



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Mal 1970

Recht und Grenzen einer staatlich geregelten Gesundheitsvorsorge *)

von Heinz Fleckenstein

I.

Wenn wir uns zuerst — in aller gebotenen Kürze — auf die Gründe besinnen, aus denen ein Thema wie das heutige sich überhaupt stellt, so wissen alle Kundigen, daß diese alle wurzeln in entscheidenden Veränderungen der Lebenssituation der heutigen Menschheit und damit ihrer einzelnen Glieder.

1. Am auffälligsten sind die unmittelbar medizinischen Fortschritte und die von dort her gewaltig gemehrten Möglichkeiten und Chancen der ärztlichen Versorgung und Hilfe. Der enge Anschluß der Medizin an die Naturwissenschaft und ihre exakten Methoden seit dem späten 19. Jh. brachte gewaltige Fortschritte der vorbeugenden Hygiene und planmäßigen Hilfe bei akuten Krankheiten, die zusammen den vorzeitigen Tod immer seltener machten und die Lebenserwartung ständig und stetig mehrten. Sie bedeutete zugleich die endgültige Absage nicht nur an den Priesterarzt früherer Zeiten — und an die für diesen charakteristische Gleichzeitigkeit von i. e. S. medizinischen mit psychologisch-religiösen Maßnahmen —, sondern vor allem an den Magier und Scharlatan mit seinen zutiefst irrationalen Heilmethoden, der freilich nunmehr außerhalb der eigentlich ärztlichen Bereiche durchaus weiterexistiert, ja sogar neue Chancen bekam. Es kann nicht geleugnet werden, daß medizinische Wissenschaft und ärztliche Kunst ihre entscheidenden Fortschritte erzielten, als Mediziner und Ärzte den „Mangel des Magiers“ abstreiften und als nüchtern forschende und erkennende, als zielstrebig handelnde „Fachleute“, als spezialisierte Gesundheitsberater, -planer und -helfer auftraten. Da es ihnen so gelang, den vorzeitigen „Katastrophentod“ fast gänzlich zu bannen (soweit nicht technische Fortschritte in Produktion und Verkehr diesem „hintenherum“ neue Chancen und „Opfer“ anboten), begann einer wach-

senden Anzahl von Zeitgenossen zum Unheil zu werden, was als Segen gemeint und geschenkt war. Nicht wenige der heutigen Patienten treiben die Versachlichung von Krankheit und ärztlicher Hilfe so weit, daß sie — entsprechend ihrem ohnehin allzu „technomorphen“ Denken — in der Krankheit kaum mehr als eine „Panne“ — ähnlich wie bei ihrem Auto oder der Maschine ihres Arbeitsplatzes — und im Arzt und in der Klinik kaum mehr als den Gesundheits„monteur“ bzw. die Reparaturwerkstätte sehen. Vom Monteur und der Reparaturwerkstätte aber erwartet man — dort völlig zu Recht — die jeweils notwendige, zweckmäßige Leistung zur Wiederherstellung der ungestörten Funktion der Maschine gegen möglichst geringe Kosten. Solche Fehlvorstellungen müssen — je unbewußter, unreflektierter und selbstverständlicher sie gegeben sind, um so entschiedener — alle sittlichen Ratschläge bzw. Anforderungen zur Bewahrung der Gesundheit bzw. zur Wiedergesundung als unangebracht, ja als unbegründete, willkürliche Einmischung in die Freiheit des Einzelmenschen betrachten und somit ablehnen. Ja, dieses Denken kann in solcher Forderung nur Rückständigkeit der Forschung und des Könnens des jeweiligen Arztes oder Krankenhauses sehen. Es liegt nahe, daß bei solcher verbreiteter Fehlmeinung die Bereitschaft zur selbstverantwortlichen Mitsorge für Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit nicht eben groß ist und kaum leicht geweckt werden kann.

2. Unlöslich verbunden — durch die gleiche Wurzel oder als unmittelbare oder mittelbare Folge — mit den medizinischen Wandlungen und Fortschritten sind die gesellschaftlichen. Der soziale Aufstieg der gewaltig gemehrten Menschenmengen des einstmaligen sogenannten „dritten und vierten Standes“ brachte alle Menschen, nicht zuletzt durch die großen sozialpolitischen Maßnahmen der Gesundheitsversicherung in den Genuß der allgemeinen Menschenrechte und speziell des Rechtes auf gesundheitliche Fürsorge, sogar weit hin ohne unmittelbare eigene finanzielle Aufwendungen im Falle der Krankheit. Im Bewußtsein gerade dieser eben erst sozial aufgestiegenen Gruppen steht die Gesundheit und die von dort her kommende ungestörte Leistungs- und Genußfähigkeit als ungefähr selbstverständliches, ja fast gegenüber der Gesellschaft einklagbares Menschenrecht. Die Wiedererlan-

*) Festvortrag anläßlich der Landeseversammlung des Bayerischen Medizinbeamtenvereine e. V. am 3. Oktober 1969 in Würzburg.

gung der gestörten Gesundheit wird hier also nicht als Frucht „schmerzhafter Eigenarbeit“ (Th. REGAU) gesehen, sondern als Forderung an Arzt und Kasse, Krankenhaus und Kurheim, sicher an den Versicherungsträger, ja, letztlich an den Staat, zumal dem modernen Arbeiter — meist sogar unfreiwillig — ein Teil seines Arbeitseinkommens durch die öffentliche Gewalt abgezweigt wird. Es kann nicht geleugnet und darf nicht länger übersehen werden, daß im Trend der modernen Demokratie zum „reibunglosen Versorgungsautomatismus durch zentrale staatliche (oder staatlich geförderte) Organisation“ (L. NEUNDÖRFER) die große Gefahr liegt, solche gefährlichen Fehlhaltungen bei größeren Teilen des Staatsvolkes zu begünstigen. Solchem Denken wird es äußerst schwierig, die Erhaltung oder Wiedererlangung der persönlichen Gesundheit und Leistungsfähigkeit als sittliche Aufgabe zu sehen, die eben „schmerzliche Eigenarbeit“, persönliche Verantwortung und Initiative, u. U. schmerzhaften Verzicht und manche harte Überwindung, einen geistig-sittlichen Lebensplan, unangenehme Änderung liebgewordener Genußsitten verlangt.

3. Ebenfalls unlöslich verbunden mit den medizinischen, zivilisatorischen und sozialen Fortschritten unseres Jahrhunderts ist die Säkularisierung des gesamten Lebens in unserer weithin „nachchristlichen“ Welt. In ihr gibt es zwangsläufig entscheidende Sinnverluste des Daseins, Vereinsamung und „Verlust der Mitte“. — Von der besonderen Krankheitsanfälligkeit des Menschen der Lebensmitte vom „Verlust des Lebenssinnes“ her hat wohl zuerst und weithin gehört C. G. JUNG aus typischen Erfahrungen mit seinen Patienten geschrieben; eine „psychosomatische“ Medizin glaubte sogar, spezifische Krankheitsbilder von typischen Konfliktsituationen her aufweisen zu können, wo immer diese Lebensschwierigkeiten nicht bewältigt, d. h. in ihrem verborgenen „Sinn“ als Anforderung, als zu bewältigendes „Schicksalsmaterial“ erkannt werden konnten. — Der in ausweglose, letztlich undeutbare Lebenssituation „geworfene“ Mensch von heute, der nicht mehr bereit und fähig ist, sich von der christlichen Seelsorge her zum Verständnis des Sinnes noch der scheinbar ausweglosen Daseinssituation geleiten zu lassen, ist in der entscheidenden doppelten Gefahr: nicht zu wissen oder gar krampfhaft vor seinem Gewissen zu verleugnen, daß er einer geistigen Lebenshilfe (eben echter Seelsorge als Beratung, Trost und Bestärkung) bedarf oder aber, wo immer er solche Hilfe (mehr oder minder bewußt) wirklich sucht, sie nicht zu finden. Für nicht wenige der heutigen Patienten wäre der Arzt der einzige, dem gegenüber er bereit wäre, seine persönlichen, intimen Lebensschwierigkeiten vorzutragen, um in einer erleichterten Aussprache eigene Klarheit und vom menschlichen Gegenüber, dem er vertraut, Rat und Hilfe zu erhalten. Der wahre Arzt kann und darf solcher Aufgabe nicht ausweichen, ja, er müßte sogar eine nur

unbewußte (oder halbbewußte) Sehnsucht und Bereitschaft des Patienten wecken bzw. ermuntern. Wohl können einzelne, religiös und kirchlich noch ansprechbare Ratsuchende an den kirchlichen Seelsorger verwiesen werden, aber auch dies ist ja erst möglich und wirksam, wenn die Lebensprobleme, die sich nicht zuletzt in der Krankheit ausdrücken oder aus Anlaß der körperlichen Störung und ihrer Behandlung zeigen, wenigstens „angesprochen“, also in begrenztem Umfang ausgesprochen und damit bewußt gemacht wurden. Von Innen und außen (nicht zuletzt der übergroßen Zahl der Patienten, aber auch von einer zu engen „Verfachlichung“ seiner Berufsauffassung) her ist solche „seelsorgliche“ Hilfe dem heutigen Arzt sehr erschwert, ja, weithin fast unmöglich gemacht. Den durchschnittlichen Patienten liegt sie durchaus nicht, und so besteht die große Gefahr der „rein körperlichen“, der reinen Symptombehandlung, in der der Patient nur Objekt bleibt, nicht selten der reine Konsument von Pillen und anderen äußeren, objektiven Maßnahmen und Darreichungen. Daß darin ein echter Wiedergesundungswille, die Einsicht in die Bewahrung und Wiedererlangung der Gesundheit als personal zu verantwortender sittlicher Lebensaufgabe nicht eben üppig gedeihen kann, scheint verständlich.

II.

Doch genug der weithin lähmenden, zumindest allzu leicht düster wirkenden Diagnose. — Wobei dem Wissenden klar ist, daß die Symptome, gar ihre Wurzeln noch viel mannigfaltiger sind, als unsere andeutenden Bemerkungen aufzeigen. — Es soll ja in dieser Stunde wenigstens um einige Gesichtspunkte zur notwendigen und auch durchaus nicht aussichtslosen Therapie gehen. Es geht um die heute von allen Verantwortlichen zu sehende in gewissem Umfang durch staatliches Recht geregelte Pflicht der Erziehung der Gesunden und Kranken zur aktiven, verantwortlichen Mitsorge um Erhaltung und Wiedergewinnung der Gesundheit.

1. Zweifellos müßten solche Maßnahmen beginnen mit vorbeugenden institutionellen und erzieherischen Aufgaben gegenüber den noch Gesunden.

Die moderne Anthropologie und Kulturosoziologie weiß und beweist, daß der Mensch zur sinnvollen Verwirklichung seines Lebens und seiner individuellen Lebensaufgabe in Freiheit und personaler Verantwortung befähigt und berufen ist. Die neueste Medizin weiß zudem um die tiefen, heute unübersehbaren Zusammenhänge zwischen Sinnentleerung des Lebens und allerlei Störungen der Lebensfrische und Leistungsfähigkeit, vorab um die krisenreiche Lebensmitte, in der solche Störungen nicht selten zu vorzeitiger Invalidität führen können. Bei durch seelische Leerläufe verursachter Störung des Wohlbefindens und des normalen Leistungsvermögens kann keine Behandlung ausreichen, die nicht falsche Lebensweise, seelische Verkümmern, mangelnde Reife wenigstens zu beheben versucht. Wenn ein wachsender

Teil der Patienten nicht mehr jene Reife besitzt, die fähig und bereit macht, falsche Lebensweise zu ändern, begründete ärztliche Gebote und Verbote zu erfüllen, vernünftig und verantwortlich der eigenen Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu leben, müssen Vorbeugung und Gesundheitserziehung früher einsetzen.

a) Der ärztliche Stand kann sich heute nicht dispensieren von seinen Erziehungsaufgaben an der Gesellschaft mit dem Ziel, viele Erkrankungen zu verhindern und den Menschen, der irgendwann zum Patienten wird, zu jener Mindestreife zu befähigen, ohne die auch die spezifisch ärztlichen Maßnahmen allzu häufig ihre Wirkkraft verlieren. Sieht sich doch der Arzt allzu oft förmlich dazu gezwungen, falsche Stellung zu Gesundheit und Krankheit, Beruf und Leben zu beheben, zumindest zu mindern, damit er überhaupt ärztlich helfen kann. Wenn nämlich die krankmachende Ursache bestehen bleibt oder ein sittlicher Mindestbeitrag des Patienten zur Wiedergesundung fehlt, können kein Arzt und keine noch so reich ausgestattete Klinik weiterkommen. Wenn sich in einer Störung der leiblichen Frische und Leistungsfähigkeit, in einer rein organisch nicht – oder wenigstens nicht ganz – begründeten Unfähigkeit, die landläufigen Aufgaben der Lebensmeisterung im Beruf, Familie und Gesellschaft zu bewältigen, eine Unordnung in den geistig-sittlichen Bereichen der Person äußert, wenn fast sträfliche Nachlässigkeit die für die Gesundheit notwendigen Setzungen oder Unterlassungen nicht zustande kommen läßt, kann doch eine reine Symptomkur, so perfekt sie sein mag, nicht helfen. Mochte es in früheren gesellschaftlich stabileren Zeiten noch verantwortet werden können, die Forderungen an die Reife des Patienten ebzusinken bzw. aus der ärztlichen Sorge weithin auszuklammern, ja, sogar aus der als Tatsache hingenommenen Unreife nach dem Modell des „kleineren Übels“ Abstriche vom ärztlichen Ethos zu machen, so ist diese Zeit heute sicher vorbei. Die Kapitulation vor dem „technisch perfekten Patienten“, dem höchstensfalls gutwilligen Konsumenten von ärztlichen Darreichungen und Verschreibungen sowie von allerlei Drogen, würde das ärztliche Tun selbst unwirksam werden lassen, den ärztlichen Stand aber vor der Gesellschaft (und vor dem Patienten) auf die Dauer unglaubwürdig machen. In unserer modernen Gesellschaft sind Gesundheit und Leistungsfähigkeit der einzelnen Glieder längst nicht mehr privates Gut und Interesse der einzelnen, vielmehr unentbehrliche Voraussetzung des Funktionierens der modernen Zivilisation. Wenn, wie dies für unsere Gesellschaften heute Tatsache ist, die eine Hälfte der Bevölkerung die andere (der Jugendlichen und Alten) miternähren muß, bedeuten eine größere Zahl von vorzeitig aus dem Arbeitsprozeß Ausscheidenden und ein übergroßer Aufwand für die Behebung vermeidbarer Erkrankungen eine merkliche Gefährdung des Ganzen und des allgemeinen Lebensstandards.

b) Zusammen mit dem ärztlichen Stand und seinen Standesorganisationen hat also die gesamte Öffentlichkeit, haben vorab alle, die für die Volksgesundheit spezifische Verantwortung tragen, nicht zuletzt auch die Träger der sozialen Versicherungen und der Staat die Pflicht einer umfassenden Volksaufklärung und Gesundheitserziehung. Negativ muß hier einer nicht ungefährlichen medizinischen Volksaufklärung aus Sensationsgier oder um der bloßen wirtschaftlichen Werbung willen entgegengetreten werden, die eine schiefe Stellung zu Gesundheit und Krankheit, zur Rolle der sozialen Versicherungen und des ärztlichen Tuns unterstützt oder gar züchtet, die Gedankenlosigkeit oder aber Hypochondrie förmlich mästet. In positiver Zusammenarbeit aller Gutwilligen und Verantwortlichen läßt sich durch ständiges und zielstrebiges Einwirken auf die öffentliche Meinung, nicht zuletzt durch eine planmäßige Erwachsenenbildung auf längere Sicht, manche angeblich unabänderliche Entwicklung tatsächlich aufhalten bzw. ändern. Die Belehrung müßte sich vorab erstrecken auf mögliche Schädigung der Gesundheit durch die Wandlungen der Arbeits- und Freizeitgewohnheiten; sei es, daß allzu viele Zeitgenossen bei herkömmlichen Verhaltensweisen (der Ernährung, des Arbeitstempos u. ä.) verharren, obwohl diese der Art der Beanspruchung des heutigen Lebens nicht mehr entsprechen; sei es, daß sie die von der Technik gebotenen Lebenserleichterungen (in der Produktion, im Haushalt, im Verkehr) in einer Weise benutzen, die dem menschlichen Körper notwendige Entfaltungs- und Rekreativmöglichkeiten beschneidet oder gar hinwegnimmt, z. B. das ungehetzte Gehen in relativ frischer Luft und gelöster Stimmung. Solche allgemeine Gesundheitserziehung müßte z. B. ausführliches Wissen verbreiten über falsche und rechte Weisen der Ernährung. Sowohl in einem unsinnigen Festhalten an einer den heutigen Erkenntnissen und Anforderungen nicht mehr entsprechenden Ernährungsweise wie in einem allzu raschen und bedenkenlosen Übergang zu neuen Ernährungssitten, die weithin nur der Bequemlichkeit oder einer fast süchtigen Verfallenheit an bloße Moden und an die Reklame entspringen, zeigt sich, daß über die Wissensvermittlung hinaus stets auch Gesinnungsbildung angestrebt werden muß. Dies gilt noch mehr im Bereich der Genußmittel und der gefährlich wachsenden Anfälligkeit unserer Gesellschaft für Süchte und Süchtigkeiten. Wichtig ist sodann der Aufweis der Gefahr körperlicher Passivität, fehlender Bewegung und mangelnden Trainings, die durch planmäßige aktive Betätigung und Körperübung ausgeglichen werden müssen. Mit und in der Wissensvermittlung muß immer gleichzeitig die Aktivierung des Willens zur verantwortlichen Gesundheitssorge angestrebt werden. Gegenüber den – bisher wenigstens – wirklich unabänderlichen Zivilisationsschäden und -krankheiten muß ein aktiver Gesundheitsdienst gefordert werden, der aus dem Kranken dann eines Tages den „aktiven Patienten“ werden läßt.

c) Heute ist für eine bewußte Gesundheitserziehung von entscheidender Bedeutung die Hinführung zu rechten Weisen der Freizeitgestaltung, insbesondere durch aktive Bewegung und Betätigung. Alle Verantwortlichen dürfen nicht aufhören, die öffentliche Meinung dahin zu beeinflussen und vom Staat und von den Kommunen die Schaffung der äußeren Voraussetzungen dafür zu fordern. — Es sei etwa erinnert an den „goldenen Plan“ zur Schaffung von Spielplätzen für jung und alt, an die notwendige Reform und Erweiterung des Schulsportes, die tatkräftige Förderung des freiwilligen Sportes der Jugendlichen aber auch der Erwachsenen u. ä. — Zu den institutionellen Hilfen gehört auch die ernste Wachsamkeit, daß nicht durch ein Übermaß sozialer Versorgung und Sicherheit ein förmlicher Anreiz zur „Flucht in die Krankheit“, zum Ausschöpfen von wirtschaftlichen Vorteilen durch Erkrankung geschaffen wird bzw. solche Lockungen zumindest nicht so stark und groß werden, daß Kranksein wirtschaftlich mehr einträgt als Gesundheit und eigene Leistung. Je mehr der heutige Mensch im Berufs- und vorab im Freizeitleben eigene Tätigkeit und Initiative, ja, sogar „schmerzhaftige Eigenarbeit“ zu entfalten lernte, darin sogar tiefe Freude am „eigenen Ursachesein“ wiedergewänne, um so verantwortlicher würde er auch für die eigene Gesundheit und die der ihm (z. B. in der Familie oder im Betrieb) Anvertrauten. Kluger Überlegung anheimgegeben seien Erwägungen, inwieweit etwa durch Verwaltungsanordnungen regelmäßige Überwachungsuntersuchungen zur allgemeinen Pflicht gemacht werden könnten, wie dies für bestimmte Gruppen (Schulkinder, Lehrpersonen, Betriebsangehörige, Wohnheiminsassen u. a.) heute schon üblich ist. Nicht problematisch sind Einschränkungen der persönlichen Freiheit in der Impf- und Seuchenbekämpfungsregelung. — Geht es dort doch um begründetes Interesse der einzelnen und der jeweiligen Gesellschaft. — Weitergehender Zwang der einzelnen durch Gesetzgebung und Verwaltung müßte sorgfältig abgewogen werden, zumal heute das kritische öffentliche Bewußtsein gegen jede Freiheitsbeschränkung durch den Staat überempfindlich ist. Da aber heute die Gesamtgesellschaft ein lebenswichtiges Interesse daran hat, daß möglichst alle ihre Glieder durch Jahrzehnte ihren Arbeitsbeitrag leisten, subjektiv befriedet sich ins Gesellschaftsleben einfügen können, kann durchaus ein Recht der Öffentlichkeit und eine Verpflichtung des einzelnen erwiesen werden, daß jeder durch gesetzliche Anordnungen zumindest an einer leichtfertigen Gefährdung seiner Gesundheit gehindert wird. Gewiß muß der Appell an die freie Einsicht und Verantwortung am Anfang stehen; nur von dort her könnten begrenzte, begründete notwendige staatliche Anordnungen verständlich gemacht und von den Bürgern in sittlicher Freiheit bejaht werden. — Wo immer diese Freiheit über Gebühr durch Verwaltungszwang eingeengt würde, müßte sich ungefähr zwangsläufig der „Gesundheitsdienstverweigerer aus Gewissensgründen“ ergeben.

2. Das ärztliche Standesethos, aber auch die Pflichtenlehre für alle für die Volksgesundheit Verantwortlichen ist heute daran, all das zu überprüfen und eventuell zu ändern, was die Grundvoraussetzungen der ärztlichen Tätigkeit am Kranken gefährden oder gar zerstören, ein kollektives Mißverstehen des ärztlichen Tuns begünstigen oder gar förmlich züchten könnte. Wo immer ein System öffentlicher Gesundheitsfürsorge den gewissenhaften Arzt bestraft und den skrupellosen anspornt oder gar belohnt, lähmt es die sittlichen Widerstandskräfte der gesamten Gesellschaft. — Man denke an KIERSTEINs vielzitiertes Wort vom „Betrugsdreieck: Patient — Kasse — Arzt“ in einer Weise der öffentlichen Krankenversorgung, die den ständigen Anreiz enthält, daß je zwei zusammen den Dritten betrügen. — Kein System darf dem Arzt zumuten, unsachgemäße Maßnahmen anzuwenden, weil dies dem Grundsatz ärztlicher Ethik widerspricht, stets lege artis, „sachgerecht“, zu handeln; erst recht nicht, eine vom ärztlichen Gewissen geforderte Behandlung zu unterlassen. Entscheidend ist, daß im Verlaufe der ärztlichen Behandlung der „technisch perfekte Patient“ vom bloßen Konsumenten ärztlicher Verordnungen zum „aktiven“ Patienten gemacht wird, der verantwortliche Mitsorge für die Wiedergesundung zu übernehmen bereit und fähig ist. Es mag durchaus nicht selten einfacher sein, erfordert zumindest viel weniger persönliches Engagement, den Kranken „nur als Objekt eines optimalen Behandlungsvorganges“ (P. BECKMANN) zu sehen. Bekannt ist V. v. WEIZSÄCKERs besorgte Frage: „Was tue ich dem Mitmenschen an, wenn ich ihn in Gedanken oder sogar in der Tat als bloßes Objekt behandle?“ F. KÜNKEL hatte gesagt, wenn ich den Kranken „wie eine Puppe“ oder „wie ein totes Objekt“ betrachte bzw. behandle. Die Frage geht noch weiter: Was täte der Arzt dem Mitmenschen an, wenn er ihn nur als Lebewesen betrachten und behandeln würde, wenn er ohne Bedenken und Einwände, ohne Nachprüfung und Vermahnung eingehen würde auf eine solche Selbsteinschätzung des Patienten, wenn er also verzichten würde auf jede Sinnfrage, Reifungsforderung u. ä.? Der Mensch ist nun einmal Person, und deswegen muß wenigstens immer versucht werden, ihn durch eine „zweckentsprechende Gesundheitserziehung“ zum „Subjekt des Behandlungsvorganges“ (P. BECKMANN) zu machen. Zudem hat Wiedergesundung nur dann eine echte Chance, wenn ein Mindestmaß aktiver Mitarbeit des Patienten gegeben ist bzw. geweckt werden kann. Mit der Kraft seiner Persönlichkeit, mit kluger Überredung und ruhiger Mahnung muß sich daher der Arzt bemühen, den Kranken zur Einsicht in falsche Lebensweise, falschen Lebensplan, süchtige Anfälligkeit gegenüber gefährlichen „Moden“ der Umwelt usw. zu führen und zu der Bereitschaft, solche falschen Haltungen aufzugeben bzw. Gewohnheiten zu ändern. — In Klinik und Heilstätte hat solche „Besinnung“, solches „Umdenken“ sogar eine vermehrte Chance, weil hier der Patient aus seiner eingefahrenen und gewohnten Lebenssituation

herausgenommen ist und den ganzen Tag hindurch sieht, wie ihm von allen Seiten Hilfe dargeboten wird. — Zudem wußten schon die Alten, daß der Mensch in Tagen der Krankheit, herausgelöst aus den Lebensgewohnheiten der gesunden Tage und ausgeschlossen von vielen Lebensgenüssen, geneigter sei zur Besinnung, fähiger, zu seinem wahren Selbst zu finden, weil die erfahrene Krankheit unechte Lebenshaltungen förmlich zu „entzaubern“ vermag.

3. Da die Aufgabe, den zum Patienten gewordenen heutigen Menschen zur notwendigen Mitwirkung an seiner Wiedergesundung, zur „schmerzhaften Eigenarbeit“, u. U. zur erforderlichen Änderung seines gesamten Lebensplanes zu führen, so schwer ist, kann und darf sie nicht dem Arzt allein überlassen bleiben. Speziell die Kliniken und Heilstätten haben ihm zusätzliche Helfer und Hilfen beizugeben. Einmal ginge es um eine umfassende Schulung des gesamten Personals, speziell des heiltechnischen, das unmittelbar mit den Kranken zu tun hat. Diese Männer und Frauen müßten über ihre qualifizierte fachliche Ausbildung hinaus mit den kleinen psychotherapeutischen Hilfen vertraut gemacht werden bzw. sein. Dabei müßte wohl auch nicht selten das zahlenmäßige Verhältnis zwischen diesen Helfern und den auf sie entfallenden Patienten geändert werden. Selbstverständlich, daß hier dem Wirken qualifizierter kirchlicher Seelsorger Raum und Möglichkeit gegeben sein müßte. Hier hätte eine anordnende, vor allem eber finanzielle Hilfe des Staates mannigfache, ethisch positiv zu wertende Möglichkeiten, ja, Aufgaben (Ausbildungs- und Anstellungsforderungen bzw. -möglichkeiten, finanzielle Hilfen). Hier würde die Gefahr eines die Freiheit ungebührlich einengenden staatlichen Eingriffs am wenigsten gegeben sein. — Für die Einzelheiten dieses Bereiches der staatlichen Hilfe ist freilich der Ethiker und Theologe nicht mehr zuständig.

Für den wahren Arzt geht es immer darum — und darin ist und bleibt er ein „priesterlicher“ Mensch — dem ihm anbefohlenen, ja, anvertrauten Mitmenschen über die Gerechtigkeit der standesethisch gebotenen Sorgfaltspflicht hinaus verstehende und wohlwollende Liebe entgegenzubringen, sich im kranken Menschen immer wieder der Unvollkommenheit dieser Welt, dem „Jammer der Kreatur“, der unvermeidlichen „Grenz-situation“ des Todes gegenübergestellt zu sehen und bewußt gegenüberzustellen. Solche verantwortliche Sorge, verstehende Liebe und ein personelles Engagement aller für die Wiedergesundung und Rehabilitierung der modernen Patienten Verantwortlichen sind gewiß hohe ethische Anforderungen, gar, wenn heutige Patienten allzu gerne nur die Hilfe anderer erwarten, wie ein Recht förmlich fordern, ohne bereit und fähig zu sein, die eigenen Aufgaben zu sehen und zu ergreifen. Gewiß wird man Übereifrige warnen müssen vor utopischer Erwartung und Zielsetzung, die fast zwangsläufig zu Enttäuschungen führen müssen und zugleich den Patienten allzu rasch überfordern und

23. Bayerischer Ärztetag

vom
2. mit 4. Oktober 1970
in Passau

damit weiter entmutigen. Noch wichtiger und schwieriger ist es, die entgegengesetzte Fehlhaltung zu vermeiden, die aus vielen beruflichen Enttäuschungen hervorgegangene Mißachtung des Mitmenschen und die Resignation, weil jede Bemühung um den anvertrauten Menschen angeblich aussichtslos und gewisse sozialpathologische Züge in unserer Gesellschaft unabänderlich wären. Was der Christ aus dem Evangelium weiß, daß er nämlich zur wohlwollenden Menschenliebe und zur tatkräftigen Menschenhilfe gerufen ist, obwohl der Mensch unvollkommen ist, und obwohl in dieser Weltzeit ein radikales und totales Heilwerden des Menschen und seiner Lebensverhältnisse unmöglich ist, müßte auch der aus dem Glauben an das Humanum Lebende sich immer neu zu erwerben suchen. Lebt doch der Humanismus edelster abendländischer Prägung von der — durch keine noch so massiven gegenteiligen Erfahrungen zu erschütternden — Überzeugung, daß der Mensch den Menschen, des Einsatzes und der Sorge derer wert ist, deren Beruf (und Berufung) solcher Dienst an der eilseitigen Gesundheit oder Gesundung der ihnen anvertrauten Mitmenschen ist. Solcher Glaube an die Würde und an die prinzipielle Heilbarkeit des Menschen und diese wahre Liebe gerade zum kranken, u. U. sich selbst entfremdeten Menschen müssen — allen negativen Erfahrungen mit den Menschen zu Trotz — die Herzmittle des Ethos all derer sein, denen die menschliche Würde und damit das Schicksal leidender Menschen und darin das Schicksal der menschlichen Gesellschaft anvertraut sind und bleiben. Der entscheidende Beitrag zur Gesundheitsvorsorge bleibt also der Gesinnung, dem Hochethos derer anheimgegeben, die Verantwortung für ihre Mitmenschen ernst nehmen. Immerhin bleiben der staatlichen Regelung mannigfache Möglichkeiten und Aufgaben.

Anschr. d. Verf.: Professor Dr. theol. Heinz Fleckenstein,
Vorstand des Seminars für Pastoraltheologie und Homiletik,
8700 Würzburg, Scheffelstraße 4

Die dekompenzierte Herzinsuffizienz und ihre Behandlung*)

von Dieterich Voges

Herrn Professor Dr. med. M. Broglie zum
60. Geburtstag gewidmet

Die Erkrankungen, die zu einer Herzmuskelinsuffizienz führen, sind zahlreich und allgemein bekannt. Unklare Definitionen des Begriffes „Herzinsuffizienz“ sind häufig Ursache von Mißverständnissen. Die Begriffe Herzinsuffizienz und Kreislaufinsuffizienz werden oft verwechselt und fälschlich angewandt. Die Kreislaufinsuffizienz ist ein gewisser Oberbegriff. Sie kann auf einer Herzkrankheit ebenso wie auf einer Störung der peripheren Zirkulation beruhen, wie z. B. beim verminderten Blutangebot im Schock, beim Kollaps oder bei orthostatischen Regulationsstörungen.

Unter Herzmuskelinsuffizienz ist das Versagen des Herzens in den ihm obliegenden Leistungen zu verstehen. Die Minderung der Herzleistung muß in Ruhe nicht oder noch nicht bemerkbar sein und kann häufig erst unter Belastung erkennbar werden.

Leistungseinschränkungen des Herzens können zurückgeführt werden auf Herzmuskelinsuffizienz, Koronarsklerose, Myokarditis, Infarkt, Vitien, Tachykardie, Arrhythmie, Perikarditis mit Verwachsungen des Herzbeutels, Stoffwechselkrankheiten, Intoxikationen usw.

Wenn ein Herz das notwendige Minutenvolumen nicht mehr aufbringen kann, und wenn sich dabei die Druckverhältnisse im großen und im kleinen Kreislauf ändern, besteht der Zustand einer hämodynamischen Herzinsuffizienz.

Zum besseren Verständnis der pathophysiologischen Zusammenhänge bei der Herzinsuffizienz mag ein kurzer Rückblick auf die Herzarbeit unter „normalen“ Bedingungen dienen.

Die Herzarbeit beruht auf einer Muskelfunktion. Die Arbeitsgesetzmäßigkeiten werden von dieser Tatsache bestimmt. Die mechanische Arbeit des Herzens hängt von seiner Spannung, der Länge seiner Muskelfasern und der Änderung dieser Länge in der Zeiteinheit ab. Änderungen der Spannung und Faserlänge entsprechen Änderungen des Druckes und des Volumens.

In der Systole ändert der Herzmuskel zunächst nur seine Spannung, noch ohne sich dabei zu verkürzen. Dies entspricht der isometrischen Kontraktionsphase. Der intraventrikuläre Druck wird hierbei gesteigert. Die Semilunarklappen werden jedoch erst geöffnet, wenn in der isotonischen Kontraktionsphase durch Ver-

kürzung der Myokardfasern der im Gefäßsystem herrschende Druck überschritten wird. Diese Arbeitsphase des Herzmuskels führt zur Austreibung eines Teiles des Kammerinhaltes, nämlich des Schlagvolumens bei annähernd gleichbleibendem Ventrikel-Innendruck (isotonische Kontraktionsphase). Die gesamte Systole besteht aus zwei Kontraktionsphasen, der Anspannungs- und der Austreibungsphase.

Nach Beendigung der Systole beginnt die Diastole. Sie beginnt mit einer Entspannung der Kammermuskulatur, hinterläßt aber nach WEZLER einen aktiven diastolischen Resttonus des Myokards. Mitral- und Trikuspidalklappe werden durch Druckdifferenz zwischen Vorhof und Kammer und durch die intrathorakale Herzbeugung geöffnet. Dabei lassen sich zwei Phasen unterscheiden, die Erschlaffungsphase und die initial rasche, nachfolgend langsame Füllungsphase mit der abschließenden Vorhofkontraktion. Nach REIN ist das Herz der einzige Motor für die Blutbewegung im arteriellen Kreislaufsystem. Es ist imstande, sich wechselnden Beanspruchungen unmittelbar anzupassen. Durch seine Arbeit werden unterschiedliche Druck- und Volumenbelastungen überwunden. Nach den klassischen Gesetzen von STARLING und STRAUB wird die Volumenbeanspruchung in erster Linie durch den venösen Rückstrom zum Herzen bestimmt. Je größer der Zu- und damit die Füllung, desto größer die Anfangsdehnung der Herzmuskelfasern. In Abhängigkeit davon wird die Systole kräftiger bzw. das Schlagvolumen größer.

Bei Steigerung der Druckbelastung des Herzens nehmen Anfangsspannung der Myokardfasern und die Arbeitsleistung des Herzens zu. Diese Anpassungsfähigkeit des Herzens wird als „Reservekraft“ bezeichnet. Sie ist begrenzt. Bis zu einem bestimmten Grade können Druckanstieg und Förderleistung zunehmen; darüber hinaus nehmen sie wieder ab.

Die Steigerung des venösen Rückflusses oder die Erhöhung des arteriellen Gefäßwiderstandes werden vom Herzen zunächst ohne Vergrößerung des enddiastolischen Volumens und ohne Steigerung des diastolischen Kammerdruckes bewältigt.

Das Herz wird durch die sogenannten Herznerven in der Energetik, Frequenz, Rhythmik und in der Erregungsleistung beeinflusst. Es verfügt über zwei Mechanismen, mit denen es das Herzminutenvolumen den jeweiligen Bedürfnissen der gesamten Peripherie anzupassen vermag, die Änderung seiner Frequenz und die Änderung seines Schlagvolumens.

Unter Ruhebedingungen beträgt das Schlagvolumen beim gesunden erwachsenen Menschen zwischen 60 und 100 ml und die Pulsfrequenz zwischen 50 und 80 Schlägen pro Minute. Das Schlagvolumen steigt selbst bei schwerster Arbeit kaum über das Doppelte des Ausgangswertes an. Die Steigerung der Pulsfrequenz erstreckt sich bei körperlicher Belastung bis auf etwa 150 bis 180 Schläge pro Minute. Nach CHRISTENSEN und HÖGBERG sind jedoch bei Jugendlichen direkt

*) Nach einem Vortrag am 25. Juni 1969 im Rahmen der ärztlichen Fortbildungsebene in Günzburg.

im Anschluß an Skirennen Pulswerte von 250 bis 270 Schlägen pro Minute gemessen worden.

Eine Vergrößerung des Schlagvolumens kann das Herz auf zweierlei Weise erreichen, durch stärkere Kontraktion des Herzmuskels und durch Steigerung der Auswurfleistung bei erhöhtem venösen Zufluß.

Vermehrte Ventrikelfüllung kann zu erhöhter Anfangsspannung und zu verstärkter Kontraktion führen. Das Schlagvolumen steigt an.

Während das gesunde Herz im Bereich physiologischer Belastbarkeit von diesen Anpassungsmöglichkeiten Gebrauch macht, gelingt diese Adaption beim geschädigten Herzen nur unvollkommen. Das muskelschwache oder überanstrengte Herz erhöht seine Leistung durch vermehrte diastolische Füllung. Solange dieser Mechanismus der gesteigerten diastolischen Füllung und des erhöhten Auswurfvolumens zur ausreichenden Versorgung der gesamten Peripherie führt, befindet sich das Herz funktionell im Zustand noch bestehender Kompensation. Eine anhaltende Erhöhung des Venendruckes kann eine Überdehnung bzw. Überfüllung des Herzens und damit einen Abfall des Minutenvolumens herbeiführen. Die Unfähigkeit des Herzens, auch mit Hilfe von Kompensationsmechanismen das benötigte Herzminutenvolumen zu fördern, bedeutet kardiale bzw. kardiovaskuläre oder hämodynamische Dekompensation.

Das muskelinsuffiziente Herz bedarf einer Erhöhung des Füllungsdruckes, um eine geforderte Auswurfleistung zu vollbringen. Dabei besteht jedoch die Möglichkeit, daß das Optimum der Füllung überschritten, die Kammer überdehnt und die Leistung weiter herabgesetzt wird. Erschwerend kommt hinzu, daß durch die Herzmuskelinsuffizienz eine schlechte periphere Sauerstoffversorgung und über kreislaufregulierende Zentren eine Blutmobilisierung aus Depots erfolgt, dadurch die zirkulierende (aktive) Blutmenge erhöht und das venöse Angebot an das Herz zusätzlich vergrößert wird, wie dies WOLLHEIM nachweisen konnte. Eine Minderung der Herzleistung wirkt sich auf alle Organsysteme aus. Klinische Erfahrung lehrt, daß das Krankheitsbild der dekompensierten Herzinsuffizienz weniger durch kardiale Symptome, als vielmehr ausgeprägter durch Funktionsstörungen verschiedener Organe charakterisiert ist. Vergrößerung der aktiven Blutmenge einerseits und Erhöhung des Venentonus andererseits, eventuell auch reflektorische Venenkonstriktion (GOLLWITZER-MEIER, 1932, FRANKLIN, 1937) führen zu einer Druckerhöhung im Venensystem bzw. im sogenannten Niederdrucksystem.

Die Linksinsuffizienz des Herzens

Bei einem akuten Versagen des linken Ventrikels wirft dieser weniger Blut aus als der noch suffiziente rechte Ventrikel. Hierdurch wird eine relativ größere Menge Blut aus dem venösen Kreislauf in die Lungenstrombahn befördert. Diese Vergrößerung des zentralen Blutvolumens kann bei Linksinsuffizienz bis zu 47 %

des Normalvolumens betragen. Es entsteht das klinische Bild der akuten Lungenstauung. Ein Teil dieser vermehrten Blutmenge befindet sich in der erweiterten linken Herzkammer.

Chronische Linksinsuffizienz mit chronischer Abflußbehinderung aus den Lungen führt zur sogenannten Stauungslunge. Zu einer chronischen „Stauungslunge“ kann eine akute „Lungenstauung“ hinzutreten und zur bedrohlichen Situation des Lungenödems führen. Hierbei handelt es sich um die „akute Linksinsuffizienz bei chronischer Herzinsuffizienz“, die unter bestimmten Voraussetzungen selbst am digitalisierten Herzen eintreten kann. In dem oft blutig tingierten Sputum finden sich hämosiderinbeladene Alveolarepithelien, bekannt als „Herzfehlerzellen“. Die Vitalkapazität nimmt durch die zunehmende Blutfülle in den Lungengefäßen gleichermaßen ab. Minderung der Sauerstoff- und Kohlendioxiddiffusion ist die Folge. Es tritt eine als Hypoxämie bezeichnete Verminderung der Sauerstoffsättigung des Blutes neben einer Hyperkapnie auf. Bei der Stauungslunge kann es zu bronchospastischen Zuständen kommen mit verlängertem Expirium, mit Giemen und Pfeifen über allen Lungenabschnitten, vergleichbar dem Asthma bronchiale.

Auch die akute Linksinsuffizienz mit der pulmonalen Blutüberfüllung kann infolge Durchtritts von Blutserum aus den Kapillaren in die Alveolen zu bedrohlichem Lungenödem führen. Dies ist z. B. bei chronischer arterieller Hypertonie, schwerer Aortenklappenstenose oder schwerer Mitralklappenstenose möglich. Schwerste Atemnot und Erstickungsgefühl sind die unmittelbaren Folgen. Die auf diese Weise ausgelöste akute schwere Dyspnoe wird als Asthma cardiale bezeichnet. Dieser Terminus sollte nur für das kardiogene Lungenödem Anwendung finden. Charakteristisch für das Lungenödem ist sein Auftreten nach akuter Überlastung oder während der ersten Nachtstunden, nachdem der Patient einige Stunden geschlafen hat. Hierbei spielt wahrscheinlich auch der nächtliche Blutdruckabfall und die damit verbundene Koronarinsuffizienz eine Rolle. Bei gleichzeitiger Rechtsinsuffizienz kann am liegenden Patienten eine Anschoppung von Blut im kleinen Kreislauf für die relativ plötzlich einsetzende Luftnot verantwortlich gemacht werden. Der Kranke richtet sich schnell auf und nimmt sitzende Haltung ein („Orthopnoe“). Weißlich-schaumiges, teils blutiges Sputum entleert sich beim Husten. Dieser qualvolle Zustand kann stundenlang andauern, aber auch in wenigen Minuten zum Erstickungstod führen.

Es gibt leichte Anfälle dieser Art, die nur zu einem kurzen, manchmal schreckhaften Erwachen führen. Die Atemnot verschwindet jedoch bald nach Aufrichten. Diese nächtliche Spontandyspnoe ist nichts anderes als ein rudimentärer Asthma cardiale-Anfall und sollte durchaus ernstgenommen werden. Häufig steigt der Blutdruck vor oder auch im Lungenödemanfall beträchtlich an. Im ersten Falle löst die Hypertonie möglicherweise den Anfall aus, im anderen Falle ist

der Anfall eventuell Ausdruck einer Irritation von Regulationszentren durch akute Sauerstoffmangelsituation. Als auslösender Faktor wird hierbei auch eine periphere Vasokonstriktion diskutiert. Unmittelbar nach dem Anfall kann eine starke Diurese einsetzen, bei der ein wasserähnlich heller Harn entleert wird. Die Unfähigkeit des Patienten, flach zu liegen, und die stark verminderte Belastbarkeit können auf solche möglichen Zwischenfälle hinweisen. Eine exakte Anamnese im Hinblick auf entsprechende Beschwerden ist deshalb unerlässlich.

Im Gegensatz zum Kranken mit Mitralstenose kann die Zyanose noch gering sein. Kommt zur Lungenstauung die Rechtsherzinsuffizienz und hierdurch die Stauung in den Bronchialvenen hinzu, so treten Stauungshusten und auf dieser Basis bei bakterieller Superinfektion eine Stauungsbronchitis oder eine Stauungsbronchopneumonie auf.

Nicht selten gesellt sich zur nächtlichen Atemnot der Ausbruch von kaltem Schweiß. Er kann entweder alternierend mit dyspnoischen Krisen oder auch gleichzeitig vorhanden und Zeichen der Linksinsuffizienz des Herzens sein.

Chronische Stauungserscheinungen der Lungen führen oft zu Pleuraerguß (Hydrothorax), der ein- oder doppelseitig auftreten kann. Erfahrungsgemäß bildet sich häufiger ein rechtsseitiger als ein linksseitiger Hydrothorax.

Eine Volumenbelastung des linken Herzens führt primär zur Vergrößerung der linken Kammer infolge vermehrter Füllung. Der diastolische Ventrikeldruck und der Vorhofdruck werden nicht verändert. Der Venendruck steigt noch nicht an. Die Dilatation bezieht sich auf das vergrößerte diastolische Restvolumen, während das systolische Auswurfvolumen normal bleibt. REINDELL und Mitarbeiter schließen daraus, daß es sich um eine „regulative Dilatation“ handelt. Die Herzverbreiterung nach links verlagert den Spitzenstoß in den 6. ICR.

Die Rechtsinsuffizienz des Herzens

Die Muskelmasse des rechten Herzens ist unter normalen Bedingungen geringer als die des linken Herzens, obwohl die Zahl der Myokardfasern beider Ventrikel gleich ist. Die Kompensationsfähigkeit des rechten Herzens steht jedoch der des linken Herzens nicht nach, da die Drucke im Lungenkreislauf wesentlich niedriger sind als im großen Kreislauf. Das rechte Herz ist einer Druck- und Widerstandsteigerung in der arteriellen Lungenstrombahn auffallend lange gewachsen. Bei einer schweren Pulmonalisklappenstenose allerdings versagt das rechte Herz schneller, als dies bei dem entsprechenden Vitium des linken Herzens, der schweren Aortenstenose, der Fall ist. Die größeren Muskelmassen des linken Herzens bieten eine relativ größere Adaptionsmöglichkeit.

Übersteigt die Belastung die Reservekräfte des rechten Herzens oder nehmen diese als Folge einer Myo-

kardschädigung ab, dann vergrößert sich zunächst das Restvolumen der rechten Kammer. Nach Eintreten einer relativen Trikuspidalinsuffizienz erhebt das rechte Herz mit höherem Füllungsdruck, anfänglich nur während körperlicher Belastung, später auch in Ruhe. Die röntgenologische Feststellung einer Dilatation der rechten Kammer zeigt noch nicht den Grad oder überhaupt das Vorliegen einer Dekompensation an. Wenn aber die vergleichenden Untersuchungen eine Zunahme der Dilatation der rechten Kammer erkennen lassen und der rechte Vorhof ebenfalls dilatiert ist, so ist die Grenze zur Dekompensation überschritten. Oft gibt der Patient mit Linksinsuffizienz bei Eintritt der Rechtsdekompensation einen Rückgang der Atembeschwerden an. Obgleich infolge Rückstauung Leberschwellung, Nierenstauung, Ödembildung usw. hinzukommen, empfindet der Patient diese Rechtsdekompensation fälschlicherweise als „Besserung“, weil die Atemnot sich verringert.

Wenn in einem solchen Falle bis zur Vollwirkung digitalisiert wird, kann die Atemnot mit zunehmender Rechtsherzleistung wieder zunehmen. Aus diesem Grunde muß die Digitalisierung streng individuell dosiert werden.

Bei der akuten Rechtsinsuffizienz führt die plötzliche Reduzierung der Leistung des rechten Ventrikels zu einer Verlagerung von Blut aus dem Lungenkreislauf in das periphere venöse Gefäßsystem. Die Dehnbarkeit dieser Gefäße nimmt den Volumenzuwachs aus der Lungenstrombahn zunächst ohne nennenswerte Venendrucksteigerung auf. Der Aufstau vor dem rechten Herzen wird durch die druckdämpfenden Eigenschaften der normalen Venenmechanik vorerst verhindert.

Entwickelt sich jedoch aus der akuten Rechtsinsuffizienz im Laufe von Wochen oder Monaten eine chronische Rechtsherzinsuffizienz, so tritt ein erhöhter Venentonus in Erscheinung, der u. e. auch beim Anheben der Beine mit dem damit verbundenen Rückfluß des Blutes in die zentralen Venen deutlich wird. FRIEDBERG konnte nachweisen, daß eine Kompression der vergrößerten Stauungsleber bei solchen Herzkranken zu einem beträchtlichen Anstieg des Venendruckes führt.

Die Venenstauung am Halse ist ein sehr feiner Indikator für die Erkennung der Rechtsinsuffizienz. Selbst ein Behandlungserfolg der Digitalisierung kann an der verminderten Venenstauung abgelesen werden. Ein weiteres Kriterium für die Venenstauung kann der fehlende Venenkollaps am ausgestreckten Arm bzw. am Handrücken in oder über der Herzebene sein. Eine blutige Messung des Venendruckes kann in der ärztlichen Praxis nicht vorgenommen werden.

Bei der Insuffizienz der Trikuspidalklappe findet sich ein positiver Venenpuls der Vena jugularis; mit der Systole der rechten Kammer einhergehende, also synchrone Venenpulsation ist deutlich zu erkennen. Sie kommt dadurch zustande, daß der rechte Ventrikel einen Teil des Auswurfvolumens retrograd durch die

Aponal[®] 5 Aponal[®] 10

neu



überdacht die Basistherapie bei Organerkrankungen

Aponal 5 oder Aponal 10
bei Organerkrankungen zusätzlich, wenn unter der Basistherapie -
z.B. mit Antihypertonika, Kardiaka - folgende Symptome bestehen bleiben:
Depressive Verstimmungen - Spannung - Unruhe - Angst - Schlafstörungen.

Dosierung:

Meist genügen
nur am Abend

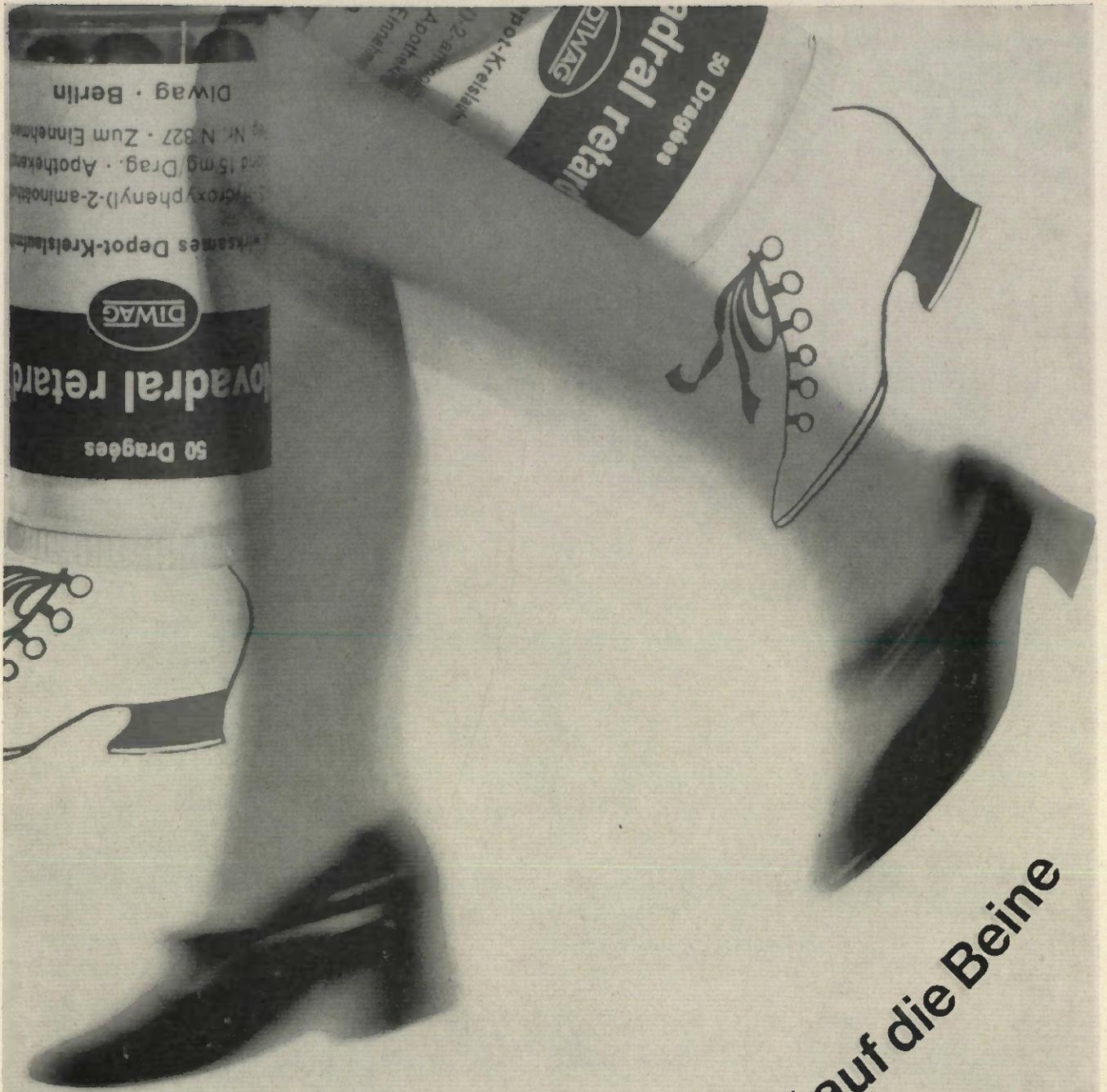
1-2 Dragées Aponal 5
2 bis 3 Stunden vor
dem Schlafengehen.
Beginn mit 1 Dragée
Aponal 5

Aponal 5

OP mit 20 Drag. DM 3,00 m. U.
OP mit 50 Drag. DM 6,90 m. U.
Aponal 10
OP mit 20 Drag. DM 4,65 m. U.
OP mit 50 Drag. DM 10,55 m. U.

Aponal 5, Aponal 10, Psycho-Tensolytikum
1 Dragée Aponal 5 enthält
5,65 mg Doxepin-Hydrochlorid,
entspr. 5 mg der neuen Substanz Doxepin
1 Dragée Aponal 10 enthält
11,31 mg Doxepin-Hydrochlorid,
entspr. 10 mg der neuen Substanz Doxepin





Novadral hilft dem Kreislauf auf die Beine

relativ insuffiziente Trikuspidalklappe und den rechten Vorhof, u. a. in die Vena cava cranialis, entleert.

Die Leberstauung, ein weiteres Zeichen der Rechts Herzinsuffizienz, ist an der nachweisbaren Lebervergrößerung zu erkennen. Jedoch muß bei Lungenemphysem an eine Verlagerung der Leber nach abwärts infolge Zwerchfelltieflages gedacht werden. Die Leberstauung kann lange einziges Zeichen einer Rechtsinsuffizienz bleiben. Die Vergrößerung dieses Organs kann beträchtliche Ausmaße annehmen. Eine Überdehnung der Leberkapsel löst Druckgefühl und Schmerzen aus. Der Kranke bezieht sie irrigerweise allzu oft auf den Magen. Die akute Leberstauung spielt differentialdiagnostisch eine bedeutsame Rolle gegenüber einer „akuten Gallenblase“, einer akuten Appendizitis, einer Ulkuserforation oder Nierenkolik u. a.

Ein Subikterus oder Ikterus kann vorhanden sein. Urobilinogen ist im Harn vermehrt nachweisbar. In diesem Zusammenhang sei auf die Einführung eines Schnelltestes mit Urobilistix® von Merck-Ames hingewiesen.

Bei langdauernder oder häufig wiederkehrender Leberstauung kann sich eine Leberzirrhose entwickeln. Aszites und Einschränkung der Leberfunktion sind hierbei, wie bei einer postnekrotischen Leberzirrhose, vorhanden. Die Entwicklung einer vergrößerten Stauungsmilz ist hierbei geläufig. Die Stauungsmilz kann sich fibrös umwandeln und dadurch klein und derb werden. Gelegentlich endet eine Rechtsinsuffizienz durch Tod infolge Leberkomas.

Bei der Rechtsinsuffizienz weisen auch die Magen- und Darmgefäße in oft erheblichem Maße eine venöse Stauung auf. Meteorismus und Resorptionsstörungen können die Folge sein. Brechreiz ist oftmals Ausdruck einer bestehenden eigenständigen Gastritis. Die Existenz einer nur durch Stauung bedingten Gastritis (sogenannte Stauungsgastritis) wird in jüngster Zeit bestritten. Oft wird bei Erbrechen das „post“ oder „propter“ während einer Digitalistherapie verwechselt.

Die Lokalisation eines kardialen Ödems ist abhängig von der insuffizienten Seite des Herzens. Es besteht vor dem kardialen Strömungshindernis und demgemäß bei Linksinsuffizienz im Bereiche der Lungenvenen und deren Quellgebiet, bei Rechtsinsuffizienz im Quellgebiet der Hohlvenen. Ein Gesichtsodem ist seltener und nur bei extremer Rechtsinsuffizienz ausgebildet.

Kardiales Ödem in den Anfangsstadien der Dekompensation verschwindet während der Nacht bzw. bei Bettruhe, um bei Orthostase wieder aufzutreten. Die Schnürfurche eines zirkulären Strumpfhaltes wird sichtbar, die Schuhe werden gegen Abend zu eng usw. Diese Erscheinungen werden von Patienten lange ohne besondere Beachtung toleriert und ihrerseits nicht mit Herzkrankheit in Verbindung gebracht. Erst im fortgeschrittenen Stadium pflegt der Patient den Arzt zu konsultieren. Bei bettlägerigen Herzkranken sollte immer auch die Sakralgegend auf Ödem untersucht werden. Bei ausgeprägtem chronischen Unter-

schenkelödem finden sich häufig Petechialblutungen oder eine Stauungsdermatitis.

Die Nieren sind in den Kreis der Stauungsorgane einbezogen. Die Nierenfunktionen, sowohl die glomeruläre als auch die tubuläre, können durch reduzierte Schlag- und Minutenvolumen des Herzens beeinträchtigt werden. Bei vermindertem oder verlangsamtem Durchfluß durch die Nieren, z. B. infolge venöser Stauung, wird weniger Harn produziert. Dieser Harn ist meist hochkonzentriert. Hierdurch und gegebenenfalls durch vermehrten Gehalt an Gallenfarbstoffen erhält der Harn eine intensiv goldgelbe bis rötliche Farbe. Bei 60 % bis 65 % aller Kranken mit Rechts Herzinsuffizienz besteht eine mäßige bis starke Albuminurie, in zahlreichen Fällen finden sich im Sediment Erythrozyten und Eiweißzylinder. Die gute Konzentrationsfähigkeit der Nieren und der vermehrte Gehalt des Harns an Gallenfarbstoffen erlauben eine Abgrenzung der Stauungsnieren vom nephrotischen Syndrom, auch wenn der Gehalt an Harnstoff, Kreatinin und sogar an Xanthoprotein schon erhöht ist.

Symptome der Herzinsuffizienz

Patienten mit Herzinsuffizienz geben häufig eine Vielzahl von Mißempfindungen am Herzen an. „Herzklopfen“, fühlbares Pulsieren der Halsschlagader, „Aussetzen“ des Herzens oder schneller Herzschlag sind aber noch nicht beweisend für die Herzinsuffizienz. Aussagen über Dyspnoe sind in der Anamnese häufig. Angaben über Husten, der anfallsweise, besonders in der Nacht oder bei Belastung, auftritt, sollten auf eine Herzinsuffizienz aufmerksam machen. Bei vielen Herzkranken kündigt sich das Nachlassen der Herzkraft durch leichte Ermüdbarkeit oder dauerndes Müdigkeitsgefühl an. Dabei wird Schlaflosigkeit in Form von Einschlaf- oder Durchschlafstörungen schon zu Beginn der Herzinsuffizienz als störend bemerkt. BÜRGER betonte, daß die Linkslage von Herzkranken schon zu Beginn der Dekompensation vermieden wird. WAGNER konnte nachweisen, daß besonders Kranke mit pektanginösen Beschwerden hiervon betroffen sind. Schwindel oder Ohnmacht können durch vermindertes Herzminutenvolumen mit zerebralen Durchblutungsstörungen hervorgerufen werden. Bekannt sind in dieser Hinsicht die synkopalen Zustände bei der Aortenstenose. Weitere Untersuchungen sollten bei solchen Symptomen veranlaßt werden, um die Existenz einer Herzinsuffizienz auszuschließen oder zu entdecken. BODECHTEL fand bei dekompensierten Herzfehlern eine deutliche Verminderung der Hirndurchblutung, zum Teil mit psychischen Störungen. Diese können von verstärkter Reizbarkeit über Konzentrationsschwäche und Antriebslosigkeit bis zu Depressionen reichen. Euphorie und Verwirrheitszustände sind dabei nicht allzu selten.

Es sei noch auf die subjektiven Angaben über Nykturie hingewiesen. Mit zunehmender Herzinsuffizienz kann dieses Symptom sich abschwächen, da die Nieren-

leistung durch zunehmende Stauung weiter gestört wird.

Neben diesen subjektiven Angaben der Patienten können Störungen der Herzrhythmik und Veränderungen des Blutdruckverhaltens auf die Minderung der Herzleistung als frühe Symptome hinweisen.

Eine Tachykardie, die ein gewisses Maß übersteigt, führt zu einer Leistungsminderung des Herzens. Je länger eine Tachykardie anhält, desto gefährlicher wird sie für die Blutversorgung des Herzmuskels. Die Energetik des Herzmuskels kann dabei so tiefgreifend beeinträchtigt werden, daß sich ein Herzinfarkt entwickeln kann. Die Tachykardie wiederum kann erstes Zeichen einer Herzinsuffizienz sein. Sie wird besonders im Zusammenhang mit Mitralklappenfehlern oder Cor pulmonale beobachtet.

Infolge Überlastung bzw. Überdehnung der Vorhöfe kann Vorhofflimmern oder Vorhofflattern auftreten. Am häufigsten finden sich solche Rhythmusstörungen bei Mitralklappenfehlern und Cor pulmonale.

Die Extrasystolie kann Zeichen beginnender Herzinsuffizienz sein. Besondere Beachtung beansprucht dieses Symptom, wenn es unter Belastung nicht nur nicht sistiert, sondern gehäuft auftritt. Vegetativ-funktionell bedingte Extrasystolen dagegen verschwinden zumeist unter Belastung. Sorgfältige Suche nach weiteren Insuffizienzzeichen ist bei Extrasystolie angezeigt.

Der Blutdruck kann durch die Herzschwäche verschiedenen beeinflusst werden. Er kann durch Verminderung des Schlag- und Minutenvolumens herabgesetzt oder durch Vasokonstriktion gesteigert werden. Eine arterielle Konstriktion bei Herzinsuffizienz kann auf Reizung der Vasomotorenzentren durch Kohlensäureanreicherung im Blut beruhen. Als Ursache wird auch die erhöhte aktive Blutmenge diskutiert. Eingebürgert hat sich hierfür die Bezeichnung „Stauungshochdruck“. In solchem Falle zeigt sich immer wieder, daß unter Anwendung von Herzglykosiden der Blutdruck sich normalisiert. Die Anwendung von Antihypertonika sollte deshalb erst dann vorgenommen werden, wenn das Blutdruckverhalten genügend erkundet ist und wenn unter Digitalis eine Blutdrucksenkung ausbleibt.

Zur Behandlung der Herzinsuffizienz

Die Therapie und ihr Erfolg, aber auch die Prognose hängen weitgehend von der Erkennung und Behandlung ursächlicher und auslösender Erkrankungen ab. Ätiologisch steht bei den Erkrankungen des Herzmuskels die rheumatische und bakterielle Myokarditis erscheinend im Vordergrund.

Die Begleitmyokarditis bei Infektionskrankheiten darf nicht übersehen werden.

Die degenerativen Herzmuskelschäden dürften an Häufigkeit den entzündlich bedingten nicht nachstehen.

Auch toxische und traumatische Herzmuskelschäden sind nicht selten.

Die elektrischen Herzmuskelschädigungen spielen in der Versicherungsmedizin eine bedeutende Rolle. Der Nachweis primärer Myokardschäden bei Stromunfällen sollte möglichst unmittelbar nach dem Unfallereignis durch das EKG und durch seine Verlaufsbeobachtungen aktenkundig gemacht werden.

Auch bei allgemeinen Stoffwechselstörungen kommt es zu Veränderungen im Herzmuskel. Verschiebungen im Elektrolythaushalt, z. B. in Form von Hypo- oder Hyperkaliämie oder von Hyper- oder Hypokalzämie, lassen sich nicht nur blutchemisch, sondern zum Teil auch im EKG nachweisen. Ein Ausgleich im Elektrolythaushalt, zum Teil durch Substitution, muß angestrebt werden, um den intrazellulären Muskelstoffwechsel wieder zu normalisieren.

Der Herzmuskel kann durch akuten und chronischen Sauerstoffmangel geschädigt werden. Höhenkrankheit, Gasvergiftungen, pulmonale Erkrankungen, Anämie z. B. können ursächlich eine Rolle spielen.

Schließlich sei auf Störungen der Koronardurchblutung verwiesen, die zu einer Hypoxie des Herzmuskels führen, sei es akut im Zusammenhang mit einem Kollaps, Schock oder Herzinfarkt, sei es chronisch durch arteriosklerotisch bedingte Perfusionsstörungen.

Die Therapie der Kranken mit Herzmuskelschwäche muß drei Gesichtspunkte berücksichtigen:

1. die medikamentöse Behandlung zur Verbesserung der Herztätigkeit, vornehmlich als Glykosidtherapie,
2. die Erleichterung der Herztätigkeit durch entlastende Maßnahmen,
3. die Übungsbehandlung im Sinne der Rehabilitation.

Die Wirkung der herzwirksamen Glykoside auf die Arbeitsmuskulatur und auf das spezifische Muskelsystem des Herzens ist ein Faktum, das in seinen biochemischen Details noch nicht vollends geklärt ist. Dennoch gehören bereits zahlreiche biochemische elektrophysiologische, herzdynamische und klinische Kenntnisse über die Glykosidwirkung zum festen Wissensbestand. Voraussetzung für eine klinisch feststellbare Glykosidwirkung ist u. a. die Ansprechbarkeit des Herzens auf Glykoside. Daraus ergibt sich ein umrissenes Indikationsgebiet für diese herzwirksamen Stoffe.

Mechanische Hindernisse, wie z. B. Klappenfehler, Panzerherz, Kurzschlüsse (Shunt), bei Septumdefekten sind nach sorgfältiger Indikationsstellung heute ebenso wie ein Ventrikelaneurysma einer chirurgischen Behandlung zuzuführen. Wenn das Myokard auf Glykoside nicht ansprechen kann, wie z. B. bei bindegewebig umgebauten Aneurysmen des Herzens nach großen oder multiplen Infarkten oder beim selteneren Fall von Myokardtumor, ist natürlich kein therapeutisch eindrucksvoller Effekt zu erwarten. Bei dominierenden extrakardialen Kreislauffaktoren, wie z. B. beim Schock,

Kollaps oder bei schwerer Anämie, muß die Therapie sich primär gegen die Ursache richten.

Zur Glykosidtherapie der Herzinsuffizienz

Unter Berücksichtigung dieser und ähnlicher Einschränkungen hat die therapeutische Anwendung herzwirksamer Glykoside in den letzten Jahren eine bedeutende Erweiterung erfahren. Nach früheren Lehrmeinungen konnte nur am insuffizienten Herzmuskel eine Glykosidwirkung erwartet werden. Durch Herzkatheteruntersuchungen und durch die Elektrokardiographie wurde bekannt, daß Glykoside schon im Stadium der „Präinsuffizienz“, ja, sogar am gesunden Herzmuskel Wirkungen entfalten können. Diese Erkenntnisse sind heute Anlaß zur Vorverlegung der Glykosidtherapie in den Indikationsbereich diesseits der manifesten hämodynamischen Herzinsuffizienz.

SCHMIDT-VOIGT differenziert zwischen vier Indikationsgebieten für die medikamentöse Herztherapie:

1. Alle Formen einer manifesten (dekompensierten) Herzinsuffizienz, sei es als akute oder chronische Rechtsinsuffizienz, Linksinsuffizienz oder Globalinsuffizienz.

2. Die sogenannte latente oder Belastungsinsuffizienz des Herzens.

Hierzu können diejenigen Formen einer Herzleistungsminderung gehören, die ohne zusätzliche Untersuchungsverfahren entweder nicht oder noch nicht oder nicht mehr nachweisbar sind. REINDELL, KÖNIG, HOFFMANN und KLEPZIG, sowie KNIPPING, HOLLMANN, VALENTIN, VENRATH und LOOSEN haben sich in den letzten Jahren mit der Glykosidtherapie in diesem Anwendungsbereich befaßt. Die Gültigkeit des Begriffes der Belastungsinsuffizienz des Herzens wurde durch Ergebnisse spiroergometrischer Untersuchungen unter dosierter Wattbelastung untermauert. Einfache Hinweise, die sich aus der Anamnese ergeben, beziehen sich auf Angaben über reduzierte körperliche Belastbarkeit, Belastungstachykardie und/oder Belastungsdyspnoe. Herzauskultation, Elektrokardiogramm und Phonokardiogramm lassen unter Belastungsbedingungen möglicherweise Zeichen beginnender Herzinsuffizienz als erste „Alarmsymptome“ erkennen, die eine Einleitung rechtzeitiger optimaler Glykosidtherapie notwendig machen. In diese Gruppe gehört auch die rekompensierte Herzinsuffizienz als Indikation für die Glykosiddauertherapie. Auch die Kardiosklerose und die chronische Druckbelastung des linken Herzens, sowie das Cor pulmonale sind in diese Gruppe einzubeziehen.

3. Herzrhythmusstörungen als Ursache oder Folge einer Herzmuskelinsuffizienz.

Besondere Beachtung verdienen hier die tachykarden Flimmerarrhythmien und die paroxysmalen Formen von Vorhofflimmern oder Vorhofflattern.

4. Herzinfarkt bei oder infolge einer Herzmuskelinsuffizienz.

Nach Untersuchungen von REINDELL und ASCHENBRENNER besteht hierbei eine fakultative Indikation für Digitalis bzw. herzwirksame Glykoside, zumal, wenn sich eine latente oder gar manifeste Herzinsuffizienz einstellt. Nach Meinung von Aschenbrenner und ERDMANN gilt dies jedoch nur für etwa die Hälfte derartiger Erkrankungsfälle. Richtunggebend ist weitgehend das klinische Bild. Beginnende Insuffizienz kann bei sorgfältiger Auskultation an der Spaltung des zweiten Herztones, unabhängig von der Atemphase, erkannt werden. Eine sofortige Glykosidtherapie sollte nicht wahllos bei jedem Infarktpatienten durchgeführt werden.

Auch die zerebralen Durchblutungsstörungen als Folge einer Herzinsuffizienz bedürfen der Digitalisbehandlung.

Insgesamt ist zu sagen, daß die Glykosidtherapie bei jeder Herzinsuffizienz unentbehrlich ist. Herzmuskelstoffwechsel, Kontraktion und Rhythmus werden günstig beeinflusst.

Vor einem Hinweis auf Therapierichtlinien müssen einige theoretische, für die Praxis wichtige Begriffe erwähnt werden.

Jede Glykosidtherapie ist in ihrem Effekt abhängig auch von der Pharmakokinetik dieser Substanzgruppe.

Die Resorptionsquote ist bedeutsam für Latenzzeit und quantitative Glykosidanflutung an das Myokard. Inwieweit bei Rechtsinsuffizienz die venöse Stauung in den Magen- und Darmgefäßen für das Ausmaß der Resorption von wesentlichem Einfluß ist, ist noch nicht hinreichend abgeklärt.

Die metabolisierende und eliminierende Leberfunktion ist für verschiedene Glykoside unterschiedlich und schwer erfaßbar.

Die renale Ausscheidung hängt weitgehend von der relativen Wasserlöslichkeit des Glykosides, aber auch von dem Maß der gestörten Nierenfunktion ab. Liegt der Serum-Kreatininwert über 6 mval/l , so empfiehlt sich vorsorglich nur etwa die Hälfte der sonst üblichen Glykosiddosis und eine häufige klinischen EKG-Kontrolle.

Veränderungen der intra- und/oder extrazellulären Elektrolytrelationen können die Empfindlichkeit gegen Digitalisglykoside beeinflussen.

Bestimmte Myokardstörungen können die Glykosidempfindlichkeit ändern.

Die Abklingquote und die von ihr bestimmte Wirkdauer ist für die Kontinuität der Wirkung und für die Aufrechterhaltung der Rekompensation bestimmend.

Die Vollwirkdosis entspricht der zur Zeit der feststellbaren klinischen Rekompensation im Organismus noch vorhandenen Glykosidmenge. Dieser Wert läßt sich mit Hilfe der Resorptionsquote und der Ab-

klingquote errechnen. Er beträgt durchschnittlich bei allen Digitalisglykosiden etwa 2,0 mg, bei Proscillaridin A etwa 0,7-1,0 mg, bei Strophanthin etwa 0,6-0,7 mg. Diese Zahlenwerte sind nach oben und unten variabel. Ein „Cor bovinum“ wird im allgemeinen mehr Glykosid benötigen als ein relativ kleines Herz. Digitoxin galt bislang mit durchschnittlich 90 % als best resorbierbar. Lanatosid C hat hingegen eine Resorptionsquote von nur ca. 40 %. Dazwischen steht Digoxin mit einer Resorptionsquote von etwa 60 %, z. B. Lanicor®, Digacin®. In der azetylierten Form wird Digoxin als Beta-Acetyldigoxin (Novodigal®) und als Alpha-Acetyldigoxin (Sandolanid®) deutlich besser als in der nicht veresterten Form resorbiert. Nach dem Schrifttum wird Novodigal bis über 90 %, Sandolanid bis über 80 % resorbiert, ersteres also etwa auf einer Ebene mit Digitoxin. Die wesentlichen Unterschiede zwischen Digitoxin und Beta-Acetyldigoxin beziehen sich auf deren differente Latenzzeit und Wirkdauer. Während Beta-Acetyldigoxin die kürzere Latenzzeit und kürzere Wirkdauer hat, liegt bei Digitoxin eine Protrahierung sowohl der Latenzzeit als auch der Wirkzeit vor, wodurch die Therapie mit Digitoxin weniger elastisch ist. Das Peruvosid (Encordin®) steht bezüglich seiner Resorptionsquote etwa zwischen Lanatosid C (z. B. Celadigal®, Cedilanid®, Lanibion®) und Proscillaridin A (z. B. Talusin®, Caradrin®).

Wie schon angedeutet, ist für die Wirkdauer die Abklingquote bzw. der tägliche Wirkverlust maßgebend. Die verbleibende jeweilige Restwirkung ist – dosisabhängig – Ausdruck der erwünschten bzw. notwendigen therapeutischen Kumulation. Diese ist bei Digitoxin aufgrund der Abklingquote von nur 7% pro die am größten, bei Acetyldigoxin, Digoxin und Lanatosid C durch die Abklingquote von 18–20 % pro die von mittlerer Größenordnung und bei Strophanthin aufgrund der Abklingquote von 40 % pro die sowie bei Proscillaridin und Peruvosid aufgrund der Abklingquote von 50 % pro die sehr gering. Das Optimum der Wirkdauer liegt bei einer Abklingquote von 20 % pro die. Denn hierbei sind die Wirkspiegelremissionen von mittlerem Ausmaß und die Wartezeit bis zum Verschwinden etwaiger Überdosierungssymptome relativ kurz.

Die Erhaltungsdosis wird, ausgehend von der individuellen Vollwirkdosis (Rekompensation), von der Abklingquote des Glykosides bestimmt. Die Erhaltungsdosis beträgt durchschnittlich für Digitoxin etwa 0,15 mg (1½ Tabl. Lanatosid®, Digimerck®) pro die, für Strophanthin i.v. 0,25 mg (1 Ampulle Kombetin®) pro die, für Novodigal® 0,4 mg (2 Tabl.) pro die, für Proscillaridin A 1,5 mg (3 Tabl. zu je 0,5 mg Talusin® oder Caradrin®) pro die.

Hierbei ist zu bemerken, daß die Erhaltungsdosis insofern Schwankungen unterliegt, als – je nach Grad der Rekompensation und je nach Verhaltensweise des Patienten – sich der Glykosidbedarf ändern kann.

Bei der tachykarden Herzinsuffizienz kann die Rückkehr zur normalen Frequenz durchaus als ein Parameter der Digitaliswirkung angesehen werden.

Sehr unterschiedlich kann die sogenannte Sättigungstherapie betrieben werden. Für die ärztliche Absicht, bei der akuten Herzinsuffizienz möglichst schnell einzugreifen, führten FRAENKEL und EDENS die schnellwirksame i.v. Strophanthingabe in die Therapie ein. EGGLESTON und GOLD befürworteten für die chronische Herzinsuffizienz die „rapid full digitalisation“, die schnelle Aufsättigung innerhalb von 24 Stunden. Da die Amerikaner in der Hauptsache mit dem langwirkenden Digitoxin therapierten, mußten sie feststellen, daß diese Therapie mit einer höheren Quote toxischer Nebenwirkungen behaftet war. Bei diesem therapeutischen Vorgehen müssen die individuelle Glykosidtoleranz und der unterschiedliche Glykosidbedarf im Einzelfalle in Betracht gezogen werden.

Die heutige „schnelle“ Aufsättigung innerhalb von 2 bis 3 Behandlungstagen ist im Sinne einer „biologischen Titrationstherapie“ nach ASCHENBRENNER verschoben. Diese „schnelle“ Aufsättigung ist bei Herzinsuffizienz mit Kammerarrhythmien und großem Pulsdefizit angezeigt. Im übrigen ist inzwischen die „mittelschnelle“ Aufsättigung innerhalb von 3 bis 5 Tagen zum „Verfahren der Wahl“ geworden.

Aufgrund der Kenntnisse über die zweckmäßige Behandlungsweise mit Herzglykosiden stellt sich die Frage nach der Auswahl des herzwirksamen Glykosides.

Das Kontingent der im Handel angebotenen glykosidhaltigen Präparate ist außerordentlich groß. Es umfaßt allein nach der „Roten Liste“ etwa 300 Präparate. Diese Fülle bringt Verwirrung in die Glykosidtherapie. Eine persönliche Erfahrung des Arztes kann sich bei dieser Präparatenflut kaum bilden. Einerseits besteht die Auffassung, daß „jedes Glykosid alles könne“, andererseits gilt die Auffassung von AUGSBERGER, daß „nicht jedes Glykosid alles gleich gut könne“. BROGLIE legte großen Wert darauf, mit wenigen Glykosiden auszukommen, diese dafür aber um so besser „im Griff“ zu haben.

Eine Gruppierung der wichtigsten und gebräuchlichsten Glykoside ermöglicht eine Verteilung auf vier Gruppen:

Die erste Gruppe umfaßt Herzglykoside mit schnellem Wirkungseintritt. Als Prototyp gilt das Strophanthin i.v. Es ist geeignet für die Soforttherapie bei akuter Herzinsuffizienz. Notwendig ist allerdings die tägliche Injektion; nicht selten ist sogar eine zweite Injektion an einem Tage erforderlich. Diese i.v. Therapie kann begreiflicherweise niemals Dauertherapie sein.

Die zweite Gruppe befaßt sich mit Digitoxin (Lanatosin®, Digimerck®). Resorptionsquote von rund 90 % (80 bis 100 %) und lange Wirkdauer machen das Präparat für die Dauertherapie deshalb geeignet, weil

auch bei gelegentlich vergessenem Einnehmen die lange Wirkdauer günstig ist. Als bevorzugte Anwendungsgebiete erscheinen die Herzinsuffizienz mit tachykarder Flimmerarrhythmie und die paroxysmale Vorhofftachykardie.

Die dritte Gruppe nimmt eine Mittelstellung zwischen den beiden vorgenannten Gruppen ein. Es handelt sich um Lanatosid-Präparate, deren Lanatoside die Abklingquote von 20 % haben, nämlich Lanatosid C (Cedilal[®], Cedilanid[®], Lanibion[®]), Digoxin (Digacin[®], Lanicor[®]) und Acetyldigoxin (Novodigal[®], Sandolanid[®]).

Seit vier Jahren hat sich das besser resorbierbare Beta-Acetyldigoxin sehr bewährt dank seiner hohen Resorptionsgeschwindigkeit, hohen Resorptionsquote, kurzen Latenzzeit und mittleren Wirkdauer. Das Indikationsgebiet dieser dritten Glykosidgruppe umfaßt die Herzinsuffizienz mit tachykarden oder bradykarden Rhythmusstörungen, mit a.v.-Überleitungsstörungen, erhöhter Glykosidempfindlichkeit.

Die vierte Gruppe beinhaltet Pflanzenprodukte mit digitalisähnlicher Wirkung. Präparate aus Scilla, Convallaria, Adonis und Oleander sind hier zu nennen. Neu hinzugekommen ist das Peruvosid, der Wirkstoff ist ein Reinglykosid aus einer indischen Hanfart. Den Präparaten dieser gesamten Gruppe gemeinsam ist die nur geringe Resorptionsquote und die geringe Wirkdauer. Zur Erzielung eines therapeutischen Effektes ist eine hohe Dosierung erforderlich. Wegen der hohen Abklingquote dieser Stoffe (40–50 % pro die) kommt eine therapeutische Kumulation mit einer nennenswerten Kontinuität der Wirkung kaum zustande. Die Möglichkeit einer Unterdosierung ist hierbei größer als mit Digitalisglykosiden und größer als eine Überdosierung; zugleich erhöht sich mit ihnen die Möglichkeit der fortschreitenden Dekompensation.

Diese Gruppierung der Glykosidpräparate ist nur allgemein gehalten und nimmt keine Vollständigkeit in Anspruch. Es sei aber betont, daß die Unterdosierung heute in der Praxis noch weit häufiger ist als die Überdosierung. Dies könnte durch die geeignete Auswahl des herzwirksamen Glykosides im Einzelfalle weitgehend geändert werden.

Neben einer Unterdosierung seitens des Arztes steht häufig die Unterdosierung durch Nichtinhaltung der ärztlichen Verordnung seitens des Patienten. Das ist nicht ohne Gefahr für eine Dekompensation oder ausbleibende Rekompensation. Eine kurzfristige Glykosidtherapie ist nur bei einem kleinen Indikationsgebiet vertretbar, sei es beim kleinen, völlig ausheilenden Herzinfarkt, sei es bei einer akuten entzündlichen Herzmuskelerkrankung, sei es bei prä- und postoperativer Digitalisierung. Für das weitaus größere Indikationsgebiet gilt der Grundsatz, daß jede Glykosidmedikation nur dann Aussicht auf einen bleibenden Erfolg hat, wenn sie bei richtiger Dosierung als Dauertherapie, d. h. ein Leben lang, durchgeführt und überwacht wird.

Die Entwässerung kommt meistens schon unter Ruhe in Gang. Unterstützt wird sie durch einige Fastentage, an denen der Patient nur Flüssigkeit oder Obst zu sich nehmen darf. Reichen diese Maßnahmen neben der Digitalisierung nicht aus, so ist die Indikation für ein Diuretikum gegeben. Ein Diuretikum sollte also möglichst nicht in den ersten Tagen der Behandlung einer Herzinsuffizienz verabfolgt werden. Auf die Vielzahl von handelsüblichen Diuretika kann hier nicht eingegangen werden.

Auf die Notwendigkeit der frühzeitigen Pleurapunktion wird besonders aufmerksam gemacht, da große Pleuraergüsse die Herzaktivität und die Rekompensation ungünstig beeinflussen. Kleine Pleuraergüsse werden unter der Digitalistherapie meist spontan resorbiert. Das gleiche gilt für Aszites, der sich besonders durch die Einführung des Aldactone[®] in die Herztherapie gut zur Rückbildung bringen läßt.

Die medikamentöse Therapie des Herzpatienten muß durch entlastende Maßnahmen unterstützt werden. Die Bettruhe steht dabei im Vordergrund. Der dekompensierte herzinsuffiziente Patient gehört ins Bett. Erst dann kann eine sorgfältig ausgewogene Glykosidtherapie ihren vollen Erfolg zeitigen.

Die Behandlung eines Herzkranken nach Überwindung der akuten Herz-Kreislaufsituation erfordert nicht selten eine besondere Betreuung bei der Einfügung des Kranken in seine frühere Umgebung. Angemessene Tätigkeit, eventuell auch Arbeitsplatzwechsel sind nur einige sozialmedizinische Gesichtspunkte bei der ärztlichen Führung und Beratung. Während Rehabilitationsmaßnahmen in der inneren Medizin bisher vorwiegend bei Tuberkulose- und Zuckerkranken sowie bei Operierten vorgenommen wurden, haben sich neuerdings die praktischen Bemühungen und Planungen auch mit den Herz- und Kreislaufkranken beschäftigt. Nicht zuletzt hat die Verschiebung des Altersgipfels für Herzinfarkt in den letzten ca. 30 Jahren mit einer Vorverlegung um etwa 10 Jahre zur Notwendigkeit einer Rehabilitation beigetragen. HOCHREIN und HALHUBER haben auf diese Tatsache hingewiesen und die soziologischen Konsequenzen für eine Wiedereingliederung der Genesenen in den täglichen Arbeitsprozeß aufgezeigt. Dabei kommt es wesentlich darauf an, daß der Patient mit seinen begrenzten Kräften und Möglichkeiten umzugehen lernt.

Vorstehende Ausführungen sollen einen angenäherten Überblick geben über das Wesen der „Herzmuskelsinsuffizienz“, ihre Pathophysiologie, Pathogenese und ihre Therapie. Daß im Hinblick auf die Glykosidauswahl und Glykosiddosierung viele, auch hämodynamische Einzelheiten zu berücksichtigen sind, und daß in jüngster Zeit auch auf dem Glykosidsektor bedeutende Neuerungen zu verzeichnen sind, wurde deutlich gemacht.

Ansch. d. Verf.: Dr. med. Dieterich V o g e s, Facharzt für Innere Krankheiten, Leitender Arzt der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Günzburg, 8870 Günzburg, Reinertstraße 6

Paradoxe Einkommensverhältnisse bei Arbeitsunfähigkeit*)

von Franz Erwin O e s e r

Sozialgesetzgebung ist immer ein umstrittenes Gebiet. Die angestrebte Perfektion wird auch in Zukunft kaum zu erreichen sein. Mit der Zahl der Gesetze und Vorschriften sinkt deren Durchschaubarkeit, besonders hinsichtlich der Auswirkung im praktischen Anwendungsfall. Dadurch kommt es zu ungewollten, aber gesetzlich geschützten Ärgernissen, vor allem in der Krankenversicherung.

Die Pflichtversicherung wurde zur Abwendung materieller Not eingeführt, und zwar zunächst eine Krankengeldversicherung. v. FERBER (Med. Sachv. 1968, 5–105) sieht die Aufgabe der Krankenversicherung heute soziologisch in der „Befreiung von der Arbeitspflicht als Entlastung von der Norm“. Als Norm soll die durch die Wirtschaftsordnung erzwungene Arbeitspflicht gelten. Gesetzgebung und Rechtsprechung der letzten Jahre haben eine risikolose Entlastung von der Norm sichergestellt, nicht selten mit finanziellen Vorteilen gegenüber der Erfüllung der erzwungenen Arbeitspflicht.

Voraussetzung für Arbeitsunfähigkeit mit ihren rechtlichen Folgen ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Fortsetzung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht zuläßt. Der regelrechte Zustand wurde bisher nicht zufriedenstellend definiert.

Wird ein Arbeiter durch Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit an seiner Arbeitsleistung gehindert, ohne daß ihn ein Verschulden trifft, so verliert er dadurch nicht den Anspruch auf Arbeitsentgelt für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von 6 Wochen (§ 1 LFZG). Bei Arbeitsunfähigkeit wegen unterschiedlicher Krankheiten entsteht jeweils erneut Anspruch auf Lohnfortzahlung für 6 Wochen an den Arbeitgeber. Bei Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Erkrankung über diese 6 Wochen hinaus hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld gemäß § 182 RVO.

Da Krankengeld nicht mit dem Arbeitslohn gleichgestellt ist, kann bei Arbeitsunfähigkeit von insgesamt mehr als sechs Wochen innerhalb eines Kalenderjahres „schwankender Arbeitslohn“ geltend gemacht werden. Nach § 39.1 EStG bemißt sich die Lohnsteuer nach dem Arbeitslohn, den der Arbeitnehmer im Kalenderjahr bezogen hat. Bei schwankendem Arbeitslohn besteht Anspruch auf Lohnsteuerjahresausgleich. Anspruch auf die Regelleistungen der Krankenversicherung (Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld, Familienhilfe) haben Versicherte, die wegen Erwerbslosigkeit ausscheiden und mindestens sechs Wochen

unmittelbar vorher oder in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen versichert waren, auch dann, wenn sie während der Erwerbslosigkeit binnen drei Wochen erkranken (§ 214 RVO).

Dieser Anspruch fällt weg, sobald der Erwerbslose Arbeitslosengeld bezieht und somit durch die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung bei der Krankenkasse, der er zuletzt angehört hat, weiter versichert ist. Erkrankt ein Arbeitsloser, so erhält er Krankengeld in Höhe des Arbeitslosengeldes (§ 158 AFG); entsprechendes gilt für die Arbeitslosenhilfe. Beginnt die Arbeitsunfähigkeit jedoch einen Tag vor Beginn der Arbeitslosigkeit, so richtet sich die Höhe des Krankengeldes nach dem letzten Lohnabrechnungszeitraum. Ein nicht unbeträchtlicher Unterschied.

Außergewöhnlich liegen auch die Verhältnisse bei Unfallverletzten, die infolge des Arbeitsunfalls ohne Arbeitseinkommen sind und nach Wegfall des Verletzungsgeldes eine Unfallrente beziehen. In diesem Fall hat der Träger der Unfallversicherung die Teilrente auf die Vollrente zu erhöhen. Diese Leistungen werden auf das Arbeitslosengeld (Arbeitslosenhilfe) nicht angerechnet (§ 587 RVO). Das tatsächliche Einkommen kann sich unter diesen Umständen auf das mehr als anderthalbfache des letzten durchschnittlichen Arbeitseinkommens erhöhen.

Von sehr unterschiedlicher Auswirkung ist das Zusammentreffen von Arbeitsunfähigkeit mit Berufsunfähigkeit (§ 1246 RVO, § 23 AVG). Entscheidend ist der Tag, von dem ab die Berufsunfähigkeitsrente zugebilligt wird. Liegt dieser Tag bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder fällt er auf den ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit, so werden Krankengeld und Rente nebeneinander gezahlt. Liegt der Rentenbeginn innerhalb der Arbeitsunfähigkeitszeit, so wird das Krankengeld um den Rentenbetrag gekürzt.

Dem bereits Berufsunfähigen kann man in der Regel – wenn auch nicht immer – ein niedrigeres Einkommen als zur Zeit der Beschäftigung vor der Berufsunfähigkeit unterstellen, er wird durch den Doppelbezug von Krankengeld und Rente meist etwas besser gestellt als ein vergleichbarer Versicherter in der ursprünglichen Beschäftigung des Berufsunfähigen.

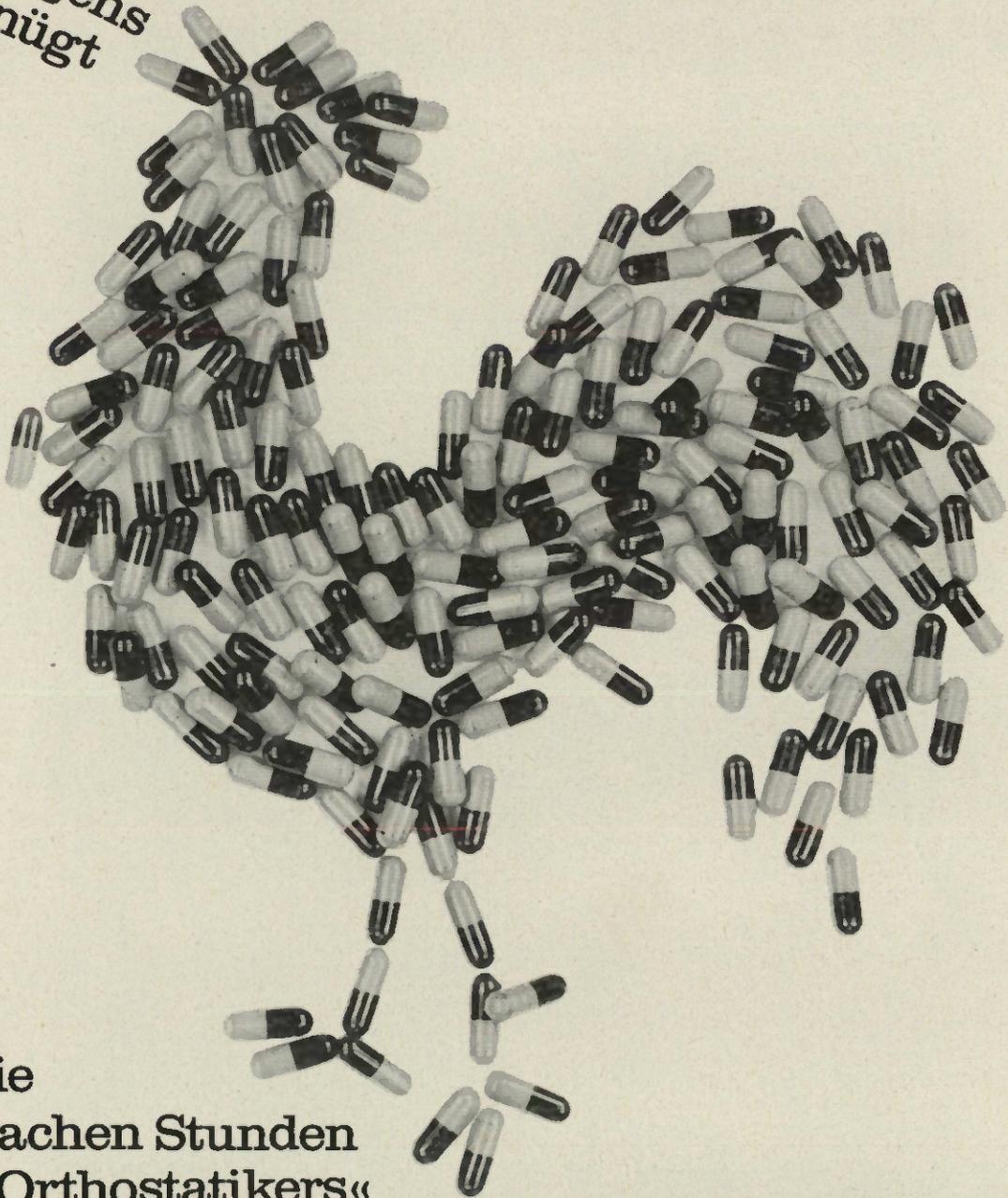
Fällt aber der Beginn des Krankengeldbezugs und der Rentenzahlung auf den gleichen Tag, so erhöht sich das wirkliche Einkommen um den Betrag der Berufsunfähigkeitsrente gegenüber einem vergleichbaren Arbeitsfähigen, denn Krankengeld wird ja in Höhe des letzten Nettolohnes gezahlt. Im Falle der Kürzung erhält der Arbeits- und Berufsunfähige Gesamtbeträge in der Höhe des Krankengeldes weiter.

Völlig legal läßt sich ein Scheinarbeitsverhältnis mit erheblichem finanziellen Gewinn abwickeln. Die gesetzliche Krankenversicherung kennt keine Wartefristen, auch nicht bei bereits vorhandenen Leiden. Ein mißglückter Arbeitsversuch liegt nur dann vor, wenn keine Arbeit von wirtschaftlichem Wert erbracht wor-

*) Vortrag anläßlich des III. Sozialemedizinischen Kurses am 20. April 1970 in München vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin.



eine
morgens
genügt



für die
schwachen Stunden
des »Orthostatikers«

AMPHODYN *retard*

Packung mit 20 »Retard«-Kapseln DM 7,90
Packung mit 50 »Retard«-Kapseln DM 18,—
Amphodyn »retard« enthält je Kapsel:
150 mg Roßkastanienextrakt
(= 25 mg Aescin), 20 mg Etillefrin



**Es gibt eine
stattliche Reihe
bedeutender
Magentherapeutika**

**Von allen wird
Gelusil-Lac am meisten
verordnet.
Warum wohl?**

Gelusil-Lac begnügt sich nicht mit angenehmem Geschmack und subjektiven Erfolgen; obschon sie faszinierend sind: Der Patient spürt die erleichternde Wirkung prompt und dankbar. Er ist beeindruckt davon, wie Gelusil-Lac mit den unangenehmen Säurebeschwerden oder quälenden Ulkusschmerzen fertig wird. Sein Wohlbefinden hebt sich auffällig.

Die therapeutische Wirkungsqualität ergibt sich aus dem Zusammenspiel zweier Faktoren: Durch Bindung überschüssiger Salzsäure stellt Gelusil-Lac den Magensaft rasch und anhaltend auf physiologische pH-Werte ein. Darüber hinaus schirmt Gelusil-Lac die lädierte Magenschleimhaut mit einer Schutzschicht gegen peptisch-aggressive Einflüsse ab, ein Effekt, der bei Erosionen und Ulcera ganz besondere Bedeutung erlangt. — Fazit: Die Frage nach dem Warum beantwortet sich mit der Erkenntnis des therapeutischen Wertes.

Verständlich also, daß Gelusil-Lac als Magentherapeutikum Nr. 1 gilt.



GÖDECKE

den ist, die Arbeit nur unter der Gefahr der Verschlimmerung eines Leidens aufgenommen werden konnte oder, wenn bei Aufnahme der Arbeit bereits feststand, daß sie in kürzester Frist wieder aufgegeben werden mußte (BSG 7. 9. 61 5 RKn 11/60). Der Nachweis der letztgenannten Voraussetzung ist fast nicht zu erbringen. Tatsächlich braucht man nur wenige Tage zu arbeiten, um bei eintretender Arbeitsunfähigkeit, unter Umständen bis 78 Wochen, Krankengeld und entsprechende Sachleistungen zu beziehen. Gynäkologische Operationen bei bisher nicht Versicherten werden nicht selten auf diese Weise in gesicherter Atmosphäre vorgenommen.

Der Drang nach stationärer Behandlung auch harmloserer Erkrankungen hat nach Ausbreitung der relativ preiswerten Zusatzversicherungen deutlich zugenommen. Nach einer EMNID-Umfrage besitzt etwa ein Viertel der Bevölkerung Zusatzversicherungen, auch die Krankentagegeldversicherungen finden immer mehr Anklang. Nach § 189.2 RVO können die gesetzlichen Krankenkassen ihre Leistung soweit kürzen, daß ein Versicherter, der Krankengeld gleichzeitig aus einer anderen Versicherung bezieht, nicht mehr als den Durchschnittsbetrag seines täglichen Arbeitsverdienstes erhält. Da es im Gesetzestext anschließend weiter heißt: „Die Satzung kann die Kürzung ganz oder teilweise ausschließen“, machen die Krankenkassen von ihrem Recht der Kürzung meist keinen Gebrauch. Die geschilderten Wege zum finanziellen Vorteil des Arbeitsunfähigen gegenüber dem Arbeitenden stehen jedem Versicherten offen, ohne daß er sich darum bemüht. Die Verführung zu mißbräuchlicher Inanspruchnahme ist natürlich groß. Für Kenner steckt der Schlüssel zum Kassenschrank der Krankenkassen (locker) in den Gesetzestexten.

Das Lohnfortzahlungsgesetz hat einige weitere Fehlkonstruktionen der Krankenversicherung behoben, so z. B. die finanzielle Besserstellung durch Arbeitsunfähigkeit bei Kurzarbeit, Schlechtwetter und Saisonschwankungen, einige — unlogischerweise — aber beibehalten, wie die Vorteile durch Arbeitsunfähigkeit bei Beginn der Arbeitslosigkeit. Die versprochene Fortführung der Krankenversicherungsneuregelung sollte die aufgezeigten Mängel — neben anderen — beseitigen.

Anschr. d. Verf.: Obermedizinalrat Dr. med. F. E. O e s e r,
7590 Achern, Martinstraße 50

22. bis 27. Juni 1970

Seminar über Präventiv-Kardiologie

an der Klinik Höhenried (Starnberger See)

Chefarzt: Professor Dr. med. M. J. H a l h u b e r

Anfragen und Anmeldungen n u r an die Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Fernruf: 33 20 21/Apparat 26

Ideologie oder Wirtschaftlichkeit

von F. O t t o

Das Sozialpaket gehört wieder zum Marschgepäck auch der neuen Bundesregierung. Niemand weiß so recht, ob der Inhalt bereits verdorben oder noch genießbar ist. Auf jeden Fall muß es und soll es ausgepackt werden. Die Kostprobe auf den 1. 1. 1970 erscheint mäßig zubereitet, schwer verdaulich und so teuer, daß etliche Sozialpartner verhungern müssen, wenn nicht bald das ganze Paket besser zubereitet und vor allem zu erschwinglichen Preisen angeboten wird.

Denn die Medizin, besser die gesamte ärztliche Versorgung, ist teuer geworden. Das Angebot an Leistung und damit auch die Kosten steigen in jedem Jahr um runde 5 %. Die Herabsetzung des Beitragshöchstsatzes der Krankenkassen von 11 % auf 8 % wird durch die Lohnfortzahlung nicht ausgeglichen. Die Beitragsrückgewähr für nicht benutzte Krankenscheine wird allein etwa 0,5 % dieses Beitragsatzes ausmachen, und der Wegfall des Rentneranteils zur Krankenversicherung wird weitere 600 Mio kosten und die wirtschaftliche Lage der Krankenversicherung noch mehr verschlechtern. Das zu erwartende Defizit wird mit Sicherheit nicht ausgeglichen, auch wenn der letzte Bundesbürger sozialversichert ist; dann wird auch der, der es sich einkommensmäßig wohl anders leisten könnte, für billiges Geld die höchsten Ansprüche stellen. Diese recht nüchterne Tatsache scheint durch den fadenscheinigen Vorhang im hessischen Landestheater vor dem 1. Akt zum klassenlosen Krankenhaus deutlich hervor.

Kann man es denn den Verantwortlichen der gesetzlichen Krankenversicherung verübeln, wenn sie immer wieder darauf hinweisen, daß es so für sie nicht weiter gehe? Es ist nicht nur notwendig, sondern auch legitim, nach brauchbaren Lösungen zu suchen. Wie üblich in der repräsentativen Demokratie, sind die Tendenzen, die sich dabei zeigen, zuerst im vopolitischen Raum zu spüren, denn „amtlich“ = ministerseitig, denkt man — noch — an keine grundsätzlichen Änderungen der ärztlichen Versorgung, soweit ich den neuen Arbeitsminister recht verstanden habe.

Immerhin tauchen im vopolitischen Raum, der den weiten Bogen vom politischen Stammtisch bis zur Lobby umspannt, Ansichten auf, die niedriger zu hängen es sich lohnt, damit sie deutlicher sichtbar werden.

Wie also kann man die ärztliche Versorgung wirtschaftlicher, lies billiger, machen — möglichst noch bei besserer Leistung? Da bieten sich die Ambulanzen der Krankenhäuser an, die bis jetzt nur dort an der ambulanten Versorgung beteiligt werden, wo ein echtes Bedürfnis dazu besteht. Warum die Bedürfnisprüfung? Das Bedürfnis nach ärztlicher Leistung hat für den, der sie wünscht, bekanntlich keine Grenzen — nur für den, der sie zahlen muß. Aber die Ambulanzen sind

doch da, z. T. ungenutzt. Es sind Räume, Apparate, Ärzte da, die zwar durch die Betreuung der stationären Kranken voll ausgelastet, oft sogar überfordert sind, aber irgendwie die Ambulanz auch noch schaffen werden. Man muß sie nicht bezahlen. Das macht der Krankenhausträger, der zwar selbst in Geldnöten ist, dem aber doch die Einnahmen aus der Ambulanz zufließen. Bei der Kalkulation stören nicht die hohen Investitionskosten, diese werden als Vorhaltekosten von der öffentlichen Hand übernommen. Hier treffen sich die Vorstellungen der Versicherungsträger mit denen der Krankenhausträger und der nicht beteiligten Chefärzte, die ihre Kunst auch den ambulant Leidenden zukommen lassen möchten, und die die Verwaltungsjustiz um die Feststellung bemühen, daß ihre Aussperrung von dieser Aufgabe nicht rechtens ist. Und der ausgebildete Patient, der von Teamwork (oder Kollektiv, je nachdem, ob der Blick vom Osten oder vom Westen kommt), von Diagnose-Center und Computer-Medizin gelesen hat, wäre sicher zufrieden, denn das sind magische Begriffe für ihn, auch wenn sie weder den guten Einfall noch die gute Erfahrung ersetzen. Alles wäre bestens, wenn an dem futuristischen Gemälde nicht entscheidende Perspektiven falsch wären.

Da ist zunächst bei einer solchen Ambulatorienmedizin oder bei der vor- bzw. nachstationären Behandlung die Personalfrage. Einerseits sind sich alle Kenner der Materie klar, daß die Chefärzte der Abteilungen überlastet sind, daß die Abteilungen zu groß und nicht mehr übersehbar sind, und daß es bis jetzt noch an Assistenten fehlt. Nun sollen diese Überlasteten und zu Wenigen die Zeit finden, ein Ambulatorium zu versorgen, womöglich noch im 24 Stundendienst. Das bedingt doch neue Planstellen und, selbst wenn die Ärzte, Schwestern und Hilfspersonal dazu vorhanden wären, höhere Kosten. Man meint, diese Ärzte brauche man dann als Angestellte oder Beamte nicht so exorbitant hoch zu bezahlen wie den frei niedergelassenen Arzt, der im Durchschnitt DM 120 000.— bekommt, d. h. umsetzt, eine Summe, die jedem Zahlungspflichtigen, der nicht rechnen kann oder will, überzeugt sein läßt, daß hier der Grund sei, warum die moderne Medizin so teuer ist.

Daß diese ominösen DM 120 000.— des Durchschnitts dadurch errechnet worden sind, daß die zahlreichen Kleinpraxen unter DM 20 000.— Umsatz außer Ansatz, die unkostenintensiven Praxen der Röntgenologen, Orthopäden und dergleichen aber in die Berechnung mit einbezogen worden sind, ist kaum bekannt und stört daher nicht den erstrebten Zweck. Diese DM 120 000.—, und man sollte es einmal unter einem betriebswirtschaftlichen Aspekt sehen in einer Zeit, wo der Arbeitsplatz eines angelernten Arbeiters bereits DM 30 000.— kostet, sind doch die jährlichen Kosten für den „Arbeitsplatz“ des frei praktizierenden Arztes. Daraus wird das Personal, durchschnittlich drei Mitarbeiter in der Praxis, die Investitionen respektive deren Abschreibung und Unterhalt, zusammen um

Das Inhaltsverzeichnis für 1969 des „Bayerischen Ärzteblattes“ kann über die Schriftleitung, 8000 München 23, Königinstraße 85, angefordert werden.

40 %, bezahlt. Vom Rest die Steuern und danach die kapitalisierte Altersversorgung und der Urlaub abgezogen, so kann sich jeder ausrechnen, was ihm — volkswirtschaftlich gesehen — bleibt, oder wie die Kostenträger die Arbeitskraft des frei niedergelassenen Arztes bezahlen. Dabei ist die Dauer der täglichen Arbeit, die das Doppelte der tarifmäßigen des Angestellten beträgt, und die Investition in die Ausbildung nicht berechnet worden, doch mag man die letztere als den Preis der Unabhängigkeit betrachten.

Ganz sicher aber kostet der „Arbeitsplatz“ des angestellten Arztes mehr, ebenso wie auch die Arzneikosten seiner Behandlung das Doppelte der des frei praktizierenden Arztes betragen, nachzurechnen am Haushaltsgesetz des Bundes. Das ist auch nicht verwunderlich, denn bei der stationären Behandlung wird, von den 80 % Leeruntersuchungen abgesehen, ohne Rücksicht zum mindesten auf die Kosten therapiert und es ist in der Ambulanz nicht anders, während der frei praktizierende Arzt sich streng an die Grundsätze der wirtschaftlichen Ordnungsweise zu halten hat, will er nicht seitens der Kostenträger Ärger und Schadensersatzanforderungen bekommen.

Man sollte also, und das geht alle Beteiligten an, bei dem vordergründigen Wunsch nach der Beteiligung der Krankenhausambulanzen an der kassenärztlichen Versorgung, wo kein Bedürfnis dazu besteht, auch einmal die dadurch entstehenden Kosten bedenken! Die Kosten für die Versorgung unserer Bevölkerung im Krankheitsfall stellen — sowohl der Bedeutung als auch der Höhe nach — einen beachtlichen Posten auf der Ausgabenseite der volkswirtschaftlichen Bilanz dar, der bezahlt werden muß, gleich, ob vom Versicherungsträger oder vom Staat = Steuerzahler, oder vom einzelnen unmittelbar.

Falls man damit keine uneingestandene Einkommens- oder Vermögensumschichtung beabsichtigt, ist es vom Standpunkt der volkswirtschaftlichen Bilanz am Schluß gleichgültig, wer die Kosten trägt: ob als Beitragszahler der Krankenkasse, als Steuerzahler oder ganz persönlich, zahlen muß immer nur der Betroffene, dem man durch die sozialen oder politischen Einrichtungen nur das Risiko nimmt, was allerdings mangels ausreichender Eigenbeteiligung den Blick dafür vernebelt, daß zu guter Letzt er selber zahlt. Weder eine allgemeine Volksversicherung noch eine Staatsmedizin werden daran etwas ändern! Deshalb rate ich, die Kosten vorher zu bedenken, mit denen man die Gesundheit einkaufen möchte.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. F. Otto, Allgemeinarzt, 8898 Schrobenhausen, Westring 32

Freiheit für die Forschung oder für die Werbung?

Diskussionsbeitrag von H. Konitzer

In einem Referat unter dem Titel „Freiheit für die Arzneimittelforschung in Deutschland“ („Bayer. Ärzteblatt“, Nr. 1/1970, S. 27) vertritt W. v. GUGEL von neuem eine Meinung, die schon früher von kompetenter Stelle der Bundesärztekammer geäußert worden ist, und die nun offenbar auch als gewissermaßen offizielle Meinung des Hartmannbundes gelten soll, die These nämlich, daß die Werbung der pharmazeutischen Industrie nicht bloße Reklame sei, sondern einen Teil der Fortbildung der praktizierenden Ärzteschaft darstelle. Wenn ich gegen diese These schwerwiegende Bedenken anmelde und sie in allen ihren Konsequenzen grundsätzlich ablehne, so glaube ich im Sinne eines nicht kleinen Teiles eben dieser praktizierenden Ärzteschaft zu argumentieren.

Zunächst wäre hier ein Begriff zu klären, um den es überraschenderweise in W. v. Gugels Referat gar nicht primär geht, den Begriff „Freiheit der Arzneimittelforschung“. Versteht man unter Arzneimittelforschung eine wissenschaftliche Tätigkeit, die ausschließlich auf die Erforschung, Herstellung und Prüfung von Heilmitteln gerichtet ist, mit dem Ziele, dem kranken Menschen durch immer vollkommenere Mittel zu helfen, so unterliegt eine solche Tätigkeit in der Bundesrepublik Deutschland nicht der geringsten Beschränkung, und es hat schlechterdings keinen Sinn, für eine Freiheit zu Felde zu ziehen, die ohnehin schon existent ist und von niemandem ernstlich gefährdet wird. Aber selbstverständlich muß der Begriff des Heilmittels exakt definiert werden, so exakt, daß eine Tarnung toxischer Stoffe als Pharmakon unmöglich wird. Rauschgifte beispielsweise oder Massenvernichtungsmittel, die eventuell als Insektizide und Desinfizientien deklariert werden, sind keine Heilmittel. Auf sie kann sich die Forderung einer Freiheit für die Arzneimittelforschung auf gar keinen Fall beziehen. Ich glaube, es dürfte unter Ärzten keinerlei Meinungsverschiedenheit darüber geben, daß die Forschung über schwertoxische Stoffe einer sehr strengen staatlichen Kontrolle und ihre Herstellung einer absolut wirksamen Begrenzung bedarf. Maßnahmen dieser Art sind jetzt endlich in Amerika getroffen worden. Ich meine, wir in Deutschland sollten so schnell wie irgend möglich nachziehen.

Die Grenzen der Freiheit sind da gegeben, wo das Gemeinwohl Halt gebietet, und eben da sind auch die Grenzen der Werbung gesteckt, um die es in W. v. Gugels Referat tatsächlich in erster Linie geht. Werbung ist eine Tätigkeit, die — in diametralem Gegensatz zur Forschung — primär auf kommerziellen Gewinn ausgerichtet ist. Wo Forschung und Werbung sich verfilzen, leidet zuallererst die Wissenschaft, und

das heißt in unserem ärztlichen Falle folgerichtig: der kranke Mensch. Das ist eine Erfahrung, die gerade der praktizierende Arzt jeden Tag machen kann. In meiner badeärztlichen Praxis, in der ich jährlich etwa 500 Anamnesen von Kranken aus fast allen Teilen der Bundesrepublik Deutschland übersehen kann, sehe ich Jahr für Jahr mit ziemlich gleichbleibender Häufigkeit Patienten, deren täglicher Arzneimittelkonsum bis zu 50 Pillen am Tage beträgt, darunter — etwa dem Grade der Häufigkeit nach geordnet — Analgetika, Tranquillizer, Schlafmittel, Antirheumatika, Hormone, Vitamine, Appetitzügler, Herz- und Kreislaufmittel, Diuretika. Das mögen — aufs Ganze gesehen — Einzelfälle sein, aber der durchschnittliche Verbrauch von Arzneimitteln von DM 80 für das Jahr 1969 liegt immer noch ganz außerordentlich hoch, meiner Meinung nach etwa beim Dreifachen dessen, was sinnvoll und bei exakter Indikationsstellung ärztlich vertretbar wäre. Das Argument eines noch höheren Verbrauches in anderen Ländern geht an dem eigentlichen Kern der Sache völlig vorbei.

Nun wäre eine gewisse medikamentöse Polypragmasie natürlich vertretbar, wenn das eindeutige Überwiegen positiver Medikamenteneffekte über die unvermeidbaren unerwünschten Nebenwirkungen einen objektivierbaren therapeutischen Erfolg erreichen ließe. Die tägliche Praxiserfahrung zeigt aber, daß es sich bei der großen Mehrzahl der Medikamentenkonsumenten um psychisch defekte Menschen handelt, bei denen die Aussichten einer Heilung mit Medikamenten winzig sind, die also das Medikament in erster Linie nur zur Verschleierung von Symptomen gebrauchen. Kann man ernsthaft bezweifeln, daß an einer solchen höchst bedenklichen Entwicklung die uneingeschränkte Medikamentenwerbung einen sehr großen Anteil hat? Primäres Anliegen jeder Werbung und selbstverständlich auch der Pharmawerbung ist ja nun einmal nicht die Verbreitung wissenschaftlicher Kenntnisse — also eines Anliegens der Forschung —, sondern die progressive Umsatzsteigerung. Dementsprechend schickt ja auch die pharmazeutische Industrie, wenn man einmal von der wirklich seltenen Ausnahme des wissenschaftlich versierten, selbst als Forscher und Arzt tätigen Arztbesuchers absieht, nicht Ärzte, sondern Werbefachleute als Propagandisten aus. Das sind also, vom Standpunkt des Arztes aus gesehen, Laien ohne irgendeine Praxiserfahrung und zumeist ohne pharmakologische, geschweige denn toxikologische Vorbildung. Die Vorstellung, daß solche Werbefachleute Entscheidendes zur Fortbildung des praktizierenden Arztes beitragen sollten, erscheint mir geradezu grotesk. Sie ist grotesk wegen des fundamentalen Mißverständnisses, das Begriffe wie Forschung und Werbung miteinander vermengt.

Daß aus einer solchen Begriffsverwirrung schwere Gefahren entstehen können, läßt sich aus konkreten Beispielen vielfach belegen. Werbung allein, und zwar Massivwerbung mit kaum noch angedeuteter wissenschaftlicher Argumentation, hat ein simples Schlaf-

mittel, also ein, gemessen an seinem objektivierbaren Heilwert, viertrangiges Medikament, zum Massenkonsumartikel hochgejubelt und damit die wohl größte Intoxikationskatastrophe der Neuzeit ausgelöst, wenn man einmal von den nicht als Heilmittel zu klassifizierenden Rauschgiften absieht. Welche bestürzenden Einzelheiten über die Methoden dieser Werbung die Gerichtsakten in diesem speziellen Falle aufzeigen, scheint heute schon fast vergessen, eber es sollte nicht vergessen werden, weil ähnliches sich oft genug wieder ereignet. Da gab es einen ausschließlich werbungsgesteuerten Butezon-Boom – und in seinem Gefolge ungezählte Magengeschwüre mit manchmal massivsten Blutungen. Es gab einen Boom der Kortikosteroide, der zu einem enormen Anstieg der Osteoporosehäufigkeit führte. Es gab eine Chloramphenicol-Mode mit grundfalschen Indikationsangaben und ebenso falschen Dosierungsvorschriften. Und es gab – last not least – eine jedes sinnvolle und tragbare Maß enorm überschreitende Überschwemmung des Arzneimittelmarktes mit Tranquilizern, Medikamenten also, die mit ihrer Tendenz, das Bewußtsein zu verfälschen, schon in ziemlich naher Nachbarschaft zu den bewußtseinsvernebelnden Rauschgiften des Haschischtyps stehen und so einem verbreiteten Bedürfnis neurotisch stigmatisierter Menschen nach einer Verschleierung ihrer Situation entgegenkommen, ohne dabei irgendeine echte Heilwirkung zu erzielen. Wir alle wissen, daß es Krankenhäuser in Fülle gibt, die über nahezu jeden ihrer Patienten die Nebelwolke des Tranquilizers ausbreiten, in der Meinung, damit sei den Anforderungen einer mit Recht immer wieder geforderten Psychotherapie Genüge getan. Das ist zwar ein katastrophaler Fehlschluß, aber eben ein Fehlschluß, der von der entsprechenden Pharmawerbung bewußt und mit großer Intensität gefördert wird. Auf diese Weise entsteht ein Intoxikationsproblem, das meines Erachtens gar nicht ernst genug genommen werden kann, weil es nämlich bereits jetzt ein Problem für Millionen von Menschen ist. Der Mann der Praxis, der sich die Mühe nimmt, kritisch zu beobachten, kennt die Entwicklung der Tranquilizer-Dauerkonsumenten. Er sieht, wie die Antriebslosigkeit schleichend zunimmt, wie die emotionalen Regungen verflachen, bis das Lachen ganz aus dem Dasein verschwindet, wie schließlich Ataxien bis zum Parkinsonbild sich einstellen und am Ende – offenbar gar nicht so selten – die echte Sucht. Es ist euch noch nicht einmal andeutungsweise die Bedeutung der Tranquilizer als Ursache von Verkehrsunfällen erforscht. Man wird sagen, daß auf die Möglichkeit einer Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit in den Beipackprospekten hingewiesen wird. Aber von wievielen unter Millionen wird ein solcher Hinweis beachtet werden? Dazu wird man sowohl in der mündlichen wie in der Anzeigenwerbung jeglichen Hinweis darauf vermissen, daß die vom Medikament ausgelöste Antriebsarmut, ja, auch einer Volkskrankheit die Wege bahnt, die schon das Ausmaß einer echten Katastrophe angenommen hat: der Fettsucht.

Was hier an einzelnen Beispielen über Fehlinformation durch die Werbung aufgezeigt ist, und was sich an sehr zahlreichen anderen Beispielen ergänzen lassen würde, beweist meiner Ansicht nach mit genügender Eindeutigkeit die Unhaltbarkeit der These von der Fortbildungsaufgabe der Arzneimittelwerber. Echte Information im wissenschaftlichen Bereich läßt sich eben nicht an das kommerzielle Anliegen der Umsatzsteigerung koppeln. Daraus erhellt genügend das tatsächliche Bedürfnis nach einer unabhängigen Kontrollinstanz, die die Autorität besitzt, Fehlinformationen zu verhindern und Wege zu ebnen, die die Publikation wirklich kritischer wissenschaftlicher Arbeiten ermöglichen. Es ist hier nicht der Platz, zu erörtern, warum Arbeiten, die im Sinne der pharmazeutischen Industrie „negativ“ sind, in unseren Zeitschriften nur in einer außerordentlich geringen Zahl aufzufinden sind. Immerhin hat der Alsdorfer Prozeß darüber beachtliche Aufschlüsse gegeben. Aber wenn in diesem Zusammenhang die Tätigkeit der amerikanischen FDA angegriffen wird, etwa mit der Argumentation, daß sie der Forschung bürokratische Zügel anlege und die Zulassung wichtiger Arzneimittel verzögere, so ist das meiner Ansicht nach nicht gerechtfertigt. In der heutigen Situation ist es nicht mehr von entscheidender Bedeutung, ob ein neues Arzneimittel vielleicht mit einer Verzögerung von ein oder zwei Jahren auf den Markt kommt, sondern schon allein zahlenmäßig überwiegt weitaus das Anliegen, neue Medikamentenkatastrophen zu verhindern und Dämme gegen die Lawinen drohender Massenintoxikation zu errichten. Freiheit ist eben nicht Willkür. Zu ihrem Wesen gehört auch freiwillige Beschränkung. Vom kommerziellen Denken aber kann man freiwillige Beschränkung nicht erwarten.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. H. Konitzer, 8675 Bad Steben, Peuntstraße 11

Stellungnahme von Senator Frhr. Dr. med. Dr. jur. W. v. Gugel

1. Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Landesverband Bayern, München 23, Königinstraße 85:

Daß es auf dem Arzneimittelgebiet nicht nur Mißbrauch, sondern auch Unfug gibt, bleibt unbestreitbar. Ob aber die Übernahme des amerikanischen Systems der Prüfung und Zulassung von Arzneimitteln hiergegen auch nur das Geringste zu erreichen vermag, erscheint schon deswegen fraglich, weil gerade in Amerika der Verbrauch freiverkäuflicher Medikamente alles das in den Schatten stellt, was sich in Europa entwickelt hat. Herr Kollege KONITZER meint, in der Arzneimittelforschung sei doch die Freiheit erreicht und braucht nicht erst gefordert zu werden. Wahrscheinlich ist ihm unbekannt, daß die Träger der gesetzlichen Krankenversicherungen als die Hauptkonsumenten an Vorschlägen arbeiten, wonach die Arzneimittelpreise auf der Basis der verwendeten Rohstoffe errechnet und festgelegt werden sollen.

Ich habe versucht, darzulegen, daß in diesen Preisen aber auch die Entwicklungskosten enthalten sind, die sich bei Einschaltung einer staatlichen Stelle wahrscheinlich verdoppeln würden, denn dieses Institut müßte naturgemäß den ganzen Entwicklungsgang des Pharmakons nachvollziehen. Ist ein Medikament aber entwickelt, und nach Erprobung im Labor und in der Klinik als wirkungsvoll und unschädlich erkannt, dann muß es schließlich in die allgemeine ärztliche Praxis gebracht werden. Das geschieht in der Regel durch einfache Hinweise in den Fachzeitschriften (Anzeigen) und durch Werbeprospekte, die unmittelbar an den Arzt geschickt werden. Die Mitarbeiter der pharmazeutischen Industrie, die den Arzt besuchen, haben doch keine andere Aufgabe, als den Arzt auf das Medikament und die damit bislang gemachten Beobachtungen aufmerksam zu machen. Die Information des Arztes erfolgt durch das ihm dabei überreichte ärztliche und wissenschaftliche Schrifttum, zu dessen Übergabe es keines qualifizierten Mediziners bedarf, denn es muß doch angenommen werden, daß die so Angesprochenen kritisch sind. Die Verantwortung für die Verwendung eines Medikamentes trägt letztlich der Arzt. Wenn Herr Kollege Konitzer sich über die Gefahr oder wie er meint, die Unsitte der Polypragmasie erregt, dann ist der Adressat verfehlt. Er muß sich mit diesem Vorwurf an diejenigen Kollegen wenden, die Medikamente in zu großer Häufung und insbesondere solche mit fragwürdiger oder gar suchtauslösender Wirkung verordnen. Die Werbung der pharmazeutischen Industrie empfiehlt für ein einzelnes Präparat immer nur die Anwendung bei bestimmten Indikationen. Jedenfalls ist mir kein Prospekt bekannt, in dem eine Polypragmasie empfohlen wird, es sei denn einzelne Kreislaufmittel, bei denen darauf hingewiesen wird, daß sie schadlos neben Digitalis-Präparaten appliziert werden können.

Die Welt, eine Irrenanstalt — die Irrenanstalt, eine Welt

Zu dem von Herrn Professor Dr. med. W. Leibbrand, München, verfaßten Artikel in der März-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ läßt Herr Dr. med. H. Lieser, München, mitteilen, daß er den Arbeitskreis „Weghilfe für die nervlich und seelisch Behinderten“ nicht gegründet, sondern lediglich die Anregung dazu gegeben und entsprechende Vorarbeiten geleistet habe. Die Gründung als e.V. sei leider bis jetzt noch nicht vollzogen.

Zu demselben Artikel läßt Herr Dr. med. Bayr, München, feststellen, daß 1924 in München eine „Psychiatrische- und Trinkerfürsorge“ eingerichtet wurde; das Gesundheitsamt seit 1938 eine Nervenärztliche- und Trinkerberatungsstelle betreibt und vorgesehen ist, die Tätigkeit modernen sozialpsychiatrischen Erfordernissen anzupassen.

Standesleben

Aus der Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung am 14. März 1970 nachstehende Beschlüsse gefaßt:

Arzteusweis

Der Kammervorstand hat die Einführung eines Arzteusweises für den Bereich der Bayerischen Landesärztekammer beschlossen. Dieser Ausweis wird den Mitgliedern der Ärztlichen Kreisverbände von diesen auf Wunsch ausgestellt. Dem Ansuchen ist ein Lichtbild neueren Datums in der Größe eines Paßbildes in doppelter Ausfertigung beizufügen. Die Ausstellung des Arzteusweises erfolgt kostenlos. Die Vordrucke für die Ausweise werden etwa in einem Monat den Ärztlichen Kreisverbänden zur Verfügung stehen.

Arzthelferinnen

Verleihung der Silberbroschen an ungeprüfte Arzthelferinnen:

Dazu hat der Kammervorstand die nachfolgende zunächst befristete Übergangsregelung beschlossen:

„Im Hinblick auf eine vergleichbare Regelung in der Protokollnotiz zum Manteltarifvertrag für Arzthelferinnen vom 26. März 1969 wird die silberne Brosche auf Antrag auch an solche Angestellte verliehen, die ohne formellen Lehrabschluß wie Arzthelferinnen tätig sind, wenn sie am 1. April 1969 das 21. Lebensjahr vollendet hatten und an diesem Stichtag mindestens fünf Jahre als Arzthelferin tätig waren. Der Vorstand stellt ausdrücklich fest, daß demit nicht die Erteilung des Arzthelferinnenbriefes verbunden werden soll. Hierfür kommt es nach wie vor auf die bestandene Prüfung vor dem Prüfungsausschuß der Bayerischen Landesärztekammer, gegebenenfalls nach den Übergangsvorschriften der Prüfungsordnung der Bayerischen Landesärztekammer an.“

Die Ausgabe der Silberbroschen erfolgt ausschließlich durch die Bayerische Landesärztekammer und gegen Kostenerstattung.

Anträge bitten wir, an den zuständigen Ärztlichen Kreisverband zu richten.

Abschluß eines Vorvertrages für InteressentInnen des Lehrberufs der Arzthelferin:

In Abänderung der bisherigen Regelung, wonach ein junges Mädchen, das den Lehrberuf der Arzthelferin ergreifen wollte und im Jahr ihres Eintritts in die ärztliche Praxis das Mindestalter von 16 Jahren nicht erreichte, eine dreijährige Lehrzeit abzuleisten hatte, ist im 1. Lehrjahr ein Vorvertrag abzuschließen. Dieser Vertrag ermöglicht es dem Lehrherrn auch während eines längeren Zeitraumes, als der im Lehrvertrag vorgesehenen Probezeit von drei Monaten, das junge Mädchen auf seine Eignung für den Beruf der Arzthelferin zu prüfen und sich gegebenenfalls aus dem Vorvertrag noch vor dem Zustandekommen eines Lehrverhältnisses zu lösen.

Als monatliche Bruttobeihilfe für das Vorvertragsjahr wird der Betrag von DM 100.— empfohlen.

Anmerkung der Geschäftsführung der Kammer:

Während des Vorvertragsjahres hat das Mädchen entweder, soweit vorhanden, die Vorklasse an der zuständigen Berufsschule mit Fachklassen für Arzthelferinnen zu besuchen oder die kaufmännische Klasse der Heimatberufsschule. Nach Ablauf dieses Jahres tritt es in die Fachklasse der zuständigen Berufsschule über, sofern ein Lehrverhältnis begründet wird.

Vordrucke für Vorverträge und für Lehrverträge können vom Ärztlichen Kreisverband bezogen werden.

24. Bayerischer Ärztetag 1971 in Nürnberg

Der Vorstand hat beschlossen, den im Dürer-Jahr in Nürnberg stattfindenden 24. Bayerischen Ärztetag in der Zeit vom 12. mit 14. November 1971 abzuhalten.

Vorverträge mit InteressentInnen für den Beruf der Arzthelferin

Zwischen Herrn/Frau Dr. med.
(Name des Arztes)

in
(Anschrift der Praxis des Arztes)

und Fräulein
(Name des künftigen Lehrlings)

in
(Anschrift des künftigen Lehrlings)

geboren am in

vertreten durch
(Name der Sorgeberechtigten)

in
(Anschrift der Sorgeberechtigten)

wird folgender Vertrag geschlossen:

§ 1

(1) Die Vertragschließenden beabsichtigen, mit Wirkung vom mit Genehmigung des Ärztl. Kreisverbandes einen Lehrvertrag abzuschließen, aufgrund dessen Fräulein als Arzthelferin gemäß dem dafür geltenden Berufsbild ausgebildet wird.

(2) Vom 197... bis zum Beginn dieses Lehrverhältnisses wird Fräulein in der Praxis von Dr. mit Arbeiten befaßt, die der Vorbereitung auf diese Berufsausbildung dienen.

§ 2

(1) Fräulein wird nur mit solchen Arbeiten betreut, die sie im Hinblick auf ihr Lebensalter ohne Gefährdung ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung ausführen kann. Besonderer Wert ist dabei auf die Vermittlung von verwaltungs- und bürotechnischen Kenntnissen und Fähigkeiten zu legen. Nach Möglichkeit sind Kenntnisse in Kurzschrift und Maschinenschriften zu erwerben.

(2) Dr. verpflichtet sich, Fräulein für einen ordnungsmäßigen Berufsschulbesuch freizustellen. Bei Berufsschulbesuch ist nach Möglichkeit auf die kaufmännische Ausrichtung der Tätigkeit Rücksicht zu nehmen.

§ 3

(1) Die Eltern (gesetzliche Vertreter) verpflichten sich, dafür zu sorgen, daß ihre Tochter (ihr Mündel) stets pünktlich ist und ihre Pflichten gewissenhaft erfüllt.

(2) Fräulein verpflichtet sich,

- sich stets höflich und gesittet zu betragen,
- die ihr im Rahmen ihrer Ausbildung übertragenen Arbeiten mit Fleiß, Aufmerksamkeit und Sorgfalt zu erledigen,
- die Praxiseinrichtung und das Arbeitsmaterial nur zu den ihr übertragenen Arbeiten zu verwenden, keinen Mißbrauch damit zu treiben und sorgsam damit umzugehen,
- auf Sauberkeit und Hygiene in den Praxisräumen zu achten,
- alle Praxisvorgänge sowie den Personenkreis der Patienten geheimzuhalten (§ 300 StGB), und zwar auch nach Beendigung des Vertragsverhältnisses oder eines späteren Lehrverhältnisses,
- die Berufsschule regelmäßig zu besuchen,
- die festgesetzte Arbeitszeit einzuhalten,
- sich den im Interesse des Arbeitsschutzes notwendigen, insbesondere aber den gesetzlich vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen,
- alle im Rahmen der ärztlichen Praxis wichtigen Vorkommnisse unverzüglich Dr. mitzuteilen.

Spezialkliniken zur internen Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken

in

8203 Oberaudorf/Bad Trißl und
8974 Oberstaufen/Allgäu

für Kassen- und Privatpatienten.

Anmeldung und Aufnahme ausschließlich über die Arbeitsgemeinschaft für Krebs-erkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, 8000 München 23, Königinstraße 85/IV. Von dort können auch die für den ärztlichen Befundbericht benötigten Formulare angefordert werden.

§ 4

(1) Während der Vertragszeit wird eine monatliche Erziehungsbeihilfe von DM gezahlt.

(2) Dr. übernimmt außerdem in voller Höhe die Beiträge zur Sozialversicherung sowie das Fahrgeld zum regelmäßigen Besuch der Berufsschule.

§ 5

(1) Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden. Die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes über Ruhepausen und Sonntagsruhe sind zu beachten.

(2) Der Urlaub beträgt 24 Werktage im Kalenderjahr. Er ist während der Berufsschulferien zu gewähren.

§ 6

(1) Das Vertragsverhältnis kann beiderseits spätestens am 15. zum Monatsende gekündigt werden.

(2) Nach Ablauf dieses Vertrages ohne Kündigung entfällt die im Lehrvertrag vorgesehene dreimonatige Probezeit.

§ 7

Für alle aus diesem Vertrag entstehenden Streitigkeiten ist vor Inanspruchnahme des Rechtsweges eine gütliche Einigung unter Mitwirkung des Ärztl. Kreisverbandes anzustreben.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift des Arztes)

.....
(Unterschrift des künftigen
Lehrlings)

.....
(Unterschrift des Sorge-
berechtigten)

87. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Unter dem Vorsitz von Präsident Univ.-Professor Dr. Th.-O. Lindenschmidt (Hamburg) fand vom 1. bis 4. April 1970 in München die 87. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie statt. Dem Tagungsführer setzte der Präsident eine Einführung voran, die grundsätzliche Fragen aufwarf, die eigentlich auch für ähnliche Tagungen Geltung haben.

„Im Rahmen der Aufgliederung unserer chirurgischen Aufgaben ist die Frage nicht mehr verstummt, ob sich Kongresse dieser Art noch lohnen. Ich meine, daß sie mehr denn je unentbehrlich sind. Warum? Weil es gilt, den großen Überblick als Integration der Einzel-fächer zu bewahren. Dies ist jedoch nur möglich unter Fragestellungen, die jedes operative Fach betreffen. Der Versuch, **alle diese Sondergebiete in gemeinsame Grundfragen** — z. B. unter einem jeweils gemeinsamen **TAGESTHEMA** — einzu beziehen, ist **eine** dieser Möglichkeiten. Alle Einzelgebiete werden durch die **gleichen** diagnostischen Methoden, Indikationskriterien und wissenschaftlichen Grundlagen der „Allgemeinen Chirurgie“ gefördert. Eine sorgfältige Auswahl der Vorträge und Fragen im Rahmen einer **FREIEN DISKUS-**

SION soll der kritischen Beurteilung der gegenwärtigen Aussagekraft unserer Kenntnisse dienen.

Der diesjährige Gestaltungsversuch bedarf sorgfältiger Prüfung und allseitiger Kritik. Er soll dazu beitragen, den Zusammenhalt und das Zusammenarbeiten aller Einzelgebiete zu bewahren. Dazu sind folgende weitere Bemühungen zu empfehlen:

1. Zusammenfassung **aller** operativen Fächer unter **Grundfragen**, die von der „Allgemeinen Chirurgie“ herkommen und auf sie zurückführen.
2. Praxisnahe Darstellung der neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse mit gleichzeitigen Vorschlägen, wie sie in allen Aufgabenbereichen angewandt werden können.
3. Langfristige Planungen der Kongreßprogramme zusammen mit allen korporativen Gesellschaften und den chirurgischen Nachbardisziplinen.

„Ut omnes unum sint“

An der Eröffnung der Tagung, an der rund 2000 Ärzte teilnahmen, waren als Ehrengäste neben zahlreichen Vertretern des öffentlichen Lebens Gesundheitsminister Käthe Strobel, Staatssekretär Hugo Fink vom Bayerischen Innenministerium, Oberbürgermeister Hanns-Jochen Vogel erschienen.

In seiner Eröffnungsansprache verwies der Präsident auf das Hauptziel der Gesellschaft, wie es dem Sinne nach 1872 festgelegt wurde und wegweisend bleiben muß: „die Förderung der praktischen und wissenschaftlichen Belange der Chirurgie in weitestem Umfange.“

„Was die Begriffe ‚wissenschaftliche und praktische Chirurgie‘ umfassen und erfordern, muß jede Generation erneut definieren. Dabei sollte sie die vorangehenden Leistungen und Erfahrungen vollständig und illusionslos würdigen, ohne jedoch die Vergangenheit zum alleinigen Ausgangspunkt ihres Denkens und Handelns zu machen. Das wäre ‚Tradieren‘ und würde dem widersprechen, was echtes ‚Traditionsbewußtsein‘ von uns fordert. ‚Traditionsbewußt‘ eber handeln wir nur dann, wenn wir in ständiger Prüfung und Selbstprüfung den Wahrheitsgehalt und Realitätsbezug des Überlieferten analysieren, nach dem wirklichen Auftrag und Anliegen der Gegenwart fragen und den Weg frei machen für eine ‚Hierarchie der Individuellen und originellen Leistung‘.

Wissenschaftliche und praktische Chirurgie sind nicht voneinander zu trennen. Ohne gegenseitiges Fragen und Antworten stehen beide still. Der Begriff ‚wissenschaftliche Chirurgie‘ umfaßt alle wissenschaftlich begründeten Bemühungen um die Förderung und die Abgrenzung **aller** chirurgischen Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mit **allen** klinischen und theoretischen Disziplinen der Medizin. Unsere Verantwortung dieser ‚wissenschaftlichen Chirurgie‘ gegenüber ist unlösbar verbunden mit unserer Verantwortung gegenüber dem fachlichen Nachwuchs, gleichviel ob

dieser Nachwuchs der wissenschaftlichen oder der praktischen Chirurgie zuneigt.

Im einzelnen möchte ich dabei auf folgende Erfordernisse der Gegenwart und Zukunft eingehen:

1. Die Verantwortung gegenüber der Forschung

Noch bis vor ca. 20 Jahren entschied eine Generation über Fragen des Inhaltes und der Form von Forschung und Lehre: die Generation unserer Lehrer, in denen wir die personifizierte Konzentration des Wissens und der Erfahrung dankbar erlebten und achteten. Ihre Entscheidungen wurden für viele von uns zur Maxime unseres chirurgischen Handelns, besonders dann, wenn die lebendige Verbindung von Persönlichkeit und Werk nur der selbstverständlichen Verehrung Raum ließ.

Wer aufmerksam die Referate und Vorträge unserer Kongresse von deren Anfang an studiert, ist tief beeindruckt von den Leistungen vergangener Generationen.

Wissenschaftliches Denken und Arbeiten sind seit eh und je nicht an bestimmte Institutionen gebunden, sondern einzig und allein an die Persönlichkeit dessen, der auf Grund seiner Ausbildung, seiner Begabung und seines Fleißes dazu in der Lage ist und sich dieser Aufgabe verpflichtet fühlt. Die geschichtliche Entwicklung hat ohne Zweifel die Universitäten — also auch deren Kliniken — zu Zentren aller wissenschaftlichen Forschung und Lehre heranwachsen lassen. Ebenso aber haben folgende Faktoren die Fülle und den Schweregrad der fragenswerten Zusammenhänge erheblich vermehrt: Geschwindigkeit und Zahl der Publikationsmöglichkeiten, Aktivität der Grundlagenforschung und die wesentlich intensivere und raschere Auswertung von Einzelergebnissen der klinischen und theoretischen Fächer. Dadurch könnte ohne vernunftgemäße Aufteilung der Aufgaben nur ein Bruchteil der Probleme einer Bearbeitung zugänglich gemacht, geschweige denn gelöst werden. Diese Tatsache, an der wir einfach nicht vorbeigehen können, hat aber erhebliche personelle, institutionelle und ökonomische Konsequenzen. Inwiefern?

Die heutige Generation von Klinikleitern und akademischen Lehrern ist die mittlere der drei Generationen von gestern, heute und morgen. Kapazität und Intensität des erfaßbaren Wissensstoffes sind pro Zeiteinheit um ein solch Vielfaches angewachsen, daß der einzelne Chirurg nur noch einen Teil davon erfahren, erfassen und anwenden kann. Hinzu kommt die bittere historische Erfahrung, die sich auf alle Bereiche menschlichen Wirkens bezieht, daß sogenannte ‚Autoritäten‘ keineswegs immer Garanten der Richtigkeit, geschweige denn Garanten der Wahrhaftigkeit sind. Wir wünschten uns nichts mehr, als daß persönliche Verständigung und sachliche Offenheit die nahtlose Verbindung zwischen Lehrern und Schülern, zwischen den Einzeldisziplinen und allen Institutionen darstellten. Alle Fragen der Sub- und Koordination

würden sich dann mit Sicherheit von selbst lösen. An die Stelle der künstlich projizierten ‚Hierarchie‘ des oft undurchschaubaren Verfügens und Bestimmens würde lautlos treten die ‚Hierarchie der Leistung‘ unter gegenseitiger Achtung, Hingabe an die Sache und Verzicht darauf, seinen ‚inwendigen Menschen einem äußeren Schein zu opfern‘. Das gilt im besonderen für die tägliche Arbeit im Versuchsraum wie am Krankenbett. Ich möchte dem wissenschaftlich arbeitenden Chirurgen aber auch folgendes zu bedenken geben: seine Ergebnisse sind nur dann als ‚neu‘ zu bezeichnen, wenn er die vorangehenden gültigen Forschungsergebnisse und Erfahrungen kennt, anerkennt und an diesen seine eigenen Erkenntnisse kritisch bewertet. Die beste Garantie für Zuverlässigkeit einer solchen wissenschaftlichen Arbeit ist ohne Zweifel die unbegrenzte und ungehemmte Zusammenarbeit aller drei Generationen — der gestrigen, heutigen und zukünftigen. Ausschließlich aus dieser Sicht und unter diesem nicht unerreichbaren Ziel sehe ich eine anzustrebende Dreierparität der Generationen in den heutigen und zukünftigen Arbeitsbereichen. Um hier und jetzt jegliches Mißverständnis zu vermeiden, betone ich ausdrücklich, daß damit nicht die ‚Drittelparität‘ der Universitätsgremien gemeint ist, wie sie an manchen Stellen bereits gesetzlich verankert ist. Vielmehr verstehe ich darunter eine wesentlich stärkere Koordination und wendigere Zusammenarbeit der in unseren chirurgischen Arbeitsbereichen tätigen drei Generationen. Der rein fachgebundene Hintergrund bedarf wohl keiner Begründung für die ‚Dreierparität‘, wenn man Intensität und Tempo der Grundlagenforschung und angewandten Forschung der geistigen Kapazität und Belastbarkeit des einzelnen gegenüberstellt. Entscheidend ist aber doch, daß jedes Generationsmitglied diese durch die Geschichte unseres Faches ‚geprägte Form‘ erkennt, innerlich als ‚geworden‘ und nunmehr ‚existent‘ vollzieht und an seinem Platze so verwirklicht, daß sie ‚lebend sich weiterentwickeln kann‘.

Aber nun zu den sozialen und ökonomischen Konsequenzen, die sich aus der Realisierung einer solchen ‚Dreierparität‘ ergeben:

Es ist unerläßlich und durch nichts mehr zu verdrängen oder zu überspielen, daß in der auf drei Generationen lastenden Verantwortung der jeweilige Grad der Verpflichtung und Leistung einem entsprechenden Maß an Rechten — speziell im Blick auf die soziale Stellung — parallelgehen muß. Wenn jede Generation die Pflichten und Rechte der anderen respektiert, so erledigen sich alle unbilligen Forderungen von selbst. Wenn diese gegenseitige Anerkennung aber ausbleibt, würde eine ‚Dreierparität‘ nicht zum Garanten echten Fortschreitens, sondern zum ‚Zerrbild‘ einer pseudowissenschaftlichen Betriebsamkeit. Alt und jung müssen in gleichem Maße anerkennen, daß in diesem Zusammenhang Toleranz ohne Kritik wesentlich schlimmere Folgen haben kann als

Kritik ohne Toleranz – dafür gibt es genügend Beispiele aus der Geschichte! Doch Kritik mit Toleranz und Toleranz mit Distanz – das scheint mir der Weg zur Verständigung untereinander zu sein. Von allen drei Generationen muß daher als verbindlich anerkannt werden: der Weg zum echten Fortschritt geht niemals über den Gewinn ohne Aufwand, sondern ausschließlich über die Leistung unter Verzicht!

2. Die Verantwortung gegenüber dem Nachwuchs

Meine Begründung der ‚Dreierparität‘ als Realgrundlage für den echten Fortschritt verpflichtet zur Klarstellung einiger Umstände, die den ‚Wettlauf in ungleichen Bahnen‘ stellenweise geradezu ‚institutionalisiert‘ haben.

Wissenschaftliches Arbeiten vollzieht sich in der Stille, oft auch unter Entbehrung und persönlichen Opfern, mit dem mehrdimensionalen Wagnis, neue, unsichere oder gar keine Ergebnisse zu erlangen. Immer aber muß der Initiator eines wissenschaftlichen Gedankens, der so gut wie immer auch der Träger der Arbeit und Belastung ist, frei sein für seine Entscheidung über Ort und Art der Publikation und über die Namen der Mitautoren. Die selbstverständlich notwendige Übereinkunft mit dem Klinik- und Institutsleiter über Art, Methodik und Umfang von patientengebundenen Untersuchungen und Experimenten darf das ‚Erstgeburtsrecht‘ selbst des jüngsten Mitarbeiters nicht einschränken, sondern muß dieses vielmehr schützen. Die ‚Originalität‘ eines Gedankens ist jederzeit nachprüfbar. Die freiwillige Unterstellung unter den Rat und die Warnungen neutraler kompetenter Vertreter der Grundlagenfächer und Nachbardisziplinen liegt im ureigensten Interesse des Autors und der Sache. Wollen wir – was für die Zukunft völlig unerlässlich ist – die Kriterien der Statistik und Dokumentation zur Grundlage der ‚Publikationsreife‘ einer Arbeit machen, so werden zwangsläufig unter der Garantie der recht verstandenen ‚Dreierparität‘ Anzahl, Qualität und Autorschaft der Publikationen – auch Habilitationen – zum wahren Prüfstein der geistigen Potenz einer Arbeitsgemeinschaft. Selbstkontrolle und Selbstdisziplin sind dabei ebenso wichtig wie sinnvolle Planung und Arbeitsteilung. Jegliches Prestige-, Kompetenz- und Konkurrenzdenken aber muß zwangsläufig vor der echten ‚Dreierparität‘ zurücktreten. Diese keineswegs neuen, sondern eher vergessenen Wertmaßstäbe werden nicht nur Zahl und Gestaltung unserer Fachzeitschriften begrenzen. Vielmehr werden sie neue Akzente setzen für die Gesichtspunkte, nach denen Berufungen in leitende Stellungen zu erfolgen haben. Dies sollte zum erfreulichen Ansporn für unseren Nachwuchs werden, wie andererseits diese Wertmaßstäbe seit langem zu dessen berechtigten Forderungen und nicht mehr auszulöschenden Hoffnungen gehören. Keine Institution ist mehr dazu berufen, vorurteilsfrei, konsequent und ausschließlich bedacht auf die wirkliche Förderung der wissenschaftlichen und

praktischen Chirurgie in diesem Sinne zu wachen und zu wirken als unsere bald 100jährige Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, dies sowohl durch ihre Tagungen und Publikationsorgane als auch durch Stipendien für die Weiterbildung. Der Nachwuchs wird seinerseits nichts mehr begrüßen, als sich einer solchen Prüfung freiwillig zu stellen, die einzig und allein auf dem ‚Prinzip der Leistung‘ basiert, nicht auf dem ‚Prinzip der Herkunft‘ im weitesten Sinne, das BILLROTH bereits 1875 eindringlich in seiner Schrift ‚Aphorismen zum Lehren und Lernen der medizinischen Wissenschaften‘ kritisiert und abgelehnt hat.

Die letzten 10 Jahre bedurften des Experimentes, uns trotz der unvermeidlichen Aufgabenteilung während der 50er und 60er Jahre an alte Klinik- und Institutsformen zu klammern. Wir selbst bedurften gleichzeitig der ernüchternden Erfahrung, daß dieses Experiment scheitern mußte, um für die 70er Jahre gewappnet zu sein, aufgeschlossen und wachsam an die Stelle der Subordination die leistungsgerechte Koordination im Sinne der ‚Dreierparität‘ treten zu lassen.

3. Die Verantwortung gegenüber der praktischen Chirurgie

Die Aufgliederung unserer chirurgischen Aufgaben hat institutionelle Konsequenzen für die wissenschaftliche und praktische Chirurgie. Sie erfordert eine völlige Neuordnung der Struktur der wissenschaftlichen Chirurgie. Diese kann nicht mehr Privileg der Universitätskliniken und -abteilungen allein sein, sondern muß sowohl für die Grundlagenforschung als erst recht für die angewandte Forschung alle Kliniken und Spezialabteilungen in ihre gegenwärtigen und zukünftigen Aufgaben je nach Kapazität und Leistung sinnvoll einbeziehen, z. B. in Form der ‚Lehrkrankenhäuser‘. Welche Konsequenzen ergeben sich für die kommenden Jahre daraus? Nur wenn Gleichberechtigung hinsichtlich der Verpflichtungen, aber auch hinsichtlich der personellen und technischen Möglichkeiten aller beteiligten Institutionen gewährleistet ist, werden sich im Verborgenen schlummernde Kräfte mobilisieren lassen. Nicht die Ausbildungsstätte, sondern die Persönlichkeit und ihre wirklichen geprüften Fähigkeiten müssen über die Aufstiegschancen entscheiden. Es geht um die Regulation und Koordination der jetzt laufenden Planungen für die Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung. Niemand kann erwarten, daß ein junger Arzt über die besten 10 bis 15 Lebensjahre hinweg seine ganze Kraft einem Teilgebiet widmet, ohne eine berechtigte Hoffnung zu haben, bei entsprechender Leistung eine entsprechende Stellung mit selbständiger Verantwortung erlangen zu können.

Die Aufgliederung unserer Aufgaben kann nur dann zu einer erheblichen und realen Vermehrung der Initiativen und Erfolgchancen unseres Nachwuchses führen, wenn sich die verantwortliche Gesellschaft – das sind wir – nachdrücklich und aktiv an den Planun-

gen beteiligt. Dies wird weder von der Regierung noch von sonstigen Instanzen als ‚Einmischung‘ betrachtet, sondern als legitime Verpflichtung gegenüber dem Fachgebiet erwartet. Nur so kann von der Praxis her die Wissenschaft und umgekehrt von der Wissenschaft her die Praxis in einem Maße angeregt und vervollständigt werden, wie es jedem Glied der menschlichen Gemeinschaft zusteht. Ich spreche damit folgende Teilgebiete an, für die die Zahl der jetzt bestehenden ‚Zentren‘ erheblich vermehrt werden muß: Herzchirurgie, Kinderchirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, plastische Chirurgie, experimentelle Chirurgie und Transplantationschirurgie. Darüber hinaus müssen wir im Interesse der Forschung planen, ‚Fachbereiche der operativen Medizin‘ in allen Universitätskliniken und Großkrankenhäusern zusammenzuschließen, die alle ihre wissenschaftlichen Arbeiten mit gemeinsamen Instituten der Grundlagenfächer durchführen. Um dies mit vertretbarem finanziellem Aufwand zu erreichen, müssen so schnell wie möglich zahlenmäßige Grundlagen erarbeitet werden, die bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur teilweise, z. B. für die Herzchirurgie und Neurochirurgie, vorliegen.

4. Die Verantwortung vor der Öffentlichkeit

Wir haben keinen Grund, den Anspruch der Öffentlichkeit auf Information zu schmälern oder gar zu negieren. Stattdessen haben wir als Fachgesellschaft die Verpflichtung, mit den Organen der Presse, des Rundfunks und Fernsehens zusammen Zeitpunkt, Art und Ausmaß der jeweiligen Informationen zu gestalten und zu begrenzen. Nur so können eine seriöse Darstellung von neuen Möglichkeiten gewährleistet und die voreilige Mitteilung unkontrollierter und zuweilen irreführender ‚Hoffnungszünder‘ vermieden werden. Was früher ‚Tabu‘ war, kann weder eo ipso ‚Tabu‘ bleiben noch als solches einfach verdrängt oder negiert werden. Vielmehr muß jedes Fachgebiet dem unübersehbaren Wandel unserer Gesellschaftsstruktur Rechnung tragen und die Würde des Menschen sowie seine Integrität dadurch schützen, daß sie von sich aus die Informationen sinnvoll, verständlich und angemessen reguliert. Das kann nur über eine enge Zusammenarbeit zwischen der Pressekommission unserer Gesellschaft, den entsprechenden Stellen anderer Institutionen und den Organen der öffentlichen Publikationsmedien geschehen. Dabei sollten z. B. in Berichten und Filmen Namen von Personen und Kliniken nur in solchen Zusammenhängen genannt werden, daß jede Form von versteckter oder offenkundiger ‚Werbung‘ entfällt. Wenn ein Film oder eine sonstige Information ‚in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie‘ erarbeitet worden ist, entfällt ohnehin jeglicher Vorwurf ‚unlauteren Wettbewerbes‘, weil die Gesellschaft dann als ‚verantwortlich‘ mitzeichnet.

Die lebendige Kraft einer Gesellschaft steht und fällt mit ihrer Bereitschaft, ihre Arbeit, Form und Ziele stets

in Frage zu stellen. Die neuen Inhalte, die durch den unbeeinflußbaren Lauf der Geschichte unserer Verantwortung anvertraut werden, dürfen nicht krampfhaft alten Formen angeglichen werden. Umgekehrt: alte Formen – soweit sie den neuen Inhalten nicht anzugleichen sind – müssen ohne falsche Emotionen verlassen, neue Formen müssen mit Vernunft und innerem Engagement erdacht und verwirklicht werden. Lassen Sie mich dies einmal formelhaft folgendermaßen ausdrücken: ‚Unser Prestige heißt ‚Toleranz und Leistung‘ – unsere Chance heißt ‚Elastizität und Gemeinsamkeit‘.‘

Die Geschichte verschont keine Generation, keine Gesellschaft und keine Disziplin vor den unumgänglichen Schmerzen und Freuden eines Strukturwandels. Wie dieser Strukturwandel vollzogen und für die eigene und kommende Generation verantwortlich genutzt wird, das entscheidet sich immer an den Persönlichkeitsstrukturen, die den Wandel tragen und vollziehen helfen. Der Weg zur Verständigung im Sinne einer anzustrebenden ‚Dreierparität‘ der aktiven Generation läßt sich niemals kommandieren oder gar revolutionieren, wie zu allen Zeiten Wachsen und Reifen der einzelnen Generationen sich nicht durch Revolution, sondern m. E. ausschließlich durch Evolution vollzogen haben. Und es wäre mehr als verfehlt, die Wünsche und Ziele der jungen Generation unserer Gesellschaft in den Bereich ‚passagerer revolutionärer Absurditäten‘ verweisen, statt sie als echtes Engagement im Sinne einer Evolution anzuerkennen. Um aber alt und jung, Idee und Werk lebendig miteinander zu verbinden, dazu gehört nichts weiter als auf beiden Seiten ein Mindestmaß an ‚Zivilcourage‘, d. h. aber: der Mut zur Wahrheit, zur Klarheit, zur Redlichkeit und zum Verzicht. Und allen, die unbeirrt diesen Weg gegangen sind und zu gehen bereit sind, möchte ich ein Wort Meister EKKEHARDS in Erinnerung bringen.

‚Vom Werk nicht lassen, doch lassen von des Werkes Wirkung. Um Wirkung unbekümmert sein!
Das ist das hohe Lassen, der Gang der Freien.‘

Zum neuen Präsidenten wurde der Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn, Professor Dr. Alfred P. W. Gütgemann, gewählt.

Der Kongreß, der in zahlreichen gehaltvollen Vorträgen und Rundgesprächen die Fortschritte in der Diagnostik chirurgischer Krankheitsbilder durch nuklearmedizinische Untersuchungsverfahren, Angiographie und Lymphographie, die Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie und Experimentelle Chirurgie, Plastische Chirurgie, Mögliche und vermeidbare Fehler bei chirurgischen Indikationen, Kinder- und Herzchirurgie, sowie den Noteingriff in der Chirurgie, Neurochirurgie – um nur einiges hervorzuheben –, behandelte, brachte eine Fülle von wertvollen Ergebnissen und Anregungen.

K-g.

44. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

Thema: „Intensiv-Therapie in der Praxis“
Kongreßleitung: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

(Schluß)

Herr Professor Dr. G. HARRER, Salzburg, sprach über die „Dosierung psychotroper Pharmaka in der Praxis“. Er wies darauf hin, daß der pharmakodynamische Effekt der Psychopharmaka besonders großen inter- aber auch intraindividuellen Schwankungen unterliegt. Verschiedene Pharmaka, von denen besonders die Neuroleptika, zeigten bei längerer Medikation eine weitgehende Wirkungsabwandlung, so daß neben einer Initialphase auch mehrere Zwischenphasen durchlaufen werden müssen, bis die erwünschte Dauerwirkung erreicht wird. Die einmalige Gabe eines Medikamentes kann daher eine völlig andere Wirkung zeigen, als sie dasselbe Medikament bei Langzeitbehandlung aufweist. Die Haupt- und Begleitwirkungen der Psychopharmaka können sich daher bei verschiedener Dosierung nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ grundlegend ändern. Durch Psychopharmaka kann sich die Wirkung anderer Medikamente, z. B. von Schlaf- und Schmerzmitteln, aber auch von Alkohol potenzieren lassen. Daher ist in der Kombination von Psychopharmaka mit anderen Mitteln Zurückhaltung und Vorsicht angezeigt. Unter bestimmten Erlebniskonstellationen und unter besonders labilen psychischen Bedingungen kann die Reaktion auf das Pharmakon unabhängig und unter Umständen gegensätzlich zum pharmakoneigenen Effekt gelingen. Dadurch kann es zur Freisetzung psychischer Auffälligkeiten kommen, die dann nicht selten als unerwünschter psychotroper Effekt des Pharmakons mißdeutet werden.

Der Referent wies darauf hin, daß der Allgemeinpraktiker zunächst nur Tranquillizer im engeren Sinne benützen soll. Sie dienen einer affektiven Entspannung und zur Stress-Abpanzerung, vor allem bei Patienten mit psycho-somatischen Symptomen und Erkrankungen. Von den Neuroleptika in Tranquillizer-Dosierung sollte er nur in besonderen Fällen, möglichst in Zusammenarbeit mit einem Neuropsychiater, Gebrauch machen. Die Neuroleptika haben ihr eigentliches Indikationsgebiet im Bereich der Psychose. Vielfach werden Neuroleptika in geringer Dosis auch als Tranquillizer angeboten und verwendet. Sie führen jedoch ab einer bestimmten Dosierung zu extrapyramidalen Störungen sowie zu einer Reduzierung des psychisch-energetischen Niveaus.

Die Anwendung von Psychopharmaka bedeutet für den Patienten meistens einen echten Gewinn, für den Arzt jedoch eine zusätzliche Verantwortung.

Professor Dr. R. KAISER, München, behandelte das Thema der „Intensivbetreuung bei der hormonellen Behandlung der weiblichen Sterilität“.

Störungen der Ovarialfunktion sind mit nahezu 50% mit an der Ursache der Sterilität bei der Frau beteiligt. Hier eröffnet die Anwendung ovulationsauslösender Medikamente zur Beseitigung anovulatorischer Zyklusstörungen neue Wege in der Behandlung ungewollt kinderloser Ehen. Für den Anwendungserfolg dieser Medikamente ist jedoch die geeignete Auswahl von Patientinnen und der Verzicht auf die Behandlung von Frauen, die zu Nebenwirkungen neigen, maßgeblich. Die leichteren Fälle der Ovarialinsuffizienz, also die Korpus-luteum-Insuffizienz, der anovulatorische Zyklus und die Oligomenorrhoe sind die Domäne des Clomiphens. Schwere Ovarialinsuffizienzen mit mangelhafter Östrogenwirkung im Vaginalsmear werden vorwiegend mit Gonadotropinen behandelt. Auch bei



Prof. Dr. G. Harrer
Salzburg



Prof. Dr. R. Kaiser
München

Clomiphen-refraktären Fällen werden Gonadotropine eingesetzt. Jeder Gonadotropinbehandlung muß jedoch eine besonders genaue Diagnostik vorausgehen. Ovarielle Überstimulierungen werden weniger durch Überdosierung als durch eine abnorme Ansprechbarkeit der Ovarien verursacht. Eine Überstimulierung durch Bildung von Ovarialzysten tritt in geringerem Umfang unter Clomiphen auf, sonst fast ausschließlich bei den Gonadotropin-Kuren unter Verabreichung von HCG. Eine weitere Form der Überstimulierung stellt die Heranreifung mehrerer Reifefollikel dar, so daß Follikelovulationen und damit Mehrlingsschwangerschaften zustande kommen können. Bei ausgeprägtem Überstimulierungssyndrom finden sich — je nach Schweregrad — zusätzlich Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoen, auch Aszites und Hydrothorax. Das Überstimulierungssyndrom erfordert eine stationäre Aufnahme der Patientin, wenn die Zysten Mandarinengröße überschreiten. Es sind dann Kontrollen des Elektrolyt- und Eiweißhaushaltes, sowie der Gerinnungszeit und des Blutvolumens angezeigt.

Bei der hohen Zahl von Nebenwirkungen ist eine genaue Aufklärung der Patientin über alle Auswirkungen der Therapie erforderlich. Die Betreuung durch den behandelnden Arzt muß so intensiv sein, daß die Behand-

lung bei den ersten Anzeichen einer Überstimulierung sofort abgesetzt werden kann. Weiter entwickeln sich die Zysten in manchen Fällen trotzdem so rasch, daß sich nicht jede Überstimulierung verhindern läßt und die stationäre Einweisung notwendig wird. Trotzdem lohnt sich der Einsatz, da keine der richtig ausgewählten Frauen die Möglichkeit hätte, ohne diese Maßnahme ein Kind zu bekommen.

Professor Dr. J. G. MOORMANN, Homburg/Saar, sprach über „**kinderurologische Probleme der täglichen Praxis**“. Diese Erkrankungen liegen fast ausschließlich in der Hand des Pädiaters und des Urologen. Naturgemäß führt der Weg zum Facharzt aber über die Konsultation des Praktischen Arztes nach einer mehr oder weniger langen erfolglosen Behandlung. Einen breiten Rahmen nehmen hier die Mißbildungen des urogenitalen Systems ein, die relativ häufig vorkommen und einen Anteil von über 50% an der Gesamtzahl aller Mißbildungen darstellen. Sie lassen sich einteilen in sicht- und tastbare kongenitale Anomalien, sowie in nicht sicht- und tastbare kongenitale Anomalien. Die sichtbaren Anomalien betreffen vorwiegend das äußere Genitale und den Hoden. Der Referent wies darauf hin, daß neuere Erkenntnisse und Erfahrungen zu einer Änderung der früheren Lehrmeinung geführt haben, bei der die operative Korrektur erst im Vorpupertätsalter empfohlen wurde. Die Korrektur der Mißbildung des Genitale und des Hodens soll heute grundsätzlich im Kleinkindesalter begonnen und spätestens mit der Einschulung abgeschlossen werden.

Die nicht sichtbaren Mißbildungen der Harnwege erfordern die größte Aufmerksamkeit der Ärzte, besonders hinsichtlich der Früherkennung und der frühzeitigen Behandlung. Allein dies entscheidet über die therapeutischen Möglichkeiten bei der Organerhaltung. Organerhaltende Eingriffe im Kleinkindesalter sind selbst bei schwersten Mißbildungen durchführbar und erfolgreich.

Die Symptomatik der nicht sichtbaren Mißbildungen der Harnwege ist wenig charakteristisch und weist zunächst nur in selteneren Fällen auf eine Erkrankung der Harnwege hin. Die Kinder gedeihen nicht, sie sind schlechte Esser, klagen häufig über Bauchschmerzen, haben subfebrile Temperaturen. Die Haut ist blaß. Sie spielen ungerne, unkonzentriert und sind rasch ermüdet. Einnässen und Blasenstörungen können richtungweisend sein, wenn diese Symptome bekannt und entsprechend behandelt würden. Die Ursachen einer so uncharakteristischen Symptomatik können Harnwegsanomalien sein. Da im Gegensatz zu den Mißbildungen des äußeren Genitale diese nicht sichtbar sind, muß an sie häufiger gedacht werden. Für den Praktischen Arzt sind Urinuntersuchungen oft die einzige und richtungsgebende Maßnahme. Der Harninfekt im Kindesalter ist eine Indikation zur urologischen Röntgenuntersuchung.



Privatdozent Dr. U. STEPHAN, Erlangen, wies in seinem Referat „**Intensivtherapie zerebraler Erkrankungen im Kindesalter**“ darauf hin, daß im Mittelpunkt der Intensivtherapie die Epilepsie steht. Vor Einleitung einer antikonvulsiven Therapie sind hier Voraussetzungen zu erfüllen. Es

muß abgeklärt werden, daß es sich tatsächlich um einen zerebralen Anfall handelt. Die Anfälle müssen chronisch rezidivierend auftreten. Es muß mindestens eine EEG-Untersuchung durchgeführt worden sein. Der Anfallstyp muß erkannt sein. Beim Grand-mal werden bevorzugt Barbituratalkömmlinge, sowie Mylepsinum oder Hydantoine, wie z.B. Phenhydantol oder Zentropil, verwandt. Fokale und psychomotorische Anfälle beim Kind lassen sich am besten mit Tegretal oder aber auch mit Barbituraten, Hydantoin oder Ospolot, einem Sulfonamid-Derivat behandeln. Bestehen zwei Anfallstypen in Kombination, z. B. ein Grand-mal mit Absencen, so müssen immer die gegen beide Typen wirksamen Medikamente verordnet werden. Die Behandlung sollte einschleichend begonnen und gesteigert werden, bis die Anfälle verschwinden. Der Patient muß die Dosis absolut regelmäßig einnehmen, am besten morgens und abends. Plötzliche Unterbrechungen der Medikation beschwören die Gefahr eines starken Epileptikums. Auch das Absetzen des Medikaments muß wieder langsam über einen Zeitraum von 1 bis 2 Jahren ausschleichend erfolgen. Eine Behandlung gilt dann als ausreichend, wenn das Kind anfallsfrei ist und keine Nebenwirkungen der Therapie auftreten. Die Behandlung kann abgesetzt werden, wenn das Kind mindestens zwei Jahre anfallsfrei ist und das EEG sich normalisiert hat. Bei pathologischem EEG müssen 4 bis 5 Jahre Anfallsfreiheit gefordert werden.

Privatdozent Dr. W. SCHUSTER (in Zusammenarbeit mit Dr. Hannelore SCHUSTER), Erlangen, behandelte das „**dyspnoische Kind**“. Von einer Dyspnoe beim Kind ist dann zu sprechen, wenn die Atmung, durch Lufthunger verursacht, in bezug auf Frequenz und Atemtiefe vom Normalen abweicht. Während subjektiv die Dyspnoe vorliegt, zeigt sich objektiv eine Hypopnoe oder eine Hyperpnoe. Beim Kind findet sich meist einer Hyperpnoe mit erhöhter Tätigkeit der Atemmuskulatur. Als Normalwerte der Atemfrequenz gelten bei Säuglingen 35–45/min, bei Kleinkindern 25–30/min und bei Schulkindern weniger als 20/min. Da die Behandlung der Dyspnoe stets kausal anzusetzen ist, d. h. an der zu Dyspnoe führenden, primären Störung, ist die Durchführung einer Röntgenaufnahme des Thorax von vorrangiger Bedeutung. Beim Referat wurden ausgezeichnete differentialdiagnostische Tabellen der Dyspnoe bei Neugeborenen und Kindern gezeigt.

Spezifische Ursachen des Atemnotsyndroms bei Säuglingen, Kleinkindern und Schulkindern:

Bei Säuglingen und Kleinkindern	Bei Schulkindern
Spastische Bronchitis	Pneumonie
Bronchitis	Asthma bronchiale
verschiedene Pneumonieformen	
Kehlkopfkrupp	
Fremdkörperaspiration	Herzinsuffizienz
Vergiftungen	Intrathorakale Tumoren
Angeborene Herzfehler und Virusmyokarditis	
Intrathorakale Tumoren	Vergiftungen
Retropharyngealabszeß	

Spezifische Ursachen des Atemnotsyndroms bei Neugeborenen

A. Interne Erkrankungen

1. Aspirationssyndrom
2. Membransyndrom (hyaline Membranen)
3. Pneumothorax
4. Lungenagenesie

B. Chirurgische Erkrankungen

1. Zwerchfellhernie
2. Zwerchfelllähmung
3. Lungenzysten (multiple oder einzeln)
4. Ösophagusatresie mit oder ohne tracheo-ösophageale Fistel
5. Kongenitales lobäres Emphysem
6. Kongenitale zyanotische Herzfehler
7. Anomalien der großen Gefäße (z. B. Anomalien des Aortenbogens)
8. Obstruktion der oberen Luftwege:
Choanalatresie oder -stenose, retronasale Tumoren, Larynx Tumoren oder Membranen, Pierre-Robin-Syndrom. W-s.

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

43. Fortbildungskurs

Professor Dr. R. HEGGLIN und
Dr. H. P. KRAYENBÜHL, Zürich:

„Physiologie und Pathophysiologie der Druckregulation des Kreislaufes“

Rezeptororgane sind die sogenannten Pressorezeptoren (Dehnungsrezeptoren) in der Wand des Karotissinus und des Aortenbogens, die sowohl sensitiv auf absolute Druckhöhe als auch auf die Geschwindigkeit

der Druckänderung sind. Über die medullären Regulationszentren kommt es dann z. B. bei akuter Erhöhung des arteriellen Druckes zu einer Senkung des Sympathikotonus und zu einer Steigerung des Vagotonus (Abfall der Herzfrequenz, des Blutdruckes, der Myokardkontraktilität), wobei neuerdings auch eine negative inotrope Wirkung auf das Myokard der linken Kammer gezeigt werden konnte. Weitere Regelorgane stellen die PACINI-Körperchen im viszeralen Stromgebiet des Abdomen, die Chemorezeptoren des Karotissinus, auch höhere Zentren wie Hypothalamus, Thalamus und Cortex und verschiedene Hormonkörper dar. Bezüglich der unblutigen Druckmessung ist zu beachten: Manschettbreite proportional des Oberarmdurchmessers wählen, Oberarm auf Herzhöhe lagern! Nicht das Verschwinden, sondern das Leiserwerden der Korotkoff-Töne gibt den diastolischen Druck an. Beim schockierten Patienten systolischen Wert palpatorisch ermitteln! Eine physiologisch-systolische Druckerhöhung findet sich z. B. emotionell, postprandial, bei Abendmessung, Kälte, zunehmendem Alter. Grenzwerte zur Hypertension: unter 35 Jahren 140/90, über 35 Jahren 150/95. Bei der Einteilung der Hypertonien tritt die kreislaufdynamische Klassifikation (Widerstands-Minutenvolumen-Elastizitätshochdruck) heute im Vergleich zur klinischen Einteilung in den Hintergrund (hier bessere Einordnungsmöglichkeiten!):

1. Essentielle Hypertonien = primäre Hypertonien (80–85 % aller Hypertonien) bei nach wie vor noch ungeklärter Ätiologie und Pathogenese (gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber vasokonstriktorischen Substanzen durch Natriumanreicherung in den Gefäßwänden? Gesteigerte Aktivität des Vasomotorenzentrums?).
2. Symptomatische oder sekundäre Hypertonien.
 - a) Renale Hypertonie (10 %). Hierbei Befall des zuführenden bzw. des intrarenalen Gefäßsystems, wobei speziell bei der Nierenarterienstenose, der malignen Hypertonie und der einseitigen Schrumpfnieren pathogenetisch dem Renin-Angiotensin-System eine besondere Rolle zukommt.
 - b) Kardiovaskuläre Hypertonie (5 %) mit dem klassischen Beispiel der Aortenisthmusstenose, die bei jedem jugendlichen Hypertoniker auszuschließen ist!
 - c) Unter die sogenannten hormonellen Hypertonien fallen: das Phäochromozytom (D. D. paroxysmale und persistierende Form der Hypertonie), das Conn-Syndrom, das Cushing-Syndrom, die Hyperthyreose. Auch bei der Akromegalie und der Schwangerschaftstoxikose scheint eine hormonell bedingte Steigerung des Blutdruckes vorzuliegen.
 - d) Unter die neurogenen Hypertonien fallen die verschiedensten Krankheitsbilder, wie erhöhter Sympathikotonus bei vegetativer Dystonie, entzündliche Reizung der Vasomotoren bei Enzephalitis u. ä.

Grundsätzlich sollten die symptomatischen Hypertonien, wenn immer möglich, einer kausalen Behandlung zugeführt werden (z. B. Exstirpation einer einseitigen Schrumpfniere, chirurgische Beseltigung der Aortenisthmusstenose, Exstirpation der entsprechenden NNR-Tumoren). Die Behandlung der essentiellen Formen erfolgt neben psychotherapeutischen Maßnahmen durch Reduktion der Kochsalzzufuhr, Verabreichung von Antihypertensiva, wobei sich mehr und mehr eine Kombinationsbehandlung von zentral dämpfenden Mitteln (Reserpin, Hydralazine), postganglionär wirksamer Pharmaka (Alpha-methyl-Dopa) mit saluretischen Substanzen einschließlich der Aldosteron-Antagonisten durchsetzt.

Liegt der Ruheblutdruck dauernd unter 100 mm Hg systolisch und 60 mm Hg diastolisch, spricht man von einer Hypotonie. Die klinische Einteilung erfolgt in chronische (endokrin, kardial, pulmonal, konstitutionell), passagere Hypotension (vasovagale Synkope, orthostatischer Kolleps, posturale Hypotension) und das Schocksyndrom (kardiogen, hämorrhagisch, infektiös-toxisch).



Prof. Dr. R. Hegglin
Zürich



Prof. Dr. K. Greeff
Düsseldorf

Professor Dr. K. GREEFF, Düsseldorf:

„Neue kreislaufwirksame Arzneimittel aus der Sicht des Pharmakologen“

1. Herzwirksame Glykoside:

Es gibt bisher pharmakologisch keine sicheren Anhaltspunkte für qualitative Wirkungsunterschiede der verschiedenen Glykoside. Die heute gebräuchlichsten Glykoside unterscheiden sich voneinander durch die verschiedene Abklingquote (Digitoxin 7 %, Digoxin und Acetyldigoxin 18 %, Lanatosid C 20 %) und die verschiedene Resorption bei oraler Applikation (Digitoxin 100 %, Acetyldigoxin 80 %, Lanatosid C 40 %, nur 25–40 % bei Peruvosid, Cymarin, Proszillaridin A). Eine exakte Glykosidtherapie kann jedoch nur bei guter enteraler Resorption erfolgen! Peruvosid, Cymarin, Proszillaridin A, Lanatosid C sollten daher nur bei der sogenannten Alters-Belastungsinsuffizienz verabreicht werden. Der therapeutische Effekt der Glykoside kann durch zusätzliche Gabe von Diuretika merklich verbessert werden (Cave! Mißbrauch mit der Folge erheblicher Kaliumverluste, daher hier Kaliumsubstitution mit z. B. Kalinor, Rekawan, Trom-

cardin oder besser noch Gabe von sogenannten Kalium-retinierenden Diuretika wie Aldactone, Jatropur).

2. Antiarrhythmika:

Grobe Einteilung: vorwiegende Einwirkung auf supra-ventrikuläre (Isoptin, Depasan, Gilurytmal) oder ventrikuläre Störungen (Xylocain, Antistin, Novocamid, Zentropil), wobei eine gewisse Mittelstellung Gilurytmai einnimmt. Hinsichtlich der Nebenwirkungen ist zu sagen, daß alle Antiarrhythmika auf das Herz negativ inotrop, dromotrop, chronotrop und negativ bathmotrop wirken. Dies gilt besonders für eine Medikamentengruppe zur Behandlung von Rhythmusstörungen und der Koronarinsuffizienz, die sogenannten Beta-Rezeptoren-Blocker (Dociton, Aptin). Daher cave bei manifester Herzinsuffizienz, bradykarden Rhythmusstörungen und a.v.-Überleitungsstörungen — als Antidot wirkt hier Aludrin, Alupent. Zur Behandlung der Koronarinsuffizienz stehen auch die Beta-Stimulatoren zur Verfügung, z. B. das Ildamen (Wirkungsmechanismus: Verbesserung der Mikrozirkulation des Herzens? Senkung des Extrakoronarwiderstandes? Direkte Wirkung auf Energiestoffwechsel des Herzens?).

3. Antihypotonika:

Hier sei insbesondere bei der Behandlung orthostatischer Kreislaufregulationsstörungen des Dihydroergotamin (Dihydergot) erwähnt (Wirkungsmechanismus: gewisse Tonisierung der peripheren Gefäße? Verhinderung einer Kreislaufzentralisation durch Ausschüttung von Katecholaminen? Direkte zentrale Wirkung?).

Professor Dr. W. KAUFMANN, Tübingen:

„Fortschritte in der Differentialdiagnose von Kreislaufregulationsstörungen in Praxis und Klinik“

Hinsichtlich der Aktualität der durch Hypertonie bedingten Funktionsstörungen werden insbesondere neue Gesichtspunkte zur Pathophysiologie und Differentialdiagnose der verschiedenen Störungen der Blutdruckregulation dargestellt. Unsere Kenntnisse über die Pathomechanismen sind bis auf wenige Ausnahmen immer noch sehr lückenhaft. Zu diesen Ausnahmen gehört u. a. das Phäochromozytom, bei dem sich eine gesteigerte Hormonaktivität durch einen Tumor des sympathikoadrenalen Systems findet. Wir unterscheiden in Abhängigkeit von einer intermittierenden oder kontinuierlichen Absonderung von Brenzkatechinaminen die paroxysmale (Blässe, Unruhe, Schweißausbrüche, Kopfschmerzen, Tachykardie, Hyperglykämie!) von der persistierenden Hypertonieform (rezidivierendes Lungenödem bzw. Prälungenödem!). Die klinische Verdachtsdiagnose wird durch Nachweis einer erhöhten Ausscheidung von Adrenalin, Noradrenalin bzw. ihrer Stoffwechselprodukte Metanephrin, Normetanephrin und Vanillylmandelsäure gesichert, hingegen wird die Bedeutung der Provokations- und Suppressionsteste heute als gering angesehen (zudem

nicht ungefährlich!). Lokalisationsdiagnostik durch Angiographie, Retropneumoperitoneum: 80 % im Nebennierenmark (auch bilateral), der Rest entlang des sympathischen Grenzstranges. Falls noch keine schweren degenerativen Gefäßveränderungen entstanden sind, ist die Hypertonie hier durch Tumorexstirpation heilbar.

Neuere Erkenntnisse über das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System ergänzen unsere bisherigen pathophysiologischen Vorstellungen verschiedener renal- und endokrinbedingter Hypertonien:



Prof. Dr. W. Kaufmann
Tübingen



Prof. Dr. E. F. Oersmeyer
Herford

Beim primären Aldosteronismus = Conn-Syndrom mit den Leitbefunden der hypokaliämischen Alkalose und der Hyporeninämie findet sich hierbei in 70–90% der Fälle ein Adenom der Nebennierenrinde (Tumorexstirpation!). Die wenigen Fälle des sogenannten normokaliämischen primären Aldosteronismus werden durch Verabreichung von Saluretika oder einer salzreichen Kost (20 mg Lasix tgl. bzw. 240 mVal Na) demaskiert: innerhalb von 5–6 Tagen Auftreten eines Kaliummangelsyndroms! Zustände mit sekundärem Aldosteronismus (hyper-normo-hypoton, jedoch immer Vorliegen einer Hyperreninämie) finden sich bei: ein- und beidseitiger renaler Ischämie, salzverlierender Nephropathie, saluretischer Therapie, dem Bartter- und Pseudo-Bartter-Syndrom, bei hydroprischer Herzinsuffizienz, dekompensierter Leberzirrhose, nephrotischem Syndrom und dem zyklischen Ödem. Hierbei ist die renovaskuläre Hypertonie mit einer Inzidenzrate von ca. 3–5% unter den verschiedenen Hochdruckformen relativ häufig und zudem durch chirurgische Therapie potentiell heilbar (als Gegenindikation hierfür lediglich die bereits fortgeschrittene Arteriosklerose). Das sogenannte Bartter-Syndrom (Leitsymptome: Normo-Hypotonie, kaliopenische Alkalose) findet sich besonders bei Kindern und Jugendlichen, es wird pathogenetisch eine Angiotensin-Resistenz des arteriellen Gefäßsystems angenommen. Imitiert kann dieses Syndrom auch durch andere Krankheitsbilder werden, z. B. durch chronischen Laxantien-Diuretikaabusus, chronische Enteritis, Colitis ulcerosa, wobei die Therapie neben Angehen der Grundkrankheit bzw. Meidung der auslösenden Noxe in einer Kaliumsubstitution u. U. mit Verabreichung eines Aldosteron-Antagonisten (Spirolacton!) besteht.

Privatdozent Dr. JAHNECKE, Mainz:

„Die essentielle Hypertonie, Ihre Beurteilung und die Grundsätze moderner Therapie“

Auch heute noch sind 80% der Fälle von chronischer arterieller Hypertension einer essentiellen Hypertonie zuzuordnen. Sie stellt eine besonders gefährliche Krankheit dar, wenn man bedenkt, daß sich eine Dunkelziffer bezüglich der Diagnosestellung von durchschnittlich 70% findet und zum anderen der „sogenannte rote Hochdruck“ häufig verniedlicht und hinsichtlich seiner Folgeerkrankungen unterschätzt wird (Herzinsuffizienz, Myokardinfarkt, Nephrosklerose, Enzephalomalazie, Hirnblutung!). Nur eine konsequent durchgeführte Blutdrucksenkung kann die Ausbildung dieser Spätschäden verhindern oder den Manifestationszeitpunkt hinausschieben; therapeutischer Nihilismus ist heutzutage nicht mehr am Platze! Die Behandlung muß so früh wie möglich erfolgen (hierbei in einem Teil der Fälle sogar ein echter kurativer Effekt nach durchschnittlich 3 1/2 Jahren Dauertherapie).

Therapieplan:

1. Ordnung der Lebensweise (Vermeidung von Unruhe, Hast, Konfliktsituationen)
2. Diät (keine „salzlose“, sondern „salzarme“ Kost, d. h. weder in Küche noch bei Tisch Salz verwenden! Gewichtsreduktion bei Übergewichtigkeit!)
3. Herzbehandlung (Dauerdigitalisierung!)
4. Medikamentöse antihypertensive Therapie, die heutzutage bewußt eine gewisse Polypragmasie aufgrund der verschiedenen Angriffspunkte und Wirkungsmechanismen der zur Verfügung stehenden Pharmaka beinhalten muß.

Sedativa wirken antihypertensiv über die Beeinflussung der hypothalamischen Zentren von der Hirnrinde her. Rauwolfia-Alkaloide (Reserpin) bewirken neben zentraler Sedierung eine langsam einsetzende Teilentleerung der Noradrenalinspeicher in der Peripherie.

Die Wirkung der Saluretika besteht nach heutiger Auffassung in einer Herabsetzung der Empfindlichkeit der Gefäßmuskelzelle gegenüber normalen pressorischen Substanzen. 80% aller essentiellen Hypertonien kann man allein mit einer kombinierten Rauwolfia-Saluretikum-Therapie erfolgreich behandeln!

Alpha-Methyl-Dopa (Sembrina, Presinol) bewirken eine nahezu vollständige, zudem rasch einsetzende und schnell abklingende Entleerung der Noradrenalinspeicher, so daß mindestens drei Einzelgaben über den Tag verteilt erforderlich sind. Dihydralazin (Nepresol) hat neben peripherer und zentraler Sympathikusbeeinflussung noch eine direkte Wirkung auf die glatte Gefäßmuskulatur, auch hier sind 3–4 tägliche Einzelgaben erforderlich. Ebenfalls dreimal täglich muß das DCAJ (Catapresan) verabreicht werden, dessen Wirkungsmechanismus noch unklar ist (zentrale Sympathikusbeeinflussung?). Ganglienblocker

finden heute wegen ihrer erheblichen Nebenwirkungen keine Anwendung mehr, hingegen in besonders therapieresistenten Fällen die sogenannten Sympathikusblocker (Ismelin, Leron) mit sehr langsam einsetzender und abklingender Wirkung. Da jedes anti-hypertensive Wirkungsprinzip auch seine spezifischen, dosisabhängigen Nebenwirkungen hat, bedeutet somit „gezielte Polypragmasie“: additive Effekte hinsichtlich der gewünschten Blutdrucksenkung bei jeweiliger Dosisersparnis, d. h. eine wirksame Pharmakotherapie im nebenwirkungsarmen Bereich! Ziel dieser Behandlung soll es sein, den Blutdruck unter Werte von 150–160/95–100 in allen Altersgruppen einzustellen, der Begriff des sogenannten „Erfordernishochdruckes“ sollte aus Gründen möglicher Fehldeutungen nicht mehr gebraucht werden.

Professor Dr. E. F. GERSMEYER, Herford:

„Hypotonie als Krankheitsbild und als Symptom mit besonderer Berücksichtigung orthostatischer Dysregulation“

Arterielle Dauerhypotonie ohne klinische Symptome gilt als Konstitutionsmangel und hat keinen Krankheitswert. Bei Vorliegen einer hypotonen Kreislaufstörung ist zwischen *volumenbedingten* (Blutung, Erbrechen, Diarrhoen, extreme Diurese, Schweißverluste, endokrine Störungen wie z. B. beim Morbus Addison) und *regulationsbedingten* Ursachen zu unterscheiden. Eine orthostatische Dysregulation kann münden in Zentralisation (= „orthostatisches Syndrom“), in stärkere Zentralisation mit Kollaps (= „orthostatischer Kollaps“), in die vagovasale Synkope, wobei letztere häufiger als eigenständiges Krankheitsbild auftritt. Funktionsprüfungen: Test nach Schellong, Hocktest (Pulsfrequenz im Hocken höher als im Liegen: Frühzeichen einer Regulationsstörung!), EKG (Sympathikotonie-typisch). Der Begriff „Ohnmacht“ wird zunehmend durch den Begriff „vagovasale Synkope“ abgelöst: hierbei eingreifende Funktionsumstellung des vegetativen und animalischen Nervensystems mit abruptem Abfall des systolischen Aortendruckes und des diastolischen Druckes auf Werte um 80–60/40–30 mm Hg und Absinken der Herzfrequenz bis auf 35–40 Schläge pro Minute (konträr zum orthostatischen Syndrom, wo arterieller Mitteldruck noch ausreichend hoch ist!). Auslösung oft durch banale Anlässe, z. B. „Blutentnahme bei Fleischergesellen“. Ähnliche, jedoch reproduzierbare, hämodynamische

Veränderungen finden sich bei der sogenannten asympathikotonen Hypotonie (= hypodynamische Form nach Schellong), einer Regulationsstörung bei schweren organischen Nervenleiden.

Hinsichtlich der *Behandlung* ist zu sagen, daß die medikamentöse Therapie hinter den physikalischen und mechanischen Maßnahmen (individueller Rhythmus, aktive Bewegungsarbeit, Gummistrümpfe bei Varikosis!) weit zurücktritt.

Medikamentengruppen:

1. zentral anregende Mittel (Cardiazol, Pervitin) sind nahezu kontraindiziert, lediglich kleine Coffeindosen sind erlaubt (morgentliche Tasse Kaffee!)
2. Kombination zentraler Analeptika mit Sympathikomimetika (Akrinor)
3. Sympathikomimetika (Sympatol, Novadral), selbst bei 20–30facher Normdosis peroral nicht wirksam!
4. Hydrierte Sekalealkaloide vom Ergotamintyp (Dihydergot) wirken insbesondere bei orthostatischer Kollapsneigung günstig
5. NNR-Hormone sollten keinesfalls zur Langzeitbehandlung verwendet werden!
6. Sexualhormone sind für endokrine Grundleiden zu reservieren!

Bei der Therapie der vagovasalen Synkope bewährt sich neben Kopftieflagerung die Gabe von Effortil per infusionem. Zur Behandlung der asympathikotonen Hypotension sollten zuerst mechanische Maßnahmen (Strumpfhosen, Wasserbad bis Thoraxhöhe) herangezogen werden, medikamentös eventuell unterstützend synthetische Steroide (z. B. Celestan, Decortin).

Professor Dr. H. P. GURTNER, Bern:

„Neue Gesichtspunkte in Klassifizierung und Behandlung der pulmonalen Hypertonie“

Im Gegensatz zur Großkreislaufhypertonie überwiegen beim pulmonalen Hochdruck die symptomatischen Formen. Sinnvoll erscheint die Klassifizierung nach pathogenetischen Gesichtspunkten:

1. Postkapilläre Widerstandserhöhung: „Lungenstauung“ bei Linksherzdekompensation, Mitralklappenfehlern
2. Präkapilläre Widerstandserhöhung: „Cor pulmonale“, bei alveolärer Hypoxie, Lungenparenchym-

-Heel

Bei Schwindel jeder Genese,
Menière, Reisekrankheiten –

Vertigoheel®

-Heel

Wund- und Entzündungsmittel

Traumeel®

liquidum • Tabletten • Ampullen • Salbe

erkrankungen = Cor pulmonale parenchymale, bei primären Gefäßalterationen: Cor pulmonale vasculare

3. Hyperzirkulation bei Links-Rechtsshunt

Als Folge der pulmonalen Hypertension kommt es zunächst zu einer konzentrischen Hypertrophie der Muskulatur von rechter Kammer und Vorhof, später zu ischämischen Läsionen, zur Dilatation und damit Dekompensation.

Aus aktuellem Anlaß sei näheres zur primären vaskulären Hypertension gesagt, wobei die kongenitalen, entzündlichen, thrombotischen und embolischen Formen hier jetzt nicht berücksichtigt werden sollen. Bis vor wenigen Jahren galt das Cor pulmonale vasculare als ausgesprochene Seltenheit (in der Schweiz von 1958–1966 an drei kardiologischen Zentren 19 durch Herzkatheter gesicherte Fälle). Ein sprunghafter Anstieg erfolgte im Laufe des Jahres 1967 (in den gleichen drei Zentren von 1967 bis April 1969 144 durch Herzkatheter gesicherte Fälle, hierbei Frauen: Männer = 5:1). In Deutschland und Österreich wurden weniger ausgeprägte Häufigkeitszunahmen beobachtet.

Auffallend hierbei war eine raschere Progredienz des Leidens, selteneres Vorliegen einer Lungenembolievorgeschichte, zum anderen das Auftreten der ersten Beschwerden durchschnittlich 11 Monate nach Beginn einer Abmagerungskur mit dem Appetitzügler Aminorex-Furamat (Menocil). Das histologische Bild der Lungengefäßveränderungen dieser Patienten entspricht weitgehend demjenigen der sogenannten „primären Pulmonalsklerose“. Sowohl die klinischen als auch neuere tierexperimentelle Beobachtungen können jedoch nur eine starke Vermutung über einen Kausalzusammenhang zwischen der Einnahme von Aminorex-Furamat und dem gehäuften Auftreten des Cor pulmonale vasculare äußern lassen.

Die kausale Behandlung des Cor pulmonale vasculare ist eine Crux therapeutica! In Fällen mit Verdacht auf rezidivierende Lungenembolien empfiehlt sich die Dauerbehandlung mit Antikoagulantien (Wert prophylaktischer Maßnahmen, wie Fibrinolyse mit Streptase

und Urokinase, Ligatur der Vena cava inferior, noch nicht genügend beurteilbar!). Behandlungsversuche mit Ganglienblocker, Sympathikolytika bzw. -mimetika haben sich als Fehlschlag erwiesen! Im Gegensatz zum Cor pulmonale parenchymale spielt hier die gefürchtete Glykosidintoleranz eine geringere Rolle. Die Langzeitprognose ist insgesamt als unerfreulich zu bezeichnen. Interessant und zugleich einen eventuell möglichen neuen therapeutischen Weg aufzeigend ist die Tatsache einer z. T. beobachteten Rückbildung der pulmonalen Hypertension bei männlichen Patienten (hormonelle Einflüsse? Entsprechende Studien sind hier in Vorbereitung!).

Professor Dr. H. G. LASCH, Gießen:

„Fortschritte in Differenzierung und Behandlung des Schocks aus der Sicht des Internisten“

Schock ist ein mehr oder minder akutes Kreislaufversagen, bei dem es zu einer ungenügenden Durchblutung der peripheren Strombahn mit entsprechenden Folgen wie Hypoxie, Azidose und Organschäden kommt. Hiervon streng zu unterscheiden ist der sogenannte Kollaps (vagovasale Synkope, banale Ohnmacht, orthostatische Dysregulation!). Als Startmechanismen stehen von internistischer Sicht im Vordergrund: der kardiogene und septische (Endotoxine gramnegative Bakterien!) Schock. Als auslösender Faktor für den kardiogenen Schock gilt heute die akute Herzlinksinsuffizienz (Tendenz zum Lungenödem!). Pathologisch-anatomisches Substrat der einzelnen Schockphasen sind: „Prästase“ und „Rote-Stase“ (Aggregation von roten Zellen und Thrombozyten) und bei länger andauerndem Schock Fibrindepositionen in der gesamten peripheren Strombahn durch Überwiegen der peripheren Gerinnungsvorgänge bei verminderter zentraler Clearance in Leber und RES (entspricht der alten klinischen Erfahrung, daß Hypozirkulation zu einer Hyperkoagulabilität führt!). Insbesondere beim Endotoxin-Schock kann es hierdurch zu einer sogenannten „Verbrauchskoagulabilität“ mit Auftreten profuser Blutungen kommen (septischer Abort! Septische Harnwegsinfektion!).

Adumbran[®]

Thomae

bewährt, zuverlässig,
wenn psychische Faktoren organisches Geschehen belasten.

4

Neuartig in der Behandlung des kardiogenen Schocks ist die Verabreichung kleiner Dosen (bis 20 γ pro min) vasopressorischer Substanzen, wie z. B. Noradrenalin (Anhebung des diastolischen Aortendruckes, der für die periphere Koronardurchblutung verantwortlich ist). Hinsichtlich der Störung der Mikrozirkulation hat sich die Heparinprophylaxe (20–30–40000 E pro die im Dauertropf) bewährt, z. B. bei allen Patienten mit Sepsis! Liegt bereits das Stadium des irreversiblen Schocks vor (z. B. Verbrauchskoagulabilitätssymptomatik) muß die fibrinolytische Behandlung mit Streptase bzw. Urokinase erfolgen!



Prof. Dr. K. Hutschenreuter
Homburg



Priv.-Ooz. Dr. B. Staehelin
Zürich

Professor Dr. K. HUTSCHENREUTER, Homburg:

„Aktuelle Probleme des Schocks aus der Sicht der Anästhesie“

Der Schock, ein vieldeutig definierter Begriff, umfaßt eine Reihe typischer klinischer Symptome. Hypoxydase und Azidose des Gewebes sind seine wesentlichsten Folgen. Schockformen: hämorrhagisch, traumatisch, Dehydratationsschock, infektiös-toxisch, Arzneimittelschock. Hinsichtlich der Therapie sollte, je nach Genese, ein gewisses Schema zugrunde gelegt werden:

1. ausreichende Atmung, Sauerstoffzufuhr, Absaugen, Reklination des Kopfes, stabile Seitenlagerung, endotracheale Intubation und eventuell Tracheotomie zur künstlichen Beatmung
2. Beseitigung eines Volumenmangels mittels Plasmaexpander (initial Autotransfusion durch Beinhochlagerung!), Humanalbumin, beim schweren hämorrhagischen Schock Vollblut (hier 5 ml 10% Kalzium-Gluconat vorspritzen)

Zur raschen Orientierung des Schockzustandes und des Therapieerfolges hat sich der sogenannte „Schock-index“ bewährt = Quotient aus Pulsfrequenz durch systolischen Blutdruckwert (Index von 1 entspricht Blutverlust von etwa 20–30%, Index von 1,5 einem von 30–50%). Als genauere diagnostische Kriterien stehen zur Verfügung: Messung des zentralen Venendruckes mittels Cava-superior-Katheter (Normbereich +5 bis +10 cm H₂O), die Urinproduktion pro Zeiteinheit (untere Normgrenze 30 ml pro Stunde beim Erwachsenen), Bestimmung des Ausmaßes der metabolischen

Azidose nach Astrup (Ausmaß der Azidose geht jedoch nicht immer mit der Schwere des Schockes parallel), Messung der „Sauerstoffschuld“. Hämatokrit- und Hb-Werte hingegen oft unzuverlässig! Als Beispiel für einen schwersten Dehydratationsschock sei ein Patient mit Ileus angeführt: zweistündige präoperative Schockbehandlung mit O₂-Zufuhr über Maske, Gabe von 500 ml Humanalbumin, 2000 ml Halbelektrolyt- und Zuckerlösung, 200 ml Pehanorm, intraoperative Fortführung dieser Maßnahmen mit zusätzlichem Blutersatz in einer Gesamtflüssigkeitsmenge von über 5 l. Noch problematischer gestaltet sich die Therapie des infektiös-toxischen Schocks: eine Patientin mit schwerster Puerperalsepsis erhielt in 12 Stunden: 800 mg Hydrocortison, 21 ml lytische Medikamentenmischung (350 mg Dolantin – 2,1 mg Hydergin – 75 mg Atosil), Lävulose-Elektrolytlösung 2500 ml, Frischblut 500 ml, Humanalbumin 250 ml, Mannit-Lösung 10% 150 ml, Tris-Puffer 0,3 molar 700 ml, Traubenzucker 40% 100 ml. Beibehaltung der Kortisondosis und der vegetativen Blockade noch über drei Tage!

Eine Domäne der Kortikoidtherapie stellt ferner der Arzneimittelschock dar, die Dosis muß hier hoch gewählt werden (in einem Fall z. B. in 4–6 Stunden 240 mg Prednison)! Eine wesentliche Bedeutung kommt hier auch dem Adrenalin zu, das im gleichen Zeitraum in einer Dosis von 12 x 50 γ verabreicht wurde.

Trotz der Vielfalt von Ursachen und klinischen Erscheinungsbildern gelten für die Schockbehandlung gewisse Grundprinzipien; darüber hinaus bedarf jedoch jeder Schockzustand noch einer nach individuellen Gesichtspunkten ausgerichteten Zusatztherapie, wobei zwangsläufig dem echten Teamwork eine große Bedeutung zukommt!

Privatdozent Dr. B. STAEHELIN, Zürich:

„Vereinfachungsmöglichkeiten in der medizinischen Diagnostik am Beispiel der vegetativen Dystonie und des vegetativen Psychosyndroms“

Für den Praktischen Arzt ist hinsichtlich Diagnostik und Therapie von Bedeutung, daß Patienten mit hypertonen Kreislaufstörungen meistens gleichzeitig auch an anderen funktionellen vegetativen Beschwerden leiden, wie z. B. an Schwindelerscheinungen, allgemeine Müdigkeit, Leistungsmühseligkeit, Kopfweg, Herzklopfen, Extrasystolen, Atemneurosen, Hyperventilation, Wortfindungsstörungen, Gähnzwang, Allergie, Störungen im Bereich des Magen-Darmtraktes u. ä. Die vegetative Dystonie ist eine Störung des Inneren Sicherheitsgefühles, des sogenannten „Urvertrauens“. Dieses mangelhafte Urvertrauen kann sich in organfunktionellen Störungen, wie sie für die vegetative Dystonie typisch sind, somatisch äußern. Zum anderen ist die vegetative Dystonie fast immer vergesellschaftet mit einer spezifischen Psychopathologie, die als sogenanntes „vegetatives Psychosyn-

drom“ beschrieben wird. Vegetative Dystonie und vegetatives Psychosyndrom sind vielleicht also fast eine Voraussetzung im Sinne einer quantitativen Gesundheitsstörung, daß sich auf dieser im speziellen dann erst eine typische organfunktionelle, psychosomatische, neurotische oder psychotische Einzelerkrankung aufbauen kann. Das Gefühl, das den Gesunden unabhängig von den auch schwersten Geschehen im Leben macht, ist als das Gefühl der inneren Sicherheit, das Gefühl des Urvertrauens zu bezeichnen. Der Kranke hingegen hat nun dieses Gefühl eingebüßt, er fühlt sich enthoffnet, entwurzelt, vereinzelt. Die vegetative Dystonie findet sich weniger oder stark ausgeprägt bei jedem Zehnten (1) in einem als sogenannt gesund zu bezeichnenden Durchschnittskollektiv in den industriell hochentwickelten Ländern. Das vegetative Psychosyndrom ist fast bei jeder vegetativen Dystonie in der einen oder anderen Ausprägung zu sehen und würde somit bei weitem das häufigste Psychosyndrom darstellen (siebente Grundform seelischer Grundkrankheiten?). Auf dem Boden der prinzipiellen Grundverstimmung (enthoffnet, entwurzelt, vereinzelt) kann sich beim einzelnen in unterschiedlicher Ausprägung dreierlei ereignen: typische Befindlichkeitsstörung, typische Angstneurose, typische sekundäre Angstabwehr. (Fortsetzung folgt)

Freie Kassenarztsitze in Bayern

Mittelfranken

Bed Windshelm, Lkr. Uffenhelm: 1 Augenarzt

Die bisherige einzige Augenarztpraxis am Ort ist durch Tod des bisherigen Praxisinhabers nicht mehr besetzt. Belegmöglichkeit im Krankenhaus der Stadt Windshelm ist gegeben.

Bechhofen, Lkr. Feuchtwangen: 1 Allgemeinpraktiker

Die Allgemeinpraxis wird zum 1. Juli 1970 durch Verzicht frei. Für Bechhofen mit ca. 3000 Einwohnern und einem Einzugsgebiet von ca. weiteren 5000 Einwohnern stehen ab diesem Zeitpunkt nur noch 2 Allgemeinpraktiker zur Verfügung.

Hersbruck: 1 Augenarzt

Durch Verzicht frei gewordener, alter Kassenarztsitz. Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Hersbruck ist gegeben.

Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemeinpraktiker

Es handelt sich um eine durch Tod frei gewordene Allgemeinpraxis. Für Langenzenn und Einzugsgebiet mit insgesamt ca. 9 – 10000 Einwohnern stehen derzeit noch 3 Allgemeinärzte zur Verfügung, die allein durch ihren seitherigen Praxisumfang voll ausgelastet sind. Für einen eventuell interessierten Kollegen ist Belegmöglichkeit im Stadtkrankenhaus Langenzenn zur Durchführung der mittleren Chirurgie gegeben.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte – Mittelfranken –, 8500 Nürnberg, Keßlerplatz 5, zu richten.

Niederbayern

Altfraunhofen, Lkr. Vilsbiburg: 1 Allgemeinarzt

In Altfraunhofen – ca. 1200 Einwohner – wird durch Wegzug eines in Gemeinschaftspraxis tätigen Arzteehepaares zum 1. Juli 1970 eine Kassenarztstelle (Alleinarzt) frei.

Freyung v. W., Lkr. Wolfstein: 1 Augenarzt

Einzige Augenarztstelle im Landkreis Wolfstein mit Belegmöglichkeit im Kreiskrankenhaus Freyung.

Hauzenberg, Lkr. Wegscheid (Bayer. Wald):

1 Allgemeinarzt

Hauzenberg, nahe bei Passau gelegen, umfaßt ein Einzugsgebiet von rund 9000 Einwohnern. Für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung stehen derzeit nur 3 Kassenärzte zur Verfügung, von denen zwei aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Praxis in vollem Umfang auszuüben. Die Gemeinde ist bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen behilflich. Hauzenberg besitzt eine neue Realschule.

Neufahrn, Lkr. Mellersdorf: 1 Allgemeinarzt

In Neufahrn – etwa 2200 Einwohner – ist die bisher einzige Praktikerstelle frei.

Niederviehbach, Lkr. Dingolfing: 1 Allgemeinarzt

Zum 1. Juli 1970 wird in Niederviehbach – etwa 1700 Einwohner – eine Kassenarztstelle (bisher Gemeinschaftspraxis) frei. Am Ort ist ein zweiter Praktiker niedergelassen.

Schöllnach, Lkr. Deggendorf (Bayer. Wald): 1 Allgemeinpraktiker

Dritte Praktikerstelle für Schöllnach mit etwa 3000 Einwohnern und einem Einzugsgebiet von ca. 10 000 Einwohnern.

Wurmansquick, Lkr. Eggenfelden: 1 Allgemeinarzt

Durch Wegzug des einzigen Praktikers frei gewordene Kassenarztstelle. Wurmansquick umfaßt ein Einzugsgebiet von etwa 3500 Einwohnern.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte – Niederbayern –, 8440 Straubing, Lilienstraße 5–7, zu richten.

Oberbayern

Erding: 1 Allgemeinarzt

Inchenhofen, Lkr. Alchach: 1 Allgemeinpraktiker

Lengengelsling, Lkr. Erding: 1 Allgemeinarzt

Palling, Lkr. Leufen: 1 Allgemeinarzt

Es kommt nur ein Arzt in Frage, der die mittlere Chirurgie und Geburtshilfe beherrscht und der als Belegarzt im Gemeindekrankenhaus Palling (27 Betten) arbeiten kann.

Raubling, Lkr. Rosenheim: 1 Allgemeinarzt

Raubling ist ein Ort mit ca. 5000 Einwohnern, der in Gebirgsnähe (7 km zum Wendelstein) zentral zwischen der Kreisstadt Rosenheim (7 km) und Bad Aibling (6 km) gelegen ist. Rosenheim verfügt über alle Arten von Schulen (Mittelschulen, Gymnasium, Holztechnikum).

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberbayern —, 8000 München 23, Königinstraße 85/II, zu richten.

Oberfranken

Hegnabrunn, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

(Alleinarzt) eventuell auch im direkt angrenzenden Neuenmarkt.

Hiltspoltstein, Lkr. Forchheim: 1 Allgemeinarzt

(Alleinarzt)

Hof/Saale: 1 Kinderarzt

Hohenberg a. d. Eger, Lkr. Wunsiedel: 1 Allgemeinarzt
(Alleinarzt)

Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

Leupoldsgrün, Lkr. Hof: 1 Allgemeinarzt (Alleinarzt)

Selb: 1 Allgemeinarzt

Stadtsteinach: 1 Allgemeinarzt

Steinwiesen, Lkr. Kronach: 1 Allgemeinarzt

Thurnau, Lkr. Kulmbach: 1 Allgemeinarzt

Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemeinarzt (Alleinarzt)

Unterslemau, Lkr. Coburg: 1 Allgemeinarzt

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberfranken —, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7 a, zu richten.

Oberpfalz

Aitmannstein: 1 Allgemeinarzt

Erbendorf: 1 Allgemeinarzt

Eschenbach: 1 Allgemeinarzt

Hahnbach: 1 Allgemeinarzt

Mitterteich: 1 Allgemeinarzt

Neumarkt: 1 Augenarzt

Roding: 1 Allgemeinarzt

Speichersdorf: 1 Allgemeinarzt

Sulzbach-Rosenberg: 1 Allgemeinarzt
1 Augenarzt

Vohenstrauß: 1 Allgemeinarzt

Weiden (Ortstell Nord): 1 Allgemeinarzt

Weiden: 1 Nervenarzt

Weitere Kassenarztsitze für das Fachgebiet Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Kinderkrankheiten und für Allgemeinmedizin sind zu besetzen.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberpfalz —, 8400 Regensburg, Landshuter Straße 49, zu richten.

Schwaben

Altenmünster, Lkr. Wertingen: 1 Allgemeinarzt

Augsburg: 1 Nervenarzt

Augsburg (Ortstell 4): 1 Augenarzt

Augsburg-Herrenbach (Ortstell 7): 1 Allgemeinarzt

Wegzug des bisherigen Praxisinhabers. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Ay a. d. Iller, Lkr. Neu-Ulm: 1 Allgemeinarzt

Babenhausen, Lkr. Illertissen: 1 Allgemeinarzt

Biallach, Lkr. Sonthofen: 1 Allgemeinarzt

Deiningen, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinarzt

Wiederbesetzung des Kassenarztsitzes.

Haus kann gemietet oder durch Kauf erworben werden.

Friedberg bei Augsburg: 1 Allgemeinarzt

Illertissen: 1 Allgemeinarzt

Königsbrunn, Lkr. Schwabmünchen: 1 Allgemeinarzt
Zusätzlicher Arztsitz zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung.

Markt Wald, Lkr. Mindelheim: 1 Allgemeinarzt

Praxisaufgabe steht bevor.

Oberostendorf, Lkr. Kaufbeuren: 1 Allgemeinarzt

Monheim, Lkr. Donauwörth: 1 Allgemeinarzt

Möglichkeit zu belegärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus Monheim.

Neuburg/Do.: 1 Allgemeinarzt

Wallerstein, Lkr. Nördlingen: 1 Allgemeinarzt

Wittislingen, Lkr. Dillingen/Do.: 1 Allgemeinarzt

Zusmarshausen, Lkr. Augsburg: 1 Allgemeinarzt

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Schwaben —, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, zu richten.

Tonsilgon® bei Lymphatismus

**BIONORICA KG
NÜRNBERG**

Unterfranken

Aidhausen, Lkr. Hofheim: 1 Allgemeinarzt

Hösbach, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemeinarzt

Praxis- und Wohnräume können zur Verfügung gestellt werden.

Rottenberg, Lkr. Alzenau: 1 Allgemeinarzt

Schneeberg, Lkr. Miltenberg: 1 Allgemeinarzt

Wohn- und Praxisräume sind vorhanden.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte – Unterfranken –, 8700 Würzburg, Hofstraße 5, zu richten.

Vorstandswahl in Niedersachsen

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen wählte in der konstituierenden Sitzung am 4. April 1970 ihren Vorstand für die 7. Wahlperiode.

Zum Präsidenten wurde erneut Professor Dr. med. Paul ECKEL, Hannover, gewählt, der dieses Amt bereits seit 1958 innehat.

Dem Vorstand gehören weiter an:

Dr. med. Gerhard JUNGSMANN aus Markoldendorf, Kreis Einbeck, als stellvertretender Präsident

Dr. med. Heinrich FEYE aus Oldenburg

Dr. med. Rudolf DELIUS aus Braunschweig

Dr. med. Hans-Ferdinand GEHRE aus Hannover

Dr. med. Heinz LINDEMANN aus Hannover

Dr. med. Herbert ESSMEYER aus Wilhelmshaven

Ausschuß für haltungsgefährdete Kinder und Jugendliche gegründet

Dr. med. A. Rottler, 8500 Nürnberg, Äußere Bayreuther Straße 72, bittet, alle Kolleginnen und Kollegen von folgendem in Kenntnis setzen zu dürfen.

In Bayern wurde nun auch der Ausschuß für haltungsgefährdete Kinder und Jugendliche gegründet, der in anderen Bundesländern z. T. seit Jahrzehnten besteht. Die Wichtigkeit der Zielsetzung und Aufgabenstellung

ist uns Medizinern vollkommen klar. Leider hat unser Landesverband sehr viel mehr Erzieher und Gymnasten zu Mitgliedern als Ärzte.

Rein zufällig wurde ich als Vorsitzender gewählt und so bitte ich, sehr verehrte Kollegen, sich überlegen zu wollen, ob ein Beitritt nicht zu aller Wohl und Vorteil gereichte. Dem Gesundheitsministerium liegt unsere Arbeit sehr am Herzen und sie findet dort gute Unterstützung. Wollen Sie sich bitte bei mir erkundigen, falls Sie die Absicht haben, zu uns zu stoßen.

Franz-Redeker-Preis 1970

Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat für das Jahr 1970 den Franz-Redeker-Preis in Höhe von DM 2000.— für eine bisher noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung in sozialhygienischer Hinsicht gestiftet. Dieser Preis kommt für eine oder mehrere, höchstens jedoch für drei Arbeiten zur Verteilung.

Der Einsendeschluß für die Arbeiten zum Franz-Redeker-Preis 1970 ist der **30. September 1970**.

Die Einzelheiten der Bedingungen, die jetzt neu gefaßt sind, können beim Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, 2000 Hamburg 33, Poppenhusenstraße 14c, erfragt werden.

Die Arbeit ist mit einem vom Verfasser gewählten Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. Der Arbeit muß gesondert ein verschlossener mit dem Kennwort versehener Umschlag beigelegt werden, in dem auf einem besonderen Bogen anzugeben sind: Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, Tag der Approbation, genaue berufliche Stellung und Tätigkeit sowie das Kennwort der Arbeit.

Ortsbenennungen sind im Text nach Möglichkeit nur durch den Anfangsbuchstaben des Ortes zu bezeichnen, um dadurch dem Preisrichterkollegium keine unmitteldbaren Hinweise auf den Bewerber zu geben.

Adumbran[®]

Thomae

beruhigt, entspannt, befreit von Angst.

Personalia

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. Stephan Euler

Der Ärztliche Kreisverband Lindau lud am 15. April 1970 zu einer Versammlung aller Ärzte ein, zu der auch Professor Dr. Hans J. SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, und Dr. Friedrich VÖLLINGER, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, erschienen waren.

Professor Dr. Sewering händigte in seiner Eigenschaft als Vizepräsident der Bundesärztekammer Herrn Dr. med. Stephan EULER, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Lindau, Delegierter zum Bayerischen Ärztetag und Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, für seine hervorragenden Verdienste auf dem Gebiet der ärztlichen Fortbildung die Ernst-von-Bergmann-Plakette aus.



Professor Dr. Sewering überreicht Herrn Dr. Euler die Ernst-von-Bergmann-Plakette
Foto: Scherbaum, Lindau

Mit dieser hohen Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft wurde ein Jubilar geehrt, der im Januar 1970 seinen 80. Geburtstag in voller geistiger und körperlicher Frische feiern konnte. Dr. Euler blickt auf eine 50jährige Berufstätigkeit als Arzt zurück und auf 43 Jahre verdienstvoller Tätigkeit in berufsständischen Organisationen. Bis heute ist er als Initiator aktiv in der Organisation ärztlicher Fortbildung.

Über die Landesgrenzen hinaus steht er und mit ihm die Lindauer Ärzteschaft in regem wissenschaftlichen und kollegialem Austausch mit der Ärzteschaft in Österreich und der Schweiz und die Ärzte seines Kreisverbandes nehmen auch an den Fortbildungsveranstaltungen der „Gesellschaft der Ärzte Vorarlbergs“ teil.

Herr Dr. Euler ist weiterhin noch Mitbegründer der „Bodensee-Ärztetage“, die jedes Jahr abwechselnd in Überlingen, Bregenz und Schaffhausen stattfinden.

Dr. med. Wilhelm Middelmann 75 Jahre



Am 6. Mai 1970 konnte Herr Dr. med. Wilhelm MIDDELMANN, Baldham bei München, seinen 75. Geburtstag feiern. Herr Kollege Middelmann studierte in Münster, Bonn und München Medizin. Er ließ sich 1924 in Gmund am Tegernsee als Praktischer Arzt nieder und war bis 1966 als Knappschaftsarzt in Marienstein tätig. Von 1956 bis 1964 war Herr Dr. Middelmann 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Miesbach und Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer.

Dr. med. Walter Bachmann zum Ministerialrat ernannt

Herr Regierungsmedizinalkdirektor Dr. med. Walter BACHMANN, Geschäftsführer der Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, wurde zum Ministerialrat ernannt.

Dr. jur. Hans Schmatz zum Ministerialdirektor ernannt

Herr Ministerialdirigent Dr. jur. Hans SCHMATZ, Abteilungsleiter im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, wurde zum Ministerialdirektor ernannt.

Steckkreuz des Bayerischen Roten Kreuzes verliehen

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dr. Bruno MERK, verlieh das Steckkreuz für besondere Verdienste um das Bayerische Rote Kreuz u. a.:

Herrn Dr. med. Philipp EICHELBAUER, Kreuzwertheim
Herrn Dr. med. Norbert MUHR, Tittlingen
Herrn Dr. med. Friedhelm OTTO, Schrobenhausen.

Die

Schule für Orthoptistinnen in München

kann im Oktober 1970 wieder 4 Schülerinnen aufnehmen.

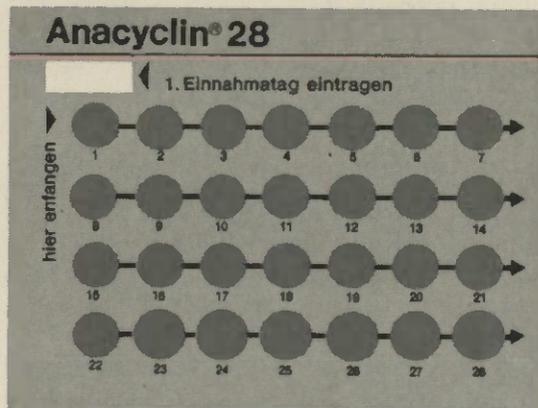
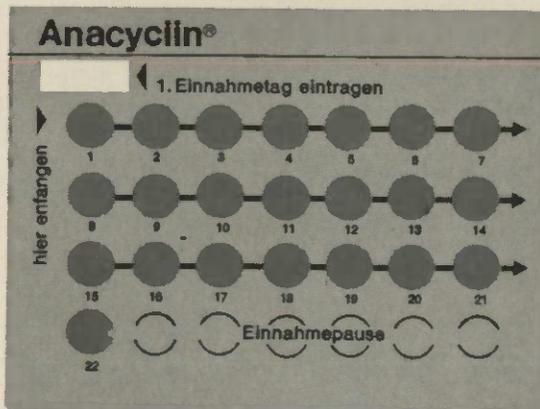
Anfragen und Anmeldung über Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85, Telefon 33 20 21 (Apparat 25).

neu

Anacyclin[®] Anacyclin[®] 28

Hormonales Antikonzipiens
einfache, neuartige Packungsform

trotz minimaler Hormongaben absolut sicher
wegen minimaler Hormongaben optimal verträglich



1,0 mg 19-Nor-17 α -pregn-4-en-20-in-17-ol (Lynestrenol)
0,1 mg 3-Methoxy-19-nor-17 α -pregna-1,3,5 (10)-trien-20-in-17-ol (Mestranol)

Sicherheitspackungen

Anacyclin 22 und 3 x 22 Tabletten
Anacyclin 28 28 und 3 x 28 Tabletten

C I B A

Mangel an Krankenpflege- und Krankenhauspersonal

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. R. SOENNING (CSU) vom 26. November 1969:

„Bei der Sitzung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft wurde festgestellt, daß der Mangel an Krankenpflege- und Krankenhauspersonal so ernste Formen angenommen hat, daß niemand weiß, wie der pflegerische Betrieb in den bayerischen Krankenhäusern in Zukunft weiter durchgeführt werden kann.“

Ich frage den Herrn Innenminister, welche Maßnahmen die Bayerische Staatsregierung bisher getroffen hat und welche weiteren Schritte sie unternehmen will, diesen Notstand zu beheben.“

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 27. Januar 1970:

„In der Sitzung der Bayerischen Krankenhausgesellschaft am 20. November 1969 habe ich mich im Anschluß an ein Referat des Geschäftsführers, Herrn Stadtrat Dr. HAMM, über die Lage im Krankenpflegeberuf zu den dabei angesprochenen Fragen geäußert. Die schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. SOENNING beantworte ich unter Zugrundelegung meiner damaligen Ausführungen wie folgt:

1. Zweifellos besteht in den bayerischen Krankenhäusern Mangel an Pflegekräften. Das ist aber keine Einzelercheinung, sondern ein Teil des in allen Berufen und auf allen Gebieten herrschenden Mangels an Arbeitskräften. Nur ist der Mangel an Pflegekräften wesentlich schwieriger zu beheben als der Kräftemangel in anderen Berufszweigen, da Aushilfskräfte, Gastarbeiter, mit denen sich Industrie und Wirtschaft behelfen, im Pflegeberuf nur beschränkt einzusetzen sind. Mangel an Pflegekräften besteht auch nicht nur in Bayern oder in der Bundesrepublik, sondern in allen europäischen und auch überseeischen Ländern.

2. Zum Verständnis der derzeitigen Lage ist es notwendig, die zahlenmäßige Entwicklung im Pflegeberuf in den letzten Jahren kurz darzustellen:

Die Zahl der Krankenpflegepersonen in den bayerischen Krankenhäusern betrug

1954	11 363
1960	14 483
1965	18 496
1967	20 588
1968	22 113

Danach ist eine zahlenmäßige Zunahme in den letzten vierzehn Jahren um 95 v. H., allein vom Jahr 1967 auf 1968 um 7,4 v. H., festzustellen. Es dürfte wenige Be-

rufe geben, die einen so erheblichen Zuwachs gewonnen haben.

Die Zahl der in Ausbildung stehenden Krankenpflegepersonen betrug

1954	2339
1960	4583
1965	5218
1967	5698
1968	6023

Die Zahl der Schüler hat sich von 1954 bis 1968 annähernd verdreifacht. Allein von 1967 auf 1968 hat sie um 5,7 v. H. zugenommen.

Die Bevölkerung dagegen hat in demselben Zeitraum nur um 12 v. H. zugenommen, die Zahl der Krankbetten wurde nur um 24 v. H. vermehrt.

Diese Zahlen zeigen, daß die immer wieder geäußerte und schon oft widerlegte Annahme, daß junge Leute sich nicht für den Pflegeberuf interessieren, nicht zutrifft. Abgesehen davon ist sie auch der Werbung für diesen Beruf abträglich. Das Anwachsen der Schülerzahlen beweist, daß die Jugend in zunehmendem Maße bereit ist, in die Krankenpflege zu gehen.

3. Bei der Zunahme der Krankenpflegepersonen müßte auch der in der Beantwortung einer schriftlichen Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Soenning vom 11. April 1962 errechnete Fehlbestand von rund 3000 Krankenpflegepersonen längst aufgeholt sein. Daß heute trotzdem Mangel an Pflegekräften besteht, hat vielerlei Gründe, von denen die wichtigsten sind:

- a) Die Spezialisierung in der Medizin und die Verfeinerung der Untersuchungsverfahren bedingen einen Mehrbedarf an Pflegepersonal.
- b) Die Arbeitszeit für Pflegepersonal, die bis 1956 noch 60 Wochenstunden betrug, wurde auf 46 Wochenstunden herabgesetzt. Ab 1. Januar 1971 soll sie noch 45 Wochenstunden betragen. Das allein bedingt einen Mehrbedarf von 25 v. H. Allein durch die Verkürzung der Arbeitszeit um eine Wochenstunde werden 500 Schwestern mehr benötigt.
- c) Spezialisierung und Herabsetzung der Arbeitszeit führten zu einer Herabsetzung des Bettenschlüssels. Bis 1959 rechnete man damit, daß eine Schwester sieben Betten im Krankenhaus versorgen kann. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat als Anhaltzahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften als Bettenschlüssel 1959 1:5, ab 1964 für Krankenhäuser mit optimaler Organisation 1:4, mit konventioneller Organisation 1:3,5 und 1969 1:3,7 und 1:3,3 empfohlen. Dieser Bettenschlüssel wurde durch Arbeitsanalysen und Arbeitsablaufstudien von verschiedenen Pflegeeinheiten errechnet. Trotzdem erscheint die Frage berechtigt, ob eine Änderung des Bettenschlüssels in kurzen Zeitabständen in einem Umfang notwendig ist, der höher ist als der Anteil, der durch die Arbeitszeitverkürzung bedingt ist. Durch Technisierung, Ratio-

nalisierung im Krankenhaus, durch Vermehrung des Hauspersonals und zentrale Dienste könnte das Pflegepersonal entlastet und für seine eigentlichen Aufgaben freigestellt werden.

d) Einer der Hauptgründe für den Mangel im Pflegeberuf ist die kurze Zeit, während der eine Schwester heute ihren Beruf ausübt. Für die Schwestern alter Prägung, vor allem die Ordensschwestern und auch die Mutterhausschwestern, war der Schwesternberuf Aufgabe für das ganze Leben. Sie standen vom 20. bis mindestens zum 60. Lebensjahr, also 40 Jahre im Beruf. Heute scheiden die meisten Schwestern nach ihrer Verheiratung aus dem Beruf aus. Im Durchschnitt bleiben die Schwestern nur fünf bis sechs Jahre im Beruf. Manche klagen darüber, daß die Schwestern sogar nur zwei Jahre bleiben.

4. Das Staatsministerium des Innern hat schon in seinem Bericht vom 6. April 1957 an den Bayerischen Landtag und in seiner Antwort vom 27. September 1962 auf eine schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Soenning zur Überwindung des Schwesternmangels u. a. vorgeschlagen:

- a) Verbesserung der Entlohnung
- b) Sicherung der Altersversorgung
- c) Verkürzung der Arbeitszeit
- d) bessere Unterbringung

Diese Vorschläge wurden inzwischen weitgehend verwirklicht. Die durchschnittlichen Tarifbezüge des Pflegepersonals entsprechen den durchschnittlichen Brutgehältern der Angestellten in vergleichbaren Berufen. Die sozialen Leistungen und die Arbeitszeit unterscheiden sich praktisch nicht von den Bedingungen in anderen Berufen. Für eine gute, moderne und dabei finanziell tragbare Unterbringung wurden in den Jahren 1951 bis 1968 mit öffentlichen Mitteln (Darlehen des öffentlichen Wohnungsbauprogramms, Zuschüsse und Darlehen aus dem Grenzlandhilfeprogramm, Mittel aus dem Konjunkturförderungsprogramm, Einbeziehung der Kosten von Schwesternwohnungen in die zuschufähigen Kosten von Krankenhausbetten) 16700 Wohnplätze für Krankenpflegepersonal gebaut.

Ab 1962 wurde der Bau von jährlich etwa 1500 Wohnplätzen gefördert. Das soll auch künftig geschehen. Eine Umfrage im Jahre 1963 hat ergeben, daß schon damals nahezu die Hälfte der Schwestern in Einzelzimmern, mehr als $\frac{2}{3}$ — in den freigemeinnützigen Krankenhäusern sogar $\frac{3}{4}$ der Schwestern — in Ein- und Zweibettzimmern wohnen. Für mehr als die Hälfte der Schüler standen damals schon Ein- und Zweibettzimmer zur Verfügung. Die Verhältnisse haben sich durch den weiteren Bau von rund 10 000 Wohnplätzen für Schwestern seit 1964 zunehmend verbessert.

5. Das Staatsministerium des Innern war ferner schon frühzeitig bemüht, zur Entlastung der Schwestern das Berufsbild der ‚Krankenhausthelferin‘ zu schaffen. Krankenhaushelferinnen werden auch heute noch vor allem in Nordbayern ausgebildet. Die Krankenhaushelferin hat gegenüber der Krankenpflegehelferin, deren Ausbildung inzwischen bundesgesetzlich geregelt worden ist, den Vorteil, daß die Mädchen schon gleich nach ihrer Entlassung aus der Volksschule die Ausbildung beginnen können, während die Krankenpflegehelferin die Ausbildung nicht vor dem 17. Lebensjahr beginnen kann. Das Staatsministerium des Innern hat sich immer für eine Herabsetzung des Alters bei der Zulassung zur Ausbildung im Pflegeberuf eingesetzt, da die nicht ausgefüllte Zeitspanne zwischen Schulentlassung und Beginn der Ausbildung manchen jungen Menschen vom Pflegeberuf abhält, selbst wenn Neigung dazu besteht.

6. Weiterhin hat das Staatsministerium des Innern sich um die Werbung für den Pflegeberuf bemüht und sie auch finanziell erheblich gefördert. Außer Werbeheftchen, Broschüren u. ä. hat es eine Wanderausstellung angeregt, die von der Bayerischen Krankenhausesellschaft in Verbindung mit dem Bayerischen Schwesternausschuß in den Jahren 1966 bis 1968 durchgeführt wurde. Das Staatsministerium des Innern hat rund $\frac{2}{3}$ der Kosten der Ausstellung getragen. An 42 Orten haben rund 100 000 Besucher, davon $\frac{2}{3}$ Jugendliche, die Ausstellung besucht. Ziel der Ausstellung war, der Bevölkerung in Bayern das heutige Berufsbild der Krankenpflege zu zeigen und dadurch möglichst viele junge Menschen für diesen Beruf zu

Adumbran[®]

Thomae

zuverlässig, bewährt, gut verträglich
bei Angst, Spannung, Nervosität, vegetativer Dysregulation.

1

gewinnen. Wenn sich der Erfolg der Ausstellung auch erst in den kommenden Jahren auswirken wird, war doch schon während des ganzen Ausstellungsverlaufs ihr positiver Einfluß erkennbar.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist derzeit mit der Ausarbeitung von Werbemaßnahmen, u. a. der Schaffung eines Filmes befaßt. Das Staatsministerium des Innern wird auch künftige geeignete Werbemaßnahmen soweit nur irgend möglich unterstützen. Es ist daran gedacht, daß die Anwerbung männlicher Pflegekräfte verstärkt wird, da gerade diese den Beruf im Gegensatz zu einer beachtlichen Zahl von Schwestern nicht nur als Übergangstätigkeit bis zur Eheschließung betrachten. Die technische Entwicklung im Krankenhaus kommt diesem Bemühen entgegen, da sie zusätzliche Arbeitsgebiete für Pfleger erschließt.

7. Zum Mangel an Pflegekräften trägt, wie schon erwähnt, wesentlich bei, daß viele junge Schwestern heiraten und daher aus ihrem Beruf ausscheiden und auch im mittleren Lebensalter nicht wieder in ihren Beruf zurückkehren. Das Staatsministerium des Innern hat schon wiederholt darauf hingewiesen, daß die Krankenhäuser den Pflegeberuf auch für verheiratete Schwestern anziehend gestalten sollten. Dem könnte die vermehrte Schaffung von Teilzeitbeschäftigung und die Einrichtung von Kinderbetreuungsstätten in Krankenhäusern dienen. Bisher haben sich die Träger von Krankenhäusern gegenüber solchen Vorschlägen zurückhaltend gezeigt. Unter dem Eindruck der guten Erfahrungen, die eine Reihe von Krankenhäusern mit Halbtagsbeschäftigung von Schwestern gemacht haben, gehen sie zunehmend dazu über, dieses Beispiel nachzuahmen.

8. Neben dem Bemühen, ausgebildete Pflegekräfte längere Zeit im Beruf zu halten, ist auch künftig die Ausbildung von genügend Krankenpflegepersonal von zentraler Bedeutung. Die Errichtung und Unterhaltung von Krankenpflegesschulen sind mit erheblichen Kosten verbunden. Das Staatsministerium des Innern hat daher schon 1959 begonnen, die Träger von Krankenpflegesschulen durch Zuschüsse zu unterstützen, die jährlich erhöht werden konnten und 1966 insgesamt fast 2 1/2 Millionen DM betragen. 1967 wurden diese Mittel wegen der ungünstigen Haushaltslage um die Hälfte gekürzt. Einer Erhöhung der Mittel stand auch die Tatsache entgegen, daß die Preisbehörden bei den Pflegesatzberechnungen die staatlichen Zuschüsse zur Ausbildung von Krankenpflegepersonal als öffentliche Betriebszuschüsse an Krankenhäuser im Sinne des § 6 der Pflegesatzverordnung betrachteten und bei der Ermittlung der vergütungsfähigen Selbstkosten absetzten. Dadurch kamen die Zuschüsse nicht den Krankenpflegesschulen, sondern den sozialen Leistungsträgern, insbesondere den gesetzlichen Krankenkassen zugute. Diese mittelbare Förderung war weder gewollt noch zu vertreten. Nachdem 1969 durch Verhandlungen erreicht werden konnte, daß die staatlichen Zuschüsse an Träger von Krankenpflegesschulen künftig

nicht mehr als öffentliche Betriebszuschüsse an die Krankenhäuser betrachtet werden, setzt sich das Staatsministerium des Innern nunmehr dafür ein, daß der Zuschußbetrag von 1,6 Millionen DM, die 1969 verteilt werden konnten und auch für dieses Jahr vorhanden sind, fühlbar erhöht wird.“

Wachsender Prozentsatz der in Bayern beheimateten Studierenden

Auf eine Anfrage nach der Zahl der in Bayern beheimateten Studierenden an den bayerischen wissenschaftlichen Hochschulen wies der Kultusminister darauf hin, daß diese Zahl in den letzten Jahren angestiegen sei. Im Wintersemester 1966/67 betrug der Anteil der Bayern an der Gesamtzahl der Studenten an den Hochschulen in Bayern 69,9 %, im Wintersemester 1967/68 = 71,5 %, im Wintersemester 1968/69 = 73 %. Unter den Studienanfängern betragen diese Prozentsätze: Wintersemester 1966/67 = 72,2 %, Wintersemester 1967/68 = 82,8 %, Wintersemester 1968/69 = 84,3 %.

Verkürzung der Medizinalassistentenzeit

Schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. F. CREMER (SPD) vom 1. Dezember 1969:

„Welche Maßnahmen hat die Staatsregierung getroffen, um der mit der bekannten Verkürzung der Medizinalassistentenzeit ab 1. 1. 1970 verbundenen Verdoppelung der Zahl der Bewerber um Planstellen Rechnung zu tragen?“

Antwort des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom 30. Januar 1970:

„Im Entwurf des Nachtragshaushaltsplans 1970 sind für die Universitätskliniken u. e. 60 neue Stellen für Ärzte ausgebracht. Das Staatsministerium für Unterricht und Kultus beabsichtigt, die Besetzung dieser Stellen unmittelbar nach der Genehmigung des Nachtragshaushalts durch den Landtag zuzulassen, soweit ein dringendes dienstliches Bedürfnis besteht. Außerdem wird angestrebt werden, daß in einem Nachtragsstellenplan 1970 bei denjenigen Kliniken, für deren Disziplin die Aufnahme von Medizinalassistenten aufgrund der geänderten Ausbildungsbestimmungen künftig nicht mehr oder nur noch in beschränktem Umfang in Betracht kommen wird, die vorhandenen Stellen für Medizinalassistenten in solche für wissenschaftliche Assistenten umgewandelt werden. Im übrigen ist damit zu rechnen, daß auch in den Haushaltsplänen ab 1971 die Stellen für Ärzte bei den Kliniken vermehrt werden.“

Außerdem darf auf die Zuständigkeit des Staatsministeriums des Innern für den Vollzug der Bestallungsordnung für Ärzte hingewiesen werden.“

Brief aus Bonn

Die Bundesregierung hat in Ihrem Sozialbericht 1970 einen Katalog ihrer sozialpolitischen Vorhaben präsentiert. Die Sozialpolitik, so heißt es darin, werde mehr und mehr zum Kernbereich einer Politik, die die Gesellschaft im ganzen mitgestalten wolle. Technischer und wirtschaftlicher Fortschritt müßten bewußt in sozialen Fortschritt umgewandelt werden. Das Wirtschaftswachstum sei eine unverzichtbare Grundlage der modernen Sozialpolitik; es sei jedoch mit sozialen Spannungen und Widersprüchen verbunden. Der private Wohlstand wachse, während der öffentliche Bedarf ungenügend gedeckt werde; die industriellen Wachstumsregionen und die ländlichen Problemgebiete entwickelten sich euseinander; die Notwendigkeit für die Bürger, ihre beruflichen Fähigkeiten dem technischen und wissenschaftlichen Fortschritt ständig anzupassen, schaffe neue soziale Risiken; im dynamischen Wachstumsprozeß bildeten sich zeitweilig oder dauernd erhebliche Einkommens- und Vermögensunterschiede. Der von Arbeitsminister Arendt vorgelegte Sozialbericht definiert es als das Ziel der Sozialpolitik, diese Disparitäten aufzulösen und im Interesse der Gesamtgesellschaft eine gleichgewichtige Wohlmehrmung anzustreben.

Freilich läßt der Bericht nicht so etwas wie eine neue Gesamtkonzeption der Sozialpolitik, eine „Sozialpolitik aus einem Guß“ erkennen. Arendts wiederholt ausgesprochenes Ziel heißt: Mehr soziale Gerechtigkeit. Was darunter im Einzelfall zu verstehen ist, bleibt abzuwarten. Arendt ist kein Mann der großen Konzeptionen und der großen Worte. Er denkt und handelt sehr pragmatisch. Er will sich kein Denkmal als Sozialreformer setzen. Er weiß, daß unser Sozialsystem besser ist als in fast allen anderen Ländern der Welt. Wo er Ungereimtheiten und soziale Ungerechtigkeiten sieht, da will er sie beseitigen. Dazu gehört freilich auch die Vorstellung, daß die Sozialpolitik dem „kleinen Mann“ zu dienen und in wechselndem Maße von den Bessergestellten zu finanzieren sei. Über die ökonomischen und politischen Grenzen einer solchen Politik scheint Arendt allerdings noch keine rechte Vorstellung zu haben.

Der Katalog der sozialpolitischen Maßnahmen enthält keine neuen spektakulären Maßnahmen. Wie sein Vorgänger Katzer hebt Arendt die Notwendigkeit einer verstärkten Förderung der beruflichen Bildung, Fortbildung und Umschulung hervor. Es ist zu erwarten, daß Arendt weit mehr als bisher die Berufsausbildung in den Griff bekommen will. Hier könnten Konflikte mit der Wirtschaft entstehen, die der robuste frühere Gewerkschaftler aber nicht scheut. Er ist es gewohnt, Konflikte auszutragen. Aber Arendt weiß auch aus vielfältiger Erfahrung, daß er sich die Möglichkeit des Kompromisses offenhalten muß.

Arendt will sich der besonderen Probleme der älteren Arbeitnehmer annehmen. Er will Forschungen finanzieren, die darauf abzielen, Modelleinrichtungen zu schaffen, die den älteren Arbeitnehmern die Chance geben, eine ihren Möglichkeiten entsprechende produktive Beschäftigung auszuführen und sich zugleich beruflich neu zu orientieren. Die Bundesregierung arbeitet auch an einem Gesetzentwurf zur Einführung eines Bildungsurlaubs, der sowohl für die berufliche als auch für die staatsbürgerliche Bildung genutzt werden soll. Bedeutung wird das „Aktionsprogramm zur Rehabilitation“ gewinnen, mit dem allen Körperbehinderten die Eingliederung in die Arbeitswelt und die Gesellschaft auf unbürokratische Weise erleichtert werden soll.

Wenn man Arendt fragt, was er denn als das wichtigste Ziel seines Aktionsprogramms ansehe, so nennt er die Auflockerung der starren Altersgrenze in der Rentenversicherung. Aber Arendt ist sich bewußt, daß er damit ein vielschichtiges Problem angeht. Im Arbeitsministerium wird an Modellen gearbeitet; zugleich sollen bestimmte Altersgruppen nach ihrer Einstellung zur Einführung einer flexiblen Altersgrenze gefragt werden. Dieses Projekt dürfte aber weder in diesem noch im nächsten Jahr zu realisieren sein, wenngleich Arendts politische Energie nicht unterschätzt werden darf. In die Rentenversicherung sollen die noch nicht gesicherten Gruppen der Selbständigen einbezogen werden. Einzelheiten werden nicht angeführt.

Der Bereich der Krankenversicherung spielt im Sozialbericht, dem das neue Sozialbudget beigelegt ist, eine beträchtliche Rolle. Zum erstenmal wird nicht mehr nur davon gesprochen, daß die Einkommensgrenzen überprüft werden sollen. Konkret wird deren Erhöhung und Dynamisierung angekündigt. In der Koalition ist man sich weitgehend einig, diese Grenzen auf etwa DM 1600 Monateinkommen zum 1. Januar 1971 anzuheben und dann die Entwicklung der dynamischen Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung zu koppeln. Die Einkommensgrenzen würden damit automatisch von Zeit zu Zeit der allgemeinen Einkommensentwicklung folgen. Die nicht versicherungspflichtigen Arbeitnehmer sollen wie die Pflichtversicherten einen Zuschuß des Arbeitgebers zur Krankenversicherung erhalten. Es wird auch angekündigt, die Landwirte allgemein in die soziale Krankenversicherung einzubeziehen. Für die Ärzte bedeutsam ist im Sozialbericht der mehrfache Hinweis auf die Absicht, die Krankheitsvorsorge auszubauen und den Fortschritt der Medizin allen Versicherten unverzüglich zugute kommen zu lassen. Die angestrebte „Weiterentwicklung der Krankenversicherung“ dürfte jedoch auf die lange Bank geschoben werden. Die Sachverständigen-Kommission hierfür, in die 20 Persönlichkeiten berufen werden — neben Wissenschaftlern auch Arbeitgeber-, Gewerkschafts- und Ärztevertreter —, hat keinen zeitlich befristeten Auftrag. Aufhorchen müssen die Ärzte, wenn im Sozialbericht davon gesprochen wird, daß es vor-

dringlich sei, auf dem Lende und in den Stadtrandbezirken die kassenärztliche Versorgung zu sichern. Diese Frege wird mehr und mehr zum Politikum. Dieselbe Priorität wird der Krankenhausversorgung und der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser beigemessen.

Arendt könnte es gelingen, mit dem Sozialbericht und dem bemerkenswert weiterentwickelten Sozialbudget sein politisches Tief zu überwinden. Seine politische Position ist, auch wenn in manchen Publikationen das Gegenteil behauptet wird, absolut unangefochten. Spekulationen, daß Arendt gegen seinen parlamentarischen Staatssekretär Rohde ausgetauscht werden könnte, entsprechen weder den Tatsachen noch der politischen Logik. Diese offenbar lancierten Gerüchte heben nur dazu geführt, daß Kanzler Brandt dem Arbeitsminister handschriftlich von seiner Amerikareise aus nachdrücklich sein uneingeschränktes Vertrauen versichert hat. Auch hat Arendts Ansehen bei den Gewerkschaften nicht gelitten. Seine politische Basis ist also stabil. bonn-mot

Aus aller Welt

Ärzte als Patienten

Tell II –

Sie haben mehr zu leiden als andere Patienten

von W. Schweisheimer

„Es war kein Karzinom, es war eine alte Appendizitis!“

Das waren die Worte, die der Wiener Chirurg von Eiselsberg dem berühmten Internisten Bernhard Naunyn „hörber erfreut in das Ohr schrie“, als dieser im Jahr 1908 in Wien aus der Narkose erwachte.

Naunyn hatte seit längerer Zeit Schmerzen und Beschwerden im Unterleib, er fühlte auch eine Geschwulst in seinem Bauch, und er war fest überzeugt, daß bei ihm ein Darmkrebs vorläge. Er hatte keinen Zweifel, daß es sich um eine bereits sehr umfangreiche Neubildung handelte, und er war aufs tiefste deprimiert. „Ich fühlte mich bereits wie nicht mehr dieser Welt angehörig“, so schrieb er demselben, „tief niedergeschlagen, doch gar nicht beängstigt vor dem Mysterium des Todes.“ In Wirklichkeit lagen die Folgen einer eiten Appendizitis vor, und Eiselsberg hatte eine harte Zeit, um bei der Operation die umfangreichen Verwachsungen zu lösen.

Ärzte neigen bei sich zu falschen Diagnosen

Es ist eine alltägliche Erfahrung, daß Ärzte bei sich selbst zu falschen Diagnosen neigen. Das kann zum Guten sein: wir alle kennen den Arzt, der bis zum letzten Tag sein inoperables Magenkarzinom für ein

Ulkus hält, nicht weil ein freundlich gesinnter Kollege ihm das eingeredet hat, sondern weil er selbst aufgrund seiner Erfahrungen und seiner Beobachtungen zu dieser Diagnose gekommen ist.

Oder es kann, wie hier bei Naunyn, eine Fehldiagnose zum Schlechten sein. Das ist gewiß häufig, und hier hat es der Arzt schlechter als jeder andere Patient. Ein nichtärztlicher Patient wird durch eine sachliche Auskunft seiner Ärzte beruhigt sein und wird nicht mehr an das Schlimmste denken. Der kranke Arzt weiß zu viel, hat zu viel Schlimmes gesehen; so liegt es ihm nahe, eine böse Diagnose, eine schlimme Prognose zu stellen, selbst wenn der ihn behandelnde Arzt sachlich von der Unlogik seines Verhaltens zu überzeugen versucht.

Naunyn war gewiß kein Hypochonder, aber in seinen Schriften liegt ein zweiter Fall solcher selbstquälerischer Fehldiagnose vor. Im Winter 1889/90 war eine schwere Grippeepidemie über Europa gekommen. Im Anschluß an schwere Grippeattacken bekam Naunyn, damals in Straßburg, lang anhaltende Depressionszustände mit Halluzinationen. „Ich fing wirklich an, mich um eine beginnende Geisteskrankheit zu sorgen und fragte Jolly (Professor der Psychiatrie), der mich aber auslachte. Doch hatte ich unter meinen Depressionen und dem Verlust meines Selbstvertrauens viel zu leiden.“

Naunyn kam zu seiner Fehldiagnose aufgrund seiner subjektiven Gefühle, die ihn schwer leiden machten, aber trotz so geringer objektiver Symptome, daß der behandelnde Arzt ihn „auslachte“. Vielleicht hat Jolly ihn nur „ausgelacht“, um ihm die Grundlosigkeit seiner Befürchtungen deutlich zu machen. Viele nicht-ärztliche Patienten waren beruhigt gewesen, wenn ein autoritativer Arzt sie ob ihrer Befürchtungen „ausgelacht“ hätte – nicht so der kranke Arzt, der im Lauf seines Lebens und seiner Praxis allzu viele bösartig verlaufende Fälle von Depressionen gesehen hatte.

Mißtrauen gegen den Rat anderer Ärzte

Kranke Ärzte haben es schlechter als andere Patienten, weil sie z. T. dem Rat des behandelnden Arztes allzu kritisch oder gar mißtrauisch gegenüberstehen. G. F. L. Stromeyer, Professor der Chirurgie in München, Kiel und Hannover (gest. 1876), erkrankte an einer schweren Gallensteinkolik mit drei Wochen lang anhaltendem hohem Fieber. Er wurde von dem Internisten Professor Griesinger behandelt, aber er kannte dessen Heilmethoden nicht; so war er mißtrauisch gegen die verschriebenen Arzneien und verschmähte sie fast gänzlich.

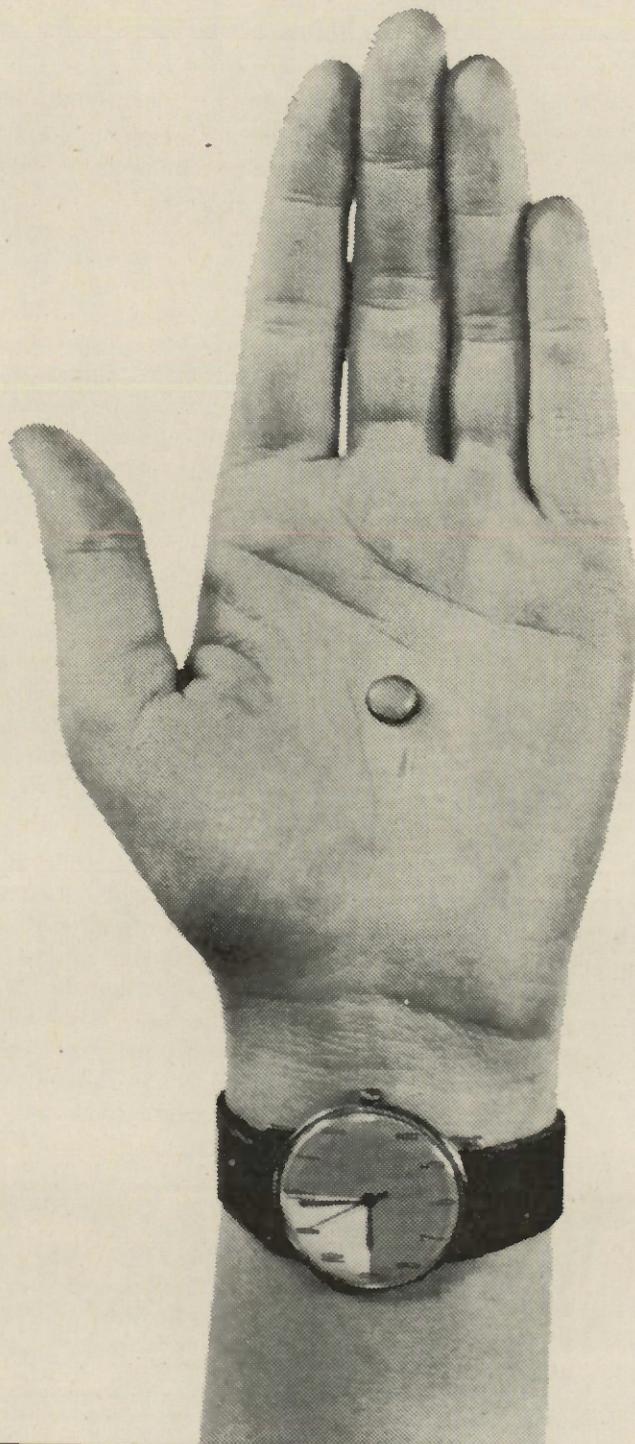
Während der Fieberperiode genoß Stromeyer fast nur frisches Wasser und dann bekam er eine unwiderstehliche Neigung nach englischem Ale. Dieses Bier war wochenlang seine einzige Nahrung. Als er das Bett verlassen konnte, fand er fest sämtliche Medizinflaschen unberührt auf einer Fensterbank, wo er sie hinter dem herabgelassenen Vorhang versteckt hatte. Er

Esberiven[®]-Depot

fortschrittliche Gefäßtherapie
1 Dragee
sichere Wirkung über 9 Stunden



Schaper & Brümmer
Salzgitter-Ringelheim



sagt selbst in seinen „Erinnerungen“: „Ich war für den behandelnden Arzt und für meine Pflegerinnen ein unerträglicher Kranker.“

Der kranke Arzt wird nicht richtig beraten

Manche Ärzte behandeln den kranken Kollegen mehr als einen Arzt denn als Patienten. Darüber beklagte sich neuerdings Dr. Max Pinner, der Leiter der Abteilung für Lungenkranke am Montefiore Hospital in New York. Er litt viele Jahre lang an Angina pectoris oder Angina pectoris-ähnlichen Erscheinungen und konsultierte zahlreiche Ärzte.

Er fand dabei, daß die meisten dieser Ärzte ihn behandelten wie einen Kollegen, der sie zu einer Konsultation gerufen hatte. Sie setzten voraus, daß er selbst wisse, was nach Stellung der Diagnose zu tun sei und gaben ihm daher weder den exakten Rat, den sie anderen Patienten in minutiösen Details gaben, noch verordneten sie eine genaue Medikation. Durch dieses Verhalten der behandelnden Ärzte ging ihm die seelische Erleichterung verloren, die jeder Patient von seinem Arzt erwartet.

Keine Rechnung für kranke Kollegen

Dr. Pinner empfand es auch bitter, daß alle Ärzte es ablehnten, ihm eine normale Rechnung für die Behandlung zu senden. Er betrachtet das als eine unerfreuliche seelische Belastung für den kranken Arzt.

Die Sitte, daß Ärzte sich gegenseitig frei behandeln, wird von vielen kranken Ärzten als unbegründet und unerfreulich betrachtet. Gewiß, sie haben es dadurch finanziell besser als nichtärztliche Patienten, aber seelisch stehen sie hinter anderen Patienten zurück. Nicht wenige Ärzte fühlen sich direkt behindert, einen Arzt um Hilfe anzugehen, weil sie wissen, daß er ihnen keine Rechnung senden wird, auch wenn sie ihn darum bitten. Sie erblicken in der Gewährung von „professional courtesy“ ein tatsächliches Hindernis, um einen Arzt rechtzeitig aufzusuchen oder so oft zu konsultieren als es ihnen nötig erscheint.

Eine Umfrage der „American Medical Association“ fragte die Ärzte, ob sie zögerten, freie ärztliche Hilfe aufzusuchen. Die Hälfte der befragten Ärzte bejahte diese Frage: sie zögerten mit Inanspruchnahme ärztlicher freier Beratung. Die Antworten wiesen auch darauf hin, wie beschäftigt viele Ärzte seien und daß es unrecht sei, sie wegen kleiner körperlicher Beschwerden aufzusuchen.

Kranke Ärzte wählen nicht den „besten“ Arzt

Der Professor für Soziologie an der Universität von Colorado, Dr. Herbert Bynder, hat vor kurzem eine Studie über das Thema veröffentlicht, wie kranke Ärzte ihren eigenen Arzt wählen. Sie sind an sich am besten imstande, die Qualität ärztlicher Fürsorge zu beurteilen. Jene Studie kommt zu dem Ergebnis, daß Ärzte für die eigene Behandlung vielfach nicht den „besten“ Arzt wählen, der ihnen zur Verfügung steht, und daß dies nicht mit mangelnder Urteilsfähigkeit zusammenhängt, sondern mit gewissen psychischen Faktoren.

Als „besten“ Arzt betrachtet Dr. Bynder den Zusammenklang von drei Faktoren:

- a) höchster Grad von Verbindung zu führenden Krankenhäusern,
- b) Lehrauftrag an einer Medizinschule,
- c) autoritative Anerkennung als Spezialist auf einem bestimmten medizinischen Gebiet.

Aufgrund dieser Charakteristika unterscheidet er drei Ärztegruppen: hoch, mittel und niedrig.

Es wurden 500 Ärzte und Chirurgen befragt, wen sie als Arzt für ihr eigenes Kranksein wählten. Nur 35 % der gewählten Ärzte erhielten in seiner Klassifizierung das Prädikat „hoch“ und 27 % wurden sogar als „niedrig“ bezeichnet. Ärzte vermeiden es nach dieser Theorie, hochkompetente Ärzte zur Behandlung zu wählen, weil ihnen das zu viele soziale „Kosten“ bereitet.

Darunter ist folgendes zu verstehen: Der Arzt, der anderen Menschen hilft, steht hoch in Achtung. Für viele Ärzte ist es seelisch „kostspielig“, solche Dienste selbst annehmen zu müssen, ohne sie erwidern zu können. Je höher der behandelnde Arzt in Rang und Ansehen ist, um so höher sind die seelischen „Kosten“, die der kranke Arzt zu bringen hat. Er vermeidet es daher, soweit das möglich ist, einen Arzt zu wählen, von dem er selbst überzeugt ist, daß er ranglich oder in medizinischem Wissen hoch über ihm steht.

Die psychologischen Untersuchungen sind zweifellos interessant, aber nicht unbedingt überzeugend. Der kranke Arzt wählt oft einen Arzt aus einem ganz bestimmten persönlichen Grund, auch wenn dieser in eine „niedrigere“ Klasse der Bynderschen Klassifizierung fällt. Vielleicht ist der von ihm gewählte Arzt kein Hochschullehrer oder nicht „DER Chirurg“. Aber der kranke Arzt weiß aus der langjährigen Verbindung mit ihm oder auch aus dem Urteil von Freunden, zu deren

RECORSAN[®] - LIQUID, c. Rutin
Rein phytologisches Cardiotonicum
für die kleine Herztherapie
Crataegus-Kombinationstherapie des Altersherzens
O. P. Tropfflasche zu 30 ml
Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Sachkenntnis er Vertrauen hat, daß der gewählte Arzt beides ist: ein klinisch guter, vertrauenswürdiger Arzt und dabei ein besonders menschlicher Arzt.

Morphiuminjektionen

Eine Hilfe, die dem kranken Arzt leichter zur Verfügung steht als dem nichtärztlichen Patienten, die ihm aber auf die Dauer mehr Leiden bringen mag, sind schmerzstillende Injektionen mit Morphin und anderen zur Gewöhnung führenden Präparaten. Viele Ärzte sind zum mindesten vorübergehend dadurch süchtig geworden. Nicht allen ist es gelungen, sich davon wieder zu befreien.

Ein Beispiel solcher Süchtigkeit nach Morphininjektionen ist in der Autobiographie von L. Sonderegger gegeben, dem früheren Leiter des Gesundheitswesens im schweizerischen Kanton St. Gallen. Er wurde oft zu Notfällen gerufen, wenn er gerade an schwersten Magenkoliken litt, und er brauchte die Morphiumspritze, um sich trotzdem den Patienten widmen zu können. „War ich besser als die armen Menschen mit unendlichem Durst nach dem stillen Glück der Narkose?“ Man muß milde urteilen. Es ist nicht alles Laster und nicht alles Tugend, was so scheint.

Aufsuchen von Naturheilern

Ärzte, trotz allen Wissens und trotz Vertrauens in die wissenschaftliche Medizin, sind nicht dagegen gefeit, Naturheiler und andere Laienbehandler aufzusuchen, wenn andere Mittel bei ihrer Krankheit versagt haben. Darüber liegen zahlreiche Berichte aus der Vergangenheit vor, und es ist kaum anzunehmen, daß sich das in unserer Zeit grundsätzlich geändert hat.

Letzten Endes hängt diese für manchen überraschende Tatsache wohl damit zusammen, daß kranke Menschen und gesunde Menschen nicht die gleiche Denkungsweise haben. Ein Mensch, der von dauernden Schmerzen gepeinigt ist und keinen Ausweg aus seinem Elend sieht, denkt anders als zu einer Zeit, da er gesund und „normal“ war. Und vielleicht ist in dieser Hinsicht auch der kranke Arzt in manchen Fällen nicht ein kranker Arzt, sondern nichts anderes als ein kranker, unglücklicher Mensch.

(Schluß folgt)

Anschr. d. Verf.: Dr. med. W. Schweisheimer, 66 Milton Road, Rye, New York 10 580

Amtliches

Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung

Die Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern beabsichtigt, von Anfang Oktober 1970 bis Ende Februar 1971 in München einen Lehrgang zur Vorbereitung auf die Amtsarztprüfung (Physikatskurs) abzuhalten. Die Ausschreibung des Lehrganges erfolgt rechtzeitig im „Bayerischen Staatsanzeiger“ und in dieser Zeitschrift. Interessenten können sich schon jetzt wenden an: Akademie für das öffentliche Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, 8000 München 22, Odeonsplatz 3.

Fristablauf

Mit Inkrafttreten der neuen Weiterbildungsordnung (Teil II der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns) am 1. Juli 1969 wurden neu eingeführt:

1. Allgemeinmedizin
2. Fachgebiete:
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Pathologische Anatomie
Pharmakologie
3. Teilgebiete:
Kinderchirurgie
Unfallchirurgie
Gastroenterologie
Kardiologie
Lungen- und Bronchialheilkunde

In den Übergangsvorschriften (§ 33 WBO) sind die Voraussetzungen eulgezeichnet, unter denen Ärzte Antrag auf Genehmigung der jeweiligen Bezeichnung bei der Bayerischen Landesärztekammer stellen können.

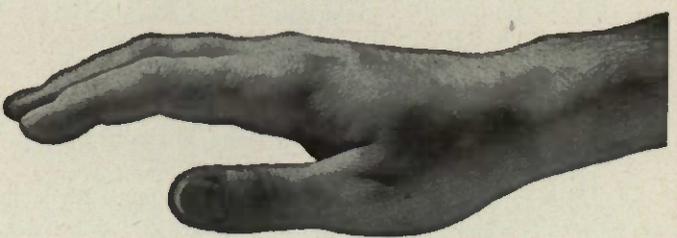
Wir gestatten uns den Hinweis, daß diese Übergangsvorschriften zeitlich befristet sind. Die Anträge müssen innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten der Weiterbildungsordnung gestellt werden, d. h. bis spätestens 1. Juli 1970, soweit die als Voraussetzung für den Erwerb der Bezeichnung vorgeschriebenen Tätigkeiten vor dem 1. Juli 1969 abgeleistet wurden.

Passiorin

Rein pflanzliches Dauersedativum
(Passifl. inc., Solan. alb., Crotonog. anac.)
Ohne Gewöhnungsgefahr
Ohne Nebenwirkungen

Unschädliche Kur- und Dauermedikation
zur Stabilisierung des Nervensystems

SIMONS CHEMISCHE FABRIK GAUTING BEI MÜNCHEN



Überleitungsabkommen

zwischen der Bayerischen Ärzteversorgung – Bayerische Versicherungskammer –, München, und der Ärztekammer Berlin – Berliner Ärzteversorgung –, Berlin

vertreten durch den Präsidenten und den Vizepräsidenten der Ärztekammer Berlin

1. Mitglieder der oben eingeführten Versorgungseinrichtungen, die vor Vollendung des 45. Lebensjahres im Geltungsbereich der anderen Versorgungseinrichtung berufstätig werden, können die bei der bisher zuständigen Ärzteversorgung mit Ausnahme der bei der Bayerischen Ärzteversorgung für das erhöhte Sterbegeld geleisteten Beiträge ungekürzt an die neu zuständige Versorgungseinrichtung überleiten lassen.

Die neu zuständige Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle von ihr zu erbringenden satzungsmäßigen Leistungen in der Höhe, als wären die bei der bisherigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.

2. Der Antrag auf Beitragsüberleitung ist innerhalb von sechs Monaten nach Wechsel der Niederlassung bzw. des Arbeitsplatzes bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen.

Bleiben nicht niedergelassene Ärzte zunächst freiwillige Mitglieder der bisherigen Versorgungseinrichtung, so können sie nach Niederlassung in eigener Praxis innerhalb von drei Monaten den Antrag auf Beitragsüberleitung stellen, sofern sie inzwischen nicht das 45. Lebensjahr vollendet haben.

3. Beiträge von Mitgliedern, die im Zeitpunkt des Überwechselns bei ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben oder zu diesem Zeitpunkt bereits berufsunfähig waren, können nicht übergeleitet werden.
4. Die bisherige Versorgungseinrichtung überträgt sämtliche zugunsten des antragstellenden Arztes abgeführten Beiträge unter Beifügung einer Aufstellung, aus der für jedes Kalenderjahr die Höhe und der Zeitpunkt der Leistung zu ersehen sind (Überleitungsabrechnung), an die neu zuständige Versorgungseinrichtung. Etwaige Beitragsrückstände werden von der bisherigen Versorgungseinrichtung beigetrieben und nach Eingang unverzüglich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die hierbei gegebenenfalls Amtshilfe leistet.
5. Der geldliche Ausgleich zwischen den Versorgungseinrichtungen wird unmittelbar mit Erstellung der Überleitungsabrechnung vorgenommen.

Der Risikoübergang erfolgt am 3. Kalendertag 00 Uhr nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Stempel des Postamts.

6. Dieses Überleitungsabkommen tritt in Kraft, sobald die Aufsichtsbehörden der Beteiligten die Genehmigung erteilt haben. Es ist von den Vertragschließenden zu veröffentlichen.

Im übrigen kann dieses Abkommen von den Vertragsschließenden mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.

7. Beiträge der Mitglieder, die vor Abschluß dieses Überleitungsabkommens bei einem Versorgungswerk auf Grund der Mitgliedschaft zum anderen Versorgungswerk betreit wurden oder ausgenommen waren, können auf Antrag nach Maßgabe dieses Überleitungsabkommens auf das Versorgungswerk übergeleitet werden, das die Befreiung ausgesprochen bzw. die Ausnahme von der Mitgliedschaft festgestellt hat.

Der Antrag ist innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Überleitungsabkommens zu stellen.

8. Der Ländesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung hat diesem Überleitungsabkommen zugestimmt.

zwischen der Bayerischen Ärzteversorgung – Bayerische Versicherungskammer –, München, und der Landesärztekammer Hessen, Versorgungswerk, Frankfurt (Main)

1. Mitglieder einer der oben angeführten Versorgungseinrichtungen, die vor Vollendung des 45. Lebensjahres im Geltungsbereich der anderen Versorgungseinrichtung berufstätig werden, können die bei der bisher zuständigen Versorgungseinrichtung mit Ausnahme der bei der Bayerischen Ärzteversorgung für das erhöhte Sterbegeld geleisteten Beiträge ungekürzt an die neu zuständige Versorgungseinrichtung überleiten lassen.

Die überzuleitenden Beiträge dürfen, bezogen auf das Jahr, für welches sie ursprünglich geleistet wurden, nicht höher sein als der nach der Satzung der übernehmenden Versorgungseinrichtung für den jeweiligen Beitragszeitraum zulässige Höchstbetrag.

Die neu zuständige Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle von ihr zu erbringenden satzungsmäßigen Leistungen in der Höhe, als wären die bei der bisherigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.

2. Der Antrag auf Beitragsüberleitung ist innerhalb von sechs Monaten nach Wechsel der Niederlassung bzw. des Arbeitsplatzes bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen.

Bleiben nicht niedergelassene Ärzte zunächst freiwillige Mitglieder der bisherigen Versorgungseinrichtung, so können sie nach Niederlassung in eigener Praxis innerhalb von drei Monaten den Antrag auf Beitragsüberleitung stellen, sofern sie inzwischen nicht das 45. Lebensjahr vollendet haben.

3. Beiträge von Mitgliedern, die im Zeitpunkt des Überwechselns bei ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben oder zu diesem Zeitpunkt bereits berufsunfähig sind, können nicht übergeleitet werden.

4. Die bisherige Versorgungseinrichtung überträgt sämtliche zugunsten des antragstellenden Arztes geleisteten Beiträge, sofern sie die Höchstbeträge nach Ziffer 1 Absatz 2 nicht überschreiten, unter Beifügung einer Aufstellung, aus der für jedes Kalenderjahr die Höhe und der Zeitpunkt der Leistung zu ersehen sind (Überleitungsabrechnung), an die neu zuständige Versorgungseinrichtung.

Etwaige Beitragsrückstände werden von der bisherigen Versorgungseinrichtung beigetrieben und nach Eingang unverzüglich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die hierbei gegebenenfalls Amtshilfe leistet.

NERVO-OPT

NERVO-OPT

NERVO-OPT®

Verschreibungspflichtig!

Zusammensetzung pro Dragea:

Natr. diaethylbarbituric. 100 mg,
Acid. phanylethylbarbituric. 10 mg,
Extr. Valerian., Humul. lup., Visc. alb.,
Adonid., Calc. gluconic., Kal. bromat.,
Aminophenazon.

NERVO · OPT-Dragees

OP zu 50 Dragees

**beruhigt
die Nerven
und bringt
erquickenden
Schlaf**

DR. BRAUN & HERBERG · BAD SCHWARTAU





Schlecht geschlafen? STADA hat Stadadorm.[®] Hypnoticum.

Mit dem schnell metabolisierende Amobarbital bei Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie bei körperlichen und seelischen Erregungszuständen.
O. P. 10 Tabletten.

5. Der geldliche Ausgleich zwischen den Versorgungseinrichtungen wird unmittelbar mit Erstellung der Überleitungsabrechnung vorgenommen.

Der Risikoübergang erfolgt am 3. Kalendertag 00 Uhr nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Stempel des Postamtes.

6. Dieses Überleitungsabkommen tritt in Kraft, sobald die Aufsichtsbehörden der Beteiligten die Genehmigung erteilt haben. Es ist von den Vertragschließenden zu veröffentlichen.

Im übrigen kann dieses Abkommen von den Vertragsschließenden mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.

7. Beiträge der Mitglieder, die vor Abschluß dieses Überleitungsabkommens bei einem Versorgungswerk aufgrund der Mitgliedschaft zum anderen Versorgungswerk befreit wurden oder ausgenommen waren, können auf Antrag nach Maßgabe dieses Überleitungsabkommens auf das Versorgungswerk übergeleitet werden, das die Befreiung ausgesprochen bzw. die Ausnahme von der Mitgliedschaft festgestellt hat.

Der Antrag ist innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Überleitungsabkommens zu stellen.

8. Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung hat diesem Überleitungsabkommen zugestimmt.

zwischen der Bayerischen Ärzteversorgung – Bayerische Versicherungskammer –, München, und der Bezirksärztekammer Koblenz – Versorgungseinrichtung –, Koblenz

1. Mitglieder der oben angeführten Versorgungseinrichtungen, die vor Vollendung des 45. Lebensjahres im Geltungsbereich der anderen Versorgungseinrichtung berufstätig werden, können die bei der bisher zuständigen Ärzteversorgung mit Ausnahme der bei der Bayerischen Ärzteversorgung für das erhöhte Sterbegeld geleisteten Beiträge an die neu zuständige Ärzteversorgung überleiten lassen.

Die überzuleitenden Beiträge dürfen, bezogen auf das Jahr, für welches sie ursprünglich geleistet wurden, nicht höher sein als der nach der Satzung der übernehmenden Versorgungseinrichtung für den jeweiligen Beitragszeitraum zulässige Höchstbetrag.

Die neu zuständige Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle von ihr zu erbringenden satzungsmäßigen Leistungen in der Höhe, als wären die von der bisherigen Versorgungseinrichtung übergeleiteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.

2. Beiträge von Mitgliedern, die im Zeitpunkt des Überwechslens bei ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsuntätigkeitsrente gestellt haben oder zu diesem Zeitpunkt bereits berufsuntätig sind, können nicht übergeleitet werden.

3. Der Antrag auf Beitragsüberleitung ist innerhalb von sechs Monaten nach Wechsel des Ortes der Berufsausübung bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen.

Bleiben nicht niedergelassene Ärzte zunächst freiwillige Mitglieder der bisherigen Versorgungseinrichtung, so können sie nach Niederlassung in eigener Praxis innerhalb von drei Monaten den Antrag auf Beitragsüberleitung stellen, sofern sie inzwischen nicht das 45. Lebensjahr vollendet haben.

4. Die bisherige Versorgungseinrichtung überträgt sämtliche zugunsten des antragstellenden Arztes geleisteten Beiträge, sofern sie die Höchstbeträge nach Ziffer 1 Absatz 2 nicht überschreiten, unter Beifügung einer Aufstellung, aus der Höhe und Zeitpunkt der Leistung in jährlichen Teilbeträgen zu ersehen sind (Überleitungsabrechnung), an die neu zuständige Versorgungseinrichtung.

Etwaige Beitragsrückstände werden von der bisherigen Versorgungseinrichtung beigetrieben und nach Eingang unverzüglich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die hierbei gegebenenfalls Amtshilfe leistet.

5. Der geldliche Ausgleich zwischen den Versorgungseinrichtungen wird unmittelbar mit Erstellung der Überleitungsabrechnung vorgenommen.

Der Risikoübergang erfolgt am 3. Kalendertag 00 Uhr nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Stempel des Postamtes.

6. Dieses Überleitungsabkommen tritt mit seiner Unterzeichnung, soweit es der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde bedarf, mit deren Genehmigung, in Kraft.

7. Das Überleitungsabkommen wird in den Ärzteblättern der Vertragschließenden veröffentlicht.

8. Dieses Abkommen kann von den Vertragschließenden mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.

9. Das am 26. September/26. Oktober 1962 zwischen den Beteiligten abgeschlossene Überleitungsabkommen tritt mit Wirksamwerden dieses Abkommens außer Kraft.

10. Beiträge der Mitglieder, die vor Abschluß dieses Überleitungsabkommens bei einem Versorgungswerk aufgrund der Mitgliedschaft zum anderen Versorgungswerk befreit wurden oder ausgenommen waren, können auf Antrag nach Maßgabe dieses Überleitungsabkommens auf das Versorgungswerk übergeleitet werden, das die Befreiung ausgesprochen bzw. die Ausnahme von der Mitgliedschaft festgestellt hat.

Der Antrag ist innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Überleitungsabkommens zu stellen.

11. Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung und die Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Koblenz haben diesem Überleitungsabkommen zugestimmt.

zwischen der Bayerischen Ärzteversorgung – Bayerische Versicherungskammer –, München, und der Bezirksärztekammer Trier – Versorgungseinrichtung –, Trier

1. Mitglieder der oben angeführten Versorgungseinrichtungen, die vor Vollendung des 45. Lebensjahres im Geltungsbereich der anderen Versorgungseinrichtung berufstätig werden, können die bei der bisher zuständigen

Ärzteversorgung mit Ausnahme der bei der Bayerischen Ärzteversorgung für das erhöhte Sterbegeld geleisteten Beiträge an die neu zuständige Ärzteversorgung überleiten lassen.

Die überzuleitenden Beiträge dürfen, bezogen auf das Jahr, für welches sie ursprünglich geleistet wurden, nicht höher sein als der nach der Satzung der übernehmenden Versorgungseinrichtung für den jeweiligen Beitragszeitraum zulässige Höchstbetrag.

Die neu zuständige Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle von ihr zu erbringenden satzungsmäßigen Leistungen in der Höhe, als wären die von der bisherigen Versorgungseinrichtung übergeleiteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.

2. Beiträge von Mitgliedern, die im Zeitpunkt des Überwechsellens bei ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben oder zu diesem Zeitpunkt bereits berufsunfähig sind, können nicht übergeleitet werden.
3. Der Antrag auf Beitragsüberleitung ist innerhalb von sechs Monaten nach Wechsel des Ortes der Berufsausübung bei einer der beiden Versorgungseinrichtungen zu stellen.

Bleiben nicht niedergelassene Ärzte zunächst freiwillige Mitglieder der bisherigen Versorgungseinrichtung, so können sie nach Niederlassung in eigener Praxis innerhalb von drei Monaten den Antrag auf Beitragsüberleitung stellen, sofern sie inzwischen nicht das 45. Lebensjahr vollendet haben.

4. Die bisherige Versorgungseinrichtung überträgt sämtliche zugunsten des antragstellenden Arztes geleisteten Beiträge, sofern sie die Höchstbeträge nach Ziffer 1 Absatz 2 nicht überschreiten, unter Beifügung einer Aufstellung, aus der Höhe und Zeitpunkt der Leistung in jährlichen Teilbeträgen zu ersehen sind (Überleitungsabrechnung), an die neu zuständige Versorgungseinrichtung.

Etwaige Beitragsrückstände werden von der bisherigen Versorgungseinrichtung beigetrieben und nach Eingang unverzüglich der neu zuständigen Versorgungseinrichtung weitergeleitet, die hierbei gegebenenfalls Amtshilfe leistet.

5. Der geldliche Ausgleich zwischen den Versorgungseinrichtungen wird unmittelbar mit Erstellung der Überleitungsabrechnung vorgenommen.
Der Risikoübergang erfolgt am 3. Kalendertag 00 Uhr nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Stempel des Postamtes.
6. Dieses Überleitungsbkommen tritt mit seiner Unterzeichnung und soweit es der Genehmigung bedarf, mit der Genehmigung durch die zuständige Behörde in Kraft.
7. Das Überleitungsbkommen wird in den Ärzteblättern der Vertragschließenden veröffentlicht.
8. Dieses Abkommen kann von den Vertragschließenden mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.
9. Das am 2. Februar/26. April 1966 zwischen den Beteiligten abgeschlossene Überleitungsbkommen tritt mit Wirksamwerden dieses Abkommens außer Kraft.

10. Beiträge der Mitglieder, die vor Abschluß dieses Überleitungsbkommens bei einem Versorgungswerk aufgrund der Mitgliedschaft zum anderen Versorgungswerk befreit wurden oder ausgenommen waren, können auf Antrag nach Maßgabe dieses Überleitungsbkommens auf das Versorgungswerk übergeleitet werden, das die Befreiung ausgesprochen bzw. die Ausnahme von der Mitgliedschaft festgestellt hat.

Der Antrag ist innerhalb von sechs Monaten nach dem Inkrafttreten dieses Überleitungsbkommens zu stellen.

11. Der Landesauschuß der Bayerischen Ärzteversorgung und die Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Trier haben diesem Überleitungsbkommen zugestimmt.

Zusatzvereinbarung

zwischen der Bayerischen Ärzteversorgung, München, und der Ärztekammer Westfalen-Lippe — Ärzteversorgung —, Münster, im folgenden „Einrichtungen“ genannt

Das am 12. August/5. September 1968 zwischen beiden Einrichtungen geschlossene Überleitungsabkommen soll mit der Maßgabe gelten, daß die in Ziffer 1 Absatz 1 festgelegte Beschränkung, wonach eine Überleitung nicht möglich ist, wenn das Mitglied bei Beginn der Mitgliedschaft älter als 40 1/2 Jahre war, keine Anwendung findet.

Beitragshöchstgrenze 1970

Durch die weitere Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und durch die Erhöhung des Beitragssatzes auf 17 v. H. bei der Angestelltenversicherung ist auch der zulässige Höchstbeitrag zur Bayerischen Ärzteversorgung in diesem Jahre weiter angestiegen. Die höchstmöglichen Einzahlungen zu Ihrem Versorgungswerk betragen im Jahre 1970

DM 9180.—

Für 1969 wurde der zulässige Höchstbeitrag ursprünglich mit DM 6528.— bekanntgegeben. Aufgrund einer Änderung des Körperschaftssteuergesetzes konnte dieser Höchstbeitrag nachträglich auf DM 8160.— erhöht werden.

Diese Höchstgrenzen sind für Sie dann von Bedeutung, wenn Ihre Pflichtbeiträge allein oder Ihre Pflichtbeiträge zusammen mit den beabsichtigten freiwilligen Mehrzahlungen die jeweiligen Höchstbeiträge übersteigen sollten. Der Höchstbeitrag darf in keinem Jahr überschritten werden.

Stellenausschreibung für Gewerbeärzte

Das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, Zweigstelle Nürnberg, sucht Ärzte oder Ärztinnen bis 40 Jahre für den gewerbeärztlichen Dienst.

Die Einstellung erfolgt in der Regel nach dem BAT, baldige Verbeamtung ist vorgesehen. Aufgrund der Altersstruktur bestehen günstige Aufstiegsmöglichkeiten.

Die Tätigkeit eines Gewerbearztes ist außerordentlich vielseitig und interessant, sie erfordert engen

**Die röntgenologische
Nachkontrolle
objektiviert,
warum Ihr Magenpatient
sich subjektiv rasch
wieder wohl fühlt**

RABRO[®]

**überzeugt durch Wirkungsweise und
Therapieerfolg bei akuter und chronischer
Gastritis, Ulcus ventriculi et duodeni,
Hyperacidität, Ulcusrezidiv-Prophylaxe.**

Antacida

schaffen die Voraussetzung für
ein günstiges Heilungsmilieu:
heben den pH-Wert an,
inaktivieren gleichzeitig das
Pepsin,
bewirken sofortige und nach-
haltige Schmerzbefreiung

Succus liquiritiae

steigert die Sekretion
hemmt die Säureproduktion

Bismutum subnitricum

gibt zusätzlich Schleimhautschutz

**Rabro erhält die Arbeitsfähigkeit
Ihrer ambulanten Magenpatienten
meist ohne besondere Diät.**

Dosierung:
3 x täglich 1 bis 2 Tabletten

Handelsformen:
24, 48 und 120 Tabletten
Anstaltspackungen



H. Trommsdorff · Arzneimittelfabrik · 51 Aachen

Kontakt mit der technischen und sozialen Entwicklung in der Industriegesellschaft. Die Gewerbemedizin bedient sich dabei neben den allgemein medizinischen Methoden spezieller gewerbetoxikologischer, gewerbepathologischer und gewerbepsychologischer Erfahrungen. Soziologische und physiologische Erkenntnisse sind dabei von gleicher Bedeutung, wie die Erkenntnisse der Arbeitsforschung.

Die mit der gewerbeärztlichen Tätigkeit verbundene Gutachter Tätigkeit in Berufskrankheitensachen ist Nebentätigkeit; durch sie wird ein festes Nebeneinkommen erzielt. Außerdem besteht auf Antrag die Möglichkeit, gutachterliche oder andere ärztliche Nebentätigkeit auszuüben, soweit dies außerhalb der Dienstzeit erfolgen kann. Gewerbeärztliche Tätigkeit erfordert Teamarbeit auf kollegialer Basis.

Gründliche praktische Ausbildung wird vorausgesetzt. Facharztausbildung ist nicht Voraussetzung. Die speziellen arbeitsmedizinischen Kenntnisse werden nach der Einstellung vermittelt, u. a. durch die kostenlose Teilnahme an den arbeitsmedizinischen Kursen der „Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin“, die Voraussetzung zur ärztlichen Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ sind.

Bewerbungsunterlagen oder persönliche Vorsprache werden erbeten an Regierungsmedizinalsekretär Dr. med. Günther B ü h l m e y e r, Leiter der Zweigstelle Nürnberg des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin, 8500 Nürnberg, Laufertorgraben 6, Telefon (09 11) 55 34 48.

Äskulap und Pegasus

Unser Kollege Oberregierungsmedizinalrat Dr. phil., Dr. med. Bernhard RAUCH, 8500 Nürnberg, Karl-Jatho-Weg 9/1, ist Landgerichtsarzt, Nervenarzt und Diplompsychologe. Sein Vater ist Oberbayer gewesen, seine Mutter Oberschlesierin, er selbst ist bereits als Nürnberger „Päiterlasbou“ am 1. 3. 1926 geboren und aufgewachsen. Mit wenigen Ausnahmen gehört über Generationen hinweg in seiner Sippe alles dem Lehrstande an — was er persönlich eher als bedrückend erlebte.

Sprache und Sprachen liebte er von klein auf, schon in der Volksschule lieferte er meist ein Gedicht statt eines Aufsatzes ab. Im berühmten Nürnberger Me-

lanthton-Gymnasium wurde dies zum Abschluß durch Verleihung des Scheffel-Preises des Volksbundes für Dichtung in Karlsruhe honoriert. Zum Leidwesen seiner Eltern hatte er sich für die Schauspielerei lange sehr interessiert, wegen des Krieges aber trotz bestandener Schauspiel-Eignungsprüfung nicht weitergemacht. Die letzten Kriegsjahre brachten noch Wehrdienst, Verwundung mit Dauerschaden an der linken (seiner Haupt-) Hand und damit ein jähes Ende des über alles geliebten Geigenspiels.

Als die Universitäten wieder eröffnet wurden, Studium zuerst in Erlangen; Examen als Diplompsychologe 1948; Promotion zum Dr. phil. (mit Psychologie, Philosophie und vergleichende Religionswissenschaft) 1949 in Bonn. Eigene psychologische Praxis und zugleich die Erkenntnis, daß dies für ihn zu einseitig war.

1950 — 1956 noch Medizinstudium und Promotion zum Dr. med., weitere Ausbildung zum Nervenfacharzt. Seit 1962 Tätigkeit als Landgerichtsarzt. Die Museen kamen bei ihm seit vielen Jahren zu kurz, dies soll nach seinem Willen nun wieder anders werden.

Wenn wir die Ausbildung unseres Kollegen Rauch ansehen, so erscheint er dazu prädestiniert zu sein, bei seinem ärztlichen Umgang mit den Kranken tiefe Blicke in die Hintergründe des menschlichen Tuns und Seins zu werfen und es ist wohl auch zwangsläufig, daß er sich mit Parapsychologie beschäftigt. In einer feinen psychologischen Studie „Fieber“, zeigt er uns, wie dieses bei einem kriegsgewohnten General das rein pflichtbewußte, emotionslose Denken verdrängt und die menschlichen humanitären Gefühle an die Oberfläche kommen läßt, die dann mit dem Fieber auch wieder verschwinden. In der Geschichte „Unheimlicher Alltag“ läßt er einen kleinen Kreis, der an die Macht der Zahl 13 mehr oder weniger glaubt, unheimliche Erlebnisse erzählen, die sich teils auf natürliche Weise auflösen, teils ungeklärt bleiben. So drängt sich hier das ärztliche Erleben zum Ausdrucke.

Veröffentlichungen:

Zeitschrift „Die Erlanger Universität“ — Meisenbach, Bamberg: „Wieder blaue Himmel entstanden ist“, Legende 1947 — „Vom Rang zum Amt“, Essay, 1947 — „Von der goldenen Leichtigkeit oder Brrr, Prinziplengaul“, Essay, 1947 — „Das Zufällige und das Grundsätzliche“, Essay, 1948 (Auch im „Mannheimer Morgen“ veröffentlicht) — „Der Dienstweg“, Glosse, 1948 — „Zum Problem ‚Deutsche Jugend‘“, Diskussionsbeitrag, 1948 — „Prüfungen“, Pamphlet, 1948. — Zeitschrift „der Feuerkreis, Blätter junger Dichtung und Kunst“: „Fieber“, 1951.

Dr. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Liquirit®
Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

bei Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis,
Hyperacidität, nervösen Magenbeschwerden

KP 30/OP. 60 Tabl.

Dr. Graf & Comp. Nchf., Hamburg 52 - seit 1889

Aus dem schriftstellerischen Schaffen Bernhard Rauchs

wissenschaft

o hättet ihr die geister nie vertrieben,
die einstdermal in alten häusern spukten,
aus faulem baumstumpf auf den wandrer guckten,
mit wolkenfetzen um die wette stieben!
ihr wißt, warum es pocht, die wolken jagen,
der baumstumpf glimmt — die geister sind verflogen.
doch alle, die ihr um ihr heim betrogen,
jetzt müssen wir sie in uns selber tragen.

wozu den frühling singen?

wozu den frühling singen
mit worten wintertrüb,
da doch an ellen orten
mit macht es treibt und quillt,
die sonne von den fluren
die schneene decke nimmt,
und mild die iüfte streichen —
wozu den frühling singen?
brauchst nur hinauszuspringen,
und hast ihn, wie er ist!

die methode

während famulus Wagner mit sprüchen und
wunderessenzen
nech gar langem bemühn halb nur ein menschein
erschafft,
huscht der schüler Mephistos in lauschiger mondnacht
zum dirnlein,
und in viel kürzerer zeit ist es viel besser vollbracht.

fiebertraum

mein körper lag tief unter mir
und fluten überspülten ihn,
auf denen ich wandelte.
kein windhauch, keine luft umgaben mich,
die waren drunten bei den körpern,
wo der atem ging.
Ich ging dahin im weiten raum
und suchte die unendlichkeit,
nach der mich dürstete.
ich fand sie nicht, ich fand allein das nichts,
doch konnte ich in ihm nicht weilen,
weil ich lebend bin.
jedoch als ich zurückgekehrt,
fand meinen körper nirgends ich,
wohin ich auch tastete.
gewiß ist er, da man für tot ihn hielt,
schon längst verscharrt, daß ich auf ewig
mich nun suchen muß.

Aus „Unheimlicher Alltag“

Als man sich wieder gesetzt hatte, sagte die Frau des Malers: „Nun habe ich noch eine Geschichte. Ich wollte sie vorhin nicht erzählen, denn vielleicht hätten sich die beiden doch geängstigt. Vor vier Jahren war es, mein Urlaub war gekommen, ich wollte verreisen. Mein Zug ging abends um zehn Uhr. Mit dem Packen hatte ich mich etwas verspätet, wer aber gerade noch rechtzeitig fertig geworden.

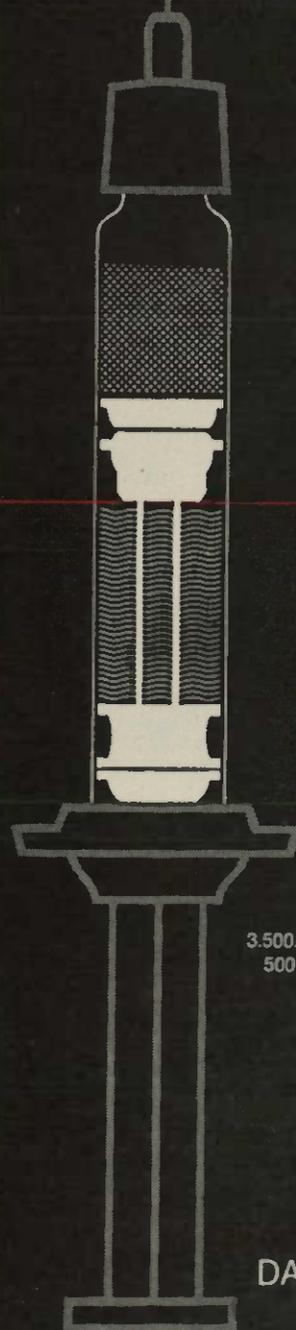
Doch wo war die Fahrkarte? Ich glaubte bestimmt zu wissen, daß ich sie in den Spiegelrahmen gesteckt hatte.

Sie war nicht dort, sie war nirgendwo.

Hydracillin forte Biprestule

Bakterizidie
Therapie

direkte
Vernichtung
der
Erreger



Zwei-Medien-
Sofortspritze

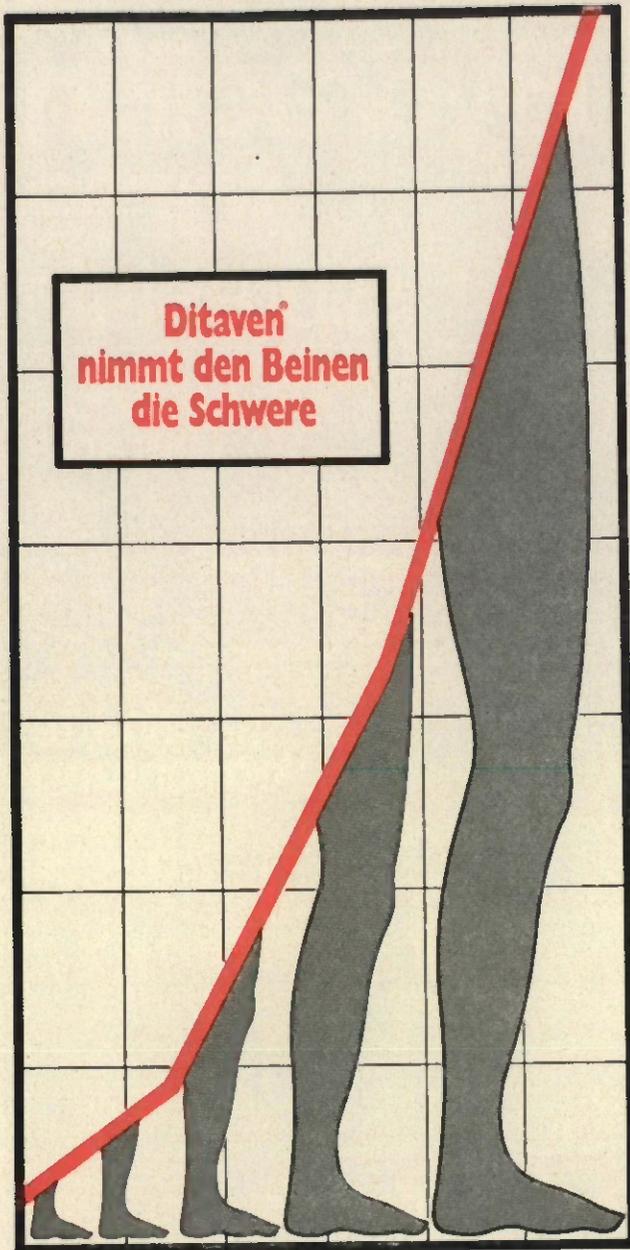
Zusammensetzung

In der ersten Kammer:
3.500.000 I. E. Penicillin-G-Natrium
500.000 I. E. Procain-Penicillin-G
40 mg Lidocain-hydrochlorid

In der zweiten Kammer:
5ml Aqua pro injectione
als Lösungsmittel



DAEUELSBERG + CO
GOTTINGEN
Penicillin-Gesellschaft



Der große Erfolg

Ditaven[®] Lotio

bei
allen Symptomen
venöser
Durchblutungs-
störungen



cascan

Wiesbaden

Plötzlich schreck ich zusammen. Schwarz zeichnete sich an der Wand ein Schatten ab wie vom ausgestreckten Knochenfinger eines Skeletts. Unwillkürlich wanderten meine Augen an ihm entlang. Wo er hinzeigte, lag die Fahrkarte auf dem Bücherschränkchen. Sie hielt inne, es herrschte Schweigen.

„Und?“ fragte schließlich jemand in deutlicher Spannung.

„Nichts. ich fuhr, alles ging gut. Den Schatten hatte ich bald als von einem Blumenblatt geworfen erkannt.“

Nur langsam kam das Gespräch wieder in Gang. Der Maler hatte als einziger noch keine Geschichte erzählt. Niemand drang ihn an, denn man wußte, er hatte die Gabe des Zweiten Gesichts.

Kongresse

5. Gemeinsame Fortbildungstagung der Ärztlichen Kreisverbände Oberfrankens

am 23. Mai 1970 in Coburg

Die Ärztlichen Kreisverbände Oberfrankens veranstalten am 23. Mai 1970 in Coburg ihre 5. gemeinsame Fortbildungstagung zu dem Thema „Antibiotika“.

Auskunft: Dr. med. Böhmer, Landkrankenhaus, 8630 Coburg.

Tagung der Bayerischen Nervenärzte

30./31. Mai 1970 in München

Die diesjährige Tagung der Bayerischen Nervenärzte findet am 30./31. Mai 1970 in München statt.

Tagungsort:

Hörsaal der Universitätsnervenklinik München, 8000 München 15, Nußbaumstraße 7

Themen:

1. „Die stationäre psychiatrische Versorgung der Bevölkerung Bayerns“

Referenten: Bronisch (Erlangen), Schulz (Haar), v. Zerssen/Dilling (München)

Zur Diskussion aufgefordert: Hamburger (München), Schretzenmayr (Bad Reichenhall), Weiland (Wirsberg)

2. „Myopathien – Neuropathien“

Referenten: Erbslöh (Gießen), Klinghardt (Frankfurt), Mertens (Würzburg)

3. „Sucht“

Referenten: Dietrich (München), Feuerlein (München), Klaue (Berlin), Kleiner (Berlin), N. Matussek (München), Schrappe (Würzburg)

Auskunft: Professor Dr. G. Peters, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, 8000 München 23, Kraepelinstraße 2

3. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“

am 6. Juni 1970 in Erlangen

Am 6. Juni 1970 findet an der Universität Erlangen-Nürnberg die 3. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“ unter der Leitung von Professor Dr. F. Scheiffarth statt.

Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. F. Scheiffarth, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0921) 85 / 33 63

Gemeinsame Tagung der Bayerischen und Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

am 6./7. Juni 1970 in Baden-Baden

Am 6./7. Juni 1970 findet eine gemeinsame Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Vorsitz: Prof. Dr. Brei t n e r, München) und der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Vorsitz: Prof. Dr. Berg e r, Basel) in Baden-Baden statt.

Vorgesehene Themen:

- „Langzeitnebenwirkungen der Ovulationshemmer“
- „Hormonelle Prophylaxe bei Genital- und Mamma-karzinom“
- „Klinische Schlußfolgerungen bei Pap. 3 und 4“

Anmeldungen von Vorträgen und Anfragen an den Schriftführer der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde Prof. Dr. K a i s e r, 1. Frauenklinik der Universität, 8000 München 15, Maistraße 11, oder an die Vorsitzenden.

Ausbildungskurse in praktischer Sportmedizin in Bayern

Der Bayerische Sportärzteverband e.V. veranstaltet an sechs Wochenenden im Jahre 1970 in der Sportschule München-Grünwald eine Kursserie zur Ausbildung praktischer Sportärzte.

Zur Thematik des Jahres 1970 gehören:

1. „Die Sportmedizin unter internen Gesichtspunkten“
2. „Die Sportmedizin unter chirurgisch-orthopädischen Gesichtspunkten“
3. „Verletzungsmöglichkeiten beim Sport und ihre spezielle Behandlung“
4. „Besondere sportmedizinische Probleme“ (Frauensport, Alterssport, Besonderheiten bei bestimmten Sportarten)

Als Kurswochenenden sind vorgesehen:

13./14. Juni 1970
11./12. Juli 1970
10./11. Oktober 1970
28./29. November 1970

Teilnehmergebühr: DM 20,-; Teilnehmerzahl: 25

Auskunft und Anmeldung: Dr. med. P. L e n - h a r t, 8032 Gräfelfing, Irminfriedstraße 33, Telefon (0811) 85 51 15



**FRISCH UND LEISTUNGSFÄHIG
AUCH AM ABEND DURCH**

**perabend
- vitamin**

**spezifische Ergänzung
der täglichen Nahrung**

Bei vorzeitigem Leistungsabfall, Schwäche, Gereiztheit, Kältegefühl, Rekonvaleszenz, Nachtblindheit, nachmittags oder abends eine Kapsel perabend-vitamin

Rp.: Vitamin B1, Vitamin B2, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nivotinsäureamid, Cholin, Inosit, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid.

Packung mit 30 Kapseln DM 6,30

SCHWARZHAUPT · KÖLN

An Firma SCHWARZHAUPT · 5 Köln

Kostenlose Ärzte-Versuchsmuster und Schrifttum von perabend-vitamin-Schwarzhaupt erbeten.

(Bitte persönliche Unterschrift und Stempel des Arztes) ByÄ

Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie

am 19./20. Juni 1970 in Nürnberg

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie veranstaltet am 19./20. Juni 1970 in Nürnberg, Meistersingerhalle, ihren diesjährigen Kongreß.

Tagesthemen:

Freitag, 19. Juni 1970, ab 9.00 Uhr

„Physiologie und Pathologie des Alterns“
„Experimentelle Gerontologie“
„Experimentelle Gerontologie in psychologischer Sicht“

Samstag, 20. Juni 1970, ab 9.00 Uhr

„Endokrinologie im Alter“
„Altern in der Leistungsgesellschaft“
„Vorbereitung auf das Alter“

Auskunft: Chefarzt Dr. H. Kaiser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus

Kolloquium über Inhalationsdiagnostik und -therapie bei Lungen- und Bronchialkrankheiten

am 20./21. Juni 1970 in Bad Reichenhall

Die Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane e.V. veranstaltet am 20./21. Juni 1970 im Staatlichen Kurhaus Bad Reichenhall das 3. Kolloquium über „Inhalationsdiagnostik und -therapie bei Lungen- und Bronchialkrankheiten“ unter der wissenschaftlichen Gesamtleitung von Professor Dr. Uimer, Bochum.

Auskunft und Anmeldung: Medizinaldirektor Dr. O. P. Schmidt, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9-11

Symposium des Bayerischen Sportärzte-Verbandes

am 26./27. Juni 1970 in Pommersfelden bei Bamberg

Der Bayerische Sportärzte-Verband e.V. veranstaltet am 26./27. Juni 1970 in der Orangerie des Schlosses Pommersfelden bei Bamberg ein Symposium mit dem Thema „Sportmedizin – Turnphilologie“.

Teilnehmergebühr: DM 20,-

Auskunft und Anmeldung: Dr. Kurt J. Hofer, 8602 Steppach über Bamberg

2. Diagnostik-Woche

vom 8. bis 12. Juli 1970 in Düsseldorf

Vorsitzender: Prof. Dr. med. E. Fromm, Hamburg

Die Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik wird unter ihrem Vorsitzenden Präsidenten Prof. Dr. med. E. Fromm, Hamburg, die 2. Diagnostik-Woche vom 8. bis 12. Juli 1970 in Düsseldorf, Messegelände, durchführen.

Dieser Fortbildungskongreß ist mit einer internationalen Ausstellung „Medizin und Technik“ verbunden, an der sich die bedeutendsten Firmen des In- und Auslandes beteiligen.

Der Kongreß wird alle Bereiche der medizinischen Diagnostik behandeln. Neben Vorträgen und Diskussionen wird dem Arzt wie seinen Mitarbeitern Gelegenheit zu praktischen Übungen sowie zum Besuch zahlreicher Seminare, Kurse und Demonstrationen gegeben. Die Teilnehmer sollen die Möglichkeit erhalten, sich mit den neuesten Methoden der medizinischen Diagnostik sowie den neuesten medizinisch-technischen Geräten vertraut zu machen.

Schwerpunkthemen der Halbtage

Mittwoch, 8. Juli, vormittags

„Erkennung der Risikogeburt“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. P. Stoll, Direktor der Frauenklinik im Klinikum Mannheim der Universität

nachmittags

„Theorie und Praxis der Diagnose“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. H. Schaefer, Institut für Sozial- und Arbeitsmedizin der Universität Heidelberg

Donnerstag, 9. Juli, vormittags

„Diagnostik beim Schwer- und Schwerverletzten“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. Schwaiger, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Freiburg

nachmittags

„Diagnostik der Lungenerkrankungen“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. Hein, Medizinaldirektor a. D., Hamburg

Freitag, 10. Juli, vormittags

„Diagnose der Koronarinsuffizienz“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. Loogen, Abteilung für Kardiologie der Universität Düsseldorf

nachmittags

„Diagnostische Labormethoden in der Praxis“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. Delbrück, Institut für Klinische Chemie der medizinischen Hochschule Hannover

Samstag, 11. Juli, vormittags

„Rechter Oberbauch – Diagnostische Probleme“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. W. Frommhold, Direktor des medizinischen Strahleninstituts der Universität Tübingen

nachmittags

„Differentialdiagnostik in der Geriatrie“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. med. R. Schubert, Städtische Krankenanstalten Nürnberg

Sonntag, 12. Juli, vormittags

„Probleme und Möglichkeiten der psychischen Diagnostik (Psychosomatik)“

Halbtagspräsident: Dr. Beese, Ärztlicher Direktor der Psychotherapeutischen Klinik, Stuttgart-Sonnenberg

nachmittags

„Diagnostische Vorsorgeuntersuchungen“

Halbtagspräsident: Prof. Dr. Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg

Anfragen über die Diagnostik-Woche: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik e.V., 7000 Stuttgart 70, Jahnstraße 32, Telefon (07 11) 76 14 54

ohne HCl deshalb echte
Stimulierung und anhaltende
Regulierung d. Magenfunktion

Dragées



Helo-acid®

Zur Säureaktivierung und Magensaftsubstitution

Helo-acid® comp.

bei gleichzeitigen Funktionsstörungen im Bereich der
Leber und Gallenwege, des Pankreas und Magens

HELOPHARM KG · BERLIN-WEST

Der Arzt vertraut der **ÄRZTE TREUHAND**

Besonders günstige Gelegenheit für Kapitalanleger

Aus unserem Bauprogramm:

EIGENTUMSWOHNUNGEN IN MÜNCHEN

Direkt am Oberwiesenfeld bieten wir 190 1- bis 4-Zimmer-Eigentumswohnungen an, verteilt auf zwei 6-geschossige und zwei 9-geschossige Wohngebäude. Günstige Verkehrsverbindungen zur Innenstadt. Direkte Entfernung zum Stadtzentrum 3,5 km. Gute Wohnlage, solide Bauausführung, klare architektonische Gestaltung und Raumaufteilung, dazu ein umfangreicher Be-

ratungs- und Verwaltungsservice. Günstige Rendite durch optimale Vermietungsmöglichkeit und Steuervergünstigungen.

**Unser nächstes Objekt:
Bauvorhaben Freiburg, Habsburgerstraße.**

Fordern Sie bitte ausführliche Informationen an.

ÄRZTE TREUHAND

GMBH WIRTSCHAFTSBERATUNG & CO 7 Stuttgart 1 : Hölderlinplatz 4 ; Telefon 0711 / 62 65 71

boxogetten

bei Adipositas

Der Appetitzügler
mit dem Dreifacheffekt

dämpft das Hungergefühl
beseitigt die neurotische Eßsucht
regt die Darmtätigkeit an

Zusammensetzung:

D-Norpseudoephedrin-HCl	0,015 g
Guajacolglycerinaether	0,150 g
Diacetyldiphenolsatin	0,005 g

Packungen:

O. P. mit 20 Dragées
O. P. mit 60 Dragées



60 Stück

boxogetten

bei Adipositas

BOXBERGER · BAD KISSINGEN

Kongreßreise

Das Deutsche Reisebüro (DER) führt in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Pressestelle für Baden-Württemberg sowie den Redaktionen „Bayerisches Ärzteblatt“, „Niedersächsisches Ärzteblatt“ und „Rheinisches Ärzteblatt“ folgende Kongreßreisen durch:

Reise zum Studium der Psychiatrie nach Leningrad und Moskau

vom 18. bis 25. September 1970

Die Kurzreise soll den Teilnehmern einen Überblick und wertvolle Einblicke in die Belange des sowjetischen Arztes, seine Arbeitsweisen, seine Aus- und Fortbildung und über die Forschungsmethoden und -aufgaben des sowjetischen Gesundheitswesens geben. Die Reise wird so gestaltet, daß das Schwergewicht der Fachgespräche mit Vertretern der sowjetischen Gesundheitsbehörden auf allgemein-medizinischen Fragen liegt und zusätzliche Kliniken und Institute, entsprechend der Fachrichtung, ergänzt werden.

Wegen des großen Interesses für diese Reise ist eine baldige Anmeldung empfehlenswert.

Der Tourpreis pro Person beträgt: DM 952.—.

Der Tourpreis beinhaltet folgende Leistungen: Flug mit Maschinen internationaler Fluggesellschaften; Unterkunft in Doppelzimmern mit Bad oder Dusche in Moskau und Leningrad (Einbettzimmerzuschlag pro Nacht DM 25.—); volle Verpflegung (3 Mahlzeiten täglich); Besichtigungen in Moskau und Leningrad fachlicher Art mit Bus und Reiseleiter.

Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 23, Königstraße 85, Telefon 33 20 21

Anmeldungen: Deutsches Reisebüro (DER), Abteilung „Ärztliche Kongreßreisen“, 6000 Frankfurt, Eschersheimer Landstraße 25–27

Mitteilungen

Erstes öffentliches Konzert des neuen Kammerorchesters Münchener Ärzte

Anlässlich des 95. Geburtstages von Albert Schweitzer hatte die Allg. Philosophisch und Humanitäre Vereinigung München am 13. März 1970 zu einer Gedenkveranstaltung in den Sophiensaal eingeladen. Professor Dr. Reiner, Freiburg, sprach über die „Funktionen des Gewissens“ (in alter und neuer Beleuchtung).

So überflüssig bei solchen und ähnlichen Anlässen oft die sogenannte musikalische Umrahmung empfunden wird, hier war sie durchaus angebracht: Albert Schweitzer war ja nicht nur ein großer Denker, Ethiker und Arzt, sondern auch ein meisterhafter Musiker und Musikwissenschaftler.

Den Veranstaltern gebührt also besonderer Dank für die Verpflichtung des neuen Kammerorchesters Münchener Ärzte, das erst in der Mitte des vorigen Jahres von Herrn Kollegen Dieter Pöller gegründet worden ist und seither von ihm geleitet wird. Das Orchester hatte an diesem Abend erstmalig Gelegenheit, sich der Öffentlichkeit vorzustellen. Um es vorweg zu sagen: Die Leistungen der Musikanten sowie seines Dirigenten

verdienen für das in so kurzer Zeit erreichte Niveau höchste Anerkennung. Sonderapplaus wurde der ausgezeichneten Sopranistin Rosemarie Schröder zuteil. Es wurden aufgeführt: Mozarts Motette „Exsultate, jubilate“ (K.V. 165) und nach der Pause Griegs „Holberg-Suite“ (op. 40).

Bei diesem erfolgreichen, je imponierenden Debüt hat sich der Dirigent als zuverlässiger und stilgerechter Interpret erwiesen und seine Musikanten machten durchaus nicht den Eindruck von Laienspielern.

Besondere Absicht dieser Zeilen ist die Anregung bzw. der Wunsch, daß sich dem oben genannten Kammerorchester noch viele musizierfreudige Kollegen anschließen mögen.

Interessenten wenden sich an Herrn Dr. D. Pöller, 8000 München 21, Tuttlinger Straße 16, Telefon 56 86 00.

Hospitalschiff „Helgoland“

Zur Teilnahme am Vietnam-Einsatz des Hospitalschiffes „Helgoland“ sucht das Deutsche Rote Kreuz zum 1. Juli 1970

1 jüngeren, möglichst chirurgisch weitergebildeten Assistenzarzt.

Bedingungen: Tropentauglichkeit und Verpflichtung für 6 Monate. Gegebenenfalls Vertretungsverlängerung. Vergütung nach Gruppe II e der DRK-Arbeitsbedingungen (entsprechend BAT). Die Bezüge erhöhen sich sehr wesentlich durch Auslandszulagen, einen Kaufkraftausgleich und bei Verheirateten auch durch eine Trennungszulage. Freie Unterkunft und Verpflegung an Bord. Erweiterte gesetzliche Unfallversicherung.

Auskunft: Deutsches Rotes Kreuz, Generalsekretariat, 5300 Bonn, Friedrich-Ebert-Allee 71

ROWACHOL®

Cholagogum Choleretikum

Tropfen
Kapseln
Suppos.
Comp.

Rationell
und gezielt
therapieren

Bei
Leber- und
Gallenleiden
Gallensteinen

ROWA-WAGNER K.G. ARZNEIMITTELFABRIK 506 BENSBERG

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1970*
(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

An Scharlach Erkrankte wurden im März nur geringfügig mehr gemeldet als im Februar; auf 100 000 Einwohner trafen 64 Fälle. Ebenfalls nur wenig veränderte sich die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung (Meningitis). Die Erkrankungsziffer an Meningokokken-Meningitis sank gegenüber dem Vormonat von 4 auf 3, diejenige an übrigen Formen der Meningitis blieb bei 5 Fällen je 100 000 der Bevölkerung.

Neben vereinzelt Fällen von Typhus, Paratyphus und Ruhr gab es im März eine gegenüber Februar niedrigere Zahl von Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonellen erregte Darmentzündung). Auch an Hepatitis infectiosa (übertragbarer Leberentzündung) erkrankten weniger Menschen als im Vormonat. Die Erkrankungsziffer sank von 33 auf 27 Fälle je 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. März 1970 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Ophthalmie		Scharlach		Übertragbare						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa					
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung								Salmonellose		Übrige Formen			
					der. pareil. Fälle		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen													
E ¹⁾ ST ²⁾		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		
Oberbayern	—	—	214	—	—	—	9	1	15	—	—	—	1	—	—	—	4	—	11	—	—	—
Niederbayern	—	—	54	—	—	—	—	—	—	3	—	—	1	—	3	—	—	—	2	—	—	—
Oberpfalz	—	—	28	—	—	—	1	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	1	—	
Oberfranken	—	—	62	—	—	—	2	—	5	1	1	—	—	—	—	1	—	3	—	1	—	
Mittelfranken	—	—	75	—	—	—	3	—	5	—	4	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	
Unterfranken	—	—	22	—	—	—	4	1	3	—	—	—	3	—	—	—	1	—	4	—	—	—
Schwaben	—	—	68	—	—	—	2	—	8	—	1	—	—	—	—	—	1	—	6	—	2	—
Bayern	—	—	523	—	—	—	21	3	42	1	8	—	5	—	4	—	8	—	35	—	4	—
München	—	—	114	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	7	—	—	—
Nürnberg	—	—	24	—	—	—	1	—	2	—	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19	
	Bollusmus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (Übrige Formen)		Feldfleber		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Sterbefälle an Grippe	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST		
Oberbayern	—	—	56	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	
Niederbayern	—	—	40	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	1	
Oberfranken	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	1	
Mittelfranken	—	—	22	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	
Unterfranken	—	—	29	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	11	—	
Schwaben	1	—	38	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	10	—	
Bayern	1	—	217	1	3	—	1	—	2	—	1	—	—	51	3	
München	—	—	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Nürnberg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Sterbefälle.

3) Verletzung durch ein tollwütrenkes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

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.

Juni 1970

1. - 5. 6. in Zürich:

5. Internationaler Kongreß über Beschäftigungstherapie. Auskunft: Miss G. Stautfer, WFOT Congress, CH-8044 Zürich, Kraftstraße 22.

1. - 6. 6. in Oldenburg:

42. Fortbildungskurs für praktische Ärzte am Krankenbett. Auskunft: Prof. Dr. Mohring, 2945 Sanderbusch, Landeskrankenhaus.

1. - 12. 6. in Berlin:

Arbeitsmedizinischer Fortbildungslehrgang zur Einführung in die Toxikologie und andere Gebiete der Arbeitsmedizin. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

1. - 13. 6. in Greda:

XVIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Einordnung technischer Daten in die Präxidiagnostik und Therapieleitung“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

5. - 6. 6. in Igls/Innsbruck:

Tagung der Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Tropenmedizin. Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Gesellschaft für

Tropenmedizin, A-1095 Wien, Kinderhospitalgasse 15.

5. - 7. 6. in Kassel:

7. Fortbildungskongreß der Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für medizinische Fortbildung in Kassel. Auskunft: Landesärztekammer Hessen, 6000 Frankfurt 90, Großstraße 6.

6. 6. in Erlangen:

3. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Scheiflarth, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

6. - 7. 6. in Baden-Baden:

Gemeinsame Tagung der Bayerischen und Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. R. Keiser, 8000 München 15, Maistraße 11.

7. - 21. 6. in Westerland/Sylt:

11. Seminar für Ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat für Ärztliche Fortbildung, 2060 Bad Oldesloe, Hude 1.

8. - 13. 6. in Lengeoog:

Sportärzte-Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Sportärztebund Niedersachsen e.V., 3000 Hannover, Berliner Allee 20.

9. - 12. 6. in Hamburg:

Jahrestagung der Fachvereinigung der Verwaltungsfelder deutscher Krankenkassenstellen. Auskunft: Direktor Jung, 7000 Stuttgart, Kriegsbergstraße 60.

11. - 13. 6. in Travemünde:

Fortbildungstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft, 5000 Köln 80, Elisabeth-Breuer-Straße 5.

15. - 24. 6. in Lengeoog:

XVIII. Fortbildungskurs für praktische Medizin der Ärztekammer Niedersachsen. Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, 3000 Hannover, Berliner Allee 20.

18. - 20. 6. in München:

Studententagung der Bundesvereinigung „Lebenshilfe für geistig Behinderte“. Auskunft: Bundesgeschäftsstelle „Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.“, 3550 Marburg, Berfüber-tor 25.

19. - 20. 6. in Mainz:

5. Meinzer Untell-Symposion. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. C.-H. Schweikert, 6500 Mainz, Langenbeckstr. 1.

19. - 20. 6. in Nürnberg:

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie. Auskunft: Chefarzt Dr. H. Kaiser, 8900 Augsburg, Westkrankenhaus.

19. - 21. 6. in Bad Reichenhall:

3. Kolloquium der Bad Reichenheller Forschungsenstelt für Erkrankungen der Atemwege e.V. Auskunft: Med.-Dir. Dr. O.-P. Schmidt, 8230 Bad Reichenhall, Salzburger Str. 9-11.

22. - 26. 6. in Neuherberg:

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

22. - 27. 6. in Höhenried:

Seminar über Präventiv-Kardiologie. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85.

Adumbran[®]

Thomae

gibt Ihren »nervösen« Patienten
Ruhe, Gelassenheit, vegetative Stabilität.

22. - 27. 6. in Innsbruck:

Einführungskurs in die Hämatologia mit praktischen Übungen. Auskunft: Frau M. B o i d a, A-6020 Innsbruck, Medizinische Universitätsklinik.

22. - 28. 6. in Wien:

6. Internationale Thyreoid-Konferenz. Auskunft: Dr. R. H ö f a r, A-1090 Wien, Garnisongasse 13.

22. - 29. 6. in Westerland/Sylt:

32. Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde. Auskunft: Institut für Bioklimatologie und Meereskunde, 2280 Westerland.

22. 6. - 3. 7. in Berlin:

Arbeitsmedizinisches Seminar. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

24. 6. - 1. 7. in Borkum:

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Auskunft: Ärztekammer Westfalen-Lippe, 4400 Münster, Kaiser-Wilhelm-Ring 4-6.

25. 6. in Dresden:

XX. Congressus Bronchologicus. Auskunft: Prof. Dr. H. J. D i a t z s c h, X 80 Dresden, Fetscherstraße 74.

28. 6. - 4. 7. in Evian:

4. Internationale Konferenz über Strahlenforschung. Auskunft: Dr. J. F. D u p l a n, Inst. du Radium, 26 rue d'Ulm, F-75 Paris 5a.

29. 6. - 3. 7. in Lindau:

20. Tagung der Nobelpreisträger (VII. Tagung der Chemiker). Auskunft: Ständiger Arbeitsausschuß für die Tagungen der Nobelpreisträger in Lindau, 8990 Lindau, Postfach 11.

Julii 1970

5. - 10. 7. in Pörschach:

Einführungskurs in die ärztlich ge-

zielte manuelle Therapie der Wirbelsäule (Chirotherapie). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostanallee 83.

6. - 17. 7. in Berlin:

Arbeitsmedizinischer Fortbildungslehrgang zur Einführung in die Toxikologia und andere Gebiete der Arbeitsmedizin (Wiederholung vom 1.-12. 6. 1970). Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1000 Berlin 19, Soorstraße 83.

8. - 12. 7. in Düsseldorf:

2. Diagnostik-Woche (mit internationaler Ausstellung „Medizin und Technik“) der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik. Auskunft: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der medizinischen Diagnostik a.V., 7000 Stuttgart 70, Jahnstraße 32.

12. - 18. 7. in Kopenhagen:

4. Weltkongreß für Gastroenterologie. Auskunft: DIS Congress Sarvica, 36 Skindergade, DK-1159 Kopenhagen K.

12. - 18. 7. in Tokio:

XV. Internationaler Urolog-Kongreß. Auskunft: Prof. Dr. Kuss, 63 av. Nial, F-75 Paris 17a.

19. - 25. 7. in Timmandorf:

Einführungskurs in die ärztlich gezielte manuelle Therapie der Wirbelsäule (Chirotherapie). Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostanallee 83.

20. 7. - 8. 8. in Davos:

I. Internationaler Sommer-Seminar-kongreß für praktische Medizin der Bundesärztekammer (Thema: „Prävention, Therapie, Rehabilitation in der ärztlichen Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410 220.

25. - 27. 7. in Baden bei Wien:

VI. Kongreß der Weltföderation für Hämothilia. Auskunft: Sekretariat der Wiener Medizinischen Akademie, A-1010 Wien, Stadiongasse 6-8.

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt beigelegt der Firma:

Chemipharm, Saarbrücken

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 23, Königinstraße 85/III, Telefon 332021, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gebler, 8000 München 15, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammedresse: atlas-prees. Für den Anzeigentell verantwortlich: Ernet W. Scherschinger, München.

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

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

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



Bei Heuschnupfen
Prosplen
Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées
O.-P. 100 Dragées
O.-P. 10 ccm Tropfen



IFAH GMBH · HAMBURG