



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 10

Ärzte kandidieren für Landtag und Bezirkstag

Folgende Kandidaten wurden uns bekanntgegeben:

Landtag

Christlich-Soziale Union:

Dr. Georg **FUCHS**, Würzburg
Kinderarzt, Akademischer Rat

Wahlkreisliste Unterfranken,
Platz 111

Dr. Ernst Theodor **MAYER**, München
Nervenarzt, wiss. Assistent

Wahlkreisliste Oberbayern,
Platz 138

Sozialdemokratische Partei:

Dr. Wolf **CREFELD**, Mintraching
wiss. Assistent

Stimmkreis Freising / Wahlkreisliste Oberbayern,
Platz 230

Dr. Friedrich **CREMER**, Lengfurt
Allgemeinarzt

Stimmkreis Würzburg-Land / Wahlkreisliste Unterfranken,
Platz 201

Dr. Elisabeth **HAMANN**, Ingoistadt
Schulärztin

Stimmkreis Ingolstadt / Wahlkreisliste Oberbayern,
Platz 220

Freie Demokratische Partei:

Dr. Fritz **FLATH**, Altenmuhr
Allgemeinarzt

Stimmkreis Roth-Schwabach/Wahlkreisliste Mittelfranken,
Platz 302

Dr. Claus **HASSLINGER**, Starnberg
Augenarzt

Wahlkreisliste Oberbayern,
Platz 345

Georg **NIRRNHEIM**, Naila
Allgemeinarzt

Wahlkreisliste Oberfranken,
Platz 316

Dr. Paul **SCHAUDIG**, Weiden
Allgemeinarzt

Wahlkreisliste Oberpfalz,
Platz 314

Dr. Klaus **ZOBEL**, Lindau
Orthopäde

Wahlkreisliste Schwaben,
Platz 327

Bayernpartei:

Dr. Karl v. **BRENTANO-HOMMEYER**, München
Allgemeinarzt

Stimmkreis München-Stadt / Wahlkreisliste Oberbayern,
Platz 505

Dr. Wilhelm **DONLE**, München
Oberstarzt a. D.

Wahlkreisliste Oberbayern,
Platz 539

Dr. Rigolf **HENNIG**, Friedberg
Allgemeinarzt

Stimmkreis Aichach-Friedberg / Wahlkreisliste Schwaben,
Platz 504

Dr. Eduard **WILDENAUER**, Bamberg
Obermedizinaldirektor

Stimmkreis Bamberg-Land / Wahlkreisliste Oberfranken,
Platz 501

Bezirkstag

Christlich-Soziale Union:

Dr. Otto **SCHLOSSER**, Rosenheim
Internist

Bezirkstag Oberbayern,
Platz 107

Freie Demokratische Partei:

Dr. Jörg-Dieter **GURSKY**, Bernried
Assistenzarzt

Bezirkstag Oberbayern,
Platz 309

Dr. Dieter **SCHWEINGEL**, Bayreuth
Assistenzarzt

Bezirkstag Oberfranken,
Platz 322

Das Bayerische Krankenhausgesetz und die Krankenhausförderung in Bayern

von Dr. Herbert G e n z e l

(Schluß)

3. Ausgestaltung des Planungsverfahrens

a) Bei der Aufstellung des Krankenhausbedarfsplans und der jeweiligen Jahreskrankenhausbauprogramme erfolgt die Überprüfung der Bedarfsnotwendigkeit und der Bedarfsgerechtigkeit (18) eines bestehenden, betriebenen Krankenhauses oder einer sonstigen förderungsfähigen, bereits fachlich abschließend gebilligten Maßnahme nach § 9 Abs. 1 und Abs. 3 KHG von Amts wegen. Für die Aufnahme in diese Pläne bedarf es demnach keines Antrags des Trägers. Auch die entsprechenden Feststellungsbescheide ergehen grundsätzlich ohne Antrag (19). Zuständige Planungs- und Feststellungsbehörde ist das Sozialministerium (20).

Da die Jahresbauprogramme und Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus und deren Finanzierung (mehrjährige Programme) sowohl krankenhauserplanerische Gesichtspunkte als auch die finanziellen, haushaltsmäßigen Gegebenheiten zu berücksichtigen haben, werden sie g e m e i n s a m von der Planungsbehörde und dem Staatsministerium der Finanzen im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern aufgestellt. Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der mehrjährigen Programme sind nach § 6 Abs. 3 KHG die Krankengesellschaft des Landes sowie die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören (21).

Durch die Schaffung eines Planungsausschusses bei dem für das Krankenhauswesen zuständigen Fachministerium wird in Bayern, über die bundesrechtliche Regelung hinaus, eine institutionell abgesicherte Mitwirkung der wesentlich Beteiligten erreicht. Dabei obliegt dem Planungsausschuß nicht nur die Beratung der Krankenhausbedarfspläne und der mehrjährigen Programme, sondern auch der jeweiligen Jahresbauprogramme.

Die Beteiligung des Ausschusses hat neben der erstmaligen Aufstellung des Krankenhausbedarfsplanes auch bei jeder wesentlichen Änderung des Planes zu erfolgen. Die Einrichtung des Ausschusses hat sich, wie die Arbeiten zum Krankenhausbedarfsplan und die dabei gemachten bisherigen Erfahrungen zeigen, bewährt.

b) Voraussetzung der Förderung neuer lang- und mittelfristiger Maßnahmen von Krankenhäusern ist, daß das entsprechende Vorhaben in den Krankenhausbedarfsplan und in ein Jahresbauprogramm aufgenommen wird (22).

Hierfür ist ein Antrag des Trägers notwendig, da ihm die damit verbundene öffentliche Förderung nur bei einer Antragstellung gewährt werden kann. Rechts-

vorschriften über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Bedarfsplan und die Jahresbauprogramme sowie die Beteiligung der im Einzelfall betroffenen Gemeinden und Gemeindeverbände im Planungsverfahren sind nach dem BayKrG vorgesehen. Sie werden in Kürze ergehen.

c) Der Bundesgesetzgeber hat über die allgemeine Kennzeichnung der einzelnen Krankenhauspläne und ihre unterschiedliche Bedeutung als Förderungsvoraussetzung keine Regelungen über ihre inhaltliche Ausgestaltung getroffen. Sie stehen lediglich unter dem Erfordernis des KHG, zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähiger Krankenhäusern zu führen. Der Gesetzgeber hält die Krankenhausplanung im öffentlichen Interesse für notwendig zur Herbeiführung genügender leistungsfähiger Versorgungskapazitäten. Die Planungsnormen sollen nicht im Interesse des einzelnen Krankenhausträgers bestehen, sondern der Allgemeinheit.

Bundesrechtlich ist deshalb kein subjektiv-öffentliches Recht des einzelnen Trägers oder Bürgers auf bestimmte planerische Entscheidungen vorgegeben.

Ausgehend von dieser Rechtslage bestimmt das BayKrG, daß auf Aufstellung, Änderung und Aufhebung von Krankenhausplänen kein Rechtsanspruch besteht. Die Krankenhausplanung hat entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag dem öffentlichen Interesse zu dienen. Der Planungspflicht des Staates entspricht kein subjektiv verbindliches Recht der Krankenhausträger oder Dritter auf bestimmte Planungsmaßnahmen. Die Planungsbehörde übt ihre Planungspflicht im Rahmen des P l a n u n g s e r m e s s e n s aus.

Darauf, daß die Planungsbehörde die gesetzlichen Grenzen des Ermessens nicht überschreitet und von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechenden Weise Gebrauch macht, hat der einzelne, insbesondere der jeweilige Krankenhausträger, bei den ihn u n m i t t e l b a r betreffenden Planungsmaßnahmen ein subjektiv-öffentliches Recht. Insofern besteht unter der Voraussetzung der §§ 40, 42 ff VwGO auch die Möglichkeit einer verwaltungsgerichtlichen Nachprüfung (§ 114 VwGO).

d) Es besteht ein dringendes Bedürfnis, daß die Planungsbehörde nicht nur anhand eines förmlichen konkreten Prüfungsverfahrens, sondern allgemein über alle krankenhauserplanerisch bedeutsamen Baumaßnahmen, die beabsichtigte Einstellung des Betriebs oder die beabsichtigte Änderung der Aufgabenstellung eines Krankenhauses unterrichtet wird, um gesamtplanerisch entsprechende Vorkehrungen treffen zu können. Das BayKrG legt deshalb bestimmte Mitteilungs- und Auskunftspflichten fest (23).

4. Die Krankenhausförderung

a) Das KHG regelt im einzelnen die Voraussetzungen der Förderung sowie die einzelnen Förderleistungen. Für den Landesgesetzgeber besteht deshalb für eine Erweiterung der Förderung im Rahmen des KHG nur dort eine Möglichkeit, wo das Bundesrecht keine abschließende Regelung enthält.

Nach dem BayKrG können in einem unvorhergesehenen Fall bei Unaufschiebbarkeit der Wiederbeschaffung eines mittelfristigen Anlagegutes (24) auch ohne Aufnahme in das jeweilige Jahresbauprogramm Förderleistungen gewährt werden. Die besonderen Gegebenheiten des Krankenhauswesens verlangen es, daß in solchen Fällen die Förderbehörden nach pflichtmäßigem Ermessen gehalten sind, zur ungestörten Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebs rasch entsprechende Zuschüsse zu gewähren.

b) Bei den parlamentarischen Beratungen wurde die Frage, ob das BayKrG auch Regelungen über eine landesrechtliche Förderung der Personalwohnungen und Personalwohnheime und der Ausbildungsstätten für das nichtärztliche Krankenhauspersonal vorsehen soll, eingehend erörtert (25).

Investitionskosten für Personalwohnungen und Personalwohnheime sind nach dem KHG grundsätzlich nicht förderungsfähig (26). Personalwohnheime werden derzeit im Rahmen des Sozialen Wohnungsbaus in unzureichendem Maße gefördert. Die angespannte Haushaltssituation des Staates führte aber zu einer Ablehnung der entsprechenden Anträge.

Auch die Investitionskosten für Ausbildungsstätten sind nach dem KHG grundsätzlich nicht förderungsfähig. Für eine begrenzte Übergangszeit bis zum 31. Dezember 1978 ist aber nach dem KHG die Möglichkeit eröffnet, bestehende Ausbildungsstätten über den Pflegesatz zu finanzieren, sofern bisher tatsächliche Kosten hierfür in den Selbstkosten des Krankenhauses, die der Genehmigung oder Festsetzung der bisherigen Pflegesätze zugrunde lagen, enthalten waren (27). Schulen an Krankenhäusern für die Ausbildung und Weiterbildung des nichtärztlichen Personals unterfallen im übrigen dem Gesetz über das berufliche Schulwesen (GbSch) vom 15. Juni 1972 (28).

Wenn auch die systematische Zusammenfassung der gesamten Krankenhausförderung, einschließlich der entsprechenden funktionsnotwendigen Einrichtungen des Krankenhauses, im BayKrG zu wünschen gewesen wäre, so hätte dies zwangsläufig zu einer Änderung des GbSch führen müssen. Dies ist jedoch zunächst unterblieben.

Die Forderung nach der Einrichtung eines eigenen Sozialdienstes in jedem Krankenhaus löste bei den parlamentarischen Beratungen eine breite Diskussion aus (29). Eine Anzahl von Krankenhäusern verfügen über Sozialarbeiter oder einen eigenen So-

zialdienst. Es bestehen aber eine Reihe ungeklärter Fragen auf diesem Gebiet. Insbesondere ist die Koordinierung der medizinischen und sozialtherapeutischen Betreuung des Patienten sowie die Abgrenzung der entsprechenden Verantwortungsbereiche außerordentlich schwierig und generell normativ kaum regelbar. Das Bedürfnis nach einem eigenen Sozialdienst hängt weitgehend von der Größe des Krankenhauses und der Bevölkerungsstruktur eines Gebietes ab. Entscheidende Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit und damit die Wirksamkeit des Sozialdienstes im Krankenhaus ist neben der fachlichen Qualifikation der Sozialarbeiter und der organisatorischen Eingliederung die Frage, wie die nicht unerheblichen Kosten zu decken sind. Bezüglich der Investitionskosten ergibt sich, daß – soweit der Sozialdienst Rehabilitationsaufgaben wahrnimmt – eine Förderung im Rahmen des KHG nicht möglich ist. In welchem Umfang sie zu den Betriebskosten eines Krankenhauses zählen und damit als Selbstkosten des Krankenhauses über den Pflegesatz abzurechnen sind, ist noch nicht geklärt (30). Der Landtag lehnte deshalb die Einführung einer generellen Verpflichtung, für jeden Krankenhausträger einen Sozialdienst im Krankenhaus vorzuhalten, im gegenwärtigen Zeitpunkt ab.

c) Neben der Festlegung der Planungsbehörden war es geboten, auch die Zuständigkeit für das Förderverfahren im BayKrG zu bestimmen. Die aufgrund des Krankenhausbedarfsplanes und der Jahresbauprogramme nach dem KHG zu leistenden Fördermittel werden vom Finanzministerium im Einvernehmen mit dem Innen- und dem Sozialministerium bewilligt. Diese im Vergleich zu allen anderen Ländern einmalige Kompetenzaufspaltung zwischen Planungsentscheidungen und Bewilligung der Förderung kann nur dadurch gerechtfertigt werden, daß ein Teil der Fördermittel, nämlich der Kommunalanteil (Umlage und örtliche Beteiligung), im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs aufgebracht wird.

5. Ergänzende Bestimmungen zur wirtschaftlichen und medizinischen Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser

a) Die Erkenntnis, daß die erheblichen Kostensteigerungen im Krankenhaus in der Vergangenheit – und für die Zukunft werden sie nicht geringer sein – sowohl im Investitionsbereich als auch auf dem Betriebssektor die finanzielle Grundlage auch zukünftig in Frage stellen können, außerdem sowohl die öffentliche Förderung als auch die Pflegesätze unbeschränkt, ohne Beeinträchtigung des haushaltsmäßigen und volkswirtschaftlichen Gleichgewichts nicht erhöht werden können, haben den Gesetzgeber veranlaßt, verbindliche Grundsätze zur Krankenhausfinanzierung festzulegen. Der Kostendeckungsgrundsatz des KHG steht unter dem Vorbehalt der medizinischen und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einerseits und der sparsamen Wirtschaftsführung andererseits. Für die Förderung der Kosten der Errichtung

von Krankenhäusern wird ausdrücklich hervorgehoben, daß nur die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigten Kosten förderungsfähig sind.

Auch die Pflegesätze müssen auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und damit eine rationelle Versorgung durch die Krankenhäuser sichern.

Das Sozialministerium kann aufgrund des BayKrG Rechtsverordnungen erlassen, durch die näher bestimmt wird, unter welchen Voraussetzungen bei Investitionen die Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gewahrt sind. Die Erarbeitung von Richtwerten für die Investitionskosten in den einzelnen Funktions-, Pflege- und Wirtschaftsbereichen eines Krankenhauses, wird dabei die bisher in der Verwaltungspraxis üblichen, aber weitgehend als Berechnungsgrundlage überholten Bettenwerte ablösen.

b) In der Vergangenheit hat sich gezeigt, daß in Krankenhäusern nicht immer eine Anlagebuchführung betrieben wird, und daß in der Mehrzahl der Krankenanstalten auch keine Kostenstellenrechnung geführt wird. Damit läßt sich der betriebswirtschaftliche Status vieler Krankenhäuser nicht zutreffend aus der Buch- und Rechnungsführung entnehmen. Die ökonomische Lage der Krankenhäuser ist aber im Interesse einer Rationalisierung des Krankenhausbetriebs unabdingbar durchschaubarer zu machen. Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhäuser untereinander sind auch für die Patienten und Krankenhausträger von erheblicher Bedeutung. In Vorgriff auf eine entsprechende Rechtsverordnung des Bundes über Rechnungs- und Buchführungspflichten nach KHG sieht das BayKrG vor, daß bereits vor dem 1. Januar 1978 die Möglichkeit der Einführung der kaufmännischen Buchführung auch bei den kommunalen Krankenhäusern gegeben wird. Die Einfügung dieser Bestimmung (31) und entsprechende Regelung im Rahmen des kommunalen Haushaltsrechtes schaffen auch die Voraussetzung, daß alle Krankenhäuser den Verlustausgleich nach der BPfIV geltend machen können.

c) Nach dem Bayerischen Rettungsdienstgesetz (BayRDG) vom 11. Januar 1974 werden in den Rettungsdienstbereichen Rettungsleitstellen eingerichtet. Diese haben alle Einsätze des Rettungsdienstes in ihrem Bereich zu lenken und zur Ermöglichung dieser Tätigkeit einen Bettennachweis zu führen. Voraussetzung für dessen Wirksamkeit ist, daß die Krankenhausträger ihre freien Kapazitäten den Rettungsleitstellen melden. Das BayKrG ergänzt insoweit das BayRDG und ermächtigt die Staatsregierung, Meldepflichten einzuführen.

d) Die Datenverarbeitung im Krankenhaus wird in Zukunft immer größere Bedeutung erhalten. Durch sie wird die medizinische und wirtschaftliche

Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung erheblich gesteigert. Das setzt aber voraus, daß die Erfassung und die Verarbeitung der Daten im Krankenhaus zu vergleichbaren Ergebnissen führen. Dies ist aber nur bei einheitlichen Verfahren der Datenspeicherung und Datenverarbeitung zu erreichen. Die Staatsregierung wird deshalb durch Rechtsverordnung ermächtigt, die Krankenhausträger zu verpflichten, sich an gemeinschaftliche Einrichtungen (32) der Datenverarbeitung anzuschließen und die zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben benötigten medizinischen und wirtschaftlichen Daten aus dem Bereich der Krankenhäuser an die zuständigen Stellen weiterzuleiten. Im Interesse einer möglichst großen Flexibilität werden die Einzelheiten der mit dem Anschluß zusammenhängenden Fragen durch Rechtsverordnung geregelt werden.

Da die Datenverarbeitung im Krankenhaus wie in allen anderen Lebensbereichen zunehmende Bedeutung gewinnt, außerdem das im Entwurf vorliegende Datenschutzgesetz des Bundes den besonderen Bedürfnissen der Datenverarbeitung im Krankenhaus nicht gerecht wird, sah sich der Landesgesetzgeber veranlaßt, im BayKrG auch allgemeine Schutzbestimmungen vor Datenmißbrauch vorzusehen. Dies um so mehr, als der Eingang der Datenverarbeitung im Krankenhaus zu einer erheblichen Zunahme der Informationen über den einzelnen Patienten führt und damit den Grundrechtsschutz der Art. 1 und Art. 2 GG tangiert. Diese Umstände gebieten es dringend, die Betroffenen vor mißbräuchlicher Verwendung der Daten zu schützen, die sich auf seine persönlichen Verhältnisse beziehen und seine Identifizierung ermöglichen. Die Datenschutzbestimmungen stellen dabei eindeutig klar, daß sonstige aus anderen bundes- und landesrechtlichen Vorschriften sich ergebende Schweige- und Auskunftspflichten, etwa des Strafrechts oder Sicherheitsrechts, unberührt bleiben.

Nach der Grundsatzbestimmung dürfen vom Krankenhaus über einen Patienten Daten nur gespeichert werden, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben des Krankenhauses oder im Rahmen eines krankenhaussärztlichen Behandlungsverhältnisses (33) erforderlich ist. Dem Krankenhaus, das Daten über einen Patienten speichert, obliegt, dem Betroffenen auf Verlangen über Art und Inhalt der über ihn gespeicherten Daten Auskunft zu erteilen und mitzuteilen, an wen außerhalb des Krankenhauses solche Daten weitergegeben wurden. Die Auskunft kann von einem Arzt unter gewisser Voraussetzung beschränkt werden. Weiter besteht ein Anspruch auf Berichtigung falscher Daten. Dies bedeutet auch, daß in Fällen, in denen der Patient die Richtigkeit der Daten bestreitet und sich weder Richtigkeit noch Unrichtigkeit feststellen läßt, verlangen kann, daß den Daten ein entsprechender Hinweis hinzugefügt wird. Der Krankenhausarzt darf auf von ihm, d. h. in seinem Auftrag oder unter seiner Verantwortung, gespeicherte Patientendaten jeder-

**Muskelferspannungen lösen
entzündliche rheumatische
Reaktionen hemmen
Schmerzen lindern**

Mobilisin[®]



**nutzt die spezifischen
Eigenschaften
der Flufenaminsäure
ohne Magen
und Darm
zu belasten**

*Mobilisin Salbe
wärmt angenehm*

Zusammensetzung: N-(α,α,α -Trifluor-m-tolyl)-anthranilsäure 3,0 g, Aethylenglykolmonosalicylsäureester 2,64 g (entspricht Salizylsäure 2,0 g), Mucopolysaccharidpolyschwefelsäureester 0,2 g, Nicotinsäurebenzylester 1,0 g, Emulsionssalbegrundlage ad 100 g

Indikationen: Akute und chronische Formen rheumatischer Beschwerden, Weichteilrheumatismus, rheumatische Schmerzen, Myalgie, Cervicaisyndrom, Lumbalsyndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Epicondylitis, Tendovaginitis, Neuritis.

Hinweis: Mobilisin nicht mit der Schleimhaut und der Augenbindehaut, offenen Wunden oder ekzematös gereizter Haut in Berührung bringen.

Handelsformen und Preise: 40 g Salbe DM 6.85 100 g Salbe DM 14.65

zeit zurückgreifen. Damit erübrigt sich, daß der Krankenhausarzt zusätzlich zu den von ihm eingespeicherten Daten ein eigenes Krankenblatt führt. Für das Krankenhaus ergibt sich aber daraus die Verpflichtung, bei der Einspeicherung die Daten zu kennzeichnen, in wessen Auftrag oder unter wessen Verantwortung die Einspeicherung erfolgte. Für die Krankenhausverwaltung ist ein Zugriff oder eine Weitergabe von gespeicherten Patientendaten nur gestattet, soweit dies zur verwaltungsmäßigen Abwicklung der Behandlung des Patienten erforderlich ist. Im übrigen sind Zugriff und Weitergabe von Patientendaten, sofern dadurch ein Patient identifiziert werden kann, nur zulässig, wenn der Patient zustimmt und kein überwiegendes öffentliches Interesse an der Weitergabe entgegensteht. Inwieweit darüber hinaus ein Zugriff auf oder eine Weitergabe von Daten, etwa nach den Grundsätzen des übergesetzlichen Notstandes oder aus der Geschäftsführung ohne Auftrag im Einzelfall zulässig ist, soll der Rechtsprechung vorbehalten bleiben.

IV. Die innere Struktur der Krankenhäuser

Das moderne Krankenhaus ist ein Dienstleistungsbetrieb, bei dem eine Erhöhung der Effizienz der stationären Versorgung des Patienten im Vordergrund zu stehen hat. Voraussetzung hierfür ist die Herstellung einer gesicherten Finanzbasis auf der Grundlage einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung. Weiter wird das Krankenhaus seine Aufgabe im Rahmen einer planerischen Gesamtordnung auf Dauer nur erfüllen können, wenn organisatorisch die Grundlagen einer neuzeitlichen rationellen Betriebsführung eingehalten sind. Das von der Leistungsfähigkeit und vom Bedarf her zu fordernde Krankenhausmanagement wird unmittelbare Auswirkungen auf die Organisation und Leitungsstruktur im ärztlichen, pflegerischen Bereich und im Wirtschafts- und Verwaltungsdienst haben.

Da durch den allgemeinen Pflegesatz nach der BPfIV alle medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen für alle Patienten abgegolten werden und für die sonstigen gesondert berechenbaren Leistungen nach § 6 BPfIV (wozu neben der medizinisch nicht notwendigen besseren Unterbringung u. a. auch die Wahlleistung „besondere ärztliche Leistung“ gehört) die sogenannte mittlere Entkoppelung gilt, sind für den inneren Strukturbereich eines Krankenhauses bereits gewisse normative verbindliche Festlegungen getroffen (z. B. hinsichtlich der Privatstationen, Ausübung des Liquidationsrechts). Allerdings bereitet die Auslegung der Schutzklausel für Altverträge (§ 6 S. 5 BPfIV) vor dem 1. Juli 1972 der Verwaltungspraxis erhebliche Schwierigkeiten (34).

Für den Landesgesetzgeber, der für Regelungen der inneren Struktur die Gesetzgebungskompetenz besitzt, erhebt sich dabei die entscheidende Frage, ob neben Regelungen über die Krankenhausplanung und -förderung und unmittelbar damit zusammenhän-

gende Organisationseingriffe auch in die Leitungsstrukturen und die innere Gliederung eines Krankenhauses eingreifen will und damit anstelle der Eigenverantwortung des Krankenhausträgers die politische Verantwortung des Parlaments setzen will. Bisher besitzen Rheinland-Pfalz und Hessen entsprechende landesrechtliche Vorschriften (vgl. oben a. a. O.).

Abgesehen davon, daß gegen eine Reihe von Strukturregelungen dieser Gesetze verfassungsrechtliche Bedenken erhoben werden (35), ist es letztlich eine politische Wertentscheidung, ob generell oder in Verbindung mit der öffentlichen Förderung die Abschaffung des Liquidationsrechtes, die gesetzliche Einführung einheitlicher Grundsätze für Besuchszeit und Verpflegung, Einführung eines Patientenführers, kollegiale Leitungssysteme u. ä. normiert werden soll. Es entspricht der Grundkonzeption des BayKrG, die Fragen der inneren Struktur, die über Organisationsregelungen im Interesse der bedarfsgerechten Versorgung hinausgehen, der Selbstverantwortung und Selbstverwaltung der Krankenhausträger zu überlassen. Es wird damit eine innerstrukturelle Verstaatlichung des Krankenhauswesens, die sich angesichts der zahlreichen auch in Bayern laufenden verschiedenen Modelle entwickelungshemmend auswirken könnte, abgelehnt.

Entsprechend dem gesetzgeberischen Auftrag wird es Aufgabe des Bayerischen Krankenhausbeirats sein, alle im Zusammenhang mit der inneren Struktur der Krankenhäuser stehenden Fragen (36) zu beraten. Dabei sollen in diesem sachverständigen Gremium Richtlinien und Empfehlungen zur Ausgestaltung der inneren Struktur erarbeitet werden, die dann die Krankenhausträger nach Abstimmung mit den besonderen Belangen ihrer Einrichtung übernehmen sollen.

V. Schlußbemerkung

Das Krankenhauswesen befindet sich heute in einer Phase des Umbruchs, des Neubeginns. Bis die Bestimmungen des KHG, des BayKrG und der BPfIV voll zum Tragen kommen, wird es noch eines längeren Zeitraums bedürfen. Eine Reihe von bundes- und landesrechtlichen Verordnungen und Verwaltungsvorschriften werden notwendig sein, um einen wirkungsvollen, sachgerechten Vollzug der Krankenhausförderung sicherzustellen. Dabei wird eine Lösung der vielschichtigen Probleme, letztlich nur durch ein partnerschaftliches Zusammenwirken des Staates, der Krankenhausträger, der Sozialleistungsträger und aller am Krankenhauswesen beteiligten Gruppen, erreicht werden können.

Anmerkungen

18. Die Aufnahme eines Krankenhauses in die Bedarfspläne kann mit Nebenbestimmungen (Auflagen, Befristungen, Bedingungen) oder unter einem bestimmten Vorbehalt (z. B. Neuordnung) erfolgen. Damit kann nur ein beschränkter Vertrauenstatbestand entstehen, der den von der Verwaltungsrechtsprechung und Lehre entwickelten Anspruch auf Plangewährleistung mit der Folge einer Entschädigung nach Art. 14 GG bei Planänderungen nicht entstehen

- läßt (s. IPSEN, VV DStRL 1954, S. 129; OLOIGES, Grundlagen des Plangewährleistungsrechts 1970; BADURA, Wirtschaftsverfassung und Wirtschaftsverwaltung 1970, S. 109 und § 40 ff BBauG, insbes. § 44 BBauG; vgl. dazu BGHZ 50, 93).
19. Soweit keine Aufnahme erfolgte, kann ein Träger nach allgemeinen verwaltungsrechtlichen Grundsätzen einen Antrag stellen, der zu verabschieden ist.
 20. Eine Delegationsmöglichkeit einzelner Aufgaben an die Regierungen ist gesetzlich vorgesehen. Die Einrichtung einer Planungsbehörde ist nicht nur wegen der erforderlichen einheitlichen Gestaltung der Pläne, sondern auch zur Wahrnehmung der verschiedenen gesetzlichen Abstimmungsaufgaben auf Bundesebene geboten. Die Aufstellung, Fortschreibung und Ergänzung des Krankenhausbedarfsplanes erfolgt durch die Planungsbehörde im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen sowie nach Abstimmung mit den Staatsministerien der Finanzen und des Innern.
 21. Neben Trägerverbänden und Kassenverbänden auch die Bayerische Landesärztekammer. S. VO der Staatsregierung vom 30. Oktober 1973 (GVBl. S. 581).
 22. Während Teil II Abschnitt A des Bedarfsplanes die bedarfsnotwendigen Betten für Akutkranke in bereits bestehenden und betriebenen Krankenhäusern enthält und damit Grundlage für die Förderung der gesetzlich bestimmten Leistungen ist (§§ 10, 12, 19 Abs. 2 KHG), erfolgt die Aufnahme von Maßnahmen nach § 9 KHG in Teil II Abschnitt B. Sobald die Maßnahme in Betrieb genommen wird und damit auch die laufende gesetzliche Förderung einsetzt bzw. Auswirkungen auf diese hat, z. B. Neubau eines Krankenhauses, Bettenerweiterung, Änderung der Fachrichtung, erfolgt von Amts wegen die Übernahme in Teil II Abschnitt A.
 23. Die in Art. 8 Abs. 1 genannten Normadressaten (alle Staatsbehörden, Gemeinden, Gemeindeverbände und sonstige einer Aufsicht des Freistaates Bayern unterstehenden Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts) haben dabei von sich aus tätig zu werden, im übrigen besteht eine Auskunftspflicht gegenüber den Planungsbehörden nur auf Verlangen.
 24. Eine solche Vorschrift ist vor allem deshalb notwendig, weil das Jahresbauprogramm bis spätestens 1. Oktober eines jeden Jahres für das darauf folgende Jahr aufzustellen ist. Zu diesem Zeitpunkt wird aber noch nicht in allen Fällen vorherzusehen sein, ob und in welchem Umfang die Wiederbeschaffung eines mittelfristigen Anlagegutes im folgenden Jahr erforderlich sein wird, so daß in Einzelfällen erste Notsituationen auftreten könnten, wenn hierfür keine Fördermittel gewährt werden. Für die Ergänzung eines mittelfristigen Anlagegutes, soweit diese nicht über die übliche Anpassung an die medizinische und technische Entwicklung wesentlich hinausgeht (§ 9 Abs. 4 KHG) gilt das gleiche.
 25. S. Gutachtliche Stellungnahme des Bayerischen Senats zu Art. 35, Art. 36, SPD-Entwurf, Drs. 5747 (SenDrs. 40/74).
 26. Außer Personalräumlichkeiten, Bereitschaftsräume, Hausmeisterwohnung u. ä. (vgl. § 4 Abs. 3 Nr. 8 KHG).
 27. Neue Ausbildungsstätten können damit nicht gefördert werden; ebenso nicht die Erweiterung bestehender Einrichtungen.
 28. Den kommunalen Schulträgern werden Lehrpersonalzuschüsse, Gastzuschülerzuschüsse sowie Finanzhilfen zu Baumaßnahmen im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs gewährt. Die privaten Schulträger erhalten Lehrpersonalzuschüsse sowie Zuschüsse und verbilligte Darlehen zu Baumaßnahmen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.
 29. Aufgabe des Sozialdienstes im Krankenhaus ist u. a., die durch Krankheit oder Unfall gestörten Beziehungen des Patienten zu Familie, Beruf und Gesellschaft zu normalisieren und bei der Beseitigung psychosozialer Krankheitsursachen mitzuwirken. Der Sozialdienst berät den Patienten in sozialen und sonstigen persönlichen Fragen, leitet gegebenenfalls soziale und materielle Hilfe ein. Auch die Aufrechterhaltung der Verbindung des Patienten zu Familie und Beruf während der Dauer der Krankheit, wie überhaupt die Mitwirkung bei der beruflichen und sozialen Rehabilitation des Kranken, gehört zu seinen Aufgaben (s. Richtlinien der Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V. Mainz).
 30. Eingang in die Selbstkosten nach § 18 BpflV finden bisher im Rahmen der Personalkosten als sogenannte Sonderdienste die Kosten für Sozialarbeiter in angemessenem Umfang.
 31. In den parlamentarischen Beratungen wurde dies von den kommunalen Spitzenverbänden und der Bayerischen Krankenhausgesellschaft gefordert (s. auch Empfehlung des Bayerischen Senats, SenDrs. 40/74).
 32. Die Einrichtung eines einheitlichen staatlichen Datenverarbeitungssystems für alle Krankenhäuser wäre unzulässig. Bei kommunalen Trägern soll der Anschluß an die Gemeinschaftseinrichtungen nach Art. 14 des Gesetzes über die Organisation der elektronischen Datenverarbeitung im Freistaat Bayern – EDVG – vom 12. Oktober 1970 (GVBl. S. 457) erfolgen. Im übrigen wird die Entwicklung auf diesem Gebiet zeigen, welche geeigneten Einrichtungen, insbesondere für freigemeinnützige und private Träger, zur Verfügung stehen.
 33. Bedeutsam ist dies beim sogenannten gespaltenen Krankenhausvertrag.
 34. S. u. a. WEISSAUER, Entkoppelung und Besitzstandswahrung, in: Der Krankenhausarzt, 1974, S. 39 ff. SCHMATZ, Krankenhausprobleme in Bayern, in: Der Krankenhausarzt, 1974, S. 54 ff.
 35. Vgl. MAUNZ, Die Verfassungsmäßigkeit von Krankenhausfinanzierungsgesetzen der Länder, Rechtsgutachten Schriften der DKG Nr. 8; derselbe Rechtsgutachten über das Krankenhausreformgesetz des Landes Rheinland-Pfalz vom 14. November 1973.
 36. Vgl. auch die Modellvorstellungen der DKG (moderne Krankenhausstrukturen), Düsseldorf, Mai 1973.

Ansch. d. Verf.: Ministerialrat Dr. Herbert Genzel, 8000 München 40, Kurwenalstraße 3

Entwicklung, Möglichkeiten und Grenzen der Herzchirurgie*

von R. Zenker

Die heutige feierliche Eröffnung des Herzzentrums gibt Gelegenheit, Überblick und Einblick in die Entwicklung und den heutigen Stand der Herzchirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in Deutschland zu geben.

Bis in den Anfang der vierziger Jahre unseres Jahrhunderts war die Behandlung von Herzkrankheiten die Domäne der Inneren Medizin. Zwar wurde bereits Ende des letzten Jahrhunderts, als unter der Autorität BILLROTHs das Herz für den Chirurgen noch als ein „noli me tangere“ galt, eine entscheidende Bresche für die Herzchirurgie geschlagen, als Ludwig REHN in Frankfurt 1896 die erste erfolgreiche Naht einer Stichverletzung des Herzens bei einem jungen Mann gelang,

dessen Leben er damit rettete. Weitere Marksteine des Beginns der Herzchirurgie waren dann die ersten erfolgreichen Operationen eines Panzerherzens durch Beseitigung von Herzbeutelchwelen 1912, wieder durch Ludwig REHN, und 1913 mit einer nachhaltigen Heilung durch SAUERBRUCH, damals in Zürich; weiterhin sind zu nennen: der Ausbau dieser sogenannten Perikardektomie in Deutschland nach 1918 durch den Internisten Franz VOLHARD in enger Zusammenarbeit mit dem Chirurgen Viktor SCHMIEDEN in Halle und später in Frankfurt sowie in den USA durch Claude BECK in Cleveland und – als eine besondere Pionierarbeit – die erste erfolgreiche Sprengung einer verengten Mitralklappe des Herzens bereits 1925 durch den Engländer SOUTTAR, womit bei diesem häufigen und so deletären rheumatischen Herzklappenfehler die Lungenstauung beseitigt und die Bildung und Verschleppung von Blutgerinnsel verhütet

*) Festvortrag, gehalten bei dem Festakt aus Anlaß der offiziellen Eröffnung des Deutschen Herzzentrums München am 3. April 1974 im Antiquarium der Residenz München.

Zum Thema

Gicht, Hyperurikämie

Vorläufer der Gicht

Frühzeitiges Erkennen und rechtzeitiges Behandeln der Hyperurikämie verhindern Gicht und Gichtnieren und schalten einen wesentlichen Risikofaktor auf dem Weg zum Herzinfarkt aus.

Deshalb:

Harnsäure quantifizieren mit

Urica-quant[®]

enzymatischer Farb-Test

Zur Diagnose der Hyperurikämie und zur Therapiekontrolle
Spezifisch:

■ Nur die Harnsäure wird erfaßt; ohne die Störungen und Fehler der Reduktionsmethoden.

Einfach:

■ Keine Enteiweißung, nur wenige Pipettierungen, gut geeignet auch für Serienbestimmung und Mikraliter-Technik, Messung bei Hg 405 nm (405–415 nm).

Zuverlässig:

■ Ausgezeichnete Übereinstimmung mit der Uricase-Methode; gesicherte Normalwerte durch Untersuchung eines großen Kollektivs.

Sicher:

■ Qualitätskontrolle mit Precilip, dem Kontrollserum auch für die Harnsäurebestimmung mit Urica-quant.

Weitere Informationen in der Testfibel

Testkombination Urica-quant 50 Tests, Best.-Nr. 15865

Testkombination Urica-quant 180 Tests, Best.-Nr. 15866

Ein diagnostischer Fortschritt für Klinik und Praxis

Harnsäure senken mit

Urosin[®]

Allapurinal

Urosin senkt erhöhte Harnsäurewerte zur Norm durch Hemmung der Harnsäure-Synthese.

Das bedeutet:

- verminderte Harnsäurebildung
- verringerte Harnsäureausscheidung
- Schonung der Niere.

Bei Hyperurikämie:

Urosin verhindert Uratablagerungen – auch in den Nieren; Urosin verhindert die Manifestation der Gicht.

Bei manifester Gicht:

Urosin beseitigt Uratablagerungen in Gelenken und Bindegewebe, d. h.:

- Tophi werden abgebaut
- Anfallshäufigkeit wird vermindert
- Dauerbehandlung schützt vor neuen Anfällen.

Durch die Beseitigung der Uratablagerungen in den Nieren wird die Nierenfunktion verbessert.

Bei 90% der Gichtkranken sind die Nieren geschädigt.

Urosin auch bei Niereninsuffizienz

Urosin

Indikationen:

Behandlung und Prophylaxe der Urikopathie, Hyperurikämie und Gicht jeder Genese, Harnsäuresteine.

Dosierung:

Mittlere Anfangsdosis: 3-4x1 Tablette pro Tag. In schweren Fällen bis zu 4x2 Tabletten pro Tag. Erhaltungsdosis nach Abbau der Harnsäure-depots: 2-3x1 Tablette pro Tag. Die Tabletten sollen mit reichlich Flüssigkeit nach den Mahlzeiten eingenommen werden.

Zusammensetzung:

1 Tablette enthält: 100 mg 1 H-Pyrazolo [3,4-d] pyrimidin-4-ol = Allapurinal

Kontraindikationen:

Während der Schwangerschaft und Stillzeit darf Urosin nicht eingenommen werden.

Nebenwirkungen:

Vereinzelt können zu Beginn der Behandlung Hauteruptionen, evtl. mit Temperaturerhöhung, Juckreiz, Leukopenie, Eosinophilie und Gelenk-

beschwerden auftreten. Dann sollte Urosin abgesetzt werden. Beim Auftreten von gastrointestinalem Unverträglichkeiten (Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Leibscherzen), Benommenheit, Kopfschmerzen, Metallgeschmack kann nach Reduzierung der Dosis die Medikation häufig fortgesetzt werden.

Hinweise:

Bei manifester Gicht können zu Beginn der Behandlung Gichtanfälle auftreten, daher empfiehlt sich in diesen Fällen die prophylaktische Gabe von Colchicin in subklinischen Dosen.

Bei Gichtnieren und Harnsäuresteinen soll die tägliche Urinmenge während der Zeit der erhöhten Harnsäure-Ausscheidung mindestens 2 Liter betragen. Zusätzlich sind neutralisierende Maßnahmen notwendig.

Für Ihre Verordnung:
OP mit 50 Tabletten DM 37,20
AP mit 250 Tabletten

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt vom Dezember 1972, auch informiert Sie gern unser Mitarbeiter im wissenschaftlichen Außendienst.

werden konnte. Diese Eingriffe waren aber nur erste tastende, wenn auch klar durchdachte, mutige Versuche, intern-medizinisch nicht beeinflussbare Herzkrankheiten durch operative Maßnahmen zu bessern. Den entscheidenden Durchbruch der Herzchirurgie brachte aber erst ein tieferes Verständnis der krankhaften Veränderungen und der Funktion des Herzens und die Entwicklung von Techniken zur Operation am blutleeren Herzen. Bis dahin war es ein weiter Weg.

In den USA gab es Ende der dreißiger und Anfang der vierziger Jahre, in denen jener Kontinent noch in Ruhe und tiefem Frieden arbeiten konnte, hauptsächlich zwei Zentren, an denen die Diagnostik, vor allem der angeborenen Herzfehler, und die Forschung über die Physiologie und Pathophysiologie des Herzens vorangetrieben wurden, nämlich die John-Hopkins-Universität in Baltimore und das Bellevue-Hospital in New York, vorbildliche Stätten klinisch-wissenschaftlicher Arbeit. Zunächst stellte Maude ABBOTT auf Anregung ihres Lehrers William OSLER, des bedeutenden amerikanischen Klinikers, auf der Basis von mehr als eintausend, in ganz USA gesammelten Fällen den Zusammenhang von klinisch erkennbaren und pathologisch anatomischen Befunden her und schuf damit eine heute noch gültige Klassifizierung der angeborenen Herzfehler. Zu gleicher Zeit bemühte sich die Kinderärztin Helen TAUSSIG intensiv um eine Verbesserung der Erkennung der Herzfehler im Kindesalter. Ihre Erkenntnisse über die Ursachen der Zyanose bei den sogenannten blue babies veranlaßten den Chirurgen im selben Hospital Alfred BLALOCK Ende 1944 zu der von ihm erdachten Operation zur Korrektur eines besonders schweren zyanotischen Herzfehlers, der FALLOTschen Tetralogie. Hierbei wird eine herznahe Körperschlagader – zumeist die Unterschlüsselbeinarterie – in die Lungenschlagader gepflanzt, so daß ein Teil des venösen Blutes nochmals durch die Lungen zirkuliert und vermehrt mit Sauerstoff angereichert – oxygeniert – wird. Dieser lebenserhaltende Eingriff korrigiert den komplexen Herzfehler zwar nicht anatomisch, sondern nur seine funktionelle Auswirkung, die Blausucht; er besserte den Zustand dieser äußerst schwerkranken Kinder aber so entscheidend, daß diese BLALOCK-TAUSSIG-Operation damals der Herzchirurgie und nicht zuletzt der klinischen Herzforschung einen mächtigen Aufschwung gab. Die von dem Engländer SOUTTAR – wie erwähnt – bereits 1925 empfohlene Sprengung einer krankhaft verengten Mitralklappe mit dem in das Herz eingeführten Zeigefinger wurde 1945, also 20 Jahre später, in den USA und in England wieder aufgenommen und gab Anlaß zur Anwendung auch bei angeborenen und erworbenen Verengungen der Lungenschlagaderklappen und der Aortenklappen, chirurgische Eingriffe, die an die Namen BAILEY, HARKEN und GLOVER in den USA, und BROCK und HOLMES SELLORS in England geknüpft sind.

Bevor ich auf die dramatische Entwicklung der Chirurgie am offenen Herzen während der vergangenen zwanzig Jahre eingehe, muß die Entdeckung des Herzkatheterismus erwähnt werden. Der geniale, 1929 seiner Zeit weit vorauseilende Vorschlag FORSSMANNs, das Herz zu katheterisieren, „um möglichst wirksame Mengen von Medikamenten unmittelbar und schnell dem Herzmuskel zuzuführen und um Funktion und Stoffwechsel des Herzens zu studieren“, konnte erst ausgewertet werden, als verschiedene technische Voraussetzungen gegeben waren, wie entsprechend weiltumige, druckstabile aber doch flexible Herzkatheter, die eine schnelle Injektion von Kontrastmittel zur Röntgendarstellung der Herzhöhlen ermöglichten, und elektronische Geräte zur fortlaufenden Registrierung der Druckwellen im Herzen und zur Bestimmung der Atemgase, Methoden, deren sich um 1941 COURNAND und RICHARDS am Bellevue-Hospital in New York bedienten. Für ihre hierdurch ermittelten wesentlichen und neuen Erkenntnisse über die Dynamik des Herzens wurde ihnen zusammen mit FORSSMANN 1957 der Nobelpreis für Medizin und Physiologie zuerkannt. – In Deutschland hat sich nach dem Zweiten Weltkrieg der Röntgenologe JANKER in Bonn – früher auch in München unter dem Chirurgen v. REDWITZ – große Verdienste um die kinematographische Röntgendarstellung des Herzens erworben. Ihr kommt heute durch die Aufzeichnung der Bewegungsabläufe der einzelnen Herzabschnitte im Film, um die sich in München Konrad BÖHLMAYER, der Kinderkardiologe am Hauner'schen Kinderspital und jetzt am Herzzentrum, erfolgreich und vom Ausland anerkannt bemühte, eine überragende Bedeutung in der anatomischen und funktionellen Diagnostik von Herzfehlern zu. Bemerkenswert sei, daß die verschiedenen technischen Methoden zur Untersuchung des Herzens – außer dem erwähnten Herzkatheterismus, vor allem die Phonokardiographie und die Ultraschallverfahren, in letzter Zeit die Durchblutungsmessungen mit radioaktiven Stoffen – zu neuer und besserer Deutung alter klassischer klinischer Befunde beigetragen haben und so die klinische Diagnostik mit einfachen Mitteln äußerst befruchteten.

Auf den dargelegten diagnostischen Grundlagen und auf den genaueren Erkenntnissen über die verschiedenartigen Herzerkrankungen hat sich nach und nach die moderne Herzchirurgie entwickelt, von der eine äußerst subtile Operationstechnik gefordert wurde. Sie war aber nur möglich, wenn es gelingen würde, am stillstehenden und blutleeren Herzen zu hantieren, ein Gedanke, der vor etwa 30 Jahren noch an Hybris grenzte, aber bald verwirklicht werden sollte. Zwei Wege schienen gangbar, die ziemlich gleichzeitig beschritten wurden. 1950 veröffentlichte W. G. BIGELOW, Toronto, die Ergebnisse seiner langjährigen Experimente über die Senkung der Körpertemperatur, die darin gipfelten, daß es infolge der Drosselung des Stoffwechsels in Hypothermie – in Unterkühlung – von 28 Grad möglich sei, den Kreislauf durch Abklem-

men der das Blut zum Herzen leitenden Hohlvenen für sechs bis acht Minuten zu unterbrechen, d. h., den Kreislauf total stillzulegen, ohne daß besonders die gegen Sauerstoffentzug empfindliche Hirnsubstanz geschädigt würde. Einige Jahre später 1952/53 gelangen dann BIGELOW, SWAN und LEWIS in Kanada und den USA die ersten erfolgreichen Korrekturen angeborener Herzfehler am offenen Herzen in Unterkühlung. In Deutschland griff DERRA, Düsseldorf, mit seinem Anästhesisten ZINDLER bereits 1953/54 das Verfahren der Hypothermie auf und leitete damit bei uns die Epoche der modernen Herzchirurgie ein, die durch seinen Vorgänger in Düsseldorf E. K. FREY – meinem verehrten Vorgänger in München – mit der ersten Ductus BOTALLI-Operation begonnen worden war.

Der andere Weg, am offenen Herzen zu operieren, der zunächst geradezu abenteuerlich schien, wurde mit der Ableitung des gesamten Blutes vom Herzen und dem Ersatz seiner Pumpleistung und gleichzeitig der Atmungsfunktion der Lungen durch Maschinen beschritten. Zwar hatte ein solches Verfahren Vorläufer: so bastelte sich der Pharmakologe Carl JACOBY, Tübingen, bereits Ende des letzten Jahrhunderts als junger Forscher in dem weltberühmten SCHMIEDEBERG'schen Pharmakologischen Institut in Straßburg eine Herz-Lungenmaschine, um die Funktion von Organen außerhalb des Körpers und unabhängig vom Einfluß des Nervensystems zu studieren. Das Blut machte er durch selbstzubereiteten Blutegelextrakt – was lag für einen Pharmakologen näher – unge-rinnbar. Ein anderer Apparat wurde einige Jahrzehnte später (1931) im Pharmakologischen Institut Heidelberg von dem nachmaligen Basler Internisten Hans STAUB zur experimentellen Erforschung des Stoffwechsels isoliert durchströmter Organe, wie der Leber, konstruiert. Diese Apparate oxygenierten freilich nur geringe Mengen Blut, und die Forscher dachten bei weitem nicht an die Übernahme der gesamten Herz-Lungenfunktion durch eine Maschine.

Zielgerichtet, zum Zweck der Entfernung verschleppter, häufig den Tod verursachender Blutgerinnsel aus den Lungenschlagadern – der sogenannten Embol-ektomie, einem Eingriff, der von TRENDELENBURG in Leipzig 1907 ausgearbeitet und empfohlen wurde, der aber erst 1924 meinem Lehrer KIRSCHNER, damals in Königsberg, glückte – begann bereits 1934 GIBBON in Boston, später in Philadelphia, einen Pumpoxygenator – eine Herz-Lungen-Maschine – zu konstruieren. 1937 konnte GIBBON über die erfolgreiche Ausschaltung von Herz und Lunge im Experiment durch Umleitung des Blutes aus den Hohlvenen und durch künstliche Arterialisierung – auch Oxygenierung genannt – mit Hilfe seines Apparates berichten. Verschiedenste Umstände, nicht zuletzt der Zweite Weltkrieg, in den schließlich auch die USA verwickelt wurden, stoppten die Versuche GIBBONS, die er aber nach dem Krieg wieder aufnahm mit dem Ergebnis,

Ende 1953 zum ersten Mal einen Herzfehler – eine angeborene Vorhofscheidewandlücke – im extrakorporalen Kreislauf erfolgreich zu korrigieren. Die vielen Jahre der Forschung, die GIBBON benötigte, um mit seiner Herz-Lungen-Maschine eine Herzoperation am Menschen wagen zu können, zeugen dafür, wie schwierig es war, Schritt für Schritt Techniken zu entwickeln, um eine einigermaßen normale Pumpleistung des Herzens und eine ausreichende Arterialisierung des Blutes durch eine Maschine zu erbringen.

Die Idee von GIBBON zu verwirklichen, haben sich etwa zur gleichen Zeit zahlreiche Kliniker, Chirurgen und Physiologen bemüht: So hat unser Münchener Internist Herbert SCHWIEGK während des Zweiten Weltkrieges (1940) in Berlin mit einem nach GIBBON konstruierten Apparat zeigen können, daß eine künstliche Durchblutung von Hunden prinzipiell möglich ist, und daß es damit gelingt, bis zu 15 Minuten nach dem „klinischen Tod“ durch Entblutung Atmung und Herztätigkeit wieder in Gang zu bringen. Auf Anregung von CRAFOORD, Stockholm, der schon 1946 mit dem Ingenieur ANDERSEN eine Herz-Lungen-Maschine angefertigt hatte, berichtete sein Schüler BJÖRK 1948 über einen Oxygenator, in dem rotierende Scheiben das Blut aufnehmen, das nach und nach durch die Sauerstoffatmosphäre oxygeniert wird. Dieser Disc-Oxygenator wurde nach 1956/58 von den Amerikanern KAY und CROSS verbessert und ist noch heute eine der sichersten künstlichen Lungen. CRAFOORD und SENNING, Stockholm, konstruierten dann einen Walzenoxygenator, der eine größere Oberfläche besitzt und mit dem sie 1954 in Skandinavien die erste, in der Welt die zweite erfolgreiche Herzoperation in extrakorporaler Perfusion – nämlich die Entfernung einer Geschwulst aus dem linken Vorhof – ausführten. SENNING, Stockholm-Zürich, verdankt die Herzchirurgie – das sei hier schon hervorgehoben – wichtige pathophysiologische Erkenntnisse und operativ-technische Hinweise. Für den täglichen Gebrauch zwar nicht bewährt hat sich der Schnecken-Oxygenator des Physiologen JONGBLOOD, Utrecht, dessen Vorführung auf dem ersten für Deutsche zugänglichen Internationalen Chirurgenkongreß in Paris 1951 mich aber sehr beeindruckte und dazu anregte, das Problem des extrakorporalen Kreislaufes mit meinen Schülern HEBERER, BORST, BEER und GEHL in Marburg zunächst in unser wissenschaftliches, später klinisches Programm aufzunehmen. Oxygenieren diese Herz-Lungen-Maschinen, indem das venöse Blut auf verschiedene Weise zu einem dünnen Film ausgebreitet und durch eine Sauerstoffatmosphäre geleitet wird, so wendete LILLEHEI, Minneapolis, ein anderes Prinzip an, nach dem Sauerstoff in das Blut geblasen wird, was allerdings Schaum erzeugt, der durch entschäumende Maßnahmen und Stoffe wieder entfernt werden muß. So wenig der Natur ähnlich dieses Verfahren ist, so hat es sich doch in moderner Form als Ein-

mal-Oxygenator und in Verbindung mit der Unterkühlung des Organismus und der Verdünnung des Blutes mit Glukoselösung, worüber meine Schüler BORST, jetzt Hannover, sowie SCHAUDIG und SEBENING in Deutschland grundlegend gearbeitet haben, als wichtigste Methode der extrakorporalen Perfusion bei Operationen am offenen Herzen erwiesen.

Die schonendste Oxygenation ermöglicht zweifellos der Membranoxygenator, in dem Sauerstoff nicht direkt mit dem Blut in Verbindung gebracht wird, sondern ähnlich wie in den Lungenbläschen durch die Poren einer Membran.

Dieser bisher physiologischste Oxygenator ist praktisch erst jetzt verwendbar, nachdem die Kunststoffindustrie zunehmend geeignetere Membranen herstellt und nachdem durch entsprechende Konstruktionen die Kontaktzeit des Blutes optimiert werden kann. Mit dem Membranoxygenator ist es zum ersten Mal gelungen, bei Ausfall der Lungen infolge massiver Lungenentzündung Patienten mehrere Tage mit Sauerstoff zu versorgen und schließlich am Leben zu erhalten ohne Zurückbleiben von Schädigungen.

Mit dem Rüstzeug der Herz-Lungen-Maschinen und mit mannigfachen Techniken wie künstlicher Herzstillstand, isolierter Durchströmung der Herzkranzgefäße, Kühlung des Herzens und nicht zuletzt mit Hilfe einer verfeinerten Anästhesie sowie intensiver postoperativer Beobachtung und Pflege, können heute Eingriffe am Herzen mit einer Sicherheit und Präzision durchgeführt werden, wie sie noch vor kurzem unvorstellbar waren. Nur einige Beispiele sollen angeführt werden.

So ist die schon erwähnte FALLOTsche Tetralogie heute auch bei kleinen Kindern vollständig, d. h. durch Verschluss des Defektes zwischen den beiden Herzkammern und durch Erweiterung der Blutstrombahn in die Lungen, korrigierbar, so daß sich die Kinder normal entwickeln und leistungsfähig werden. Mein Schüler KLINNER hat das Verdienst, diese von LILLEHEI in Minneapolis angegebene Operation in Deutschland durch stete Verbesserung der Operationstechnik in hohem Grad vervollkommenet und bisher bei über 600 Kindern mit zunehmend geringerem Risiko durchgeführt zu haben.

Ein weiterer Eingriff bei schwerem angeborenem Herzfehler, der neben der Erfahrung des Operateurs des Einsatzes aller technischen Möglichkeiten bedarf, ist die Blutumleitungsoperation nach MUSTARD, Toronto, und die nach SENNING bei der sogenannten Transposition der großen Herzgefäße. Diese äußerst schwierige Operation ist KLINNER und SEBENING in Deutschland zum ersten Mal gelungen.

Unter den erworbenen Herzerkrankungen bieten die rheumatisch und entzündlich bedingten Herzklappenfehler noch immer Probleme. Hier zeigte sich auch, wie biologisches und mechanisches Denken oft in Widerstreit liegen. Beim Herzklappenersatz, wie er bei hochgradiger Verkalkung und Zer-

störung der Herzklappen häufig erforderlich ist, scheint trotz mancher theoretischer Vorzüge des organischen Materials, wie Faszie oder homologer und heterologer Klappen, der künstlichen mechanischen Klappe bei längerer Beobachtungsdauer der Vorrang zu gebühren, zumal sie zunehmend blutfreundlicher konstruiert werden konnte.

In der Behandlung der Durchblutungsstörungen des Herzmuskels – des Herzinfarkts und der Angina pectoris – ist der Chirurgie eine neue Aufgabe zugefallen. Aus operativen Maßnahmen, dem Herzmuskel über künstlich erzeugte Kapillaren vermehrt Blut zuzuführen, die in den dreißiger Jahren von Claude BECK in den USA angegeben wurden und in Deutschland bereits damals von LEZIUS, einem Schüler KIRSCHNERS, experimentell auf ihre Wirksamkeit geprüft wurden, hat sich zunächst die Einpflanzung einer Brustwandarterie in die kreislaufgestörte Herzmuskulatur nach VINEBERG, Montreal, entwickelt und schließlich die gezielte Arterialisierung des Herzmuskels durch Überleitung des Blutstroms aus der Aorta mittels eines Venen- oder Arterientransplantats in die Herzkranzgefäße. Diesen Eingriff hat in Deutschland mein Schüler HEGEMANN, Erlangen, mit seinen Mitarbeitern eingeführt und ihm Anerkennung verschafft. Voraussetzung für diese Operation, zu der auch eine Herz-Lungen-Maschine erforderlich ist, ist die genaue selektive Röntgenkontrastdarstellung des Herzkranzgefäß-Systems nach Mason SONES, Cleveland, die in München frühzeitig von RUDOLPH – früher II. Medizinische Universitäts-Klinik, jetzt Herzzentrum – und von BLÖMER und Mitarbeitern – I. Medizinische Klinik der Technischen Universität – aufgenommen wurde.

Hiermit möchte ich die Beispiele aus der Herzchirurgie der Gegenwart abschließen und mich der Herzchirurgie der Zukunft zuwenden. Sie kann nicht so stürmisch verlaufen wie in den vergangenen 20 bis 30 Jahren. Zunächst gilt es, die Herzchirurgie durch wahrscheinlich sehr mühsame Kleinarbeit weiter auszubauen, um Durchführung und Ergebnisse der Eingriffe noch sicherer und physiologischer als bisher zu gestalten, was besonders auch der Korrektur angeborener Herzfehler im Säuglingsalter zugute kommen wird.

Das Hauptproblem der Zukunft scheint mir zu sein: der teilweise oder vollständige Ersatz der Pumpfunktion des Herzens über eine gewisse Zeit oder für dauernd. Die maschinelle Unterstützung der Herztätigkeit während eines Schocks infolge ausgedehnten Herzinfarkts hat in einigen Kliniken bereits Erfolge gebracht. Auch die Exzision von Infarktbezirken und von Herzwandaneurysmen, die die volle Kontraktion besonders der linken Herzkammer beeinträchtigen, ist möglich.

Große Hindernisse bietet noch der über längere Zeit wirksame vollständige Ersatz des Herzens, sei

es durch Transplantation eines Herzens oder durch ein künstliches mechanisches Herz.

Die von SHUMWAY und LOWER in Stanford, USA, in allen Einzelheiten im Experiment ausgearbeitete Herztransplantation, die dann bekanntlich von BARNARD in Kapstadt am 3. Dezember 1967 am Menschen gewagt wurde, hat trotz zahlreicher — vor allem anfänglicher — Fehlschläge auch heute ihre Berechtigung bei hochgradiger ausgedehnter Zerstörung des Herzmuskels, besonders jugendlicher Herzkranker. Lebten doch 40 von 200 Operierten — Todgeweihten —, also 20 Prozent, nach der Herztransplantation länger als ein Jahr und 22 Operierte länger als zwei Jahre. Fünf Operierte leben seit fünf Jahren und sind teil- oder vollberufsfähig. Wenn auch diese ersten Ergebnisse denen der Behandlung schwerster Krebsformen kaum nachstehen, so wird die Herztransplantation aber auf breiter Basis erst von Nutzen sein, wenn es der Forschung gelingt, die Immunabwehrreaktionen des Empfängers besser zu zügeln als bisher. Dann müßten auch ethische und rechtliche Probleme auf eine neue Grundlage gestellt werden, vor allem müßte jeder Mensch bereit sein, im Falle eines Unfalltodes sein Herz für das Weiterleben eines Mitmenschen zur Verfügung zu stellen.

Die Konstruktion eines künstlich-mechanischen Ersatzherzens scheint noch größere Schwierigkeiten in

sich zu bergen als die Herztransplantation. Sie liegen vor allem in der Traumatisierung des Blutes durch jedes Pumpsystem mit Klappen und Ventilen und in der Erstellung eines kompakten Herzmodells und der dazugehörigen Triebkraft. So verdienstvoll die Bemühung von DeBAKEY, Houston, KOLFF, Salt Lake City, dem die künstliche Niere zu verdanken ist, und BÜCHERL und Mitarbeiter, Berlin, um die Entwicklung eines mechanischen Herzens sind, so wurden in den letzten Jahren doch zu optimistische Berichte in der Presse laut. Ein wirklicher Fortschritt wird auf diesem Gebiet nach meiner Ansicht erst erzielt, wenn man sich bei der Konstruktion eines Kunstherzens vom komplizierten Bau und von der Funktion des natürlichen Herzens entfernt und auf einfache Pumpsysteme zurückgreift, wie sie in frühen Entwicklungsstufen des Menschen vorgebildet sind. Persönlich glaube ich, daß sich der Wettlauf zwischen Herztransplantation und Kunstherz zugunsten der Herztransplantation entscheiden wird. Auf beiden Gebieten muß aber geforscht werden, da auch unvorhersehbare Teilergebnisse wichtige Fortschritte bringen können. Hier sei daran erinnert, daß der Weltraumforschung die Konstruktion brauchbarer elektronischer Herzschrittmacher zu verdanken ist, durch die bei Tausenden von Herzkranken schwerste Herzrhythmusstörungen ausgeglichen werden können.

Hiermit habe ich einige ungelöste Probleme der Herzchirurgie aufgezeigt, die sich natürlich durch zahlreiche ebenso gewichtige offene Fragen der konservativen Kardiologie ergänzen ließen. Das neu erstandene Herzzentrum in München, das nun seine Pforten den Kranken öffnet, ist nach seiner baulichen Planung und apparativen Ausrüstung und in seiner personellen Struktur, nicht zuletzt in der Auswahl seiner in ihm tätigen Ärzte, in hervorragender Weise geeignet, auf dem weiten Gebiet der Herzkrankheiten zum Heilen und Forschen wesentlich beizutragen. Der enge Kontakt von Chirurgen, Kardiologen, Kinderkardiologen, Röntgenologen, Anästhesisten und reinen Forschern in dieser Klinik wird einem erfolgreichen Arbeiten zum Wohle der Kranken und zum Ansehen der deutschen Wissenschaft sicher förderlich sein. Unabdingbar hierfür ist aber auch eine ständige Verbindung mit den Universitätskliniken und Universitätsinstituten, den Stätten kontinuierlicher medizinischer Forschung katechonen sowie mit den Max-Planck-Instituten in Martinsried und ein steter Gedankenaustausch mit den kardiologischen Zentren im Ausland. Dann wird diese neue Stätte ärztlichen Wirkens, deren Errichtung dem Weitblick der bayerischen Staatsregierung und des bayerischen Landtags zu verdanken ist, ihren vielfachen Aufgaben im Wechsel der Zeiten immer gerecht werden.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. med. R. Zenker, Chirurgische Klinik Dr. Rinecker, 8000 München 70, Isartalstraße 82

Recht der Krankenhausförderung in Bayern

Taschenkommentar. Bearbeitet von Dr. Herbert Genzel, Ministerialrat im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Lehrbeauftragter an der Universität München, und Karl Miserok, Regierungsrat im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung. 1974. Taschenformat. Kartoniert. Ca. 200 Seiten. Buch-Nr. KS 09/8. Ca. DM 28,—. ISBN 3 555 50016 3

Der speziell für die Praxis erarbeitete Kommentar der in der Krankenhausunterabteilung des Bayerischen Sozialministeriums tätigen Verfasser vermittelt dem Benutzer in konzentrierter Weise einen Überblick über die für die Krankenhausförderung in Bayern bedeutsamen Sach- und Rechtsfragen.

Mit dem Bayerischen Krankenhausgesetz werden die Rechtsgrundlagen für eine zukunftsorientierte Krankenhausbedarfsplanung geschaffen. Neben Verfahrensvorschriften insbesondere Regelungen über die in Bayern vielfältigen Zuständigkeiten im Krankenhauswesen befinden sich in diesem Gesetz u. a. auch Bestimmungen über die Datenverarbeitung und den Datenschutz im Krankenhaus.

Weiter enthält das Werk in übersichtlicher Form die für die Krankenhausplanung und -förderung maßgeblichen bundes- und landesrechtlichen Gesetze und Verordnungen, wie die Bundespflegegesetzverordnung u. a. Schließlich sind alle für die Krankenhausförderung einschlägigen neuen bayerischen Verwaltungsvorschriften sowie die Allgemeinen Grundsätze der Krankenhausbedarfsplanung in Bayern aufgenommen.

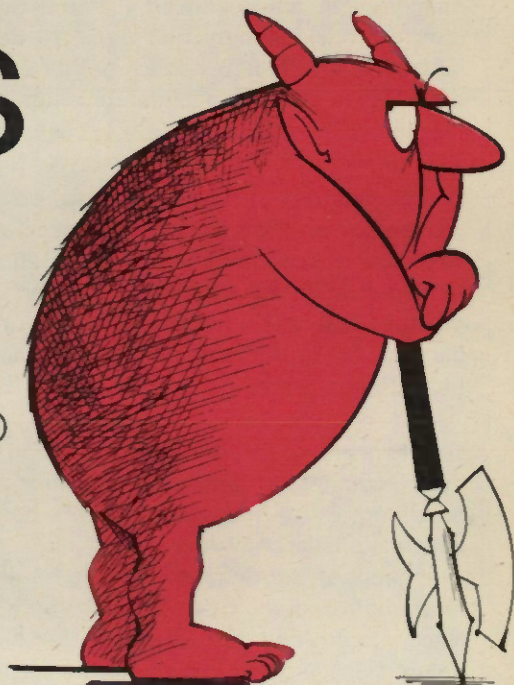


Deutscher Gemeindeverlag

8000 München 2, Postfach 20 06 25

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

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



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

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

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

Zusammensetzung:

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

Anwendung/Dosierung:

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

Indikationen:

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

Nebenwirkungen:

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

Packungsgrößen/Preise:

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

Literatur:

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

**DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH
BIELEFELD**

Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen ärztlichen Erst- und Nachuntersuchungen in Bayern im Jahre 1972

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hat den Bericht über das Ergebnis der gesamtstatistischen Auswertung der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen ärztlichen Erst- und Nachuntersuchungen in Bayern im Jahre 1972 nunmehr fertiggestellt. Der ausführliche, mit reichlichem Zahlenmaterial belegte Bericht schließt mit folgender nachstehend wörtlich wiedergegebenen Zusammenfassung und den daraus sich ergebenden Schlußfolgerungen:

1.

1972 steht einer Zahl von 131 340 Schulentlassenen – 84 277 aus Grundschulen, 47 063 aus mittleren und höheren Lehranstalten – die Zahl von insgesamt 84 308 Erstuntersuchungen gegenüber.

Berücksichtigt man, daß ein großer Teil der entlassenen Schüler der mittleren und höheren Lehranstalten das 18. Lebensjahr beim Eintritt in das Berufsleben bereits erreicht hatte und damit dem Jugendarbeitsschutzgesetz nicht mehr unterlag, so ist der Schluß gerechtfertigt, daß die überwiegende Zahl der neu ins Erwerbsleben eingetretenen Jugendlichen erstuntersucht worden ist.

2.

Im vorangegangenen Schuljahr 1970/71 wurden 120 171 Schüler entlassen. In die erste Klasse des Berufsschuljahres 1971/72 treten 88 407 Schüler ein. Geht man hiervon als Basiswert für eine Schätzung aus, dann ist anzunehmen, daß die Zahl der Nachuntersuchungspflichtigen erheblich größer war als die Zahl der 1972 tatsächlich nachuntersuchten Jugendlichen, die nur 41 705 betrug und auch beachtlich hinter der Zahl der im Vorjahr Erstuntersuchten zurückblieb.

Die Sonderaktion 1972 der Gewerbeaufsichtsämter war geeignet, diese Tatsache zu bestätigen: Bei den von diesen Revisionen erfaßten 16 720 in Klein- und Mittelbetrieben Bayerns beschäftigten Jugendlichen mußten 3132 allein wegen Mißachtung der Bestimmungen über die Erst- und Nachuntersuchungspflicht beanstandet werden.

3.

14,3 Prozent der Erstuntersuchten und 13,5 Prozent der Nachuntersuchten bedurften einer ärztlichen Behandlung. Daran hat sich seit 1969, dem Beginn der gesamtstatistischen Auswertung der Nachuntersuchungsbogen, nichts geändert. Die Häufigkeit der Gefährdungsvermerke bzw. Arbeitsverbote bei Erst- und Nachuntersuchten hat demgegenüber seit 1969 zugenommen, zunächst geringfügig, im letzten Jahr aber bedeutend:

	Erstuntersuchte	Nachuntersuchte
1969	13,7 %	11,7 %
1971	15,0 %	13,2 %
1972	28,4 %	24,0 %

4.

Nahezu unverändert blieben die Relationen hinsichtlich der Krankheiten, die von Erst- und Nachunter-

suchten vor Eintritt in das Erwerbsleben durchgemacht worden waren, sowie Krankheiten, Operationen und Unfälle bei Nachuntersuchten seit der Erstuntersuchung.

Unter den Nachuntersuchten wurden bei 0,7 Prozent nachteilige Auswirkungen der bisherigen Arbeit auf die Gesundheit festgestellt und bei 0,5 Prozent außerordentliche Nachuntersuchungen angeordnet. Diese Zahlen entsprechen den Vorjahren.

Nach wie vor stehen folgende Verbote im Vordergrund:

- schwere körperliche Arbeit
- häufiges Heben, Tragen und Bewegen von Lasten
- Arbeiten im Stehen
- Arbeiten, die volle Sehkraft erfordern
- Arbeiten, die Schwindelfreiheit erfordern

Skelettveränderungen und Muskelschwäche – die häufigsten Begründungen für Arbeitsverbote – und die damit verbundene Minderbelastbarkeit der Jugendlichen können durch sportliche Betätigung in der Schule und während der Freizeit weitgehend verhindert bzw. in ihren Auswirkungen günstig beeinflußt werden. Deshalb verdienen die Angaben der Jugendlichen über ihre aktive Teilnahme an Sport, Turnen und anderen Formen körperlicher Ertüchtigung besondere Aufmerksamkeit. Hier stehen 53,5 Prozent positiven Antworten der Erstuntersuchten (61,8 Prozent der männlichen, 44,8 Prozent der weiblichen) nur 40,1 Prozent der Nachuntersuchten (51,1 Prozent der männlichen, 27,7 Prozent der weiblichen) gegenüber.

5.

Somit kann wohl gesagt werden, daß sich die gesundheitliche Situation der in das Arbeitsleben eintretenden und eingetretenen Jugendlichen in Bayern – soweit sich diese Situation im Ergebnis der ärztlichen Jugendarbeitsschutzuntersuchungen spiegelt – seit Beginn der gesamtstatistischen Auswertung der Untersuchungsbogen im Jahre 1969 nicht wesentlich geändert hat. Diese Feststellung bezieht sich gleichermaßen auf die immer noch zahlenmäßig ins Gewicht fallenden Verstöße gegen die Vorschriften über die gesundheitliche Betreuung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, vor allem auf die unbefriedigende Beteiligung an den Nachuntersuchungen, wie auf die anamnestisch und befundmäßig erfaßten Gesundheitsschäden und anderweitigen körperlich bedingten Beeinträchtigungen der Belastbarkeit und Leistungsfä-

higkeit. In diesem Zusammenhang ist nochmals nachdrücklich auf die Ertüchtigungs- und Ausgleichsfunktion sowie den Erholungswert des Sports hinzuweisen. Außerdem soll durch eine entsprechende Verlegung der schulärztlichen Untersuchungen gewährleistet werden, daß ein möglichst nahtloser Übergang von den schulärztlichen Untersuchungen zu den Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz erreicht wird. Weiter könnten durch Fortbildungsveranstaltungen die für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz in Anspruch genommenen Ärzte zu einer Optimierung ihrer Aufzeichnungen veranlaßt werden mit dem Ziel einer Vereinheitlichung

der Befunderhebung zur besseren Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse. Auch die Befundbewertung im Hinblick auf Gefährdungsvermerke und Beschäftigungseinschränkungen könnte an Schlüssigkeit gewinnen. Zu diesem Zwecke wäre es opportun daß Erst- und Nachuntersuchung nach Möglichkeit von demselben Arzt durchgeführt würden; dieser könnte mit mehr Nachdruck auf die Nachuntersuchung hinwirken.

Welche Änderungen die Novellierung des Jugendarbeitsschutzes mit sich bringen wird und ob diese zu der wünschenswerten Verbesserung der Lage führen werden, bleibt abzuwarten.

Standesleben

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

52. Fortbildungstagung vom 23. bis 26. Mai 1974

Thema: „Aktuelle Praxis“

Professor Dr. L. KOSLOWSKI, Tübingen:

„Stellung der Diagnose und Operationsindikation bei der Appendizitis in der Praxis“

Für die Entstehung der Appendizitis dürften diätetische Faktoren eine große Rolle spielen: Während in Notzeiten oder bei schiackenreicher Ernährung die Appendizitis nur sehr selten beobachtet wird, kommt sie bei überkalorischer, verfeinerter Wohlstandsernährung mit längerer Verweildauer der Fäzes im Dickdarm gehäuft vor.

Der MacBURNEYSche Punkt liegt etwas höher, als es dem Punctum maximum des Schmerzes bei der Mehrzahl der Appendizitisfälle entspricht. Der Schmerzpunkt des Untersuchenden und Kranken stimmen nicht immer überein, so daß es sich empfiehlt, den Patienten selbst mit einem Finger das Punctum maximum des Schmerzes zeigen zu lassen. Die immer wieder beschriebene, gleichzeitig bestehende Hyperästhesie der Haut ist ein inkonstantes Zeichen. In etwa 80 Prozent der Fälle wird die Entzündung von hohem Fieber (oft mit hoher Differenz zwischen rektaler und axillärer Messung) begleitet. Fehlen kann die Fieberreaktion, insbesondere bei der Altersappendizitis.

Differentialdiagnostisch ist bei akuten Schmerzen im Bereich des rechten Unterbauches besonders an die Ileitis terminalis zu denken, deren röntgenologischer Nachweis schwierig sein kann und deren Aufdeckung häufig erst durch die Leparotomie möglich wird. Bei der Diagnosestellung der Appendizitis muß auf die Bedeutung der rektalen Untersuchung besonders hingewiesen werden. Mehr als $\frac{2}{3}$ aller operationswürdigen Fälle bieten einen auffälligen rektalen Druckschmerz; allerdings ist auch die Zahl der falsch-positiven

Befunde groß. Appetitlosigkeit, Übelkeit und Brechreiz treten bei den nicht operationswürdigen Schmerzzuständen im rechten Unterbauch in mehr als 50 Prozent der Fälle auf und geben hiermit keinen sicheren Hinweis auf eine Appendizitis! Demgegenüber stellt das Erbrechen wie auch die Schmerzhaftigkeit ein zuverlässiges Zeichen dar. Die Patienten klagen zum Teil über Dauerschmerzen, zum Teil aber auch über intervallartig auftretende Beschwerden und nur sehr selten über Koliken. Wenn auch ein 100prozentiges objektives Zeichen für eine Appendizitis nicht besteht, so ist doch in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung eine Häufung an Befunden zu beobachten. Unter den objektiven Symptomen ist die Klopfschmerzhaftigkeit des parietalen Peritoneums das vielleicht wichtigste klinische Symptom. Die rektale Untersuchung darf in keinem Fall unterbleiben, ebenso die rektale und axilläre Temperaturmessung (häufig sind Temperaturdifferenzen von mehr als einem Grad bei der Appendizitis zu finden). Dagegen bringt die Zählung der Leukozyten weniger diagnostische Sicherheit. Fast $\frac{2}{3}$ aller perforierten Appendizitiden gingen mit Leukozytenzahlen unter 6000 einher.

Gelingt bei einmaliger Begutachtung des Patienten keine eindeutige Diagnosestellung, so sollte dieser nach zwei Stunden nachuntersucht werden. Es sind hierbei möglichst viele klinische Zeichen zu prüfen, um ein Höchstmaß an diagnostischer Sicherheit zu gewinnen. Ein retrozökal gelegener Appendix macht ganz andere Beschwerden als ein frei in die Bauchhöhle hineinhängender Wurmfortsatz. Ein Druckschmerz im rechten Unterbauch allein rechtfertigt noch nicht zur Annahme einer Appendizitis und zur Durchführung der Appendektomie.

Der Anteil von Fehldiagnosen und damit von Fehlindikationen zur Appendektomie wird sich nur schwer reduzieren lassen, da sich die Appendizitis hinter uncharakteristischen und mannigfaltigen Beschwerden verbirgt. Die durch eine Fehldiagnose und damit überflüssige Appendektomie für den Patienten entstehenden Risiken und Gefahren sind sehr gering und werden von Sozialmedizinern und Journalisten weit überschätzt. Um so schwerer wiegen die Konsequenzen einer übersehenen und nicht rechtzeitig operierten Appendizitis. Dem Patienten gegenüber sollte der Arzt nur von dem Verdacht auf das Vorliegen einer Appendizitis sprechen und nicht schon zu Hause von der Notwendigkeit einer sofortigen Operation. Der Kliniker hat dann die Möglichkeit, nach erneuter Untersuchung gegebenenfalls die Diagnose zu korrigieren und auf eine Operation zu verzichten, ohne seinen Kollegen in der freien Praxis zu desavouieren.

Professor Dr. H.-E. HOFFMEISTER, Tübingen:

„Panoramawandel beim varikösen Symptomenkomplex und der Phlebothrombose“

Durch die Klärung der Indikationsstellung zu den verschiedenen Behandlungsmethoden der Varizen, durch Thrombolysebehandlung der Phlebothrombose und genauere Abtrennung der Operationsindikationen bei Patienten mit postthrombotischem Syndrom ist es zu einem Panoramawandel auf dem Gebiet der Phlebologie gekommen.

Bei der Therapie der primären Varikosis stehen sich Operationsmöglichkeiten, Verödungen und Kompressionsbehandlungen gegenüber. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, daß die Beinvenen ein Teil eines netzförmigen Gebildes darstellen, das sich um das ganze Bein oberhalb der Faszie rankt. Wenn man an einer Stelle behandelt (verödet oder operiert), besteht immer die Gefahr, daß an anderer Stelle ähnliche Veränderungen auftreten. Der im Ruhestand bei Patienten mit und ohne Varikosis gleich hohe Druck der oberflächlichen Venen fällt beim Gesunden bei Betätigung der Muskelpumpe ab, während dies bei primärer Varikosis nur gering und bei sekundärer Varikosis überhaupt nicht der Fall ist. Die einem dauernden erhöhten Druck ausgesetzten oberflächlichen Venen stehen mit den tiefen Abflüßwegen in Verbindung und schaffen aufgrund insuffizienter Venae perforantes die Voraussetzungen für Ernährungsstörungen des betroffenen Beines. Kompressionsbehandlung durch Wickeln des Beines wirkt nur für die Dauer der Wickelung, wodurch für viele Patienten eine unzumutbare Belastung entsteht. Eine Verödungsbehandlung ist in vielen Fällen erfolgreich, sollte aber bei bereits bestehenden Folgeschäden (Ulcus cruris, chronische Dermatitis) durch operative Maßnahmen ersetzt werden. Chirurgische Interventionen sind weiterhin bei allen ausgedehnten Fällen von Stammvarikosis mit nachweisbaren insuffizienten Venae perforantes angezeigt.

Die sekundäre Varikosis als Leitsymptom des weit verbreiteten postthrombotischen Syndroms stellt nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein soziales Problem dar. Es handelt sich hierbei häufig um einen Dauerschaden, der bei fortgeschrittenen Befunden zu einer hohen Minderung der Erwerbsfähigkeit und häufig zur Berentung der Patienten beiträgt. Am wirksamsten kann man dieser Erkrankung durch rechtzeitige Diagnose, sofortige Behandlung und konsequente Nachbehandlung der ursächlichen Beinvenenthrombose begegnen.

Die klinischen Zeichen der Phlebothrombose können anfangs sehr diskret ausgeprägt sein (sog. genannter Muskelkater nach Bettlägerigkeit, Wadenschmerz bei Dorsalflexion des Beines, Wadendruckschmerz und Fußsohlendruckschmerz). Während früher vorwiegend die Beckenvenen als möglicher Ausgangspunkt einer Lungenembolie angesehen wurden, zeigen neuere Untersuchungen, daß Femoral- und Wadenvenen ganz erheblich dominieren. Am Beginn der Behandlung der akuten Thrombose steht die konsequente medikamentöse Prophylaxe mit Heparinisierung und Gabe von Cumarinen auf Dauer. Die Entwicklung einer tiefen Beinvenenthrombose zum postthrombotischen Syndrom kann durch Thrombolysebehandlung, z.B. durch Streptokinase, verhindert werden, solange der Thrombus frisch ist. Hat dieser Beziehungen zur Gefäßwand aufgenommen oder sind bereits Fibroblasten in den Thrombus eingewachsen, stellt sich die Indikation zur operativen venösen Thrombektomie mit Hilfe des FOGARTY' Katheters.

Eine operative Therapie der chronischen tiefen Thrombose der Beinvenen, eventuell mit postthrombotischem Syndrom, kommt bisher nur in ausgesuchten Fällen in Frage (isolierte Beckenvenenthrombose und isolierter Femoralvenenverschluß).

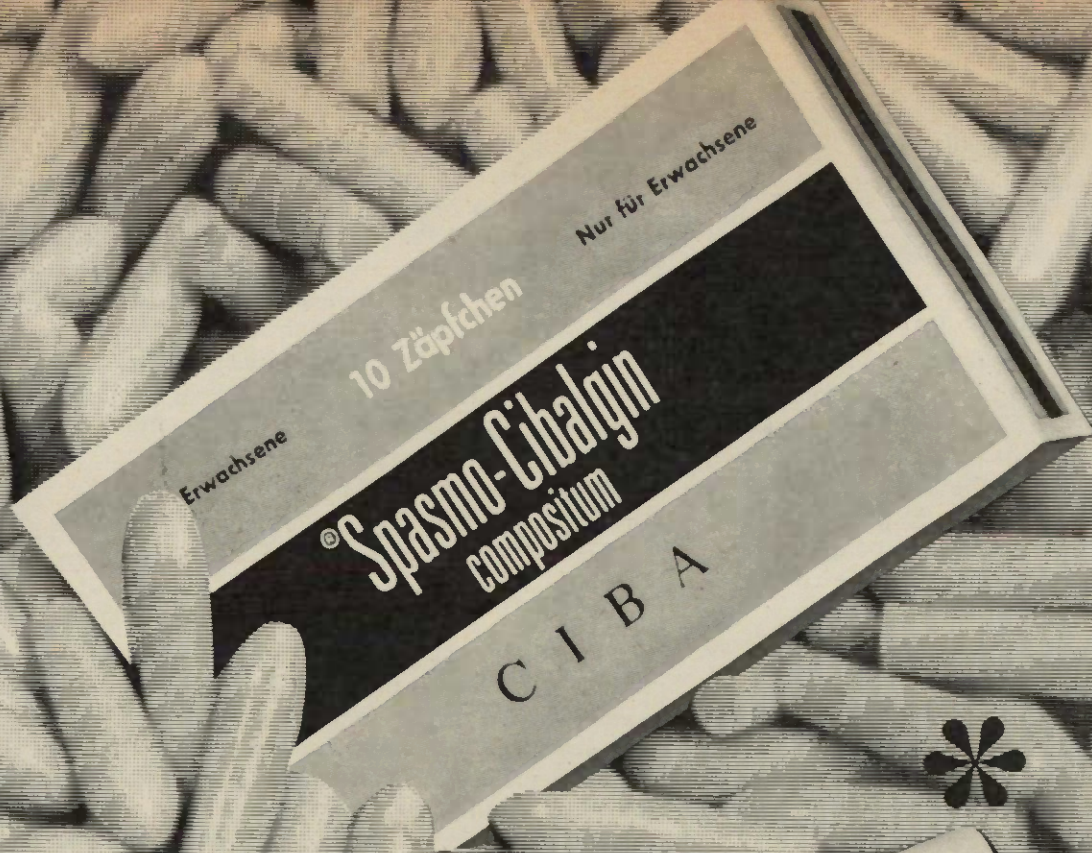
Auch für die Achselvenensperre wurden neue Behandlungsschemata, die eine Thrombolyse, Operation und Dauer Marcumarisierung umfassen, ausgearbeitet. Grundsätzlich beginnt man bei einer frischen Achselvenensperre mit der Thrombolysebehandlung und schließt an diese eine Langzeittherapie-Marcumargabe an. Nur wenn nach Monaten keine Besserung eintritt, ist eine Operation angezeigt; diese Zurückhaltung beruht auf dem schwierigen Zugang zur Achselvene. Dabei ist es häufig nötig, das Schlüsselbein zu durchtrennen, um zur Vena subclavia vorzudringen und dort die Thrombektomie bzw. Erweiterungsplastik durchzuführen.

Professor Dr. M. EGGSTEIN, Tübingen:

„Bewertung von Leborbefunden für die Praxis“

Für die Diagnose von Erkrankungen innerer Organe werden naturwissenschaftliche Verfahren herangezogen, die in fünf Gruppen unterteilt werden können:

1. Klinisch-chemische, immunologische, hämatologische und mikrobiologische Untersuchungen



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

Zusammensetzung

	Amido- pyrin®	Dial®	Trasen- tin®-6H	Codein- phosphat
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 Gelenke, des Magen-Darm-Trakts sowie des Urogenitalsystems; Migräne, Dysmenorrhoe.

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

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

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

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

Handelsformen und Preise
 Dragées 20 Stück - DM 7,10
 Zäpfchen 5 Stück - DM 5,10 ; 10 Stück - DM 9,65
 Anstaltspackungen



2. Röntgen- und Isotopenverfahren
3. Meßverfahren elektrischer Aktionspotentiale (EEG, EKG)
4. Endoskopische und Sondenverfahren
5. Histologische und zytologische Untersuchungen von Organproben, Sekreten und Abschnülfungen

Die heute praktizierte Diagnostik und Vorsorgemedizin erwartet darüber hinaus von orientierenden Laboruntersuchungen Hinweise auf noch beschwerdefreie oder sehr frühe Krankheitsstadien bzw. auf Risikofaktoren und -indikatoren. Die Laboratoriumsdaten erfahren dadurch eine einseitige Beachtung und Aufwertung, die ihre kritische Durchleuchtung geradezu herausfordern. Die für die Bewertung klinisch-chemischer Verfahren gültigen Richtlinien verlangen eine Qualitätsbeurteilung in methodischer Hinsicht anhand von vier Kriterien:

1. Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit, auch als „Präzision in der Serie“ und als „Präzision von Tag zu Tag“ definiert
2. Richtigkeit der Untersuchung bzw. methodische Spezifität des Untersuchungsverfahrens
3. Empfindlichkeit der Meßmethode bzw. Trennschärfe des Verfahrens
4. Gültigkeit des Laborwertes

Die Zuverlässigkeit oder Reproduzierbarkeit einer Laboruntersuchung ermittelt man mit Hilfe von Mehrfachmessungen entweder am gleichen Tag „In der Serie“ oder „von Tag zu Tag“. Während die Vielfachbestimmungen am selben Tag von dem gleichen Personal mit unveränderten Lösungen und Geräten durchgeführt werden müssen, schließt eine Präzision von Tag zu Tag Unregelmäßigkeiten durch wechselnde Disposition des Untersuchers zur Arbeit, unterschiedliche Reagenzien, Qualitätsunterschiede des Kontrollstandards und Geräteänderungen ein. Die aus den Parallelbestimmungen ermittelte Standardabweichung wird zum Mittelwert in Beziehung gebracht und als Variations- oder Variabilitätskoeffizient angegeben. Zuverlässig ist eine Methode, deren Variationskoeffizient für die „Präzision von Tag zu Tag“ 3 bis 4 Prozent nicht überschreitet.

Reproduzierbare Werte müssen aber nicht richtig sein. Die Richtigkeit ist gewährleistet, wenn der Unterschied zwischen gemessenen und festliegenden Werten innerhalb des Wiederholstreubereichs einer Methode liegt. Fehlende Übereinstimmung geht zu Lasten systematischer Fehler, die alle Messungen in gleicher Richtung beeinflussen und abgestellt werden müssen.

Die Gültigkeit (Zuverlässigkeit von Labordaten) beeinträchtigen neben systematischen und zufälligen Fehlern auch solche bei der Probenentnahme, durch Probentransport und Probenbehandlung. So ist für das Serum-Kalium, die freien Fettsäuren, das Serum-eisen und viele andere klinisch-chemische Kenngrö-

ßen der Probenentnahmefehler sicher größer als der Analysenfehler. Zu berücksichtigen ist ferner, daß zahlreiche Kenngrößen erheblichen Zirkadian-Schwankungen unterliegen: So soll der Eisenwert morgens zu 50 µg % höher liegen als abends. Als Nüchternwert deklarierte, aber in postprandialer Phase gewonnene Blutzucker-, Blutfett- und Hormonwerte liegen bereits außerhalb der jeweiligen Norm. Auch Medikamente verändern vorübergehend oder enhaltend die Konzentration bestimmter diagnostischer Meßwerte. Durch Gabe jodhaltiger Kontrastmittel wird nicht nur der PBI-Wert im Plasma, sondern auch die Bromthalein-elimination beeinträchtigt.

Die Gültigkeitsprüfungen sind Aufgabe des Arztes, sollten aber bereits im Laboratorium beginnen. Hierfür eignen sich vom Referenten propagierte Befundmuster und Extremwertkontrollen. So können grobe Fehler bereits durch die Frage eliminiert werden, ob die gewonnenen Werte mit dem Leben, Geschlecht und Alter überhaupt vereinbar sind. Befundmuster sind Symptom- oder Zeichenkombinationen, die bestimmte methodische Abhängigkeiten, Krankheiten, Syndrome oder Reaktionsformen des Organismus charakterisieren. Die Anwendung eines solchen Prüfverfahrens setzt voraus, daß von einer Untersuchungsprobe mehrere Parameter zur Verfügung stehen, d. h., neben den angeforderten Laboruntersuchungen zusätzlich verwandte biologische Parameter bestimmt werden. So läßt eine erhöhte Kreatininkonzentration im Serum eine ebenfalls erhöhte Harnstoffkonzentration erwarten. Eine deutliche Retention harnpflichtiger Substanzen im Serum wiederum läßt auf Veränderungen des Kalzium- und Phosphathaushaltes schließen.

Privatdozent Dr. D. KUMMER, Tübingen:

„Krebsnech Sorge: Zusammenerbelt zwischen Praxis und Klinik bei Tumoren des Verdauungstraktes“

In der BRD stirbt derzeit jeder fünfte Mensch an einem Karzinom (1970 waren es 142000 Patienten). Davon entfallen 40 Prozent auf maligne Tumoren des Verdauungsapparates. Von diesen wiederum sind 41 Prozent am Magen und 33 Prozent am Dickdarm lokalisiert. Die Sterbeziffer an Magenkarzinomen steht damit bei uns an erster Stelle der Krebsmortalität.

Die immer noch unter 50 Prozent liegende radikale Resektionsquote beim Magen-Ca unterstreicht die Notwendigkeit der Krebsvorsorgeuntersuchungen. Diese scheitern insbesondere deshalb so bedeutsam, weil die Veränderungen beim Magenfrühkarzinom noch auf Mukosa und Submukosa beschränkt sind, und bei rechtzeitiger Therapie Fünfjahresüberlebensraten von über 90 Prozent erreicht werden. Systematische Vorsorgeuntersuchungen des Magens scheitern jedoch an dem dazu nötigen Aufwand: Es müßten über 20 Mill. Menschen von mehr als 45 Jahren endoskopisch und röntgenologisch kontrolliert werden, um etwa 40000 Frühkarzinome zu fin-

den. Diese Untersuchungen bleiben deshalb bis auf weiteres auf Patientengruppen mit erhöhtem Magenkrebsrisiko, also mit Präkanzerosen, beschränkt. Unter diesen versteht man eine atrophisch-hyperplastische Gastritis mit adenomatösen Polypen und Polyposis ventriculi, die Perniziosa und das chronisch kallöse Ulcus ventriculi, sowie den Magenstumpf 10 bis 20 Jahre nach Resektion eines Ulkus.

Systematische Vorsorgeuntersuchungen mit Röntgen-Doppelkontrastdarstellung und Endoskopie des Kolons sind noch aufwendiger als die des Magens. 50 Prozent aller malignen Kolontumoren sind jedoch Rektumkarzinome und von diesen sind wiederum 70 bis 80 Prozent digital erreichbar. Deshalb kommt der routinemäßigen Austastung des Rektums bei Durchuntersuchungen von über 40jährigen Patienten in Praxis und Klinik eine hervorragende Bedeutung zu.

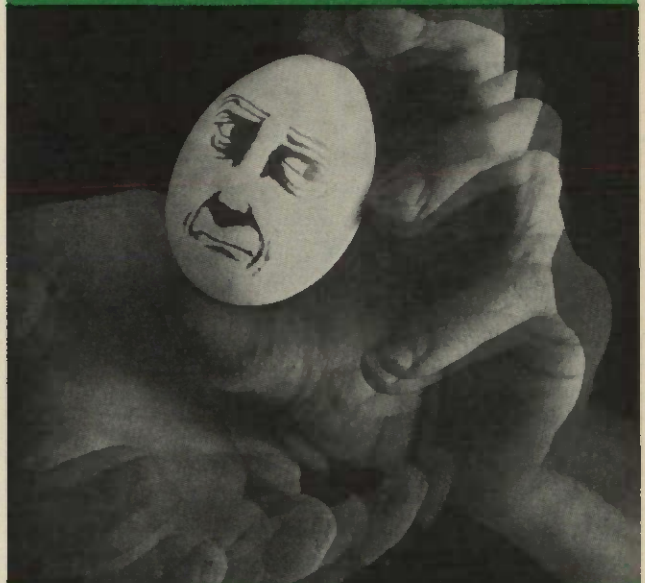
Trotz aller Bemühungen dürften in den nächsten Jahren die Vorsorgeuntersuchungen an der bisherigen fünfjährigen Überlebensrate bei Magenkarzinomen von 5 bis 10 und bei Kolonkarzinomen von 20 bis 30 Prozent wenig ändern. Entscheidend für die Prognose eines Karzinomträgers im Verdauungstrakt bleibt die möglichst radikale Operabilität und eine umfassende postoperative Nachsorge.

Ziel einer Karzinomnachsorge ist es, frühzeitige Rezidive und eventuelle solitäre Metastasen zu erfassen, die einer erfolgversprechenden erneuten operativen Behandlung zugeleitet werden können. Ferner müssen postoperative Mangelernährungszustände als Folge von Nahrungsmittelresorptionsstörungen nach Karzinomresektionen am Verdauungstrakt festgestellt und behandelt werden. Schließlich ermöglicht eine genaue Verlaufsbeobachtung auch die Beurteilung der operativen Therapieergebnisse. Zentrale und Steuerung der Nachsorge muß die Klinik sein. Nur hier kann eine lückenlose Erfassung und Aufforderung der Patienten zu den Verlaufskontrollen erfolgen, und hier können die technischen Möglichkeiten am rationellsten eingesetzt werden. Im ersten postoperativen Jahr sollten die Patienten in halbjährigen, bis zum fünften postoperativen Jahr in jährlichen und bis zum zehnten postoperativen Jahr in zweijährigen Abständen routinemäßig einbestellt werden. Die ersten Nachsorgeuntersuchungen bei Patienten mit gastrointestinalen Tumoren sollten möglichst mit Röntgen- und endoskopischen Kontrollen verbunden sein, nach Gastrektomien sind Resorptionsteste angezeigt.

Unterbleibt eine regelmäßige Nachsorge, so geht der „erfolgreich“ operierte Patient in der Regel erst nach Wiedereinsetzen stärkerer Beschwerden in ärztliche Behandlung. Zu diesem Zeitpunkt sind etwaige Rezidivkarzinome am Magen oder Kolon nicht mehr operabel, und Resorptionsstörungen haben dann schon oft zu schweren Mangelschäden geführt.

Neben der in erster Linie auf die klinischen Ambulanzen konzentrierten Nachsorge zur Erfassung von Re-

UNRUHE



NERVO-OPT® DIE INSEL DER RUHE

ZUSAMMENSETZUNG pro Dragée:

Natr. diaethylbarbituric 100 mg, Acid. phenyläthylbarbituric 10 mg, Aminophenazon 6 mg, Kal. bromat. 10 mg, Calc. gluconic 15 mg, Extr. Valerian., Humul. Lup., Visc. alb., Adonid. vernalis 20 mg.

INDIKATIONEN:

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

KONTRAINDIKATIONEN:

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und 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

zidiv und Zweitkarzinomen kommt der Erfassung und Behandlung von Resorptions- und Mangelzuständen nach den Primäroperationen durch den Praktischen Arzt eine besondere Bedeutung zu. Während Resektionen im Bereich des Kolons fast ausschließlich zu erhöhtem Wasserverlust durch etwaige Durchfälle führen können, sind Beschwerden nach Magenoperationen häufiger. Ursachen hierfür sind: Säuremangel, Sturzentleerung, beschleunigte Darmassage, Dünndarmsaftresektionsanomalien, Schleimhautatrophie und -entzündung, exkretorische Pankreasinsuffizienz und Leberschädigungen. Die Sturzentleerung mit Hyperperistaltik des Dünndarms und Hyperosmolarität des Nahrungsbreis führen zu erheblichen Flüssigkeitstranssudaten in das Darmlumen und zum Dumping-Syndrom mit Druck- und Völlegefühl nach dem Essen, Stuhldrang, Durchfällen, Tachykardien, Schwindel und Blässe. Das postprandiale Spätsyndrom zwei bis drei Stunden nach der Mahlzeit, das einem hypoglykämischen Schockzustand entspricht, bei dem durch die rasche Glukoseresorption die Insulinsekretion übermäßig stimuliert wird, ist vom primären Dumping-Syndrom abzutrennen. 10 bis 50 Prozent der Magenresezierten haben Eisenmangelanämien mit Adynamie, leichter Ermüdbarkeit und psychovegetativer Unruhe sowie Mundwinkelrhagaden, brüchigen Nägeln, Haarausfällen und Tachykardien. Die Beeinträchtigung der duodenalen Passage nach B-II-Resektionen führt häufig zur sogenannten agastrischen Dystrophie, unter der nicht nur ein Vitamin B₁₂-Mangel, sondern auch eine Eiweiß- und Fettresorptionsstörung verstanden wird. Nicht zuletzt infolge rascherer Alkoholresorption nach Magenresektionen steigt die Gefahr des Alkoholismus in dieser Krankengruppe; die Zahl der Leberspät Schäden ist beachtlich. Besonders die psychische Führung der Karzinompatienten erfordert großen Zeitaufwand und persönliches Engagement des Arztes. Möglichkeiten einer karzinom- und rezidivhemmenden medikamentösen und diätetischen Zusatztherapie sind äußerst kritisch zu beurteilen. Es gibt bisher keine an wissenschaftlichen Kriterien gemessene Diät, die das Wachstum der Tumorzellen hemmt. Einschließ-

lich der neuesten Entwicklung aus Japan und der UdSSR haben bisher chemotherapeutische Maßnahmen einschließlich der Mehrschritt-Therapie von ARDENNE trotz einiger anders lautender Zeitungsberichte zu keiner signifikanten Verbesserung der Prognose geführt. Eine Proteinfraction aus Mistel-extrakten bewirkt zwar im Tierversuch eine Wachstumshemmung von Karzinomen, eine Dauertherapie beim Menschen entbehrt bisher jedoch jeder medizinisch-naturwissenschaftlichen Grundlage.

Professor Dr. R. FREY, Mainz:

„Kritische Aspekte zum Problemkreis Akupunktur“

Seit Jahrtausenden ist das Reiben und Streicheln schmerzhafter Körperstellen verbreitet, bei den Chinesen wurde dieses ergänzt durch das Stechen mit Gold- und Silbernadeln; heute werden nur noch Stahlnadeln verwendet wegen der größeren Härte und der leichteren Beschaffenheit. Das Einstechen dieser Nadeln ist nicht schmerzhaft, wohl aber das Drehen. Das hiermit verbundene tiefenpsychologische Gefühl dient zur suggestiven Beeinflussung des Patienten, zur Beruhigung, Ruhigstellung und zur Weckung des Glaubens an die Möglichkeit der Heilung. Darüber hinaus wird die Akupunktur zur Erzielung einer Analgesie für operative Zwecke eingesetzt. Wegen der hohen Versagerquote operiert man jedoch auch in China heute in den großen Krankenhäusern unter Verwendung moderner Narkosegeräte und Anästhetika. Die Akupunktur dient hier lediglich als Ergänzung der Analgesie bei etwa 10 Prozent der operativen Eingriffe. Auf dem Lande mit fehlenden modernen Einrichtungen ist der Prozentsatz der Akupunkturanalgesie größer.

Die in den verschiedenen chinesischen Akupunktur-lehrbüchern gezeichneten Linien und Punkte haben keine anatomische Grundlage und meist keine Beziehung zu den HEADschen Zonen (insbesondere bei den Akupunkturpunkten im Inneren der Ohrmuschel!). Offenbar kommt es weniger auf die Punkte selbst als auf den Stich als solchen an. Dieser dient als Mittel

Passiorin Dragees

1 Dragee enthält:
 Extr. Passiflor. incarnat. spir. succ. 60.0 mg
 Extr. Salicis aquos. succ. 133.0 mg
 Extr. Crataeg. spir. succ. 12.0 mg
 Aneurin 0.3 mg

Passiorin liq.

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

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

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

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

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dragees:

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

Passiorin liq.:

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

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passiorin®

Sicherheit:

Im Gruppenversicherungsvertrag zwischen Ihrer ÄRZTEKAMMER und der VEREINIGTEN.

Nutzen Sie die Vorteile des Gruppenversicherungsvertrages Ihrer Kammer mit der führenden Krankenversicherung des Ärztestandes:

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

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

Die Sicherheit des Arztes:
individuell - zuverlässig - preisgünstig

Coupon Ich interessiere mich für Ihr Angebot.

Name _____

Anschrift _____

Ich bin versichert bei: Vereinigte Salus anderweitig

Vereinigte Krankenversicherung AG, Generaldirektion, 8München40, Leopoldstr.24

 **Vereinigte**
Krankenversicherung AG

**Salus Krankenhauskosten-
Versicherungs-AG**

Vertragsgesellschaften Ihrer
Ärztammer

zur Herstellung des Rapportes zwischen dem suggestiv wirkenden Akupunkteur einerseits und dem Patienten andererseits. Behandelt werden demzufolge auch in erster Linie Patienten, die einer Suggestion gut zugänglich sind. An Indikationen sind jene diskutabel, bei denen eine maximale Erschlaffung nicht erforderlich ist, also z. B. Strumaresektionen, Sektionen, Handoperationen und eventuell auch Leistenbruchoperationen. Offenbar führt die Akupunktur nicht zu einer Analgesie, sondern lediglich zu einer Hypalgesie. Durch das Drehen der eingestochenen Nadel entsteht gegenüber dem behandlungsbedürftigen Schmerz ein konkurrierender Reiz. Durch Blockierung der einen Schmerzbahn von der Peripherie (Nadel) zum ZNS kommt der andere Schmerzreiz im alten Ausmaß nicht mehr zur Wirkung.

Die größte Gefahr bei der Anwendung der Akupunktur liegt unter Umständen im Versäumnis einer kausalen Diagnostik und Therapie, da der monomane Akupunkteur bei jedem Schmerzreiz nur die Akupunktur als Therapiemöglichkeit sieht. Darüber hinaus besteht bei mangelhafter Sterilisation der Nadeln Infektionsgefahr, besonders bezüglich der Hepatitis. Schließlich können Zwischenfälle auftreten durch Nebenverletzungen, insbesondere bei Läsionen von wesentlich betroffenen Nerven und Gefäßen.

Indiziert erscheint die Akupunktur zu therapeutischen Zwecken nur bei funktionellen Beschwerden nach Ausschluß organischer Ursachen und als Adjuvans der Routineanästhesie zur Einsparung von Narkotika und Anästhetika, sowohl in der Allgemeinnarkose als auch in der Lokalanästhesie. Ein Ersatz der klassischen Anästhesieverfahren ist nicht zu erwarten. In Europa liegt die Versagerquote der reinen Akupunkturanästhesie (ohne Unterstützung durch Analgetika und Anästhetika) bei etwa 90 Prozent: Ähnlich wie für die Hypnonarkose sind hierfür nur besonders suggestible Patienten geeignet.

Professor Dr. Ch. LAURITZEN, Ulm:

„Neue Ergebnisse auf dem Gebiet der hormonalen Kontrazeptiva“

Aufgabe der Ärzte muß es sein, dafür zu sorgen, daß die Geburtenregelung unbedingt auf einen Zeitpunkt

vor der Konzeption verlegt wird, um die Notwendigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen auf ein Minimum zu senken. Hierfür ist es nötig, der ratsuchenden Frau das volle Spektrum kontrazeptiver Maßnahmen anzubieten und sie in jeder Hinsicht kompetent zu beraten. Bei der Auswahl der Methode ist deren Sicherheit noch immer der entscheidende Gesichtspunkt.

Bei den kombinierten hormonalen oralen Kontrazeptiva und den Sequenzpräparaten der zweiten Generation ist die Versagerrate praktisch gleich Null, die Minipille ist etwas weniger zuverlässig; hier ist auf eine exakte Einnahme besonderer Wert zu legen: eine zeitliche Verschiebung der Einnahme um mehr als zwei Stunden kann bereits zu Versagern führen. Bei der Dreimonatsspritze liegt die Versagerrate zwischen 1 bis 2,6 Prozent pro 100 Frauenjahre, beim Intrauterinpessar zwischen 2 und 5 Prozent. Alle anderen Methoden sind wesentlich unsicherer.

Das Auftreten von Nebenwirkungen steht heute im Mittelpunkt des Interesses. Es muß künftig vermieden werden, daß es zu unerwünschten Schwangerschaften nach Absetzen der Tablette wegen des Auftretens bestimmter Nebenwirkungen kommt. Kopfschmerzen, Gewichtszunahme und psychische Störungen stehen hierbei ganz im Vordergrund, gefolgt von Antriebschwäche, vermehrtem Schlafbedürfnis, Affektlabilität, Verminderung der Libido, Übelkeit, Spannungsgefühl in den Brüsten sowie Bein- und Varizenbeschwerden.

Durch Einteilung der Präparate in solche mit überwiegender Östrogenaktivität, mit ausgeglichener Östrogen-Gestagen-Aktivität und überwiegender Gestagenaktivität und deren gezielte Verordnung an Patientinnen mit bestimmten Leitsymptomen, lassen sich die Nebenwirkungen vermindern. Bei starker und lang dauernder Regelblutung, starken prämenstruellen Brustbeschwerden sowie bei Mastopathie und Endometriose sind Präparate mit niedriger Östrogen- und hoher Gestagenaktivität (eventuell Dreimonatsspritze) angezeigt. Bei schwacher Regelblutung, Frigidität, Neigung zu Depressionen, Müdigkeit und Gewichtszunahme kommen in erster Linie Präparate mit höherer Östrogen- und niedriger Gestagenaktivität (oder Sequenzpräparate) in Frage. Ist die Blutungsstärke normal und besteht ein prämenstruelles Syndrom mit Brustbeschwerden, Gewichtszunahme

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

- Schlüsselfertige Präziseinrichtungen
- Beretung
- Projektierung
- Finanzlerung
- Kundendienst

Röntgen- und elektromedizinische Apparate
 Arzt- und Krenkenhausbedarf
KURT PFEIFFER
85 N Ü R N B E R G 1
 Gleißbühlstraße 7/Ecke Marienstraße (Colonie-Heus)
 Telefon (09 11) 20 39 03/04

- Röntgen-Apperete und Untersuchungsgeräte
- Röntgen-Bildverstärker mit Fernsehkette
- Lebertchnik
- Heemodlelyse
- EKG - EEG - Echo-EEG - EMG

me und Diabetes sowie eine Leberanamnese, sollte zunächst zur Minipille gegriffen werden.

Klagt die Patientin in der Praxis unter Einnahme einer Pille über bestimmte Beschwerden, so muß der Arzt wissen, welche davon für eine Östrogen- oder Gestagenüberdosierung typisch sind. Bei Östrogenüberdosierung findet man Übelkeit, Erbrechen, Wasser- und Natriumretention mit Ödemen, Brustspannung, prämenstruelle Spannung und Kopfdruck während der Einnahme, auch zervikale Hypersekretion, verstärkte Pigmentierung und Myomwachstum. Gestagensymptome sind Appetit- und Gewichtszunahme, Müdigkeit, Depressionen, Libidoabnahme, ferner Akne, Seborrhoe, gelegentlich leichte Hypertrichose und Haarausfall, sehr schwache Blutung oder gar Ausbleiben der Blutung unter der Pillenmedikation. Kontraindikationen gegenüber Präparaten mit höherer Östrogendosierung sind Thromboembolien, Lebererkrankungen, schwere Hypertonien und zerebrovaskuläre Störungen. Bei Auftreten entsprechender Symptome sowie vor operativen Eingriffen soll die Medikation sofort abgebrochen werden.

Gewichtszunahmen werden unter Verwendung von Präparaten der kombinierten Methode am stärksten, jedoch auch bei der Minipille beobachtet; am geringsten ist sie im allgemeinen bei Verordnung von Präparaten der Sequenztherapie. Da bei adipösen Patientinnen auch ein erhöhtes Thrombose- und Hyperlipidämierisiko besteht, sollte bei diesen die Indikation für die Verabfolgung der Pille besonders streng gestellt werden. Bei knapp 1 Prozent der Fälle kommt es nach Absetzen der Kontrazeptiva zum Auftreten einer Amenorrhoe. Besonders betroffen sind Patientinnen mit später Menarche und anovulatorischen Zyklen bereits vor der Einnahme der Pille. In der Mehrzahl der Fälle tritt die Regel nach Absetzen der Pille im ersten Zyklus verspätet ein, ist jedoch in fast 75 Prozent aller Fälle ovulatorisch. Meist hat sich die Regel bis zum dritten Zyklus völlig normalisiert. Die Zahl der Abortiveier bei Schwangerschaften sofort nach Absetzen der Pille ist erhöht, eine erhöhte Mißbildungsrate der Kinder jedoch nicht zu erwarten, da solche Schwangerschaften immer entwicklungsunfähig sind. Die Fruchtbarkeit nach Absetzen der Pille ist meist unverändert und nicht — wie zeitweilig angenommen — erhöht.

Eine Zunahme etypischer Mammabefunde unter Einnahme der Pille war nicht zu objektivieren, die Zahl der Mammakarzinome wie auch der übrigen Genitalneoplasmen liegt sogar niedriger als bei Frauen ohne orale Kontrazeption.

Die Sequenztherapie hat gegenüber der kombinierten Therapie einige Vorteile. Wesentlich seltener kommt es zu Schmierblutungen, Amenorrhöen und Hypermenorrhöen, affektiven Nebenwirkungen, Libidominderungen und Gewichtszunahmen. Pilzinfektionen der Scheide, die ja im wesentlichen durch eine



Dem
Kropf-
wachstum
wirksam begegnen
durch die frühzeitige
Behandlung
mit
Astrumin[®]
zur Prophylaxe und Therapie von
Jodmangelstrumen

- Astrumin**[®]
gleicht den nahrungsbedingten Jodmangel aus
•
unterdrückt die strumigene Aktivität
des Hypophysenvorderlappens
•
ermöglicht durch seine exakte Dosierbarkeit
eine individuelle Kropftherapie
•
führt bei frühzeitigem Therapiebeginn zur
raschen Kropfrückbildung

Zusammensetzung

1 Tablette enthält 0,066 mg Kalium jodatum (0,05 mg Jod) und 15 mg Glandulae Thyroideae siccatae (auf einen Gehalt an organisch gebundenem Jod von mindestens 0,16 % eingestellt).

Indikationen

Prophylaxe und Therapie endemischer Kropfformen infolge Jodmangels.

Kontraindikationen

Myokardinfarkt, Angina pectoris, Myokarditis, tachykard Herzinsuffizienz, Jodüberempfindlichkeit, Thyreotoxikose, dekompensierte Herzinsuffizienz, Tuberkulose.

Besondere Hinweise

Bei bestehender Gravidität ist die Therapie mit täglich 4 Tabletten Astrumin[®] 300 Jod besonders sorgfältig durchzuführen, einmal

im Interesse der Mutter und um die Entstehung einer Neonatenstruma zu verhindern.

Dosierung und Anwendung

Individuell, täglich 1–5 Tabletten nach den Mahlzeiten unzerkaut einnehmen lassen.

Zur Prophylaxe hat sich die tägliche Verabfolgung von 1 Tablette Astrumin[®] über Monate bzw. Jahre unter Kontrolle des Halsumfangs und des Befindens am besten bewährt.

Packungsgröße

O.P. mit 75 Tabletten DM 5,25 m. Mwst.



dr. mann · 1 berlin 20

anhaltende Gestagenwirkung bedingt sind, trifft man unter der Sequenztherapie ebenfalls seltener an. Nachteilig ist das Auftreten eines vermehrten zervikalen Fluors. Bei Hypermenorrhoe, Endometriose, Myomen und Mastopathie ist die Sequenztherapie nicht zu empfehlen.

Die Dreimonatsspritze (Depot-Clinovir®) wird i. m. verabfolgt und ist geeignet für Fälle, wo Östrogene kontraindiziert sind. Libidoabnahme, Müdigkeit, Übelkeit, Akne, Gewichtszunahme, Kopfschmerzen und depressive Verstimmungen sind die häufigsten Nebenwirkungen. In der Mehrzahl der Fälle tritt nach der vierten bis fünften Injektion eine Amenorrhoe ein. Die Regel kommt dann häufig nicht wieder, auch nach Absetzen der Injektion nicht (oder erst nach mehreren Monaten). Besteht noch Kinderwunsch, sollte man

sich mit der Applikation der Dreimonatsspritze zurückhalten.

Die Minipille ist angezeigt bei Fällen mit erhöhtem Embolierisiko, Gefäßerkrankungen, Migräne, Lipidstoffwechselstörungen und Hypertonie. Da die zentrale Regelung des Zyklus im Hypothalamus und damit die Ovarialfunktion nicht wesentlich beeinträchtigt wird, ist die Minipille besonders bei Patientinnen mit Spätmenarche oder bei jungen Mädchen mit noch nicht voll etabliertem biphasischen Zyklus indiziert. Durchbruchs- und Spurb Blutungen sowie Schwankungen der Zykluslänge sind Nachteile der Methode. Exakte, auf die Stunde genaue Einnahme ist Voraussetzung für die Verhinderung von Versagern.

Referent: Dr. med. A. Paetzke, Nürnberg
(Fortsetzung folgt)

Bayerischer Gynäkologen-Tag in Nürnberg

Anregungen für die Praxis

Trotz aller Anstrengungen ist es bisher nicht gelungen, die Komplikationen bei gynäkologischen Operationen völlig zu beherrschen. Die Embolie ist auch heute noch gefürchtet. Auf die Gaben von Cumarinen vor der Operation hatte man große Hoffnung gesetzt, diese Hoffnung wurde enttäuscht. Die Wirkung der Sallcyle wird sehr unterschiedlich beurteilt. Heparin — zwei Stunden vor der Operation in niedriger Dosierung, etwa 5000 E, gegeben — bringt nur geringe Komplikationen und gilt heute als die wirksamste Prophylaxe. In etwa 35 Prozent kommt es nach gynäkologischen Operationen zu Thrombose, etwa 50 Prozent der Thrombosen laufen ohne klinische Symptome ab. Auch heute kommt es in 0,09 Prozent der Fälle zu einer tödlichen Lungenembolie. Da die Laparotomie im Unterbauch zu einer erhöhten Emboliegefahr führt, bevorzugt man heute den vaginalen Weg. Die Mortalität bei der vaginalen Hysterektomie liegt mit 1 Promille deutlich unter der der abdominalen Hysterektomie, die sich um 5 Promille bewegt. Abdominales und vaginales Vorgehen haben ganz verschiedene Indikationen. Das vaginale Vorgehen beschränkt sich in 80 Prozent lediglich auf den Uterus. Stellen sich beim vaginalen Vorgehen Schwierigkeiten ein, sollte man sich nicht scheuen, die Operation abdominal zu beenden.

Trotz breiter Anwendung der Antibiotika hat die Wundinfektion nicht im gewünschten Ausmaß abgenommen. Ein Drittel aller Fälle zeigen postoperativ einen fieberhaften Verlauf. Je früher die Infektion nach der Operation auftritt, um so schwerer ist ihr Verlauf. In etwa der Hälfte der Fälle befällt der Infekt die Harnwege. Je länger der Dauerkatheter liegen bleibt, um so größer ist die Infektionsgefahr. Die prophylaktische Verabreichung von Antibiotika beginnt man kurz vor der Operation und setzt diese Medikamente etwa 48 Stunden nach der Operation ab.

Das Einlegen von antibiotikahaltigen Vaginaltabletten scheint sich bewährt zu haben. Bei diesem Vorgehen wird die Zahl der Infektionen geringer und der Krankenhausaufenthalt kürzer. Die Operation des Kollumkarzinoms ist immer noch mit 4,2 Prozent Fisteln belastet. Erinnerung sei daran, daß es bei Zufuhr von zu großen Mengen Infusionsflüssigkeit zu einem Lungenödem kommen kann.

Besonders groß sind die Risiken und Komplikationen bei der Operation von vorbestrahlten Patientinnen. Als Frühfolge kommt es fast stets zu einem Ödem des Darmes. Als Spätfolge kann es zu örtlichen Nekrosen und zur Fistelbildung kommen. Die Gefäße werden fragil, das Gewebe unelastisch. Nicht selten schrumpfen die abführenden Harnwege und die Därme. Die Wundheilung ist wegen der schlechten Blutversorgung verzögert.

Da die kindlichen Indikationen bei den Geburtsvorgängen eine zunehmend größere Rolle spielen, ist die Sektiofrequenz auf etwa 6 Prozent angestiegen; in fast 40 Prozent wurde die Sektio wegen kindlicher Asphyxie durchgeführt. Die perinatale Mortalität liegt immer noch bei 5 Prozent, die der Mutter bei 0,19 Prozent. Bauchdeckenabszesse sind mit 8 Prozent ziemlich häufig. Die Liegedauer ist in verschiedenen Kliniken unterschiedlich, in der Städtischen Frauenklinik Nürnberg 17 bis 19 Tage, in Hamburg-Eppendorf nur zehn Tage.

Frauen mit einem Uteruskarzinom leiden häufig an Varizen und sind adipös, daher ist es nicht verwunderlich, wenn es auch nach Radiumeinlagen zu Embolien kommen kann. Deshalb gibt man prophylaktisch Heparin in Depotform (10000 E), beginnend drei Tage vor der Radiumeinlage bis drei Tage nach Entfernung des Radiums.

Es ist festzuhalten: Gynäkologische Operationen sind nicht gefahrlos und sie werden es auch in Zukunft

gelassen und ruhig am Tag

ADUMBRAN®

der unkomplizierte Tranquilizer
zur medikamentösen Psychotherapie

entspannt zu erholsamem Schlaf bei Nacht

zuverlässig · bewährt · gut verträglich

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

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

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

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

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

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

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

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

Thomae

nicht sein. Angestrebt wird eine Qualitätskontrolle der ärztlichen Leistung auch auf operativem Gebiet. Die Hysteroskopie ist noch keine ausgereifte Methode. Dasselbe gilt für die transuterine Sterilisation; die Versagerquote liegt hier bei 10 bis 20 Prozent. Die Frage, ob bei der Hysteroskopie Karzinomzellen in die Bauchhöhle verschleppt werden können, drängt sich auf, kann aber heute wohl noch nicht endgültig beantwortet werden.

Die Laparoskopie hat eine weitere Verbreitung gefunden. Sie ist aber leider nicht so gefahrlos, wie weithin angenommen wird. Um auftretende Komplikationen zu beherrschen, sollte dieser Eingriff prinzipiell nur im Operationssaal durchgeführt werden. Bisher sind über 60 Todesfälle bekanntgeworden. An erster Stelle steht die Gefäßperforation, darauf folgen die Darmverletzungen, aber auch der reflektorische Herzstillstand ist kein ganz seltenes Ereignis. Eine TRENDELENBURG' Lage von 10 bis 15 Prozent reicht aus, mehr kann zu Herzstörungen führen.

Das Krankheitsbild, das man früher unter dem Terminus Schwangerschaftstoxikose zusammenfaßte, läuft heute unter der Bezeichnung EPH - Gestose.

Die Häufigkeit dieser Erkrankung ist regional verschieden, sie beträgt in Mitteleuropa 5 bis 10 Prozent, dabei entfällt auf die Eklampsie 1 Prozent. Soziale Struktur, Ernährungsweise und Blutdruck spielen eine maßgebliche Rolle. Patientinnen mit einer hypertonen Neigung (familiäre Belastung) sind durch die EPH - Gestose besonders gefährdet. Früher hat man den Reninwerten bei der Entstehung der Hypertonien eine entscheidende Rolle zugeschrieben. Neuere Untersuchungen in Mainz konnten das nicht bestätigen; im Gegenteil sind bei der Gestose die Reninwerte erniedrigt und bei der normalen Schwangerschaft erhöht. Ein systolischer Blutdruck bis 140 mm Hg gilt als normal, 140 bis 160 mm Hg gilt als Grenzezone, diese Patientinnen sollen kontrolliert werden.

Da bei der Gestose das Kind gefährdet ist, soll Kontrolle durch C T G durchgeführt werden. Es gilt als gesichert, daß 30 bis 50 Prozent der Eklampsie-Kinder Dauerschäden aufweisen. Die Ursache liegt in der utero-plazentaren Durchblutungsinsuffizienz. Diese Störung kann durch die Hypotensiva nicht gebessert werden. Aus diesem Grund hat auch die Behandlung mit den Hypotensiva enttäuscht. Man versucht jetzt, mit Heparin die Durchblutungsstörung in der Plazenta zu bessern. Ist die Störung nicht zu beheben, muß die Schwangerschaft durch Sektio vorzeitig beendet werden, da sonst das Kind geschädigt wird. Grenztermin ist die 36. Woche. Es ist wichtig zu wissen, daß im achten Schwangerschaftsmonat die Teilung der Ganglienzellen aufhört.

Dr. med. H. Dietsch, 8450 Amberg

Ehrung langjähriger Mitarbeiterinnen von Ärzten in freien Praxen

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat bereits im Jahre 1969 eine Regelung für eine Ehrung langjähriger Mitarbeiterinnen niedergelassener Ärzte beschlossen, auf die wiederholt an dieser Stelle hingewiesen worden ist.

Sie lautet:

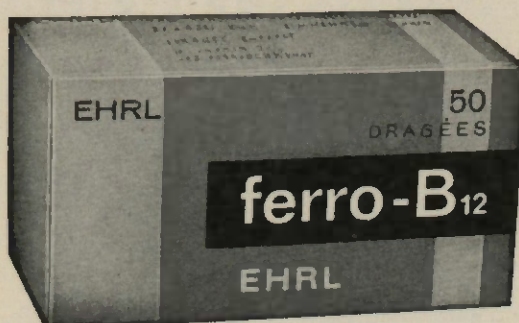
1. Mitarbeiterinnen niedergelassener Ärzte erhalten nach einer 10jährigen Berufstätigkeit bei demselben Arzt eine Ehrenurkunde,
2. Mitarbeiterinnen niedergelassener Ärzte wird nach einer insgesamt 20jährigen Berufstätigkeit in ärztlichen Praxen eine Ehrenurkunde und dazu eine vergoldete Arzthelferin-Brosche verliehen.

Diese Auszeichnung wird auch an technische Assistentinnen der Medizin, soweit sie in ärztlichen Praxen bzw. im Rahmen der freiberuflichen Tätigkeit leiter der Krankenhausärzte beschäftigt worden sind, vergeben.

Anträge mit den entsprechenden Angaben sind an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, zu richten.

BLÄK

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

Personalia

Auszeichnungen

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

Oberstarzt Dr. Oskar BAUR, Chefarzt des Bundeswehrlazarett Kempten, und
Dr. Alfred LEONHARDT, Ärztlicher Direktor der Gynäkologisch-Onkologischen Klinik Bad Trißl/Oberaudorf.

Fakultät

München

Technische Universität

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Heine CHÜDEN für „Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde“;

Dr. med. Klaus KOPP für „Innere Medizin“;

Dr. med. Karl Hermann LÖCKING für „Neurologie und klinische Neurophysiologie“;

Dr. med. Helge WENZL für „Chirurgie“.

Würzburg

Privatdozent Dr. rer. nat. Ludwig HEILMEYER, Abteilungsvorsteher am Physiologisch-Chemischen Institut, nahm einen Ruf auf den Lehrstuhl für Physiologische Chemie an der Universität Bochum an.

Zu „Abteilungsvorsteher“ wurden ernannt:

apl. Professor Dr. phil. Werner DÖLL, Institut für Hygiene und Mikrobiologie;

apl. Professor Dr. med. Karl-Heinz MOSLER, Abteilungsvorsteher an der Frauenklinik und Poliklinik;

Universitätsdozent Dr. rer. nat. Hans Günther NEUMANN, Institut für Pharmakologie und Toxikologie.

Privatdozent Dr. med. Peter EMMERLING, Akademischer Oberrat am Institut für Hygiene und Mikrobiologie, wurde zum „Wissenschaftlichen Rat“ ernannt.

Umhabilitiert wurden:

Privatdozent Dr. med. Heinrich AVENHAUS (bisher Universität Göttingen) für „Innere Medizin“;

Privatdozent Dr. med. Hermann KETTERER (bisher Universität Göttingen) für „Innere Medizin“.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Burkhard FRIEDRICH für „Chirurgie“;

Dr. med. Werner PROTT für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“.

Die bisherige Abteilung für Urologie an der Chirurgischen Klinik wurde aus der Chirurgischen Klinik

ausgegliedert und als „Urologische Klinik und Poliklinik“ errichtet.

Naturwissenschaftliche Fakultät verleiht den Dr. med. — Einmalig in Bayern

Seit 31. Mai 1974 kann der Fachbereich „Biologie und Vorklinische Medizin“ der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Regensburg den Titel eines Dr. med. verleihen. Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat eine vom Fachbereich ausgearbeitete Promotionsordnung, welche die Vergabe des Titels Dr. med. vorsieht, jetzt genehmigt.

Voraussetzung für die Promotion zum Dr. med. an der Uni Regensburg ist ein abgeschlossenes Medizinstudium.

Bundespolitik

Die Gesetzgebungskörperschaften — Bundestag und Bundesrat

Ein Überblick über die
Entstehung eines Bundesgesetzes
von Peter M a n d t

Nachstehender Bericht über die Entstehung eines Bundesgesetzes soll jedem, der an der politischen Entwicklung interessiert ist, jedoch mit der parlamentarischen Behandlung einer Gesetzesvorlage in ihren Einzelheiten nicht vertraut ist, darstellen, daß ein Gesetz nicht nur Produkt eines förmlichen Gesetzgebungsverfahrens ist, sondern gleichzeitig die Verwirklichung des politisch Möglichen der jeweils regierenden Mehrheit in den parlamentarischen Gremien. Dabei wird offensichtlich, wie und in welchem Stadium der parlamentarischen Arbeit der einzelne oder über eine ihn zu vertretende Gesellschafts-, Berufs- oder Wirtschaftsgruppe Einfluß auf die Gestaltung eines Gesetzes nehmen kann.

Außerdem soll dem Outsider verdeutlicht werden, wie schwierig die Aufgabe für diejenigen ist, die in der gesetzpolitischen Verantwortung stehen bzw. an dem oft harten und jahrelangen Ringen um eine gerechte Lösung eines gesetzpolitischen Problems beteiligt sind.

Der Deutsche Bundestag ist das Organ der Gesetzgebung in der Bundesrepublik, das vom Volk in allgemeiner, unmittelbarer, freier und geheimer Wahl gewählte Parlament. Im Gegensatz zur Diktatur gibt sich das Volk durch die von ihm Gewählten seine Gesetze selber, da die Abgeordneten in ihrer Gesamtheit den Bundesgesetzgeber bilden. Durch das Grundgesetz sind in seinen Bestimmungen über den Gang der Ge-

setzung viele Sicherungen eingebaut, die die Gewähr dafür bieten sollen, daß die Gesetze allen Erfordernissen einer freiheitlichen, demokratischen, rechtsstaatlichen, föderativen und sozialen Grundstruktur des Grundgesetzes entsprechen. Der Weg eines Gesetzentwurfes bis zum Inkrafttreten des Gesetzes erscheint dem Laien zunächst recht kompliziert und schwierig. Bei näherem Studium zeigt es sich aber als sinnvoll und zweckmäßig. Wenn die baldige Verabschiedung eines Gesetzes auch noch so dringend ist, so darf doch die Forderung einer erschöpfenden, exakten und gut durchdachten Bearbeitung der Gesetzesvorlage nicht unbeachtet bleiben.

Die Gesetzgebungsbefugnis des Bundestages als die zentrale Gesetzgebungskörperschaft für den Erlaß von Bundesgesetzen ist daraus ersichtlich, daß die Einleitungsformel der Gesetze heißt: „Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen.“ Die Bundesrepublik Deutschland stellt nach dem Grundgesetz (Verfassung) einen föderalistischen Staat dar, in dem die Befugnis zur Gesetzgebung meist zwischen dem Gesamtstaat (der Bund) und den Gliedstaaten (die Länder) geteilt ist. Die jeweilige Zuständigkeit der Gesetzgebungsbefugnis des Bundes und der Länder ist in den Artikeln 71 und 73 bzw. 72, 74 und 74a des Grundgesetzes begründet. Demnach gibt es eine „ausschließliche Gesetzgebung“ und eine „konkurrierende Gesetzgebung“. Die Länder haben im Bereich der ausschließlichen Gesetzgebung (Art. 71) die Befugnis zur Gesetzgebung nur dann, wenn und soweit sie hierzu in einem Bundesgesetz ausdrücklich ermächtigt werden. Bei der konkurrierenden Gesetzgebung haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch macht. In Artikel 74 und 74a sind die Gebiete aufgezählt, nach denen grundsätzlich den Ländern die Befugnis zur Gesetzgebung zusteht, solange der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch macht. Falls im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung ein Bedürfnis nach bundesgesetzlicher Regelung besteht, z. B. wenn eine Angelegenheit durch die Gesetzgebung einzelner Länder nicht wirksam geregelt werden kann oder die Regelung durch ein Landesgesetz die Interessen anderer Länder oder der Gesamtheit beeinträchtigen könnte oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit, insbesondere die Wahrung der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse, über das Gebiet eines Landes hinaus eine bundesgesetzliche Regelung erfordert, so hat der Bund allein das Gesetzgebungsrecht. Der Artikel 75 des Grundgesetzes gibt dem Bund ferner noch das Recht, unter bestimmten Voraussetzungen sogenannte Rahmenvorschriften zu erlassen. Gesetze, die nur den Rahmen für Gesetze der Länder darstellen.

Die Gesetzesinitiative, d. h. die Einbringung eines Gesetzentwurfes im Bundestag, ist nicht das alleinige Recht der Abgeordneten des Bundestages, sondern

nach dem Grundgesetz sind auch Bundesregierung und Bundesrat befugt, Gesetzentwürfe einzubringen. In den meisten Fällen wird die Gesetzesinitiative von der Regierung wahrgenommen. Das liegt darin begründet, daß sie im allgemeinen über einen großen fachlich geschulten Mitarbeiterstab verfügt und somit besonders geeignet erscheint, Gesetzentwürfe auszuarbeiten. Der Anlaß der Ausarbeitung eines Gesetzentwurfes können auch Anregungen oder Wünsche in Form von Petitionen seitens der Bevölkerung, Presseäußerungen, Rundfunkkommentare sein, die den Initiatoren zur Kenntnis gelangen oder, wie es bei vielen Gesetzen der Fall war, Interpellationen oder Anträge seitens des Parlaments. Bisher ist es üblich, daß der mit der Ausarbeitung eines Gesetzentwurfes beauftragte Referent (Referentenentwurf) nach Festlegen der Grundzüge und Richtlinien durch seinen Minister oder Staatssekretär die zum Ausdruck gekommenen Wünsche in Gesetzesform zu bringen und mit Vertretern etwa beteiligter Kreise, z. B. mit den wissenschaftlichen Gesellschaften oder Berufsorganisationen, Vorbesprechungen zu führen hat, um die Erfahrungen der Theorie und der Praxis dem Entwurf zugute kommen zu lassen. Nach Abschluß dieser Vorarbeiten bespricht der federführende Fachreferent den erarbeiteten Entwurf mit den Fachreferenten eventuell beteiligter Ministerien (Ressortsbesprechungen). Z. B. können bei einem Gesetzentwurf auf dem Gebiete des Gesundheitswesens das Bundesgesundheitsministerium federführend, das Bundesarbeits- und Wirtschaftsministerium beteiligt sein. Vor Überweisung an das Kabinett wird der Referentenentwurf in einer Referentenbesprechung, an der Vertreter der beteiligten Ministerien teilnehmen, im einzelnen besprochen. Die Vertreter der Ministerien haben die Aufgabe, ihre Minister über die erarbeitete Gesetzesvorlage zu unterrichten. Nach erneuter und endgültiger Besprechung mit dem Minister wird der Entwurf der Bundesregierung zur Stellungnahme zugeleitet. Das Bundeskabinett hat nun die Aufgabe, den Gesetzentwurf zu beraten und ihn besonders hinsichtlich seiner politischen Konsequenzen zu überprüfen. Die Annahme, die Ablehnung oder Zurückverweisung wird mit Mehrheit beschlossen.

Der Gesetzentwurf wird, nachdem er vom Kabinett beschlossen und paraphiert ist, im sogenannten ersten Durchgang dem Bundesrat vorgelegt (Art. 76 Abs. 2). Nach dem Grundgesetz (Art. 50) wirken die Länder durch den Bundesrat bei der Gesetzgebung und Verwaltung des Bundes mit. Eine Änderung des Grundgesetzes über die grundsätzliche Mitwirkung der Länder bei der Gesetzgebung ist unzulässig (Art. 79 Abs. 3). Die gesetzgeberischen Aufgaben des Bundesrates kennzeichnen neben seinen anderen Befugnissen, z. B. dem Erfordernis seiner Zustimmung zu Gesetzen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften, seine große Bedeutung. Bei diesem sogenannten ersten Durchlauf mit einer Frist von drei

Wochen wirkt der Bundesrat in erster Linie als beratendes Organ mit. Die Stellungnahme des Bundesrates, die in jedem Falle eine sorgfältige Prüfung und Meinungsbildung bei allen Landesregierungen voraussetzt, verfolgt den Zweck, den eigentlichen Bundesgesetzgeber, den Bundestag, schon vorher auf die etwaigen Wünsche der Länder aufmerksam zu machen. Es soll dadurch vermieden werden, daß der Bundesrat beim „zweiten Durchgang“, nachdem das Gesetz vom Bundestag beschlossen ist und wieder den Bundesrat passieren muß, Einspruch einlegt oder bei zustimmungsbedürftigen Gesetzen seine Zustimmung versagt. Zu der Dreiwochenfrist, die dem Bundesrat für seine erste Stellungnahme zur Verfügung steht, ist zu bemerken, daß diese Zeitspanne sehr kurz bemessen ist; große Gesetzeswerke wurden von der Bundesregierung monatelang vorbereitet und vom Bundestag ebenfalls so lange beraten.

Die erwähnte Stellungnahme zu dem Gesetzeswerk wird zunächst in einem oder mehreren Fachausschüssen erarbeitet, d. h., daß die Ansichten in Form von Änderungsvorschlägen bzw. Anträgen sowohl zum Gesetz in seiner Gesamtheit als auch zu einzelnen Paragraphen erörtert und zur Abstimmung gestellt und mit Mehrheit beschlossen werden. Die Fachressorts haben schon vorher sich mit den einzelnen Vorschriften des Gesetzentwurfes eingehend befaßt und ihn vom Standpunkt des betreffenden Landes kritisch beleuchtet. Es kann sehr oft passieren, daß dann die eine oder andere Landesregierung eine grundsätzlich andere sachliche oder politische Meinung zu dem Entwurf hat als die Bundesregierung. Es ist verständlich, daß die Länder auf vielen Gebieten über größere Erfahrungen verfügen als der Bund und seine Ministerien, da ihnen ja die Durchführung der staatlichen Verwaltung im allgemeinen obliegt.

Nachdem der Gesetzentwurf vom Bundesrat im ersten Durchgang behandelt worden ist, geht die Vorlage mit eventuellen Wünschen und Änderungsvorschlägen wieder an die Bundesregierung zurück. Das Kabinett nimmt dazu schriftlich Stellung und bringt das Gesetzeswerk mit dieser Stellungnahme beim Bundestag ein.

Der Präsident des Bundestages setzt den Gesetzentwurf im Einvernehmen mit dem Ältestenrat auf die Tagesordnung einer Plenarsitzung. In der sogenannten ersten Lesung wird der Gesetzentwurf (Regierungsvorlage) durch den Minister oder Staatssekretär des federführenden Ministeriums eingebracht und begründet. In einer eventuell stattfindenden anschließenden Aussprache nehmen die von den einzelnen Fraktionen beauftragten Abgeordneten lediglich zu den Grundsatzfragen Stellung. Es können auch andere Abgeordnete, die an dem Gesetz besonders interessiert sind, aber nicht die gleiche Meinung vertreten wie der Fraktionsredner, dem Plenum ihre Ansichten zur Kenntnis geben. Nach Beendigung der ersten Aussprache wird der Gesetzentwurf mit Mehrheitsbe-

Kurs für Laborhelferinnen

vom 4. bis 15. November 1974 in Nürnberg

Für den vorbezeichneten Kurs, der an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg stattfindet, sind noch einige Plätze frei.

Interessentinnen wollen sich bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, umgehend anmelden.

Teilnahmebedingungen: Nachweis einer dreijährigen Tätigkeit im Laborbereich.

Der Weiterbildungskurs wird sich insbesondere auch der Qualitätskontrolle mit praktischen Übungen widmen.

schluß zur Ausschußberatung überwiesen. Die Mitglieder der Bundestagsausschüsse werden von den einzelnen Fraktionen anteilmäßig bestellt und bringen im allgemeinen die für den Ausschuß entsprechenden Fachkenntnisse mit. Die Stärke der Ausschüsse wird zu Beginn der Sitzungsperiode durch das Plenum festgelegt; die Stellenanteile der Fraktionen werden nach dem sogenannten Höchstzahlverfahren errechnet.

Der zur Ausschußberatung überwiesene Gesetzentwurf wird vom Ausschußvorsitzenden in der Regel mit Zustimmung der Ausschußmitglieder auf die Tagesordnung der nächsten Sitzung gesetzt. In einer Handakte, die jedem Mitglied vor Beratung ausgehändigt wird, sind alle erforderlichen Bundestagsdrucksachen enthalten und sämtliche Materialien, wie z. B. Petitionen aus allen Kreisen der Bevölkerung, Denkschriften, Vorschläge der interessierten Verbände und Berufsorganisationen. Oftmals werden von den Ausschüssen besonders qualifizierte Fachleute eingeladen, die dann als Sachverständige an den mündlichen Verhandlungen teilnehmen. Außer den Ausschußmitgliedern nehmen regelmäßig die Regierungsvertreter an den Sitzungen teil. Nach dem Grundgesetz haben diese das Recht, zu den Beratungen gehört zu werden; sie sind verpflichtet, auf Verlangen des Ausschusses sich zu den anstehenden Fragen zu äußern. Sie müssen dabei entsprechend dem von der Regierung vorgelegten Gesetzentwurf eine einheitliche Meinung vertreten und dürfen während der Ausschußberatungen keinerlei Änderungsanträge stellen. Änderungsanträge können nur von Mitgliedern des Ausschusses, d. h. von Abgeordneten, gestellt werden. Nach Entgegennahme der Darlegungen der vom Ausschuß ernannten Berichterstatter (Referent und Korreferent) zu der vorliegenden Gesetzesmaterie tritt der Ausschuß in die Beratung der Grundsatzfragen ein. Erst nach dieser Grundsatzdebatte werden die einzelnen Paragraphen erörtert, besprochen und darüber Beschluß gefaßt.

Oft kommt es vor, daß ein Gesetzentwurf sowohl in sachlicher wie auch politischer Hinsicht eine grundlegende Änderung und Umgestaltung erfährt.

Selbst wenn die Beratungen im Ausschuß abgeschlossen sind, können bei der folgenden zweiten und dritten Beratung im Plenum Änderungsanträge seitens der Fraktionen sowie auch von einzelnen Abgeordneten gestellt werden. Für die Beratung der vom Ausschuß erarbeiteten Fassung der Gesetzesvorlage im Plenum wird ein Berichterstatter bestimmt, der über das Ergebnis der Ausschußberatungen zu berichten hat, und die Vollversammlung bittet, den Gesetzentwurf in der vom Ausschuß beschlossenen Fassung anzunehmen. An die Berichterstattung schließt sich die Beratung der einzelnen Paragraphen an. Es wird über jeden Paragraphen, Einleitung und Überschrift beraten und einzeln abgestimmt. In der Regel erfolgt nach der zweiten Lesung gleich die dritte. Es können allerdings auch ein oder mehrere Tage dazwischen liegen. Bei der dritten Lesung findet nochmals eine allgemeine Aussprache über die Grundzüge der Gesetzesvorlage statt. Wenn zu einzelnen Vorschriften Änderungsanträge vorliegen, so wird hierüber nochmals die Einzelaussprache eröffnet. Mit der Schlußabstimmung über das gesamte Gesetz und alle in zweiter und dritter Lesung angenommenen Änderungsanträge ist die dritte Lesung beendet und das Gesetz verabschiedet. Zur Verabschiedung des Gesetzes bedarf es in der Regel der einfachen Mehrheit, d. h. die Mehrheit der anwesenden Abgeordneten.

Nach Verabschiedung durch den Bundestag wird das beschlossene Gesetz noch einmal dem Bundesrat im sogenannten zweiten Durchgang gemäß Artikel 77 des Grundgesetzes vorgelegt. Nach dem Grundgesetz gibt es eine Anzahl von Gesetzgebungsmaterien, deren Regelung nur mit Zustimmung des Bundesrates erfolgen kann. Falls der Bundesrat nach einem vorangegangenen erfolglosen Vermittlungsverfahren einem solchen Gesetz die Zustimmung verweigert, kommt das Gesetz nicht zustande und tritt somit nicht in Kraft. Auch bei Gesetzen, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedürfen, kann der Bundesrat aufgrund Artikel 77 Abs. 2 des Grundgesetzes die Einberufung des Vermittlungsausschusses verlangen. Der Vermittlungsausschuß besteht aus elf Bundestagsabgeordneten und elf Mitgliedern des Bundesrates; die Zahl der Bundestagsabgeordneten ist auf die Fraktionen aufgeteilt, von den Bundesratsmitgliedern wird je einer von jedem Lande, auch von Berlin, gestellt. Der Vermittlungsausschuß hat die Aufgabe, durch einen Kompromiß (Vermittlungsvorschlag) über die beanstandeten Paragraphen oder Bestimmungen zwischen Bundestag und Bundesrat eine Einigung herbeizuführen. Der Vermittlungsvorschlag muß dem Bundestag und auch dem Bundesrat zur Beschlußfassung vorgelegt werden. Wird der Vermittlungsvorschlag vom Bundestag angenommen und vom Bundesrat nicht, oder ist die Behandlung der strittigen Punkte im

Vermittlungsausschuß nicht entsprechend den Wünschen des Bundesrates verlaufen, so kann der Bundesrat bei nicht zustimmungsbedürftigen Gesetzen innerhalb zwei Wochen Einspruch erheben. Dieser Einspruch kann zur Vernichtung des Gesetzes führen, falls der Einspruch mit Mehrheit der Stimmen des Bundesrates beschlossen (21 Stimmen) und der Bundesratsbeschluß nicht durch die Mehrheit der gesetzlichen Mitglieder des Bundestages, also mindestens 249 Abgeordnete, überstimmt wird. Sind die vorhandenen Hindernisse überwunden oder hat das Gesetz seinen normalen Lauf hinter sich, d. h., daß der Bundesrat von keinem seiner verfassungsmäßigen Rechte Gebrauch gemacht hat, so kann das Gesetz verkündet werden. Es wird durch den Bundesratspräsidenten dem Bundeskanzler und von diesem dem zuständigen Minister zur Gegenzeichnung zugeleitet. Danach unterzeichnet der Bundespräsident und bescheinigt damit die Verfassungsmäßigkeit des Bundesgesetzes. Mit der Verkündung im „Bundesgesetzblatt“ tritt das Gesetz in Kraft.

Anschr. d. Verf.: Peter Mandt, 5300 Bonn, Wolkenburgstraße 1

Amtliches

Änderung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung

vom 8. Juli 1974

Aufgrund des Art. 9 Abs. II des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. Dezember 1933 (BayBS I S. 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Juni 1974 (GVBl. S. 245), wird die Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung vom 9. Juni 1971 (GVBl. S. 210), zuletzt geändert am 16. April 1974 (GVBl. S. 243), auf Beschluß des Landesausschusses und mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern (Schreiben vom 25. Juni 1974 — Nr. I A 4 — 938 — 40/20 —) sowie mit fachaufsichtlicher Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr (Schreiben vom 26. Juni 1974 — Nr. 5141 g — IV/6 a — 35 668 —) wie folgt geändert:

Art. I

In § 40 Abs. 1 wird die Zahl „1000“ ersetzt durch die Zahl „2000“.

Art. II

Diese Satzungsänderung tritt am 1. September 1974 in Kraft.

München, den 8. Juli 1974

Bayerische Versicherungskammer
Wilhelm Knies, Präsident

Bayerisches Ärzteblatt 10/74

Röntgenverordnung

Das Bayerische Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen hat am 17. Juli 1974 eine Bekanntmachung zum Strahlenschutz im Vollzug der Röntgenverordnung erlassen. Die Bekanntmachung ist im Bayerischen Staatsanzeiger Nr. 31 vom 2. August 1974 veröffentlicht. Sie enthält u. a. die Vollzugs-Vorschriften über die Voraussetzungen für den Betrieb von Röntgeneinrichtungen und Störstrahlern, das Anzeigeverfahren für Röntgeneinrichtungen, die Messung der Dosisleistung, die Aufzeichnungspflicht, die Messung der Personendosis, die ärztliche Überwachung und die Übergangsvorschriften sowie im Anhang die Richtlinien über die Aufzeichnung nach § 29 RöVO und über Art und Umfang der Messung der Personendosis und ihre Bewertung.

Auf folgende wichtige Daten aus der Bekanntmachung und der Röntgenverordnung sei nochmals hingewiesen.

Der Nachweis der für den Strahlenschutz erforderlichen **Fachkunde** muß von dem Arzt, der eine Röntgeneinrichtung in Ausübung der Heilkunde betreibt und dafür verantwortlich ist, bis zum **25. Februar 1975** erbracht werden. Es ist nicht damit zu rechnen, daß diese Frist noch einmal verlängert wird.

Jede Röntgeneinrichtung muß durch einen amtlich bestellten **Sachverständigen** bis zum **31. August 1976** überprüft sein.

Als **Sachverständige** im Sinne von § 4 Abs. 1 RöVO sind in Bayern vom zuständigen Landesamt für Umweltschutz bestimmt worden:

- Die Landesgewerbeanstalt Bayern, 8500 Nürnberg 1, Gewerbemuseumsplatz 2,
- der Technische Überwachungsverein Bayern e. V., 8000 München 21, Eichstätter Straße 5,
- die Strahlenmeßstelle Regensburg (Professor Dr. B. HESS), 8400 Regensburg, Am Ölberg 6,
- das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsschutz, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

Betreiber von Röntgeneinrichtungen in den Regierungsbezirken **Unter-, Mittel- und Oberfranken** werden gebeten, die Sachverständigenprüfung bevorzugt durch die Landesgewerbeanstalt Bayern vornehmen zu lassen: Betreiber in den Regierungsbezirken **Oberbayern** und **Schwaben** werden gebeten, mit der Sachverständigenprüfung den TÜV Bayern e. V. zu beauftragen. Die Strahlenmeßstelle Regensburg kommt überwiegend für die Überprüfung von Röntgeneinrichtungen im Regierungsbezirk **Oberpfalz** in Betracht. Betreiber von Röntgeneinrichtungen im Regierungsbezirk **Niederbayern** sowie staatliche Stellen, die Röntgeneinrichtungen betreiben (z. B. Gesundheitsämter, Versorgungsdienststellen, Universitäten, Fachhochschulen, staatliche Krankenanstalten, Landesversicherungsanstalten) und gewerbliche Betriebe werden gebeten, mit der Sachverständigenprüfung vornehmlich das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsschutz zu beauftragen.

Es wird allen in Betracht kommenden Kollegen dringend empfohlen, sich die vorstehende Bekanntmachung zu beschaffen. Der „Bayerische Staatsanzeiger“ kann vom Verlag Bayerische Staatszeitung GmbH, 8000 München 2, Sendlinger Straße 80, bezogen werden.

Sie ist auch im „Ministerialamtsblatt des Bayerischen Staatsministeriums für Landesentwicklung und Umweltfragen“ abgedruckt, das vom Verlag für Verwaltungspraxis, Franz Rehm KG, 8000 München 80, Vogelweideplatz 10, bezogen werden kann. BLÄK

Verschreibung und Bezug von Betäubungsmitteln

Das Bundesgesundheitsamt hat zu einigen Fragen über die Verschreibung und den Bezug von Betäubungsmitteln mit Schreiben vom 31. Mai 1974 – Op 7622 – 7625 – wie folgt Stellung genommen:

1. Expectorans Solucampher® – Delalande –

Die vorgenannte Arzneispezialität enthält 40 mg Äthylmorphin-D-campher-β-sulfonat, 40 mg Codein-cam-



Dismenol®

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

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

Kontraindikation: Akute intermittierende Porphyrie.

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

Dosierung: Packung mit 15 Tabletten DM 3.10
2–3 mal täglich Packung mit 150 Tabletten DM 24.–
eine Tablette Klinikpackung mit 500 Tabletten DM 58.–

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

pher- β -sulfonat u. a. in 100 g Saft. Damit ist sie nach § 3 Nr. 1 von den Vorschriften der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung freigestellt. Im Hinblick auf § 1 Abs. 4 des Betäubungsmittelgesetzes ist diese Arzneispezialität auch kein Betäubungsmittel im Sinne dieses Gesetzes.

2. Reasec

Die vorgenannte Arzneispezialität enthält in einer Tablette 2,5 mg Diphenoxylhydrochlorid und 0,025 mg Atropinsulfat. Nach § 3 Nr. 3 der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung unterliegt sie somit nicht mehr deren Vorschriften.

Unabhängig davon bleiben Reasec Tabletten Betäubungsmittel im Sinne des § 1 Abs. 4 des Betäubungsmittelgesetzes und unterliegen damit u. a. den Vorschriften der Verordnung über den Bezug von Betäubungsmitteln. Da es sich hierbei jedoch um eine Arzneispezialität handelt, die verschrieben werden darf, braucht diese nicht über Bezugscheinantrag, sondern kann nach dem Erwerbsbelegverfahren erworben werden.

3. Homöopathische Zubereitungen

Im Hinblick auf § 2 Nr. 2 der BtMVV unterliegen Cocain, Morphin oder Opium enthaltende homöopathische Zubereitungen unabhängig von ihrer Potenz den Vorschriften dieser Verordnung. Auf § 5 Abs. 1 Nr. 19 dieser Verordnung wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

4. Überfüllvolumen von Injektionslösungen

Nach Abschnitt III Abs. 2 der amtlichen Begründung zur Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung sind auf die in dieser Verordnung festgesetzten Höchstverschreibungs- und Abgabemengen die in den bei Injektionslösungen erforderlichen Überfüllmengen enthaltenen Betäubungsmittelmengen nicht anzurechnen. Es braucht daher nur der Nominalgehalt einer Ampulle bzw. Injektionsflasche (Stechampulle) berücksichtigt zu werden.

5. Eigenhändige bzw. maschinelle Ausfertigung der amtlichen Formblätter

Der Ordnungsgeber hat die Verwendung von Stempeln und die maschinelle Anbringung für die Angaben nach § 1 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5, 7 und 8 BtMVV zugelassen. Ebenso kann der Vermerk „Praxisbedarf“ durch Ankreuzen der Ziff. 9 auf dem amtlichen Formblatt erfolgen. Nach Ansicht des Bundesgesundheitsamtes ist es daher unerheblich, ob das Stempeln durch den Verschreibenden oder durch eine andere Person vorgenommen wird. Es geht davon aus, daß ein handschriftliches Anbringen dieser Angaben durch eine andere Person als den Verschreibenden keine Verletzung dieser Vorschrift bedeutet.

6. Mengenangabe in arabischen Ziffern und deren Wiederholung in Worten

Die Vorschrift des § 10 Abs. 2 BtMVV bei der Angabe der „Mengen“ arabische Ziffern zu verwenden und

deren Bedeutung in Worten zu wiederholen, soll den bei der bisher gebräuchlichen Abgabe der Stückzahl der Darreichungs- (Arznei)-form mit römischen Ziffern wiederholt festgestellten Fälschungen begegnen. Nach Auffassung des Bundesgesundheitsamtes sind unter „Mengen“ hier nicht die „Gewichtsmengen“ oder der „Betäubungsmittelgehalt nach Gewicht“ (§ 10 Abs. 1 Nr. 3), sondern die Stückzahl der Packungseinheit, z. B. Cliradon Tropfflasche 100 mg Nr. 1 (eine), gegebenenfalls der abgeteilten Formen zu verstehen, z. B. Acedicon Tablonetten 7,5 mg Nr. 12 (zwölf) oder Dicodid Tabletten 10 mg Nr. 20 (zwanzig) oder 2 x 10 (zwei mal zehn). Entsprechend wäre zu verfahren bei DRF-Rezepturen hinsichtlich der Angabe Dosis 1 (eine). Bei Gewichtsmengen nur zur Abgabe herzurichtender Betäubungsmittel, z. B. Tct. Opii 10, dürfte es ebenfalls angezeigt sein, diese Menge in Worten (hier: zehn) zu wiederholen.

7. Nachweispflicht von Codein u. a.

(§ 15 der

Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung)

Nachweispflichtig ist jeder Eingang und Ausgang der der Betäubungsmittel-Verschreibungs-Verordnung unterliegenden Betäubungsmittel und der in § 2 Nr. 2 dieser Verordnung genannten Zubereitungen unabhängig von ihrer Verwendung. Hierzu gehören u. a. die Herstellung von Arzneimitteln einschließlich der Verarbeitung eines Betäubungsmittels in Rezeptur oder Defektur, auch wenn das hergestellte Arzneimittel dann den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften nicht mehr unterliegt.

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 22. Juli 1974 – V A 1494/23/74 –

Ermächtigung von Ärzten zur Untersuchung strahlenexponierter Personen

Aufgrund von § 3 der Verordnung über die Zuständigkeit zum Vollzug atomrechtlicher Vorschriften vom 22. Februar 1971 (GVBl. S. 67) in Verbindung mit § 46 Abs. 1 der Ersten Strahlenschutzverordnung – 1. StrlSchV – in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1965 (BGBl. I S. 1653) und § 6 der Verordnung über die Zuständigkeiten zum Vollzug der Röntgenverordnung vom 24. Januar 1974 (GVBl. S. 37) in Verbindung mit § 42 Abs. 1 der Röntgenverordnung – RöV – vom 1. März 1973 (BGBl. I S. 173) wurden ermächtigt:

- a) Für Überwachungsuntersuchungen von Personen, die nach der 1. StrlSchV und nach der RöV einer Untersuchungspflicht unterliegen

das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3,

- b) für Überwachungsuntersuchungen desselben Personenkreises mit Ausnahme von Personen, die mit offenen radioaktiven Stoffen umgehen, mit

FRÜHERKENNUNG UND FRÜHZEITIGE BEHANDLUNG DER HYPERURIKÄMIE VERHINDERN GICHT UND NIERENSCHÄDEN.

Die optimale Therapie:

URICOVAC[®]

Benzbromaronum

die „Nur-einmal-täglich-Tablette“

Zusammensetzung: Je Tablette 100 mg Benzbromaronum.

Indikationen: Hyperurikämie jeder Genese.

Kontraindikation: mittelschwere und schwere Niereninsuffizienz.

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

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

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

KOTHE et al., Therapiewoche 23,2927 (1973)

Hinweise:

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

LABAZ GmbH, Pharmazeutische Präparate Düsseldorf



denen nur aufgrund einer Genehmigung nach § 3 der 1. StrlSchV umgegangen werden darf:

Dr. med. Wolfgang Angel, Internist, Betriebsarzt der Siemens AG, 8000 München 80, Balanstraße 73

Dr. med. Ludwig Barth, Internist/Arbeitsmedizin, Betriebsarzt der Siemens AG, 8520 Erlangen, Werner-von-Siemens-Straße 50

Dr. med. Hedwig Bodnar, Internistin, 8000 München 40, Vers. Unt. Stelle, Martiusstraße 4

Dr. med. Hans-Jochen Böckler, Medizinaldirektor, Internist, 8789 Bad Brückenau, Wernarzer Straße 53

Dr. med. Karl Denninger, Medizinaldirektor, Internist, 8700 Würzburg, Friedenstraße 14

Dr. med. Walter Dorsch, Betriebsarzt des Technischen Überwachungsvereins, 8000 München 22, Reitmorstraße 51

Dr. med. Hans Ewald, Medizinaldirektor, Orthopäde, 8500 Nürnberg, Bärenschanzstraße 8c

Dr. med. Werner Frenger, Obermedizinaldirektor, Internist, 8202 Bad Aibling, Ghersburgstraße 20

Dr. med. Günter Fuchs, Werksarzt der Krauss-Maffei AG, 8000 München-Allach, Krauss-Maffei-Straße 2

Dr. med. F. Gerherdt, Medizineldirektor, Röntgenologe, 8900 Augsburg, Schaezlerstraße 13

Dr. med. Alfred Goetzeler, Oberregierungsmedizinalrat, Internist, 8000 München 40, Gentzstraße 5

Dr. med. Fritz Wolfgang Graf, Medizinaldirektor, Chirurg, 8500 Nürnberg-Reichelsdorf, Im Steinlach 6

Dr. med. Eleonore Greß, Oberregierungsmedizinalrätin, Internistin, 8000 München 40, Heßstraße 89

Dr. med. Hans Gross, Werksarzt d. Motoren- und Turbinen-Union München GmbH, 8000 München 50, Dachauer Straße 665

Dr. med. Anton Haimerl, Medizinaldirektor, Internist/Lungen- und Bronchialheilkunde, 8000 München 90, Geiseltasteigstraße 203

Dr. med. K. H. Hammerschmidt, Internist, 8900 Augsburg; Holbeinstraße 12

Dr. med. Frenz Heisch, Medizinalrat, 8240 Berchtesgaden, Kurklinik In der Stanggaß

Dr. med. H. Heller, 8360 Deggendorf, Kreiskrankenhaus

Dr. med. Hans Herzner, Medizinaldirektor, Chirurg, 8481 Wöllershof, Versorgungskrankenhaus

Dr. med. Maurus Huber, Internist, Betriebsarzt der Siemens AG, 8000 München 70, Hofmannstraße 51

Dr. med. Alfred Jäger, Medizinaldirektor, Internist, 8750 Aschaffenburg, Dr.-Kittel-Straße 7

Dr. med. Nils Kaiser, Betriebsarzt des Max-Planck-Instituts für Plasmaphysik, 8046 Garching bei München, Max-Planck-Institut

Dr. med. Waltraut Kiener, Betriebsärztin der Siemens AG, 8000 München 80, Werinherstraße 91

Dr. med. Heinz Kornhas, Internist, 8000 München 40, Montsalvatstraße 3a

Dr. med. Fritz Kropp, Obermedizinaldirektor, Internist, 8000 München 90, Tegernseer Landstraße 152

Dr. med. Karl-Erhard Kudielka, Betriebsarzt der Siemens-Elektrogeräte-AG, 8225 Traunreut, Berliner Straße 31

Dr. med. Georg Kunzmann, Werksarzt der Agfa-Gevaert AG, 8000 München 90, Tegernseer Landstraße 161

Dr. med. Kleus Dieter Lick, Obermedizinalrat, Chirurg, 8500 Nürnberg, Klinikum Kontumazgarten 14

Dr. med. Gustav Metz, Medizinaldirektor, Internist, 8700 Würzburg, Friedenstraße 14

Dr. med. Albert Münch, 8580 Bayreuth, Friedrichstraße 26

Dr. med. Renate Muermann, Arbeitsmedizin, Betriebsärztin der Siemens AG, 8000 München 80, Balanstraße 73

Dr. med. Werner Niggeschmidt, Internist, 8000 München 71, Eduard-Thöny-Straße 5

Dr. med. S. Nürnberger, Internist, 8700 Würzburg, Georg-Eydel-Straße 13

Dr. med. H. A. Pantelmann, Internist/Arbeitsmedizin, Werksarzt der Schaeffler-Werke, 8522 Herzogenaurach, Postfach 1220

Dr. med. Heinz Possel, Medizinaldirektor, Internist, 8000 München 19, Tizianstraße 33

Dr. med. Johann Prechtel, Oberregierungsmedizinalrat, Internist, 8000 München 60, Schrämelstraße 26

Dr. med. W. Reich, Medizinaldirektor, Radiologe, 8580 Bayreuth 2, Versorgungskrankenhaus Hohe Warte 8

Dr. med. Markus Riemer, Oberregierungsmedizinalrat, Internist, 8000 München 40, Heßstraße 89

Dr. med. Henning Scheuffler, Oberregierungsmedizinalrat, 8500 Nürnberg, Pausalastraße 28



RECORSAN-HERZSALBE

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

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

In 100g Salbe: Extr. Onosae 2,2g - Valerian 17g, Tinct. Conval 0,8g, -Castor 0,6g, Camph 10g, Menthol 0,5g, Nicotin 0,165g. · OR 30g DM 490

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Dr. med. Willibald Schicker, Obermedizinalrat, Internist, 8700 Würzburg, Keesburgstraße 17 a

Dr. med. Wilhelm Schürer, Internist, 8240 Berchtesgaden, Versorgungskrankenhaus

Dr. med. Ludwig Eduard Schuhmachers, Ltd. Werkarzt der Bayerischen Motorenwerke AG, 8000 München 40, Petuelring 130

Dr. med. F. Söttl, Obermedizinaldirektor, 8070 Ingolstadt, Staatliches Gesundheitsamt

Dr. med. Spaich, Internist, 8035 Gauting, Unterbrunner Straße 85

Dr. med. Paul Spengruber, Medizinaldirektor, Internist, 8000 München 40, Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle, Martiusstraße 4

Dr. med. Hermann Stamm, Internist/Arbeitsmedizin, Betriebsarzt der Siemens AG, 8520 Erlangen, Günther-Scharowsky-Straße, Bau 51

Dr. med. Jakob Sudermann, Allgemeinarzt, 8901 Königsbrunn, Grenzweg 4

Dr. med. Friedrich Thiele, Obermedizinaldirektor, Internist, 8730 Bad Kissingen, Menzelstraße 5/6

Dr. med. Hans Weigand, Medizinaldirektor, Radiologe, 8000 München 19, Voitstraße 2

Dr. med. Wolfgang Wigge, Frauenarzt, 8014 Neubiberg/München, Mainstraße 1

Beruflich strahlenexponierte Personen, für die bis zum Inkrafttreten der Röntgenverordnung eine ärztliche Überwachung nicht vorgeschrieben war, müssen nach § 49 Abs. 7 in Verbindung mit § 42 RöV bis zum 1. September 1974 untersucht sein.

Mit Erlaß dieser Bekanntmachung werden aufgehoben

1. die Bekanntmachung über die ärztliche Untersuchung strahlenexponierter Personen nach der Ersten Strahlenschutzverordnung vom 13. Dezember 1960 (AMBI. S. 418),

2. die Bekanntmachung über die ärztliche Untersuchung strahlenexponierter Personen nach der Röntgenverordnung vom 21. Februar 1974 (AMBI. S. 53).

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 13. August 1974 - V A - 5355/5-16/74 -

Bestellung von Landesärzten nach dem Bundessozialhilfegesetz

Gemäß § 126 a des Bundessozialhilfegesetzes wurde mit Wirkung vom 1. Juli 1974 als Landesarzt für Körperbehinderte für den Regierungsbezirk Oberpfalz neu bestellt:

Dr. med. Heinrich Baier, Facharzt für Orthopädie, 8400 Regensburg, Luitpoldstraße 15 b

Der bisherige Landesarzt, Chefarzt Dr. med. Georg Franz, Facharzt für Orthopädie, ist ausgeschieden.

Die Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 23. Mai 1960 (StAnz. Nr. 23 - MABI. S. 432) wird insoweit geändert.

Sedierung löst keine Probleme in der Psychopharmako-Therapie



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

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

DOGMATIL sediert nicht, dämpft nicht, mech nicht müde. DOGMATIL ist von keiner der herkömmlichen Psychopharmakengruppen abgeleitet.

DOGMATIL vertritt die aufdeckende Psychopharmakotherapie.

DOGMATIL führt sicher zu bewußter Konfliktverarbeitung. DOGMATIL verursacht keine Veränderung der Persönlichkeitstruktur.

DOGMATIL wirkt als Antidepressivum thymoanaleptisch, antriebssteigernd, stimmungsauffhellend, hemmungslösend.

DOGMATIL wirkt als Neuroleptikum entpsychotisch, helluzinolytisch, entleutistisch.

DOGMATIL® (Sulpirid)

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel enthält 50 mg Sulpirid N-[1-(4-ethyl-pyrrolidin-2-yl)-methyl]-2-methoxy-5-sulfamoylbenzamid. **INDIKATIONEN:** Psychovegetative Syndrome mit depressiver Komponente, Stimmungslabilität mit Leistungs- und Initiationsverlust, Psychose, angedepressive Vertriebnungszustände, larvante Depression, reaktive Depression, depressive Syndrome im Alter, abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, Antriebs- und Affektstörungen jeder Genese, Psychosomatische Erkrankungen, Organneurosen, einseitige Erschöpfung, psychische Dekompensation, psychogene Anorexia. Zur Unterstützung psychopharmakologischer Verfahren. **Wichtiger Hinweis:** Schwere Nebenwirkungen jeder Gattung. **DOSE:** 1 bis 2 Kapseln 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln. **Pflicht:** 5 mg/kg Körpergewicht (= 1 ml DOGMATIL Saft verteilt auf 3 Einzeldosen pro die. Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. **BEWEISWIRKUNGEN:** Gegenüber sonstige Simulation, Transpiration, Allergien, Mundtrockenheit, Nerven, Atemwegsreizungen, Hypotonie, Erregungszustände, Dyskinesien, atropinmydriatische Erscheinungen; Parkinsonismen, Zyklostörungen, Galaktorrhoe, Einschlafstörungen, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. **KONTRAINDIKATIONEN:** Abwehr, Kalium Retard, Epilepsie, dauerhafte Präsenz in der Schwangerschaft nur wenn es nach Ansicht des Arztes für den Zustand der Patienten notwendig ist. **HINWEIS:** Infolge der positiven Wirkung auf das Wachbewußtsein empfiehlt es sich, DOGMATIL nicht nach 18.00 Uhr einzunehmen. Da die Reaktion auf Alkoholgehalt nicht voraussehbar ist, sollte die gleichzeitige Einnahme von Alkohol und DOGMATIL vermieden werden. Das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr und bei der Arbeit kann vermindert werden, mit individuellen Unterschieden ist zu rechnen. Bei carnell vorgeschädigten Patienten ist die Dosierung der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Benötigte ärztliche Überwachung wird empfohlen. **VERBODENES MISCHUNGEN:** DOGMATIL, Kapseln, 20 zu 50 mg DM 16.95, 50 zu 50 mg DM 35.45, DOGMATIL, Saft, Flasche mit 200 ml Saft (1 Teelöffel = 5 ml Saft = 25 mg Sulpirid) DM 17.50 - DOGMATIL, Ampullen, 5 Ampullen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) DM 13.50 - DOGMATIL FORTE Tabletten, 12 Tabletten zu 200 mg DM 28.90 incl. MWST. Ferner: Anhaltspackungen, Ärztemuster, Literatur und Bestellinformationen durch:

CHEMISCHE FABRIK SCHÖRPHOLZ GMBH, 5 Köln 51, Gottesweg 64, Tel.: 37 30 85/6/7.

**Ein Laxans
soll nur hier wirken**

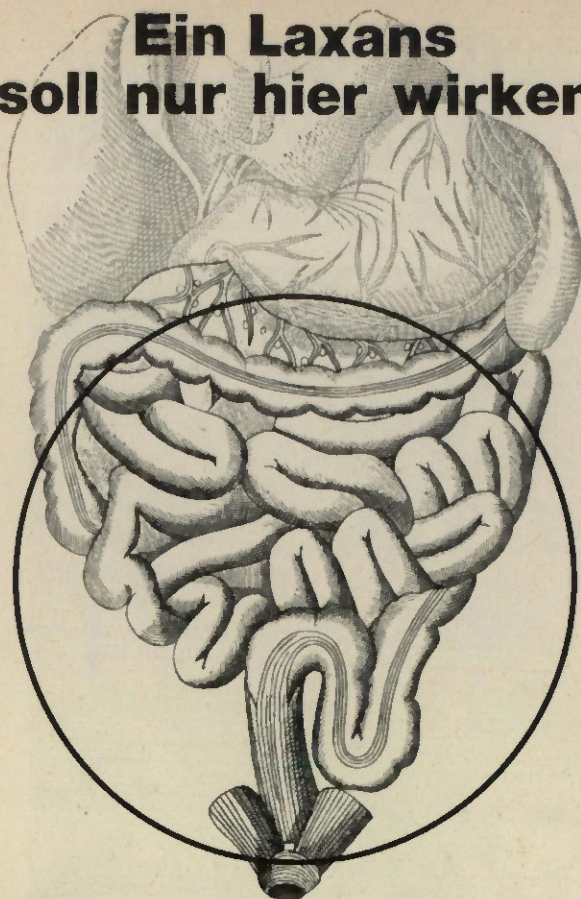


Abb. aus »Tabularum anatomicarum« B. S. Albini und B. Eustachii. 1761.

Rheogen®

**Rein pflanzliches Abführmittel
tut es!**

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

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

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

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhel 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei)

80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.

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

Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/W

Handelsformen und Preise:

OP mit 30 Dragees DM 2,70

OP mit 75 Dragees DM 4,45

AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

W 1982/10

Brief aus Bonn

Das Bundesarbeitsministerium faßt jetzt eine Aufgabe an, um die es sich besser schon früher gekümmert hätte. Die Finanzierung der Krankenversicherung der Rentner muß auf eine neue Grundlage gestellt werden, obwohl das geltende Recht erst aus dem Jahre 1967 stammt. Im Rahmen des Finanzänderungsgesetzes, mit dem in der damaligen Rezession die Finanzen des Staates und der Sozialversicherung konsolidiert wurden, sind die Lasten der Krankenversicherung der Rentner im Verhältnis von 80 : 20 auf Rentenversicherung und Krankenversicherung verteilt worden. Zugleich wurde den Rentnern ein Beitrag zu der bis dahin beitragslosen Krankenversicherung in Höhe von zwei Prozent der Rente abverlangt.

Über dieses Gesetz ist die Entwicklung längst hinweggegangen. Der Rentner-Beitrag wurde gestrichen, als die Inflation die Kaufkraft der Renten verringerte. Die Lastenverteilung im Verhältnis von 80 : 20 hatte nur ein Jahr Bestand. Die Dynamik der Kostenentwicklung in der Krankenversicherung der Rentner war falsch eingeschätzt worden. Der Gesetzgeber hatte die Beitragszuschüsse der Rentenversicherung an die Krankenversicherung an die Entwicklung der Gesamtausgaben der Rentenversicherung gekoppelt. Aber die Aufwendungen für die kranken Rentner stiegen trotz Rentendynamik wesentlich schneller, und zwar von 4,3 Milliarden Mark im Jahre 1968 bis auf fast elf Milliarden Mark im letzten Jahr.

Die Krankenversicherung hatte einen immer höheren Anteil der Ausgaben der Krankenversicherung der Rentner zu tragen, heute sind es mehr als 45 Prozent. Wenn der Gesetzgeber noch lange mit der Reform der Rentner-Krankenversicherung wartet, so wird der Krankenversicherung mehr als die Hälfte der Last aufgebürdet, obwohl die beitragsfreie Krankenversicherung für Rentner ja ein Leistungsversprechen der gesetzlichen Krankenversicherung werden zugunsten der Beitragszahler der Rentenversicherung in Solidarhaftung genommen. Die finanzielle Optik der Rentenversicherung, dargestellt in den langfristigen Rentebilanzen, wird um riesige Milliardenbeträge zu gut gezeichnet, während die Krankenversicherung gezwungen ist, die Last der Rentner in höheren Beiträgen weiterzuwälzen. Da bei den einzelnen Kassen der Anteil der Rentner sehr unterschiedlich hoch ist, führt dies zu nicht vertretbaren finanziellen Verzerrungen zwischen den Kassen.

Für die Neuordnung der Rentner-Krankenversicherung hat es mehrere Lösungsvorschläge gegeben. Im allgemeinen liefern sie darauf hinaus, die alte Finanzverteilung von 80 : 20 wieder herzustellen und die unterschiedlichen Belastungen der Krankenkassen auszugleichen. So hat auch der Sachverständigenrat zur

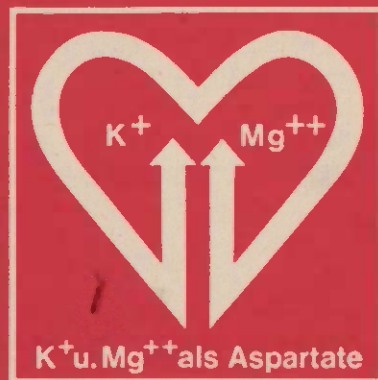
Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung votiert. Aber daran hat sich das Arbeitsministerium nicht gehalten. Da mit der Rentenreform vor der letzten Bundestagswahl rund 170 Milliarden Mark der bislang nur rechnerisch vorhandenen Überschüsse in der 15jährigen Rentenbilanz verteilt worden sind, müßte die zusätzliche Belastung aus der Rentner-Krankenversicherung in der Rentenversicherung zu einer Erhöhung der Beiträge von jetzt 18 auf etwa 19,5 Prozent führen.

Aber für die Politiker gilt der Rentenbeitrag als Tabu. Das ist verständlich, denn dieser Beitrag muß von ihnen selbst beschlossen und verantwortet werden. So überläßt man es lieber der Selbstverwaltung jeder einzelnen Krankenkasse, so unpopuläre Beschlüsse wie Beitragserhöhungen zu fassen. Dies ist die Konsequenz der Gesetzesvorschläge des Bundesarbeitsministers, die darauf hinauslaufen, die Kosten der Rentner-Krankenversicherung zwischen Rentenversicherung und Krankenversicherung zu teilen. Die Reform erschöpft sich darin, daß „Halbe-Halbe“ gemacht und der unbefriedigende Status quo festgeschrieben wird.

Für die Politiker hat dies noch ein anderes, möglicherweise erwünschtes Ergebnis: sie können weiter über den rasanten Kostenanstieg in der Krankenversicherung lamentieren und diesen zum Vorwand für systemverändernde Eingriffe nehmen. Man wird es erleben. Dabei kann doch kein Zweifel sein, wer in erster Linie mit den Ausgaben der Rentner-Krankenversicherung zu belasten wäre, nämlich die Rentenversicherung. Die beitragslose Krankenversicherung hängt ja an der Rente. Aber politisches Kalkül hat noch selten auf die Logik Rücksicht genommen.

Da die gesetzlichen Kassen hoch belastet bleiben, so werden weitergehende Korrekturen unausweichlich. So soll in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Finanzausgleich eingeführt werden, damit jeder Beitragszahler gleichmäßig belastet wird. Dieser Finanzausgleich wird über den Bundesverband der Betriebskrankenkassen abgewickelt; die Ortskrankenkassen waren nur schwer zum Verzicht zu bewegen. Dennoch ist klar, daß hier wiederum der gegliederten Krankenversicherung zu Leibe gerückt wird. Der Finanzausgleich engt die finanzielle Autonomie der Kassen ein. Wer heute anfängt, die Ausgaben für die Rentner auszugleichen, der wird morgen schon einen finanziellen Ausgleich für die Unterschiede bei den mitversicherten Familienangehörigen oder für geringere Einnahmen infolge eines niedrigeren Lohnniveaus der Versicherten fordern.

Der Entwurf des Arbeitsministeriums wirft ein weiteres Problem auf. Wenn die Beitragszahler der Krankenversicherung die Hälfte der Rentnerlast zu tragen haben, so entsteht natürlich die Frage, ob sie dies auch für jene Rentner tun müssen, die noch nie einer gesetzlichen Kasse angehört haben und erst als Rentner zum Kreis der Sozialversicherten stoßen. Für das



Tromcardin[®] FORTE



sichert den Ausgleich intrazellulärer Elektrolytverluste, wie sie kennzeichnend sind für

- Herzinsuffizienz
- Glykosidtherapie
- Herzinfarkt

Tromcardin FORTE optimiert die Leistung der Myokardzelle, macht die Glykosidtherapie sicherer und schirmt das Herz gegen Streß und kardionekrotische Noxen ab.

Der therapeutische Nutzen erweist sich eindrucksvoll in der Senkung der Nebenwirkungsrate der Glykosidbehandlung von 26,9% auf 5,72%. (Tilsner. V.: MMW 112 (1970), 291)

Indikationen

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

Kontraindikationen

Hochgradige Ausscheidungsstörungen und av-Block.

Zusammensetzung pro Tablette

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

Dosierung (Richtwerte)

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

Handelsformen und Preis

Packung mit 50 Tabletten DM 10,80
Anstaltspackung mit 500 Tabletten.



Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik · 51 Aachen

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

2-84-17

Ministerium ist die Entscheidung klar: diese Rentner haben eben die Hälfte des durchschnittlichen Beitrages in der gesetzlichen Krankenversicherung selbst zu zahlen. So einfach läßt sich der verbriefte Anspruch auf eine beitragslose Krankenversicherung streichen, wenn man es mit einer kleinen Gruppe, den Privatversicherten, zu tun hat. An eine neue befristete Öffnung der gesetzlichen Kassen, die gewiß höchst problematisch wäre, denkt niemand.

Mit Reform hat dies alles jedenfalls wenig zu tun.

bonn-mot

Äskulap und Pegasus

In der September-Nummer berichteten wir über das Frühlingstreffen der bayerischen Schriftstellerärzte in Aschaffenburg. Heute wollen wir das dort gehaltene, groß angelegte Referat von Professor Dr. med. F. SCHMID, Aschaffenburg, Am Hasenkopf 1, bringen, das zu mancherlei nachdenklichen Überlegungen Anlaß gibt. Nur einen Punkt möchte ich kurz herausheben: das kritische Gedicht, so wie es Schmid auffaßt, könnte auch eine gute Waffe sein im Kampf um die gesundheitlichen Interessen unserer Kranken und unserer ärztlichen Belange, nämlich dann, wenn man es richtig anwendet und immer wieder nach Möglichkeiten sucht, durch Veröffentlichung solcher Gedichte in den Massenmedien die notwendige Resonanz bei unseren Patienten zu finden.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Das kritische Gedicht

von F. Schmid, Aschaffenburg

„Dichtung“ bedeutet „Sprachkunstwerk“ und ist dadurch in ihrer Wertung, Einteilung und Abgrenzung im Laufe der Geschichte verschieden definiert worden. Den weitesten Bogen spannte wohl Horaz, wenn er der Dichtkunst die Aufgabe des „de-

lectare et prodesse“ (Erfreuen und Nützen) zuordnet. Da ihr Grundelement die Sprache ist, die Sprache Ihrerseits Ausdruck der – den Menschen eigenen – Denkleistungen, spiegelt die Dichtung, wie keine andere Kunstform Kulturepochen und Zeitprobleme wider; sie wird damit zum bedeutendsten historischen Dokument der Menschengeschichte. Die „Bibel“ sowie Homers „Illes“ und „Odyssee“ sind Beispiele, wie Aufzeichnungen historischer Vorgänge in ungebundener (Prosa) oder gebundener Form (Verse) zu den wichtigsten Geschichtsdokumenten der Menschheit wurden.

„Tichten“ erscheint als Verbum in Glossaren des 15. Jahrhunderts. Im germanischen Sprachgebrauch als „ordnen“, „zurechtrücken“ (der Worte) verstanden, wandelte sich im Althochdeutschen – wohl unter dem Einfluß des lateinischen „dictare“ (= schreiben, schriftlich abfassen, in schriftliche – poetische – Form bringen) im Sinne der schriftlichen Fixierung. Vom Mittelhochdeutschen bis zu Goethe erscheint als weiteres Definitionsmerkmal jenes der Denkleistung, des „Ersonnenen“, „Erdachten“, „Erdichteten“, der Fiktion, wie sie in der Titelform Goethes „Dichtung und Wahrheit“ am kontrasthaftesten akzentuiert ist. Je mehr sich die Dichtkunst an das geschriebene Wort band, um so schwieriger wurde die Abgrenzung zu anderen literarischen Tätigkeiten, ja zum Begriff „Literatur“ schlechthin. Für die Literatur (Geschriebenes, Gedrucktes) ist die schriftliche Fixierung essentiell, Dichtung kann, muß aber nicht schriftlich fixiert sein, wie dies z. B. im Volkslied, in durch Überlieferung weitergegebenen Sagen, Märchen und Erzählungen der Fall ist.

Die Vermischung der Begriffe wird in den Ausdrücken „literarisches Kunstwerk“ und „Belletristik“ (= schöne Literatur nach dem französischen „belles lettres“) deutlich. Heute vollzieht sich wieder eine Trennung der Begriffe „Dichtung“ und „Literatur“, wobei der Dichtung das fiktiv-konstruierende-synthetische, der Literatur das dokumentarische, real vorkommende, analytische Element zugeordnet wird. Die Sprache des Dichters soll „erfreuen und

Hyperforat®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen

Zusammensetzung: Extr. fl. Herb. Hyperici (Johanniskraut), stand. auf 2 mg HYPERICIN pro ml

Dosierung: Tropfen: 2–3 mal tägl. 20–30 Tropfen; Dragées: 2–3 mal tägl. 1–2 Dragées

Handelsformen und Preise (incl. MwSt.): 30 ml DM 5,80; 50 ml DM 8,95; 100 ml DM 15,95; 30 Dragées DM 4,45; 100 Dragées DM 11,95; 5 Amp. DM 6,80; 10 Amp. DM 12,90

Dr. Gustav Klein Arzneipflanzenforschung 7615 Zell-Harmersbach/Schwarzwald



nützen" ohne Motivierung und Beweis für das Gesagte; die „Literatur“ ist dagegen unabdingbare Grundlage der wissenschaftlichen Entfaltung geworden. Sie soll nur noch nützen, muß die Wahrheit suchen, die Fiktion (oder Idee), sofern sie nicht mit wissenschaftlichen Mitteln beweisbar ist, ist aus ihrem Bereich weitgehend verbannt. Gerade im naturwissenschaftlichen Bereich hat heute die Beweisführung mit direkten oder indirekten Mitteln einen höheren Stellenwert als die Idee. Speziell der Arzt wird dadurch von seiner über Jahrtausende sich hinziehenden philosophisch-künstlerischen Motivierung der Berufsausübung weggeführt in ein methodisch geprägtes Handeln, die eigene Logik tritt dabei zunehmend in den Hintergrund.

Das „Gedicht“ hat die terminologischen Abgrenzungsschwierigkeiten nicht. Dieser Form des Wortkunstwerkes wird von vornherein jene dichterische Freiheit eingeräumt, die auf Fakten und Beweise des Gesagten verzichten kann. Nach früheren Definitionen war das Gedicht als fiktionale Sprachschöpfung klar von anderen Sprachkunstwerken abgegrenzt. Rhetorik, Didaktik und Kritik haben zwar einiges von der poetischen Lizenz, nämlich durch Abweichung in Sprachrhythmus und Grammatik eine nuanciertere Wirkung zu erreichen, ein Wesensbestandteil der dichterischen Freiheit, die mögliche Bezugslosigkeit zum Faktischen, ist diesen Formen verwehrt.

Ginge man von diesen Definitionsmerkmalen aus, wären „Gedicht“ und „Kritik“ unvereinbare Formen künstlerischer Entfaltung. Das Gedicht – vor allem in der gebundenen metrischen Form – steht als synthetische Sprachschöpfung auch gefühlsmäßig der Kritik, die in ungebundener Sprache nicht „schöpft“, sondern analytisch zerlegt, fast diametral gegenüber. In der vom 18. Jahrhundert ab zeitweise gültigen Einengung des Gedichtes auf lyrische Gattungen hatte die Kritik jede Berechtigung im Geflecht von Rhythmus und Reim verloren.

Die Geschichte der Dichtkunst zeigt aber, daß die Kritik, deren Kerneigenschaft die logische Wertung sein sollte, in vielen Formen von Dichtung und Gedichten auftaucht.

Das „Lehrgedicht“ stellt wohl die klassische Komposition zwischen Gedicht und Kritik dar. Die ernste Absicht, Wissensstoff, Belehrung zu vermitteln, logische Schlußfolgerungen zu erreichen, wird durch Metrik oder Reim „aufbereitet“ und dadurch für den Leser angenehmer; selbst harte Aussagen werden hier – insbesondere in der Verkleidung als Parabel, Epigramm oder Fabel – weniger kritisch und minder verletzend empfunden. Indirekt kommen in diesen Gattungen die zurückgedrängten Elemente der Phantasie und des Gefühls zum Zuge, ohne damit die Hauptabsicht zu belehren, d. h. ernst genommen zu werden, zu vernachlässigen. Die Formen des Lehrge-

dichtes haben – angefangen von Hesiod (7. Jh. v. Chr.) und Theognis (6. Jh. v. Chr.) – Klassiker fast aller Dichterkreise benutzt.

Ein Lehrbeispiel eines Lehrgedichtes stellte Horaz in „de arte poetica“ (über die Dichtkunst) vor. Hier wird um die Einheitlichkeit eines Kunstwerkes gerungen, das Richtige nicht zu übertreiben gefordert; der Stoff soll den Fähigkeiten des Schreibenden angepaßt werden; grausame Handlungen sollen nach Möglichkeit indirekt dargestellt werden (Botenmitteilungen); Lösungen sollen logisch sein und vom „Deus ex machina“ ist sparsam Gebrauch zu machen. Dieses als „Brief an die Pisonen“ abgefaßte Lehrgedicht beginnt mit:

„Wollt en ein menschliches Haupt ein Meler den Hals eines
Pferdes
Fügen, die Glieder dann nehmen von ellen nur möglichen
Tieren,
Bunt mit Federn geschmückt, um garstig in schwärzlichen
Fischleib
Schließlich das Weib, das oben so schön, denn enden zu
lassen,
Würdet ihr, lüde men euch els Freunde zum Scheun, da
nicht lechen?
Gleubt mir, Pisonen, genz ähnlich ist solchem Gemälde die
Dichtung,
Die gleich Träumen des Kranken phentestische Bilder uns
vorführt
So, daß dabei weder Fuß noch Kopf einem einzigen Körper
Wirklich gehören. Doch stand den Malern und Dichtern ja
Billigerweise es frei, euch etwas kühn zu gestalten. (Immer)
Ja, ich weiß. Die Erleubnis erbitt ich und gebe sie endern,
Aber nicht so, daß mit Sanftem das Wilde sich paart, und
nicht etwe,
Daß man Schliengen mit Vögeln vereint und Lämmer mit
Tigern.

Nachsichtige Kritik sei der schlechteste Freundesdienst, da der Dichter vor der Öffentlichkeit bestehen soll. Der Dichterling vertraue dem dichterischen Rausch und arbeite nicht gewissenhaft an seinem Werk. Die Dummen aber, die auf ihn hören, sauge er zu seiner Selbstbehauptung aus wie ein Blutegel. – Es scheint damals schon Bestseller gegeben zu haben, die den echten Dichtern zu schaffen machten.

Horaz war es auch, der die dichterisch vollendetste Form des kritischen Gedichtes in der *Satire* schuf. Die als *Sermones* bezeichneten Verse rechtfertigt er in *Satiren* 14/II folgendermaßen:

Ja, der Fannius ist wohl glücklich zu preisen, der selber
Seine Gedichte mit Bild in Kepseln beim Publikum enbringt;
Meine jedoch llest keiner; und öffentlich selbst sie zu lesen,
Scheu ich mich, menchen erfreut diese Dichtert nicht, denn
die meisten
Trifft je der Tadel mit Recht.

In der ursprünglichen Bedeutung ist die *Satire* eine „bunte Schüssei“ (mit Früchten), die menschliche Torheiten, Laster und Schwächen – nicht dagegen Gebrechen – mit ironie, Witz, Hohn, Spott, Bissigkeit, Tadel bis zur ätzenden Überzeichnung angeht.

Horaz wollte die Satiren als Plaudereien im Sinne Bions verstanden wissen, spart aber nicht an Ironie und Spott gegen seine Umwelt und sich selbst. Am charakteristischsten ist diese Zeichnung wohl in dem Spottgedicht auf die Allgewalt des Weisen der Stoa, den ein lächerlicher Schnupfen zu Fall bringt.

Für die Geißelung von Mißständen in Staat und Gesellschaft eignet sich die Satire hervorragend. Zwei Beispiele dürften dies verdeutlichen.

Anders als in jenen Tagen

Anders als in jenen Tagen
ist die Not des Kindes

Von Mächtbesessenen verjagt
suchten sie,
Mutter und Kind,
ohne Habe,
eine Bleibe, Wärme und Essen
in jenen Tagen.

Von Erfolgsbesessenen geplagt
suchen sie
die Kinder
einen Halt inmitten der Hetze
Geborgensein in der Fülle Netze,
Aufgaben trotz Perfektion,
Wärme zwischen Beton,
ein Wort aus Lärm und Geschrei,
ein Streicheln vielleicht nebenbei,
in diesen Tagen.

Der Stall damals,
das schütterere Stroh
geben Wärme und Schutz
in der Not.

Die Peläste heute
frei von Schmutz
aus Glas, Beton und Stein
bieten alles,
nur kein Geborgensein.

Anders als in jenen Tagen
ist des Kindes Not;
es fehlt nicht mehr ein Brot,
ein Verstehen mangelt und ein Fragen.

F. X. Malnau

Die Dreher

Die Schraube geht nach links Genossen
dreht, dreht unverdrossen,
dreht ohne Wehl und Quel,
die Achse ist das Kapital.

Seht nur nach links, nicht rechts, nicht geradeaus,
dreht laufend weiter, ruht euch bloß nicht aus,
das Linkerdrehen Freude macht,
euch wenn die Achse quietscht und kracht.

Gibt's dann einen Ruck, ohne Widerstand,
ins Leere dreht der Dreher Hand,
verspürt bloß keine Qual,
die Achse war Euer Kapital.

Viele Hände mit zwei Stück Holz,
jubeln im Dreher-Sieger-Stoiz:
Achse entzwei, das Kapital ist tot,
die Richtung stimmt – hin zur Not.

F. X. Malnau

Daß Ironie ein probates Mittel der Selbstkritik ist, hat schon Ovid bewiesen, als er in der (späteren) 2. Auflage seiner Liebesgedichte (Amores) ein Epigramm voranstellte:

„Eben noch waren es fünf an der Zahl, von Ovid fünf herrliche Bücher,

Nun sind wir drei; so gefiel besser dem Dichter sein Werk.
Wer die Lektüre bislang für dich kein rechtes Vergnügen,
nun, zwei weniger macht Immerhin leichter die Pein.“

Die Satire hat im Laufe der Literaturgeschichte einige Halbschwestern bekommen, die statt der feinen Ironie andere Mittel des Protestes und der Kritik einsetzen.

Die **Parodie** ist eine komisch-satirische Transformation der Form eines Sprach- oder Ton-Kunstwerkes an einem unpassenden oder gar gegensätzlichen Stoff.

Die **Travestie** geht den umgekehrten Weg, um satirisch zu wirken; sie nimmt den Inhalt des zu kritisierenden oder zu verspottenden Werkes auf, kleidet diesen Inhalt aber in eine unpassende Form.

In der **Tirade** beherrscht der Wortschwall, die Phrase, das Ungezügelte die Form, nicht selten einmündend in ätzende Anklage oder Haß.

Als Beispiel dafür mag Ovids Tirade gegen die Abtreibung gelten. Damals, im Jahr 100 v. Chr., war dieses Zivilisationsphänomen offensichtlich ein so ernstes Problem in Rom wie in allen früheren und späteren Hochkulturen (2. Buch, Amores, 14).

„Was machts aus, daß frei vom Kriegsdienst feiern die Frauen
Daß Amazonengebrauch keine Gefolgschaft mehr hat,
Wenn ohne Krieg und daheim ihr eigener Stahl sie verwundet,
Wenn sie verblendet die Hand weppnen zum eignen Verderb!
Die es zuerst unternahm und die keimende Frucht hereusriß,
Hätt in der blutigen Tet selber verenden gesollt!

Nur daß, versteht sich, der Leib sei bewahrt vor Felte und Tadel,

Soll für den treurigen Kampf frei die Arena dir stehn?
Hätte vor alters beliebt die nämliche Sitte den Müttern,
Gäb es durch solches Vergehn nicht mehr das Menschen-
geschlecht.

Band 33 der von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe steht unseren Kollegen kostenlos zur Verfügung.

Dieser Band enthält die Vorträge der 12. Bayerischen Internistentagung in München 1972

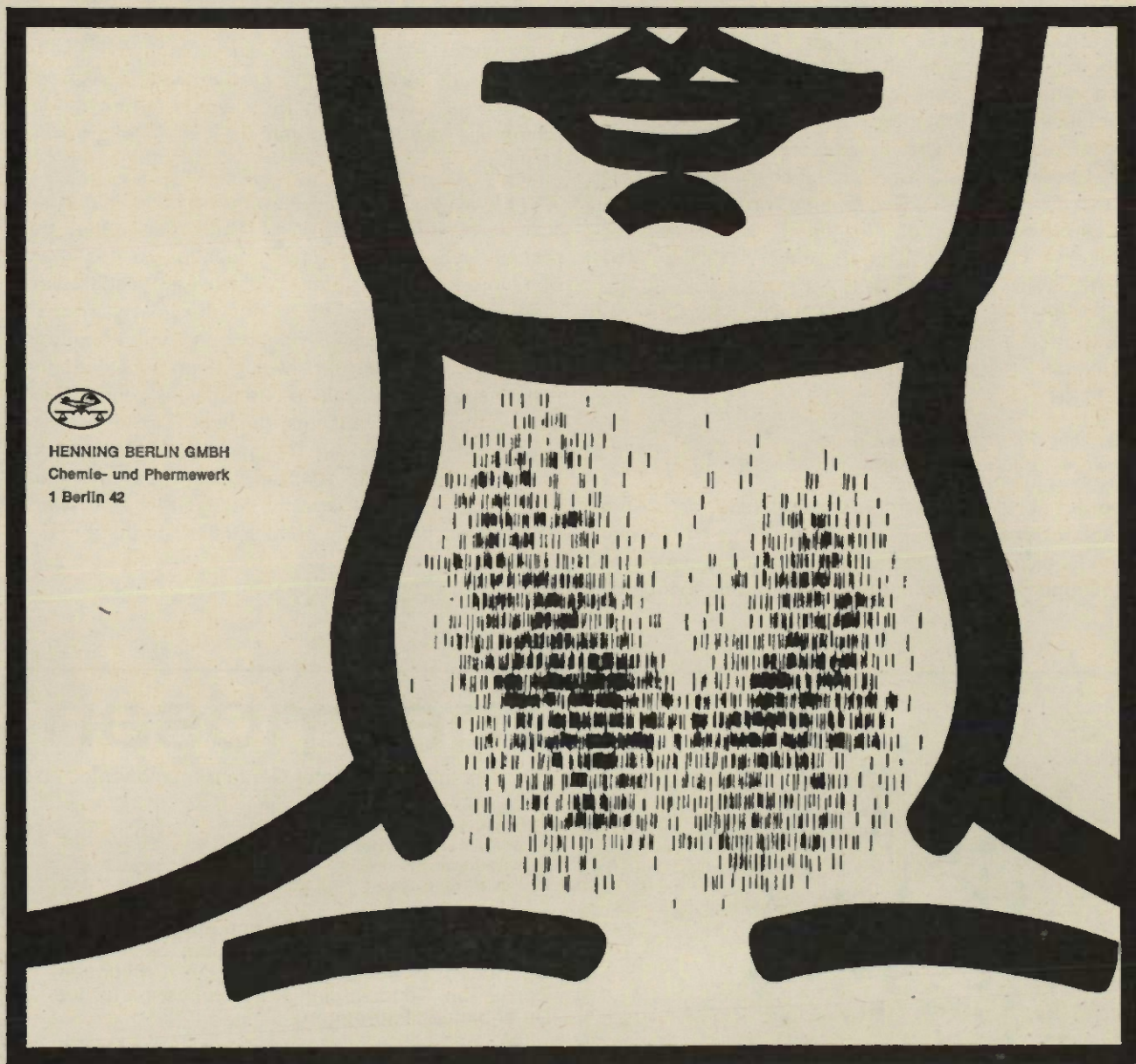
„Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“

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

Bei der blanden Struma



HENNING BERLIN GMBH
Chemie- und Pharmwerk
1 Berlin 42



Täglich 1 Tablette

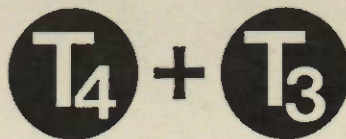
Thyroxin-T₃ „Henning“

Zusammensetzung:
1 Tablette enthält 100 µg L-Thyroxin-Natrium (T₄) und 20 µg L-3,5,3'-Trijodthyroninhydrochlorid (T₃).

Indikationen:
blande Struma, Rezidivprophylaxe nach Strumektomie, Zusatztherapie

bei thyreostatisch behandelter Hyperthyreose, Schilddrüsenmalignom, Hypothyreose.

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



Packungen und Preise:
20 Tabletten DM 4,80
50 Tabletten DM 9,90
70 Tabletten DM 13,75

Die **Groteske** kritisiert durch bildhafte Überzeichnung. Hergeleitet von Ornamenten mit Grotten (Thermen), Blumen, Tieren und Fabelwesen sucht sie Widersprüchliches in sich zu vereinigen (Komisches und Tragisches; Heldentum und Feigheit) und führt so zur Verzerrung.

Die **Elegie**, eine Gedichtform in Distichen, hat sich von der ursprünglichen Bedeutung als Ausdruck der Liebesehnsucht in eine Form des Klagegedichtes weiter entwickelt. Die stumme, resignierende Kritik an Unerwünschten, Unabänderlichen ist ihr Feld. Durch die anklagende Resignation wird der Effekt der Kritik oft noch überhöht. In allen Dichterkreisen verbreitet – Griechen: SOLON; Römer: TIBULL, PROPERZ, OVID; Deutsche: OPITZ, KLOPSTOCK, SCHILLER, GOETHE, HÖLDERLIN, MÖRICKE, RILKE – hat sie wahrscheinlich im Slawischen höchste Vollendung gefunden. SOLSCHENIZYN zitiert Tanja CHODKEWITSCH:

„Du kennst in voller Freiheit beten
Doch . . . daß nur Gott allein dich hört.“

Die **Kritik** – in der Prosa, der Rede, dem Kommentar, der Rezension – zu Hause hat sich der meisten Gedichtformen bedient mit Ausnahme der reinen Lyrik und des Liedes. Im Epos und Drama stehen die

Abläufe so im Vordergrund, daß für kritische Stellungnahmen wenig Raum bleibt; In den antiken Gedichten dieser Gattungen hat man unerwünschte Vorgänge und schlecht begründbare Ereignisse dadurch einer Kritik entzogen, daß man die Ursache den Göttern in die Schuhe schob. Verwickelte Probleme der Menschen waren von den Göttern vorgeplant, verwickelte Sachverhalte auf der Bühne wurden durch den „Deus ex machina“ entschieden; Gott wurde auf einer Maschine auf die Bühne gefahren und löste die Verwirrung.

Das kritische Gedicht – in welcher Form immer es sich darstellt – ist ein Weg, Kritik geistvoller, geschmeidiger und doch überzeugender zu gestalten. Das Objekt des kritischen Gedichtes ist deshalb vorwiegend zeitbezogen; es ist nur sinnvoll, wenn man diese geistvolle Auseinandersetzung mit Lebenden und Gegenwärtigen führt, wenig begründet dagegen – ein heute weitverbreitetes Zeitübel –, wenn es sich mit Vergangenen auseinandersetzt. Diese Art der Auseinandersetzung mit Gegnern und Mächten, die es nicht mehr gibt, gehören dem Epos und dem Drama. Das kritische Gedicht dagegen ist eine Waffe des Geistes, die sich an Zeiterscheinungen und in der Form der Selbstironie oft auch an den eigenen Leistungen zu bewähren hat.



Thermosan®

Liniment mit angenehmer Geruchskomponente

Zusammensetzung:

Monoethanolaminsalicylat	10,00 g
Nicotinsäurebenzylester	0,35 g
Nonylsäurevanillylamid	0,05 g
Liniment-Grundlage ed	100,00 g

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

In der Sportmedizin zum Vorwärmen der Muskulatur.

Kontraindikationen: Akut entzündliche, tuberkulöse und juckende Hauterkrankungen, arterielle Gefäßverschlusssyndrome.

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

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

Bei Überempfindlichkeit Präparat absetzen.

Handelsformen:

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

AP 225 g

Reg.-Nr. T 1448



DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE
1 BERLIN 21

Kongresse

53. Fortbildungsveranstaltung des Kollegiums für Ärztliche Fortbildung Regensburg

vom 10. bis 13. Oktober 1974

Im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer
Jahresvorsitzender Dr. med. F. S c h m i d l, Regensburg

Donnerstag, 10. Oktober 1974

im Städtischen Museum (Minoriten-
kirche)

20.00 Uhr:

Festvortrag:

Die Lage der Universitäten

Professor Dr. Dieter Henrich, Re-
ktor der Universität Regensburg

Freitag, 11. Oktober 1974

1. Hauptthema:

**Diabetes und Fettstoffwechselstörun-
gen – Aktuelle Probleme der Praxis**

Tagesvorsitz: Prof. Dr. H. Meh-
nert, München

Vortragssaal: Stadttheater

9.00 – 9.30 Uhr:

Begrüßung durch den Jahresvorsit-
zenden Dr. F. S c h m i d l, Regens-
burg, und Eröffnung der Ausstellung

9.30 – 9.40 Uhr:

Einleitung

Prof. Dr. H. Mehner t, München

9.40 – 10.20 Uhr:

**Lebormethoden und diagnostisches
Vorgehen bei Diabetes mellitus:
Neue Gesichtspunkte für die Praxis**
Dr. M. Haslbeck, München

10.20 – 10.40 Uhr:

**Diabetes mellitus: Pathogenese und
Diät als Grundlage der Therapie**

Prof. Dr. K. Schöffling, Frank-
furt/Main

11.20 – 12.05 Uhr:

**Moderne medikamentöse Behand-
lung des Diabetes mellitus**

Prof. Dr. H. Mehner t, München

12.05 – 12.35 Uhr:

**Komplikationen und Zweiterkrankun-
gen bei Diabetes mellitus**

Priv.-Doz. Dr. P. Dieterle, Mün-
chen

14.30 – 15.00 Uhr:

**Diabetes . . . was nun? – Grundlage
der Therapie?**

Wissenschaftlicher Film (Bayer AG,
Leverkusan)

15.00 – 15.30 Uhr:

**Akutsituationen und sozialmedizinische
Probleme bei Diabetes mellitus**

Prof. Dr. P. Petrides, Duisburg

15.30 – 16.00 Uhr:

**Abgrenzung und Pathophysiologie
diabetischer und nichtdiabetischer
Hyperlipidämien**

Prof. Dr. K. Jahnke, Wuppertal-
Eibfeld

16.00 – 16.30 Uhr:

**Risikofaktor Hyperlipidämie: Klinik
und Therapie**

Prof. Dr. F. A. Gries, Düsseldorf

17.00 – 18.30 Uhr:

**Rundtischgespräch – „Fragen aus
der Praxis“**

Gesprächsleitung: Prof. Dr. H. Meh-
nert unter Mitwirkung der Referen-
ten des Tages

9.00 – 17.00 Uhr:

Laborseminar

**„Neue Diagnostika – rationale Ar-
beitsweisen im Prexislabor – Ge-
räteberatung“**

Ort: ehem. Theologische Fakultät der
Universität Regensburg, Am Ölberg
6/1

Wissenschaftliche Leitung: Dipl.-
Chem. Dr. F. Kanter

Veranstaltet von der Firma Boehringer
Mannheim GmbH (Ausführliches
Programm bitte anfordern)

Samstag, 12. Oktober 1974

2. Hauptthema:

Neue Akzentle bewährter Arzneimittel

Tagesvorsitz: Prof. Dr. H. J. Dang-
ler, Bonn

Vortragssaal: Stadttheater

9.00 – 9.15 Uhr:

**Einführung: Neue Gesichtspunkte der
Pharmakotherapie**

Prof. Dr. H. J. Dangler, Bonn

9.15 – 9.45 Uhr:

**Die Bedeutung der β -Blocker für die
Hochdruckbehandlung**

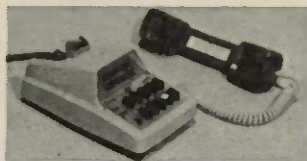
Prof. Dr. H. Lydtin, München

9.45 – 10.25 Uhr:

**Die Azetylsäure in der Prophylaxe
und Therapie thromboembolischer
Erkrankungen – Theoretische Kennt-
nisse und Perspektiven**

Prof. Dr. Ellen Weber, Heidelberg

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



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

Fordern Sie Prospekt F 9 an!

Generalvertretung für Bayern

austerlitz electronic

8500 Nürnberg 1 – Postfach 606 –
Telefon (09 11) *53 33 33 und 55 55 55

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

Prof. Dr. K. Bradl in, Frankfurt/Main

11.00 — 11.30 Uhr:

Neue Aspekte der medikamentösen Behandlung von Arrhythmien

Dr. W. Merx, Aachen

11.30 — 12.00 Uhr:

Ovulationshemmer in der gynäkologischen Hormonbehandlung

Prof. Dr. W. Nocke, Bonn

12.00 — 14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00 — 14.30 Uhr:

Das Absetzen der Kortikoidbehandlung nach überhöhter Langzeittherapie entzündlich rheumatischer Erkrankungen

Wissenschaftlicher Film (Siegfried GmbH, Säckingen)

14.30 — 15.00 Uhr:

Neuere Digitalisprobleme

Prof. Dr. H. J. Dengler, Bonn

15.00 — 15.30 Uhr:

Der Wandel in der Therapie der Angina pectoris

Prof. Dr. K. Kaltenbach, Frankfurt/Main

15.30 — 16.00 Uhr:

Fortschritte in der medikamentösen Behandlung der Migräne und verwandter vasomotorischer Kopfschmerzen

Name des Referenten im Kongreßführer

18.00 — 18.20 Uhr:

Neue Anwendungsmöglichkeiten für Phenobarbital in der Pädiatrie

Dr. A. Windorfer, Freiburg

16.50 — 18.00 Uhr:

Rundtischgespräch — „Kritische Pharmakotherapie in der Praxis“

(Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages)

Gesprächsleitung: Prof. Dr. H. J. Dengler unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 — 17.00 Uhr:

Laborseminar

s. Freitag, 11. Oktober 1974

15.00 — 18.00 Uhr:

Praktisches Reanimationsseminar

In Zusammenarbeit mit dem Bayer. Roten Kreuz, Bezirksverband Niederbayern/Oberpfalz

Leitung: Dr. J. Herrmann, Regensburg

Ort: Rotkreuzzentrum Greflinger Straße 4

(Unterweisung in Intubation und Herz-Lungenwiederbelebung)

Sonntag, 13. Oktober 1974

3. Hauptthema:

Aktuelle Angiologie der Praxis — Periphere arterielle Durchblutungsstörungen

Tagesvorsitz: Prof. Dr. W. Schoop, Engelskirchen

Vortragssaal: Stadttheater

9.00 — 9.10 Uhr:

Einführung

Prof. Dr. W. Schoop, Engelskirchen

9.10 — 9.40 Uhr:

Diagnose in der Praxis

Prof. Dr. F. Heinrich, Bruchsal

9.40 — 10.20 Uhr:

Möglichkeiten und Grenzen der konservativen Therapie

Dr. M. Köhler, Düsseldorf

10.45 — 11.10 Uhr:

Wann kann und soll der Chirurg operieren?

Dr. R. Glessler, Engelskirchen

11.10 — 11.30 Uhr:

Behandlung mit Kathetern

Prof. Dr. E. Zaitler, Engelskirchen

11.30 — 11.50 Uhr:

Behandlung von Ulkus und Nekrosen

Dr. I. Schmidtka, Engelskirchen

11.50 — 12.15 Uhr:

Arterielle Thromben, fibrinolytische Therapie und Prophylaxe

Priv.-Doz. Dr. Martin, Engelskirchen

12.20 — 13.00 Uhr:

Rundtischgespräch — „Fragen aus der Praxis“

Gesprächsleitung: Prof. Dr. W. Schoop unter Mitwirkung der Referenten des Tages

9.00 — 12.00 Uhr:

Laborseminar

s. Freitag, 11. Oktober 1974

Auskunft und Anmeldung:

Ärztliche Fortbildung, 8400 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a, Telefon (0941)5 072183/2182

Ärztseminar

am 11./12. Oktober 1974 in Würzburg

Veranstalter:

Knelpp-Bund e.V. in Verbindung mit der Landesvereinigung der Bayerischen Milchwirtschaft e.V.

Leder:

Professor Dr. med. W. Müller-Limroth, München

Themen:

Die Hauptnährstoffe und ihre ernährungsphysiologische Bedeutung — Die Bedeutung der essentiellen Aminosäuren - Eiweiß - Mineralhaushalt-Vitamine — Ernährung und Leistungsfähigkeit — Technologische Einflüsse auf Lebensmittel

Ort:

Würzburg, Hotel Rebstock

Auskunft und Anmeldung:

Knelpp-Bund e.V., 8000 München 60, Postfach 264

6. Sportmedizinisches Seminar

vom 8. bis 10. November 1974
in Erlangen

Leder:

Professor Dr. W. Hilmer, Erlangen

Theme:

Schul- und Jugendsport

Auskunft:

Dr. B. Moser, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, Telefon (09131) 853917

Ihr Problem: Der alternde Mensch
mit Herzinsuffizienz
und eingeschränkter
Nierenfunktion

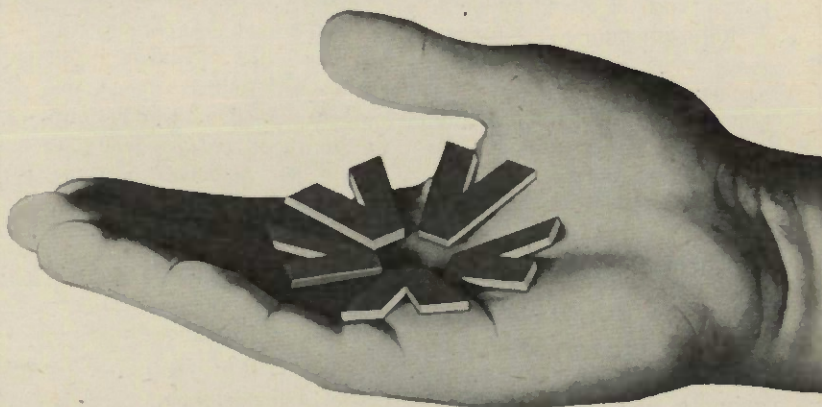
Die Lösung: **Talusin[®]**
Theo-Talusin[®]

denn:

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

Vorzügen:

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



Indikationen

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

Kontraindikationen

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

Zur besonderen Beachtung

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

werdende Mütter – kritisch abzuwägen.

Nebenwirkungen

Während der Behandlung können gelegentlich gastrointestinale Beschwerden auftreten.

Dosierung

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

Zusammensetzung

Talusin ist reines, kristallisiertes 3β -Rhamnosido-14 β -hydroxy- Δ^4 ,20,22-bufatrienolid (Proscillaridin), ein Glykosid aus *Scilla maritima* var. *alba*. 1 Dragée enthält $\frac{1}{4}$ mg bzw. $\frac{1}{2}$ mg Talusin. Theo-Talusin ist die

Kombination von Talusin mit 7-(β -Hydroxyäthyl)-theophyllin. 1 Dragée enthält $\frac{1}{4}$ mg bzw. $\frac{1}{2}$ mg Talusin und 75 mg 7-(β -Hydroxyäthyl)-theophyllin.

Handelsformen

Talusin $\frac{1}{4}$ mg

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

Talusin $\frac{1}{2}$ mg

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

Theo-Talusin $\frac{1}{4}$ mg

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

Theo-Talusin $\frac{1}{2}$ mg

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

KNOLL AG
Chemische Fabriken
6700 Ludwigshafen



Klinische Fortbildung in Bayern Chirurgie

Chirurgische Klinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. G. Heberer

vom 28. bis 31. Oktober 1974

Täglich ab 8.00 Uhr Beteiligung am Operationsprogramm (Nußbaumstraße und Thalkirchnerstraße), auf Wunsch Beteiligung an Visiten

Nachmittags Kurzvorträge mit Diskussion zu den Themen: Die Chirurgie der Gallenwege – Probleme der Dickdarmchirurgie – Das Karzinom am Restmagen – Die Stellung der Ösophago-Gastrostomie in der Chirurgie (Indikation, Technik, Komplikationen) – Korrekturingriffe nach Magenresektionen – Neue Gesichtspunkte der Anus-rectum-Versorgung – Die Strume maligna unter besonderer Berücksichtigung der chirurgischen Therapie – Lungentumoren – Die Hormonbehandlung beim Mammakarzinom – Indikation und Technik der subkutanen Mastektomie – Arterielle Aneurysmen – Arterienverletzungen, Erkennung und Behandlung – Heutige Technik der Varizenchirurgie – Möglichkeiten und Grenzen der Herzchirurgie im

Säuglingsalter – Neue Gesichtspunkte in der Behandlung von Navikularfrakturen und Pseudarthrosen – Die Behandlung der Oberarmfrakturen – Probleme der operativen Versorgung von Sprunggelenksfrakturen – Die chirurgische Behandlung der posttraumatischen Osteomyelitis und infizierten Pseudarthrose – Chirurgische Hochdrucktherapie

Letzter Anmeldetermin:

18. Oktober 1974

Chirurgische Universitätsklinik und Poliklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. Kern

vom 7. bis 12. November 1974

Dieser Fortbildungskurs gibt Gelegenheit, den operativen und stationären Betrieb der Klinik kennenzulernen und wird in Form von Vorträgen und Demonstrationen in der Ambulanz durchgeführt.

Themen:

Allgemeine und Abdominalchirurgie – Kinderchirurgie – Gefäßchirurgie – Unfallchirurgie – Lungenchirurgie

Letzter Anmeldetermin:

28. Oktober 1974

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (089) 47 60 87 (Apparat 95)

14. Bayerische Internistentagung

vom 22. bis 24. November 1974 in München

Veranstelter:

Verenigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V.

Ort:

Sheraton Hotel, München, Kongreßzentrum

Samstag, 23. November 1974

Vorsitz: Prof. Dr. L. Demling, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen-Nürnberg

9.00 – 9.15 Uhr:

Eröffnung der Tagung

9.15 – 9.35 Uhr:

Diätbehandlung bei Stoffwechselkrankheiten

Dr. F. Matzkies, Erlangen

9.35 – 9.55 Uhr:

Diät in der Gastroenterologie

Priv.-Doz. Dr. H. Koch, Erlangen

9.55 – 10.15 Uhr:

Parenterale Ernährung

Prof. Dr. G. Berg, Erlangen

10.15 – 10.35 Uhr:

Diskussion

11.05 – 11.30 Uhr:

Die nuklearmedizinische Diagnostik in der Inneren Medizin

Prof. Dr. F. Wolf, Erlangen

11.30 – 11.40 Uhr:

Diskussion

11.40 – 12.05 Uhr:

Die Bedeutung und Indikation der Hämodialysebehandlung für die chronische Niereninsuffizienz in der Praxis

Prof. Dr. U. Gessler, Nürnberg

12.05 – 12.15 Uhr:

Diskussion

Vorsitz: Prof. Dr. K. Bechmann, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Erlangen-Nürnberg

15.00 – 15.20 Uhr:

Technologie und Entwicklungstendenzen in der Schrittmachertherapie

Prof. Dr. M. Scheldach, Erlangen

15.20 – 15.40 Uhr:

Indikation und Überwachung der Schrittmachertherapie

Dr. W. Niederer, Erlangen

15.40 – 15.50 Uhr:

Diskussion

15.50 – 16.10 Uhr:

Diagnose der Koronarerkrankung: Anamnese, Elektrokardiogramm, Koroneroogramm

Prof. Dr. K. Bechmann, Erlangen

16.10 – 16.30 Uhr:

Koronarchirurgie: Methoden und Ergebnisse

Prof. Dr. G. Hegemann, Erlangen

16.30 – 16.40 Uhr:

Diskussion

17.10 – 17.30 Uhr:

Herzkatheter: Indikation, Risiken, Techniken

Dr. K. Schebelle, Erlangen

17.30 – 17.50 Uhr:

Umwelt und Kreislauf: Rückwirkungen alltäglicher und sportlicher Belastungen auf Herz und Kreislauf (mit Film)

Dr. R. Zerzewy, Erlangen

Sonntag, 24. November 1974

Vorsitz: Prof. Dr. H. Ley, Direktor der II. Medizinischen Klinik der Technischen Universität München, Klinikum rechts der Isar

9.00 – 9.25 Uhr:

Die Verlaufsform und Komplikationen der Pneumonie

Prof. Dr. H. Ley, München

9.25 – 9.50 Uhr:

Differentialdiagnose infiltrativer Lungenerkrankungen ohne primäre Pneumonien

Prof. Dr. G. Fröhmann, München – Dr. J. Klemm, München

9.50 – 10.15 Uhr:

Möglichkeiten der Bronchoskopie zur Differentialdiagnose infiltrativer Lungenerkrankungen

Prof. Dr. H. Blahé, Gauting

10.15 – 10.25 Uhr:

Diskussion

Vorsitz: Prof. Dr. J. Waldenström, Malmö-Schweden

10.55 – 11.35 Uhr:

Differentialdiagnose bei den soge-

nannten Paraproteinämien (monoklonale Gammopathie)

Prof. Dr. J. Waldenström, Malmö-Schweden

11.35 – 11.55 Uhr:

Immunelektrophoretische Differenzierung der monoklonalen und polyklonalen Gammopathien

Priv.-Doz. Dr. A. Fateh-Moghadam, München

11.55 – 12.05 Uhr:

Diskussion

Die **Mitgliederversammlung** der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e.V. findet am Freitag, 22. November 1974, 18.45 Uhr, statt.

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

Auskunft und Anmeldung:

Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e.V., 8036 Herrsching, Summerstraße 3, Telefon (0 81 52) 62 64

Sportärzte-Reise

anlässlich der Eiskunstauf-Weltmeisterschaften 1975 in Colorado Springs

vom 25. Februar bis 13. März 1975

Veranstalter:

Bayerischer Sportärzte-Verband e.V. in Zusammenarbeit mit „international airtours“

Vom 25. Februar bis 4. März soll Gelegenheit geboten werden, an verschiedenen Orten der Vereinigten Staaten (New York, Washington, Buffalo, Chicago, Denver) sportmedizinische Kliniken und Institute zu besichtigen. Vom 4. März bis 8. März ist Gelegenheit gegeben, an den Veranstaltungen der Eiskunstauf-Weltmeisterschaften teilzunehmen. Die Reise geht über San Francisco und Los Angeles nach Deutschland zurück.

Unverbindlicher Reisepreis:

Zwischen DM 3400,- und DM 3500,-.

Auskunft:

international airtours, Fr. Eberl, 8000 München 2, Beyerstraße 15, Telefon (0 89) 55 94 - 216

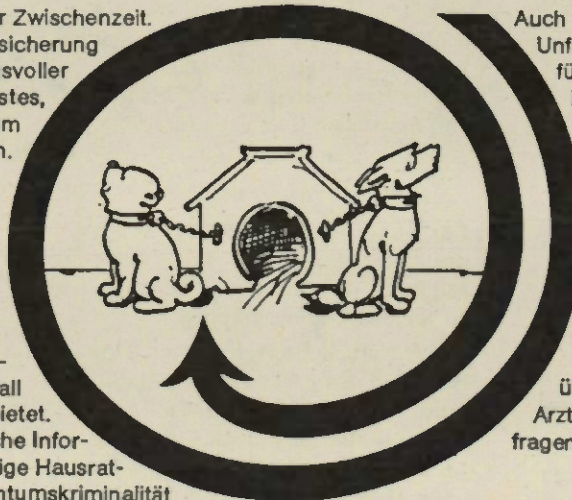
INTERIM FIT ALIQUID...

Es ist einiges geschehen in der Zwischenzeit.

Eine Winterthur-Hausratversicherung beispielsweise schützt heute wirkungsvoller vor den materiellen Folgen eines Verlustes, als dies Wilhelm Buschs Plisch und Plum gekonnt hätten.

Selbst wenn eine Hausratversicherung bereits besteht, ist sie vielfach nicht mehr ausreichend, weil eine Anpassung an Preissteigerungen und Anschaffungen unterblieb. Ist die Versicherungssumme aber niedriger als der jeweilige Wiederbeschaffungswert des Hausrats, liegt eine Unterversicherung vor, die im Schadenfall keinen vollen Ersatz bietet.

Fordern Sie bitte unverbindliche Informationen über die wichtige Hausratversicherung an. Denn die Eigentumskriminalität nimmt mit wachsendem Wohlstand weiter zu.



Auch wenn Sie an einer Haftpflicht-, Unfall-, Lebens-, Sachversicherung für die Arztpraxis oder an einer Kraftfahrtversicherung mit Strafrechtsschutz und Auslands-Zivilrechtsschutz interessiert sind, bedienen Sie sich bitte des Kupons und lassen Sie sich von unseren Ärztespezialisten beraten. Als neuen Service bietet die Winterthur übrigens im Rahmen ihres Haftpflicht-Informationssdienstes kostenlose Auskunft über spezielle Arzthaftpflichtfragen.

Bitte ausschneiden und auf Postkarte kleben.
Ich wünsche unverbindliche Auskunft über die Hausratversicherung Ihre modernen Versicherungsformen Ihren neuen Haftpflicht-Informationssdienst Ich bitte um Anlage eines Versicherungsorders

Name _____
(Postleitzahl) Ort _____
Straße _____
Telefon _____

Winterthur-Erfahrung – seit Jahrzehnten im Dienste des Arztes

Winterthur Versicherungsgruppe

8 München 40, Leopoldstraße 34/38, Telefon 3836-1

Kurs für Medizin- Technisches Personal

vom 6. bis 8. November 1974
In Erlangen

Theme:

EKG in Ruhe und bei Belastung –
Lungenfunktion

Auskunft:

Dr. B. Moser, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29, Telefon (091 31) 85 39 17

Symposium „Niereninsuffizienz 74“

vom 14. bis 18. November 1974
In Würzburg

Leitung:

Professor Dr. A. Heidland, Würzburg

Auskunft:

Nephrologische Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg, 8700 Würzburg, Josef-Schnelder-Straße 2, Telefon (09 31) 20 13 91

Kurs für klinische gastroenterologische Endoskopie

vom 25. bis 27. November 1974
In München

Leitung:

Professor Dr. R. Ottenjenn, München

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Auskunft und Anmeldung:

Dr. med. W. Bartelheimer, f. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Neuperlach, 8000 München 83, Oskar-Maria-Greif-Ring 51, Telefon (089) 67 94 315

Mitteilungen

Kneipp-Preis Verleihung 1974

Der Kneipp-Preis in Höhe von DM 5000,- für eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Kneipp-Therapie wurde für das Jahr 1974 an Dr. Engler-Hemm, Bad Wörishofen, verliehen. Thema der Arbeit: „Veränderungen der Reaktion auf einen Kaltreiz im Verlauf von Kneippkuren untersucht anhand von Meßgrößen der Thermoregulation und des Kreislaufs“.

Erweiterungsbau der Berufs- genossenschaftlichen Unfallklinik in Murnau eingeweiht

Um rund 90 Betten auf eine Gesamtkapazität von über 400 Betten ist die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik in Murnau erweitert worden. Sie erhielt eine zusätzliche Septische Abteilung, eine neue Operationsabteilung sowie neue Röntgen- und Urologische Abteilungen. Die Kosten dieser Erweiterung, getragen vom Berufsgenossenschaftlichen Verein für Heilbehandlung e. V., Murnau, belaufen sich auf über 17 Millionen DM.

Johann Georg Zimmermann-Preis für die Krebsforschung

Die Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover schreibt für das Jahr 1975 den Johann Georg Zimmermann-Förderungspreis für die Krebsforschung in Höhe von DM 20 000,- aus. Als Thema ist diesmal das gesamte Gebiet der „Tumor-Induktion“ ausgewählt worden. An der Ausschreibung können sich alle Wissenschaftler bis zum vollendeten 40. Lebensjahr beteiligen. Die einzureichenden Arbeiten sollen noch nicht veröffentlicht und keinesfalls länger als sechs Monate vor der Ausschreibung zu einer Veröffentlichung eingereicht worden sein. Die Arbeiten sind bis zum 15. Januar 1975 bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Hochschule Hannover e. V., 3000 Hannover, Am Hohen Ufer 6, einzureichen.

Mex-Bürger-Preis 1974

Der von der E. Merck Darmstadt gestiftete Max-Bürger Preis 1974 wurde zu gleichen Teilen verliehen an folgende Arbeitsgruppen:

1. Dr. Hartmut Radebold, Frau Hildegard Bechtler, Frau Ingeburg Pine, Psychosoziales Zentrum der Universität Ulm, für die Arbeit „Psychosoziale Arbeit mit älteren Menschen“;
2. Professor Dr. Manfred Berger, Dr. Kurt Behrends, Robert Zimmermann, Psychiatrisches Behandlungszentrum der Rheinischen Landesklinik Köln-Merheim, für die Arbeit „Psychogeriatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen – Ergebnisse eines interdisziplinären Forschungsprojektes –“.

Paul-Martini-Preis 1974

Der mit DM 10 000,- dotierte Paul-Martini-Preis, der von der Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft e. V. (Frankfurt) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik e. V. (Heidelberg) international ausgeschrieben wurde, ist für 1974 dem englischen Wissenschaftler Alasdair Muir Breckenridge, M. D., von der Postgraduate Medical School, London, zuerkannt worden.

Buchbesprechungen

Prof. Dr. Dr. H. GIESE † u. a.: „Die Sexualität des Menschen“. Handbuch der medizinischen Sexualforschung. 2., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Gesamtwerk (in einem Band) 1096 S., 185 Abb., 25 Tab., Ganzleinen, DM 187,-. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Jeder praktizierende Arzt muß sich heute in zunehmendem Maße mit Problemen der Sexualität auseinandersetzen; beim Gespräch mit den durch zahlreiche Veröffentlichungen unterschiedlich gut aufgeklärten Patienten wird er daher gerne auf eine sichere Informationsquelle zurückgreifen. Das in zweiter, neubearbeiteter und erweiterter Auflage von dem verstorbenen Hamburger Sexualwissenschaftler GIESE herausgegebene Handbuch vermittelt die wesentlichen Grundlagen der Sexualforschung und kann Antwort auf manche Frage geben. Mit der 2. Lieferung wurde es 1971 abgeschlossen; die 1. Lieferung ist bereits 1968 erschienen. In vier Teilen werden von namhaften Fachgelehrten, theoretischen und klinischen Forschern, die verschiedenen Aspekte der Sexualität abgehandelt: Das Geschlechtsleben, körperliche Bedingungen, Klinik der Sexualität, Fragen der Therapie. Dabei sind nicht nur die biologischen Probleme ausführlich behandelt, sondern werden auch die psychologischen und soziologischen Bedingungen des Sexuallebens von verschiedenen Seiten her beleuchtet. Ausführliche Würdigung erfahren die Fragen der Klinik und Psychopathologie sowie der Therapie.

Da die Konzeption des Handbuchs mehr als fünf Jahre zurückliegt, sind manche Kapitel bei dem gerade auch



Analgesie
in der Hand des Arztes

Lonarid[®]

bei Schmerzzuständen jeder Genese,
bei Schmerzen im Verlauf
fieberhafter Krankheiten

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

Kontraindikationen:

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

Besondere Hinweise:

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

Dosierung und Anwendungsweise
siehe Packungsprospekt

Packungen

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

**Boehringer
Ingelheim**



in diesem Gebiet sehr rasch fortschreitenden Erkenntniszuwachs nicht mehr auf dem modernsten Stand. Auch kann heutzutage ein Handbuch nicht mehr den Anspruch erfüllen, ein vollständiges Bild des Fachgebiets zu entwerfen. Unterschiedliche Gewichtung der Probleme aus der Sicht des Autors ist nicht zu vermeiden. Dies gilt besonders auch für die Darstellung der psychobiologischen Grundlagen. In den therapeutischen Kapiteln ist manche Empfehlung überholt.

Das vorzüglich ausgestattete Buch ist mit ausführlicher Literatur, mit einem Personen- und Sachwortverzeichnis versehen. Es kann als unentbehrlich angesehen werden für jeden, der sich näher mit den Problemen von Sexualität und Sexualforschung beschäftigt. Es werden aber auch zahlreiche wertvolle Hinweise für die Praxis gegeben, so für die Eheberatung. Dem Wandel unterschiedlicher Anschauungen und Wertungen sexueller Probleme wird die Darstellung vollauf gerecht.

Privatdozent Dr. G. Neuhäuser,
Erlangen

Prof. Dr. E. DUNKER/Prof. Dr. J. J. GROEN/Prof. Dr. R. KLINKE/Prof. Dr. H. LULLIES/Prof. Dr. K.-P. SCHAEFER/Dr. U. THODEN: „Hören, Stimme, Gleichgewicht“. Band 12 der Taschenbuch-Reihe „Physiologie des Menschen“. 308 S., 86 Abb., DM 14,80. Urban und Schwarzenberg Verlag, München-Berlin-Wien.

Das vorliegende Buch stellt einen in sich abgeschlossenen Band einer insgesamt 16 Bände umfassenden Taschenbibliothek der menschlichen Physiologie dar. Dabei war es sinnvoll, die Sprache und deren Voraussetzung, des Gehör, einerseits, und Gleichgewichtssinn und Gehör andererseits – aus der gemeinsamen Entwicklungsgeschichte heraus –

auch gemeinsam abzuhandeln. Nach einem geschichtlichen Rückblick auf die ersten anatomischen Beschreibungen wird die Physiologie des Hörens wie des Gleichgewichtssinnes einschließlich der klinischen Funktionsprüfungen eingehend dargestellt. Stimme und Sprache werden morphologisch und funktionell, auch im Vergleich zum Tierreich, instruktiv beschrieben. Sehr verdienstvoll ist das beachtliche, jedem Kapitel nachgestellte Literaturverzeichnis zum Weiterstudium. Schließlich informiert eine umfangreiche neurophysiologische Terminologie über die manchmal recht schwierigen und oft nur dem Fachmann geläufigen Fachausdrücke. Neben dem Studierenden der Medizin wird der tertige Arzt dieses Buch sicher gern zur schnellen „Reinformation“ zur Hand nehmen.

Dr. F. Sprenger, Würzburg

J. PIIPER/H.-P. KOEPCHEN: „Atmung“. Band 6 der Taschenbuch-Reihe „Physiologie des Menschen“. 322 S., 115 Abb., DM 15,80. Urban und Schwarzenberg Verlag, München-Berlin-Wien.

Die moderne Physiologie der Atmung ist ein sehr komplexes Fachgebiet, das für den Nichtspezialisten einige Verständnisschwierigkeiten in sich birgt. Dies liegt u. a. daran, daß eine relativ große Menge physikalischer und physiko-chemischer Begriffe und Denkweisen zum Verständnis der Funktionen des Gasaustausches nötig sind. Außerdem besteht eine enge Beziehung der Atmung zum Blut, zum Kreislauf und zum Stoffwechsel, so daß eine isolierte Betrachtungsweise dieses Gebietes nicht möglich ist. Diesen Gegebenheiten trägt der Abschnitt über die Physiologie der Atmung von J. PIIPER in Bd. 6 „Atmung“ der „Physiologie des Menschen“ von GAUER/KRAMER/JUNG in didaktisch ausgezeichnete Weise

Rechnung. Nach Darstellung der physikalischen Grundbegriffe werden Atemmechanik, pulmoneller Gasaustausch und Gewebsatmung sowie die Grundlagen des Säure-Basen-Haushaltes präzise dargestellt. Auf Formeln und Zahlenangaben wird nicht verzichtet, so daß dem Leser in jedem Fall die Benutzung von Papier und Bleistift bei der Durcharbeitung dieses Beitrags zu empfehlen ist. Andererseits sind Kenntnisse in der höheren Mathematik auf keinen Fall notwendig, da das Buch in erster Linie für Mediziner verfaßt ist. Alle Grundlagen, die für das Verständnis der in der modernen Pathophysiologie der Atmung erarbeiteten Kenntnisse nötig sind, sind knapp, aber verständlich dargestellt. Im zweiten Beitrag von H. P. KOEPCHEN über die Atmungsregulation werden ausführlich die Rhythmogenese der Atmung, die verschiedenen Atemtriebe, ihre Interdependenz und ihre Abhängigkeit von anderen Körperfunktionen beschrieben und insbesondere die Atmungsregulation bei körperlicher Arbeit dargestellt. Aufgrund der Vielzahl der hier beteiligten Mechanismen muß der Leser sich einige Zeit nehmen, um zu Verständnis und Einordnung aller beteiligten Faktoren gelangen zu können. Andererseits sind Kenntnisse über diese Funktionen für sehr viele Ärzte von großer Wichtigkeit, seien sie Internisten, Anästhesisten, Neurologen, Neurochirurgen oder Pädiater. Diesen Spezialisten, allen anderen an der Physiologie der Atmung interessierten Ärzten und den Medizinstudenten kann dieser Band sehr empfohlen werden.

Dr. Pasch, Erlangen

Prof. Dr. K. W. SCHNEIDER: „Die venöse Insuffizienz“. 388 S., 279 Abb., 18 Tab., geb., DM 96,-. Verlag Gerhard Witzstrock GmbH, Baden-Baden.

In diesem Buch sind vom Herausgeber Referate, vorgetragen auf der gemeinsamen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie und der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie und Proktologie 1970 in Bad Nauheim, und weitere ergänzende Beiträge zusammengestellt. Die Gliederung in Auswirkung der venösen Insuffizienz auf den Gesamtkreislauf, Auswirkung der venösen Insuffizienz auf die Endstrombahn, aktuelle Fragen der Proktologie und angiologi-

(Fortsetzung S. 816)

STAATL. FACHINGEN

Rein natürlich

Fachingen

■ Tilgt vor allem überschüssige Säure im Gesamtorganismus.
■ Es stumpft abnorme Säurebildung im Magen ab. ■ Behebt u. verhütet u. a. Sodbrennen, beugt Magenkrämpfen sowie der Bildung von Magengeschwüren vor. ■ Vermehrt z. B. auch die Diurese und verhindert Grief- und Steinbildung in den ableitenden Harmwegen.
Bei Krankenkassen zugelassen. Ad us. proprium Vorzugspreise.
Auskunft und wissenschaftl. Prospekte unverbindlich durch:
Staatl. Mineralbrunnen Siemens Erben · Zentralbüro:
62 Wiesbaden · Postfach 13047

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

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Erkrankungen an Scharlach wurden im Monat Juli häufiger gemeldet als im Juni und damit auch deutlich häufiger als im Juli des vorigen Jahres. Auf 100 000 Einwohner entfielen 79 Erkrankungen (umgerechnet auf ein Jahr). Durch Meningokokken verursachte Hirnhautentzündung trat in einer ähnlich geringen Zahl von Fällen wie im Vormonat auf, an sonstigen Formen der Hirnhautentzündung erkrankten etwas mehr Menschen, nämlich 8 auf 100 000 Einwohner.

Die Erkrankungsziffer an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) stieg im Juli merklich an, und zwar von 24 im Juni auf 46, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung bezogen. Nur geringfügig nahm gleichzeitig die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) zu, nämlich von 29 auf 31 je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Juni bis 27. Juli 1974 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Übertragbare				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus			
							Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		übrige Formen					
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen			
E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	1	—	266	—	—	—	5	—	25	—	—	—	1	—	—	—	4	—	94	—	4	—	—	—
Niederbayern	—	—	32	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	—	1	—	—	—
Oberpfalz	—	—	20	—	1 ⁴⁾	—	3	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	45	1	—	—	1	—
Oberfranken	—	—	87	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	45	—	1	—	—	—
Mittelfranken	—	—	128	—	—	—	3	—	6	—	1	—	—	—	—	—	1	—	84	1	3	—	—	—
Unterfranken	—	—	72	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	57	—	—	—	1	—
Schwaben	—	—	51	—	—	—	6	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29	1	2	—	—	—
Bayern	1	—	656	—	1 ⁴⁾	—	19	1	65	—	1	—	1	—	1	—	5	—	382	3	11	—	2	—
München	—	—	107	—	—	—	—	—	10	—	—	—	1	—	—	—	3	—	34	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	36	—	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	7	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	1	—	—	—	—
Erlangen	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	14	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis infectiosa		Ornithose				Malaria-Erkrankung		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf												Verdachtsfälle von Tollwut ⁵⁾	
			Psittacose		übrige Formen																			
E ST		E ST		E ST		E BT		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	91	3	—	—	1	—	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22
Niederbayern	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38
Oberfranken	25	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Mittelfranken	41	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Unterfranken	23	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Schwaben	31	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26
Bayern	259	3	—	—	3	—	1	—	6	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	94
München	45	2	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
Nürnberg	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Regensburg	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

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

4) Infiziert im Ausland.

Anmerkung: Die in der 28. Woche vom 7. 7. bis 13. 7. 1974 gemeldeten 172 Erkrankungsfälle an Enteritis infectiosa (übrige Formen) aus dem Landkreis Nürnberger Land haben sich nicht bestätigt.

sche Aspekte der portalen Hypertension zeigt die Unhaltbarkeit des Buchtitels. Aber auch die meisten der 31 Referate in den beiden ersten Teilen wären besser nicht gehalten und schon gar nicht in einem entsprechend betitelten Buch (Untertitel: Pathophysiologie, Klinik und Therapie) aufgeführt worden. Sartre wurde vorgeworfen, er bringe jeden kaum geborenen Gedanken gleich auf die Bühne; viele deutsche und europäische medizinische Wissenschaftler aber bestreiten heutzutage Tagungen und Kongresse mit Vor-Gedanken! Von diesen 31 Referaten sind lediglich vier erwähnens- und behaltenswert: ARNOLDI: Die Abhängigkeit des Venendrucks von der Muskeltätigkeit; FELIX: Pharmakologische Beeinflussbarkeit bei venöser Insuffizienz; DEMBOWSKI u. a.: Physikalische Behandlung bei venöser Insuffizienz; SCHIMPF: Venöse Insuffizienz und Blutgerinnung.

Insgesamt sehr gute, prägnante und übersichtliche Beiträge enthalten die Teile III (aktuelle Fragen der Proktologie) und IV (angiologische Aspekte der portalen Hypertension), sie wären jeweils ein eigenes Buch wert gewesen. Von bekannten Referenten werden hier die wesentlichen Gesichtspunkte zu Pathophysiologie, Klinik und Therapie zusammengetragen.

Die abschließenden und alle vier Teile rekapitulierenden Diskussionsbemerkungen, die z. T. in Monologe ausmünden, bedeuten keine Bereicherung. Der Kauf des Buches lohnt sich im Hinblick auf die Teile III und IV und die erwähnten vier Referate.

Dr. G. Schneble, Garching

Kongreßkalender

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

November 1974

1. – 5. 11. in Kassel:

EKG-Fortbildungs- und Übungskurs.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Heinecker, Stadtkrankenhaus, 3500 Kassel, Mönchebergstraße.

2. – 3. 11. in Bad Mergentheim:

8. Stoffwechsellagung. Auskunft: Be-

zirksärztekammer Nordwürttemberg, 7000 Stuttgart 70, Postfach 146.

3. – 9. 11. in Buenos Aires:

VIII. Internationaler Kongreß für Fertilität und Sterilität. Auskunft: Deutsche Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität, Prof. Dr. K. Semm, 2300 Kiel, Hegewischstraße 4.

4. – 8. 11. in München:

Sozialmedizinischer Informationskurs. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

4. – 8. 11. in Neuherberg:

Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

4. – 9. 11. in Erlangen:

Woche der digestiven Erkrankungen. Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

4. – 22. 11. in Neuherberg:

Strahlenschutzkura (Einführung-, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

6. – 8. 11. in Erlangen:

Kurs für medizinisch-technische Personal. Auskunft: Dr. B. Moser, Medizinische Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.

7. – 9. 11. in Düsseldorf:

12. Tagung der Deutschen Gesellschaft für plastische und Wiederherstellungschirurgie. Auskunft: Dr. C. Walter, 4300 Essen-Bredeney, Lilienstraße 12 e.

7. – 9. 11. in Gießen:

IX. Arbeitslegung für Chirurgen und für Allgemeinärzte – Notfallsymposium. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 6300 Gießen, Buchheimstraße 10.

8. – 9. 11. in Bernried:

7. Höhenrieder Symposium über Praxis und Probleme der Gesundheitsbildung. Auskunft: Chefarztsekretariat der Klinik Höhenried, 8131 Bernried.

8. – 10. 11. in Erlangen:

6. Seminar der Sportmedizinischen Abteilung der Medizinischen Poliklinik. Auskunft: Prof. Dr. K. Bechmann, 8520 Erlangen, Östliche Stadtmauerstraße 29.

8. – 10. 11. in Höxter:

22. Ärztlicher Fortbildungskurs für physikalische Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Wiedemann, Sekretariat, Weserbergland-Klinik, 3470 Höxter.

8. – 10. 11. in Schloß Weidenkam: Ärztekurs B für homöopathische Medizin. Auskunft: Dr. med. M. Stübler, 8900 Augsburg, Singerstraße 1.

9. – 10. 11. in Hennef:

Fortbildungalehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. D. Schnell, 5207 Ruppichterath, Otto-Willach-Straße 2.

9. – 10. 11. in Mainz:

Unfallmedizinische Tagung. Auskunft: Landesverband Hessen-Mittelrhein der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 6500 Mainz, Hindenburgstraße 8.

11. – 15. 11. in Neuherberg:

Strahlenschutzkurs / 1. Fortbildungskura. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

11. – 15. 11. in Sonthofen:

Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge – Autogenes Training und Bewegung. Auskunft: Dr. G. Eberlein, Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e. V., 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

13. – 17. 11. in Berlin:

7. Deutscher Kongreß für Perinatale Medizin. Auskunft: Dr. J. W. Dudenhausen, 1000 Berlin 44, Mariendorfer Weg 28–38.

13. – 17. 11. in Düsseldorf:

6. Diagnostikwoche mit Fachausstellung Medizin und Technik. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., 7000 Stuttgart 70, Hens-Neuffer-Weg 2.

13. – 17. 11. in Düsseldorf:

15. Seminar der Deutschen Gesellschaft für gastroenterologische Endoskopie (im Rahmen der Diagnostikwoche). Auskunft: Dr. Berensmann, 7000 Stuttgart 70, Jahnstraße 32.

14. – 15. 11. in München:

Arbeitsmedizinisches Seminar. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

14. – 16. 11. in Düsseldorf:

Informations- und Einführungskurae in die Chirotherapie von Wirbelsäule und Gelenken. Auskunft: Sekretariat

Das Ödem

als
zentrales Problem bei Trauma, Stauung
und Entzündung

Spezifisch behandeln!

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

Venalot®

löst das Problem, denn es wirkt
kausal beim lokalisierten Ödem

Indikationen:

Veriköser Symptomenkomplex, postthrombo-
phlebitisches Syndrom, Ulcus cruris, Phlebitiden,
Thrombosen und Thromboseprophylaxe.
Postischämisches Ödem, Posttraumatische und
postoperative Ödeme und Wundschmarzen,
z. B. bei Frakturen, Prallungen, Gesicht- und
Kieferverletzungen und -operationen,
Lymphatische Stauungen nach operativen Ein-
griffen oder/und Strahlentherapie. Mundtrocken-
heit nach Bestrahlung von Tumoren im Kopf-
und Halsbereich.

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

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

Zusammensetzung:

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

Handelsformen:

30 Kapseln	DM 8,65
75 Kapseln	DM 17,56
5 Ampullen zu 2 ml	DM 8,05
10 Ampullen zu 5 ml	DM 27,20
40 ml Liniment	DM 5,85
70 ml Liniment	DM 9,10
20 Depot-Dragees	DM 10,25
50 Depot-Dragees	DM 23,30
Anstaltspackungen	



Schaper & Brümmer
3324 Salzgitter-Ringelheim

der deutschen Gesellschaft für manuelle Medizin e.V., 4700 Hemm, Ostenallee 8ü.

14. – 16. 11. in Würzburg:

Symposion „Niereninsuffizienz 1974“. Auskunft: Nephrologische Abteilung der Medizinischen Universitätsklinik, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2.

14. – 17. 11. in Baden Baden:

Arbeitstagung für Unfallforschung. Auskunft: Institut für die gesamte Unfallforschung, 757ü Baden Baden, Lichtentaler Straße 25.

15. – 17. 11. in Bad Neuenahr:

1. Deutscher Nichtraucherkongreß. Auskunft: Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e.V., 6800 Mannheim, Maybechstraße 14–16.

15. – 17. 11. in Köln:

Bundeshauptversammlung 1974 des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV). Auskunft: Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e.V., 5000 Köln 1, Belfortstraße 9.

16. – 17. 11. in Bernried:

Ergometrie-Wochenende. Auskunft: Dr. H. Hofmann, Klinik Höhenried, 8131 Bernried.

16. – 17. 11. in Innsbruck:

Veranstaltung der österreichischen und bayerischen Sportärzte. Auskunft: Prim.-Doz. Dr. E. Raas, Institut für Sport- und Kreislaufmedizin der Universität, A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35.

16. – 17. 11. in Hannover:

Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge einschließlich Seminar „Autogenes Training“ (im Rahmen der Diagnostikwoche). Auskunft: Dr. G. Eberlein, Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e.V., 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

18. – 22. 11. in Neuherberg:

Strehlenschutzkurs / 2. Fortbildungskurs. Auskunft: Institut für Strahlenschutz, Kurssekretariat, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.

2ü. – 24. 11. in Wiesbaden:

Tagung des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands mit Industrie-Ausstellung. Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands, 4000 Düsseldorf, Wildenbruchstraße 21.

21. – 23. 11. in Berlin:

38. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, 6000 Frankfurt, Friedberger Landstraße 43ü.

22. – 24. 11. in München:

14. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Dr. med. R. Schindbeck, 8036 Herrsching, Summerstraße 3.

22. – 24. 11. in Wien:

Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinderchirurgie. Auskunft: Dr. G. Weibenbacher, Universitätskinderklinik, A-1090 Wien, Lazarettgasse 14.

23. – 24. 11. in Frankfurt:

7. Fortbildungskongreß für Gastroenterologie. Auskunft: Prof. Dr. R. Kröhl, Zentrum der Inneren Medizin, 6000 Frankfurt 7ü, Ludwig-Rehn-Straße 14.

25. – 29. 11. in München:

Radiologisches Seminar. Auskunft: Frau Dr. U. Scherer, Sekretariat der Klinik und Poliklinik für Radiologie der Universität, 8000 München 2, Ziemssenstraße 1.

28. – 29. 11. in München:

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e.V. Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3.

29. – 3ü. 11. in Nürnberg:

Symposion über Knochenveränderungen bei Niereninsuffizienz. Auskunft: 4. Medizinische Klinik, 8500 Nürnberg, Kontumazgarten 14–18.

29. 11. – 1. 12. in München:

8. Internationale Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e.V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/IV.

30. 11. – 1. 12. in Boppard:

Ärztliche Fortbildung in der Gesundheitsvorsorge: Autogenes Training. Auskunft: Dr. G. Eberlein, Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsvorsorge e.V., 5090 Leverkusen, Driescher Hecke 19.

Dezember 1974

2. – 6. 12. in München:

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

6. – 8. 12. in Nürnberg:

25. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 8ü, Mühlbaurestraße 16.

7. 12. in München:

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

7. – 8. 12. in München:

25. Tagung der Münchener Oto-rhinolaryngologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. Boette, 8130 Starnberg, Prinzenweg 11.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte der Firmen

Benechemie München,

Blonorica Nürnberg,

Asche A.G. Hamburg, bei.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 8ü, Mühlbaurestraße 16, Telefon (089) 47 60 87. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

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

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie des 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 Einwendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Am Kreis Krankenhaus Burgebrach (120 Betten) ist die Stelle des

Oberarztes

der Chirurgischen Abteilung zu besetzen.

Der Bewerber soll die Facharztanerkennung besitzen und in der Lage sein, den Chefarzt voll zu vertreten. Anstellung nach BAT mit höchstmöglicher Bezahlung und zusätzlicher Vergütung des Bereitschaftsdienstes sowie Beteiligung am Liquidationsaufkommen, Umzugskosten und die im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen werden gewährt.

Am Kreis Krankenhaus Burgebrach besteht eine Schule für Krankenpflegehilfe.

Burgebrach liegt 15 km westlich von Bamberg an der Bundesstraße nach Würzburg im landschaftlich reizvollen Gebiet des Naturparkes Steigerwald mit günstiger Verbindung zum Fernstraßennetz.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf, Prüfungszeugnissen und Tätigkeitsnachweisen werden erbeten an

Landratsamt 8600 Bamberg, Promanadastr. 2 a

Bei dem Kreis Krankenhaus Scheßlitz (180 Betten) ist wegen Ausscheidens der Stelleninhaberin die Stelle des

leitenden Arztes

der Inneren Abteilung

durch einen

Facharzt für Innere Krankheiten

In Dauerstellung zu besetzen.

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

Wir suchen eine qualifizierte Persönlichkeit mit langjähriger Erfahrung auf Ihrem Fachgebiet. Der Stelleninhaber erhält neben einer festen monatlichen Vergütung die Liquidationsberechtigung im Rahmen der Gesetze.

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

Landratsamt 8600 Bamberg, Promanadastr. 2 a

Internist

Deutscher, 38 Jahre, Oberarzt. Modernste Ausbildung und langjährige Erfahrung in Röntgendiagnostik, gesamte Endoskopie, Kardiologie, Pulmologie, Labor- und Isotopendiagnostik, Intensivmedizin, Schwesternausbildung, sucht leitende Stelle an Krankenhaus in Bayern, eventuell auch Oberarztstelle mit Zusicherung der Chefarzt-Nachfolge.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/233 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.



DER KRANKENHAUS ZWECKVERBAND AUGSBURG

(Körperschaft des öffentlichen Rechts) sucht für die Röntgenabteilung des Hauptkrankenhauses zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen zweiten

Oberarzt

Gesucht wird ein Facharzt für Radiologie oder ein Mitarbeiter, der kurz vor der Facharztanerkennung steht und Kenntnisse aus dem Gebiete der Angiographie und Hochvolttherapie besitzt. Die Vergütung erfolgt nach I b BAT. Daneben werden die im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen, Rufbereitschaftsvergütung, Einnahmen aus Gutachterstätigkeit sowie Zuwendungen aus dem Chefarztpool gezahlt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an

KRANKENHAUS ZWECKVERBAND AUGSBURG

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

Am Stadtkrankenhaus Traunstein/Dbb. ist die Stelle des

Chefarztes der Anästhesieabteilung

zum 1. 1. 1975 neu zu besetzen.

Kurzinformation: Modern eingerichtetes Schwerpunktkrankenhaus, z. Z. 420, später voraussichtlich über 500 plus 120 Betten eines anzugliedernden Kinderkrankenhauses, davon jetzt 250 der Chirurgischen und der Gynäkologischen Abteilung sowie der chirurgisch tätigen Belegärzte, Intensivpflegestation mit z. Z. 6 Betten.

Ausgedehnte, durch Nolarztwagen und Hubschrauber unterstützte Unfallchirurgie, besonders anspruchsvolle Allgemein- und gynäkologische, spezielle Thoraxchirurgie, Gefäßchirurgie. In Vorbereitung spezielle urologische Chirurgie. Ein Pathologisches Institut ist angegliedert.

Die Abteilung hat z. Z. den Stellenplan 1,1,4 bei 7000 Narkosen/Jahr und ist erweiterungsfähig bzw. muß bei dem bereits beschlossenen, demnächst beginnenden weiteren Krankenhausausbau erweitert werden. Die Voraussetzungen hinsichtlich des Operationsprogramms für die Erweiterung der z. Z. dreijährigen auf volle Weiterbildungermächtigung werden geschaffen.

Gesucht wird eine fachlich befähigte, dynamische, an wachsenden Aufgaben interessierte, kooperative Persönlichkeit.

Die Einstellung erfolgt im Angestelltenverhältnis nach Verg.-Gr. I a BAT; spätere Verbeamtung möglich; Liquidationsrecht bei Selbstzahlern im gesetzlichen Rahmen und nach Vereinbarung.

Traunstein bietet eine freundlich-bürgerliche Atmosphäre, alle weiterbildenden Schulen und eine einzigartige Lage in Gebirgs- und Chiemseennähe, 35 km von Salzburg, 100 km von München.

Bewerbungen mit vollständigen Unterlagen erbeten an das Personalamt der Stadt Traunstein, 8220 Traunstein, Stadtplatz 39, Telefon (08 61) 49 01.

Junger Facharzt für Chirurgie

besonders gut proktologisch ausgebildet, sucht Wirkungskreis. Gedacht ist Abteilung an großem Krankenhaus mit Ambulanz oder Praxis mit Belegbetten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/259 an die Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ÄRZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.

I. Stellenausschreiben

Das Krankenhaus in 8783 Hammelburg/Ufr. sucht zum baldigen Eintritt:

1 Oberarzt (Facharzt) für Innere Medizin,

1 Oberarzt (Facharzt) für Chirurgie,

In beiden Fällen zugleich Cheferzt-Stellvertreter,

2 Assistenzärzte

Vergütung der Oberärzte nach Vereinbarung mit der Krankenhausträgerin, zuzüglich großzügiger Sonderleistungen durch die Chefärzte bei Vertretung oder Aushilfe in der Privatpraxis und sonstigem Nebentätigkeitsbereich; sonst nach BAT mit allen im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen, Bereitschaftsdienstvergütung, zusätzlicher Altersversorgung und Beihilfenversicherung.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnissen sind erbeten an das **Krankenhaus - Personalabteilung - 8783 Hammelburg.**

Beim Kreiskrankenhaus Kelheim,

das zur Zeit von 210 auf 360 Betten nach den modernsten medizinisch-technischen Erkenntnissen erweitert und der Erweiterungsbau in Kürze seiner Bestimmung übergeben wird, sind ab sofort zwei Stellen für

Assistenzärzte (-ärztinnen)

für die Chirurgische Abteilung zu besetzen. Der Cheferzt ist für die Dauer von 3 Jahren zur Facharztweiterbildung ermächtigt. Die Vergütung erfolgt nach Verg.Gr. II BAT, zusätzlich Bereitschaftsdienstvergütung und Gutechertätigkeit. Die Chirurgische Abteilung (85 Betten) hat eine große Op.-Frequenz, auch ist eine selbständige Anästhesieabteilung vorhanden.

Kelheim ist eine aufstrebende Industriestadt, hat Gymnasium, in unmittelbarer Nähe Realschulen, Frei- und Hallenbad und liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung an der Einmündung der Altmühl in die Donau. Wohnung im Ärztewohnheue ist vorhanden.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild werden unter Angabe des möglichen Dienstentritts erbeten an

Landratsamt 8420 Kelheim, Personalstelle, Schloßweg 3.

Am Krelekrankenhaus 8483 Vohenstrauß/Opf. ist auf der Chirurgischen Abteilung die Stelle eines

Assistenzarztes (-ärztin)

BAT II e und Nebeneinnahmen zu besetzen.

Das Krelekrankenhaus ist zum Durchgangsarzt- und Verletzungsartenverfahren zugelassen.

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

Bewerbungen bitte an den **Cheferzt des Krelekrankenhauses 8483 Vohenstrauß/Opf., Telefon (09651) 241.**

Modernes Kindersanatorium (140 Betten) in heilklimatischem Kurort der Bayerischen Alpen sucht

Kinderfacharzt (-ärztin)

(eventuell auch im Ruhestand befindlich) als ärztlichen Leiter.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/262 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstr. 29.**

Die Landesversicherungsanstalt Niederbayern-Oberpfalz stellt in ihrer modern eingerichteten Großgutachterstelle in Regensburg (10 Arztstellen, 25 Betten, Rö-Abteilung, Spiroergometrie, kardiologische Abteilung und große Labor)

Gutachter-Ärztinnen und -Ärzte

ein. Wir suchen

Internisten und Allgemein-ärzte

Die Dotierung ist gut. Spätere Übernahme in das Beamtenverhältnis bei Erfüllung der Voraussetzungen ist möglich. Es kann auch Teilarbeitszeit gegen Einzelhonorierung der Gutachten vereinbart werden. Kollegiale Anleitung, besonders für Ärztinnen, die längere Zeit nicht ärztlich tätig waren, erfolgt. Wir heben eine günstige Arbeitszeit. Samstags-, Sonntags- oder Feiertagsdienst ist nicht zu leisten, auch kein Nacht- oder Bereitschaftsdienst. Sie können bei uns weitgehend selbstständig arbeiten. Das Betriebsklima ist sehr gut. Wir stehen Ihnen für ein kollegiales Kontaktgespräch zur Verfügung unter:

Ärztliche Gutachterstelle Regensburg, 8400 Regensburg, Gabelbergerstraße 7, Telefon (0941) 561017 oder

Landesversicherungsanstalt Niederbayern-Oberpfalz, 8300 Landshut, Maximilianstraße 18/19, Telefon (0871) 2022, Apparat 587.

Stellenausschreibung

Im Bezirkskrankenhaus Erlangen (Fachkrankenhaus für Psychiatrie) des Bezirks Mittelfranken sind mehrere Planstellen für Ärzte zu besetzen.

Vergütung im Angestelltenverhältnis nach BAT II/1 b, für Fachärzte nach BAT I b/1 a.

Bei Erfüllung der beamtenrechtlichen Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich. Vergütung des Bereitschaftsdienstes, Nebeneinnahmen durch Unterricht an der Krankenpflegeschule und durch Gutachter- und Außenfürsorge-Tätigkeit. Hilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Das Bezirkskrankenhaus Erlangen wird z. Z. mit ca. 1000 Betten nach den neuesten Erkenntnissen der Wissenschaft neu erbaut. Es soll 1978 bezogen werden.

Das neue Haus besitzt eine Neurologische Abteilung, physikalische Therapie mit Bäderabteilung, moderne Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Facharztweiterbildung ist möglich.

Es besteht insbesondere Interesse an Ärzten, die sich bereits an der Organisationseinrichtung des neuen Hauses beteiligen wollen.

Fachkenntnisse in der Psychiatrie sind erwünscht, aber nicht Bedingung.

Bewerbung mit den üblichen Unterlagen wird erbeten:

Bezirkskrankenhaus Erlangen, 8520 Erlangen, Maximilianplatz 2.

Praxisräume

In 8532 Bad Windsheim/Mittelfranken, Neubau, Zentrum, 1. O. G. ab 1. 1. 1975 zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/262 an die Anzeigenverwaltung **BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8000 München 2, Sonnenstraße 29.**