 30, Telefon (0821) 9 20 31, Telex 05 3728

Wir suchen

Ärztlichen Leiter für ein Kurheim

im Fichtelgebirge, das im September 1974 eröffnet wird.

In unserem Haus sollen auf der Basis biologischer Heilweisen vorrangig

Diät- und Fastenkuren - Hydrotherapie - Regenerationskuren verabreicht werden.

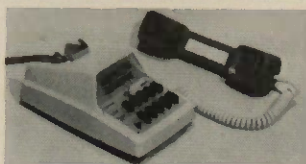
Das Sanatorium verfügt über 150 Betten, einer modernen medizinischen Bädereibteilung, Sauna, Kneippanlage, Hallenschwimmbad.

Wir bieten einen Dienstvertrag mit Liquidationsrecht bei allen Patienten.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf und Tätigkeitsnachweisen werden erbeten an

Kurhotel Alexandersbad GmbH, 8700 Würzburg, Merlin-Luther-Straße 2

ZODIAC-Wechselsprechanlage WS 20 (bis zu 20 Sprechstellen - 10 Gespräche gleichzeitig)



- Freisprecher und Telefon zugleich
- Jede Sprechstelle zugleich Hauptstelle
- Maximale Ausnutzung der Anlage durch Möglichkeit gleichzeitiger Gespräche
- Sperrschalter für ankommende Gespräche
- Zentrale Stromversorgung
- Optisches Besetztzeichen
- 1/2 Jahr Garantie

Fordern Sie Prospekt F 9 an!

Generelvertretung für Bayern

austerlitz electronic

8500 Nürnberg 1 - Postfach 606 -
Telefon (0911) *53 33 33 und 55 55 55