



Bayerisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Mitteilungen der Ministerien

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer

Nummer 2

Klinische Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken

Brief des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer an alle bayerischen Ärzte

Sehr geehrte Damen und Herren Kollegen!

Die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, deren Federführung bei der Bayerischen Landesärztekammer liegt, hat in Zusammenarbeit mit den Inhabern der Mitte 1968 eröffneten Klinik zur Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken in Oberaudorf-Bad Trißl und der im Jahr 1969 eröffneten Schloßbergklinik, Klinik zur Behandlung von Tumorkranken, in Oberstaufen vielen Krebskranken die Möglichkeit einer nicht operativen Behandlung eröffnet. Inzwischen konnten einige tausend Kranke in diesen beiden Kliniken aufgenommen und stationär behandelt werden. Viele hunderte davon zum wiederholten Male.

In der Tumorklinik Bad Trißl, mit derzeit 141 Betten, werden Frauen mit malignen Tumoren der Genitalorgane und der Mamma aufgenommen. Sie verfügt über eine Isotopen-Abteilung. In der Schloßbergklinik mit z. Z. 218 Betten können hingegen Männer und Frauen mit bösartigen Erkrankungen aller Organe behandelt werden.

Die Arbeitsgemeinschaft hat die Betreuung beider Kliniken übernommen.

Eine erste wissenschaftliche Veröffentlichung der Behandlungsergebnisse in der Tumorklinik Bad Trißl konnte bereits erfolgen. Sie wurde im „Bayerischen Ärzteblatt“, Heft 12/1972, abgedruckt und gibt ein Bild von den beachtlichen Behandlungsergebnissen sowie von den in dieser Zeit dabei gewonnenen Erfahrungen.

Eine wissenschaftliche Bearbeitung der in der Schloßbergklinik behandelten Krankheitsfälle ist im Lauf.

In beiden Kliniken werden Kassen- und Privatpatienten aufgenommen. Nach den unter unserer Mitwir-

kung getroffenen Pflegesatzvereinbarungen tragen die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern (Orts-, Innungs-, Betriebskrankenkassen, Landwirtschaftliche Krankenkasse und Ersatzkassen) für ihre Mitglieder die gesamten Behandlungskosten, wenn die Einweisung in eine der Kliniken über die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern erfolgt.

Der gesamte medizinische Bereich in beiden Häusern wird im Einvernehmen mit der Arbeitsgemeinschaft geführt; dazu gehört u. a. die Einstellung der Ärzte und des übrigen medizinischen Personals, ebenso auch die Ausstattung mit medizinischen Geräten. Die Behandlung erfolgt nach den anerkannten Grundsätzen von Wissenschaft und Forschung.

Die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern wird von einem wissenschaftlichen Beirat beraten, dem namhafte Kliniker angehören.

Die Einweisung der Patienten in beide Kliniken erfolgt über die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung. Dafür ist ein Befundbericht-Formular eingeführt, das vom einweisenden Arzt auszufüllen ist. Dieser und der Patient erhalten dann von der Arbeitsgemeinschaft die Mitteilung, in welcher Klinik und wann eine Aufnahme möglich ist. Patienten, welche sich in Krankenhausbehandlung befinden, können dann direkt in die angegebene Klinik verlegt werden; für ambulante Patienten ist die übliche Einweisung erforderlich. Die Einweisung der Patienten in unmittelbar zeitlichem Anschluß an die Operation und/oder Bestrahlung hat sich im übrigen als besonders zweckmäßig erwiesen. Die Kliniken sind jedoch, so bedauerlich das sein mag, nach ihrer Zweck-

bestimmung und ihrer Einrichtung nicht für Kranke vorgesehen, die bereits Pflegefälle geworden sind.

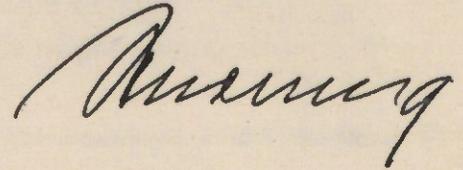
Ich darf Sie, sehr geehrte Damen und Herren Kollegen, mit diesem Schreiben nochmals auf diese beiden Kliniken und die dort durchgeführte Vor-, Weiter- und Nachbehandlung von Tumorkranken ganz besonders hinweisen, in denen vor allem die Möglichkeit besteht, geeignete Patienten aus Ihrer Praxis auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen und sonstigen Kostenträger behandeln zu lassen.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen die Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung,

8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0811) 47 60 87, jederzeit zur Verfügung.

Mit besten kollegialen Grüßen

Ihr



(Professor Dr. Sewering)

Tod, Todeszeitbestimmung und Grenzen der Behandlungspflicht*

von W. Weißbauer und H. W. Opderbecke

(Fortsetzung aus Heft 1/1973)

6.

Grenzen der ärztlichen Behandlungs- und Hilfeleistungspflicht

Anders als bei Behandlungen, die für eine Lebensverlängerung den Preis schwerer und schwerster Eingriffe in die Körperintegrität erfordern und deren Indikation deshalb von vornherein zweifelhaft sein kann, ist die Reanimation im Regelfall „per se“ weder mit dem Verlust von Körperorganen und der dauernden Beeinträchtigung von Körperfunktionen, noch mit schwerwiegenden Schmerzen oder psychischen Schädigungen verbunden. Wenn sich nach einer Reanimation bleibende Schäden herausstellen, so sind sie vielmehr meist nicht Folgen dieser Behandlungsmethode, sondern Folgen einer Erkrankung oder Verletzung, die trotz der Reanimation nicht vom Patienten abgewendet werden konnten.

Die Behandlungsmöglichkeiten, die sich für den Arzt mit der Reanimation eröffnen, können deshalb geradezu als exemplarisch für die Situation gelten, in der sich für den Arzt die Frage stellt, ob er aus ärztlich-ethischer Sicht alles tun darf, was er mit den Mitteln der modernen Medizin tun kann, oder darüber hinaus aus rechtlicher Sicht sogar alles tun muß. Der Problemfall der Reanimationsbehandlung erscheint somit besonders geeignet, die Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht zu untersuchen.

Eine enge Verbindung dieser Untersuchung mit dem Thema „Tod und Todeszeitbestimmung“ ergibt sich aus dem Bedürfnis, die Grenzen der ärztlichen Verpflichtung zur Einleitung und Weiterführung von Reanimationsmaßnahmen auch und gerade im Hinblick auf den Problembereich des Hirntodes, der Entnahme lebenswichtiger Organe zu Transplantations-

zwecken sowie der aktiven und passiven Euthanasie zu bestimmen.

Lebensverkürzende Eingriffe und Sterbehilfe

Einigkeit besteht zwischen Medizinern und Juristen, aber auch innerhalb der beiden Disziplinen darüber, daß (aktive) lebensverkürzende Maßnahmen unzulässig sind, und zwar ohne jede Rücksicht auf den Zustand des Erkrankten und auf das Motiv dessen, der eine solche Maßnahme vornimmt.

6.1 Organentnahme

Die Entnahme lebenswichtiger Organe bei einem Sterbenden, die den Eintritt des Todes beschleunigt, erfüllt, auch wenn der Patient bereits bewußtlos ist und der Eintritt des Todes binnen kurzer Zeit bevorsteht, den Tatbestand eines Tötungsdelikts. An dieser rechtlichen Einordnung vermag es nichts zu ändern, wenn die Organe des Sterbenden im konkreten Fall für einen anderen, in akuter Lebensgefahr befindlichen Menschen dringend benötigt werden (4b – S. 57). Ein übergesetzlicher Notstand, der den Arzt zur Entnahme lebenswichtiger Organe beim Sterbenden berechtigen würde, kann nicht anerkannt werden.

6.11 Die Tatsache, daß die Organe dringend für eine lebenserhaltende Transplantation benötigt werden, gewinnt dagegen rechtliche Bedeutung bei der Prüfung der Frage, ob die Entnahme der Organe bei einem Verstorbenen auch dann zulässig ist, wenn dieser sich vor seinem Tode nicht damit einverstanden erklärt hat und auch eine Einwilligung der Angehörigen nicht vorliegt. Der Auffassung, daß der Pflicht des Arztes zur Lebenserhaltung insoweit der Vorrang vor dem Selbstbestimmungsrecht des Verstorbenen und seiner Angehörigen eingeräumt werden darf, ist beizutreten, ohne daß dieser Problembereich im Rahmen des Themas einer näheren Erörterung bedarf. Für die Anerkennung des übergesetzlichen Notstandes spre-

*) Herrn Professor Dr. med. Karl HORATZ, Hamburg, zum 80. Geburtstag gewidmet.

chen sich u.a. BOCKELMANN, BRENNER, HEINITZ und KOHLHAAS aus, dagegen EICHHOLZ, GEIGER und TROCKEL.

6.12 Die exakte Feststellung eines dem Herztod vorgehenden Hirntodes bei künstlich beatmeten Patienten und seine einwandfreie Dokumentation ist vor jeder Organentnahme unerlässlich. Es empfiehlt sich dringend, diese Feststellung durch Ärzte treffen zu lassen, die nicht dem Operationsteam angehören, das die Transplantation vornehmen soll (2, 63b). Nach der Erklärung von Sidney*) sollen zwei Ärzte den Tod feststellen, die selbst nicht unmittelbar an der Transplantation beteiligt sind.

Eine Trennung der Aufgaben und der Verantwortung für die Feststellung des Todes und die Vornahme der Organtransplantation ist rechtlich freilich nicht zwingend. Ihre Nichtbeachtung macht die Entnahme eines lebenswichtigen Organs, wenn der Tod tatsächlich eingetreten war, nicht etwa zu einem Tötungsdelikt. Sie kann aber die Verteidigung gegen den Vorwurf erschweren, die Feststellung des Todes sei von der Notwendigkeit bestimmt oder mitbestimmt worden, für einen anderen Patienten rechtzeitig die dringend benötigten Transplantate zu erhalten. Die empfohlene Aufgabentrennung dient also im wesentlichen der Erleichterung der Beweisführung (25).

6.2 Aktive Euthanasie

Eindeutig unzulässig ist nach ärztlicher wie rechtlicher Auffassung auch die aktive Euthanasie. Die schrecklichen Erfahrungen mit den Aktionen zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ entziehen diesen Problembereich nahezu jeder näheren Diskussion.

6.21 Der Arzt macht sich strafbar, selbst wenn er dem Patienten den Gnadentod auf dessen ausdrückliches und ernstliches Verlangen gibt. Die Tötung auf Verlangen ist in § 216 StGB mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis fünf Jahren bedroht. Bestrebungen, die aktive Euthanasie, den „Gnadentod“, wenigstens auf Verlangen des Patienten zuzulassen, haben sich bisher auch im ausländischen Recht offenbar nicht voll durchsetzen können. Die Bedenken, die ERHARDT (15) gegen legislative Lösungen dieses Problems anmeldet, sind begründet. Weder wird sich die „Freiwilligkeit“ des in den Gnadentod Einwilligenden immer mit hinreichender Sicherheit feststellen lassen, noch hilft eine solche Regelung für die weit überwiegende Zahl der Fälle, in denen der Sterbende zu einer solchen Erklärung nicht mehr imstande ist.

6.22 Das „Recht auf den eigenen Tod“ ist in unserer Rechtsordnung insoweit anerkannt, als die Selbsttötung, damit auch der Suizidversuch und die Beihilfe zur Selbsttötung, nicht mit Strafe bedroht sind, und

daß es grundsätzlich jedem freigestellt ist, ob er sich einer lebenserhaltenden Behandlung unterziehen will. Die Abgrenzung zwischen der straflosen Beihilfe zum Selbstmord und den strafrechtlich sanktionierten Pflichten, die sich für den Arzt aus seiner Garantstellung oder aus der allgemeinen Hilfeleistungspflicht des § 330 c StGB auch gegenüber dem Selbstmörder ergeben, ist jedoch rechtlich äußerst schwierig und führt im Einzelfall zu problematischen Ergebnissen (vgl. etwa BGHSt 2, 150 und 13, 162).

6.3 Sterbehilfe

Zur Erleichterung eines qualvollen Sterbens durch Schmerzlinderung ist der Arzt dagegen nicht nur berechtigt, sondern sogar eindeutig rechtlich verpflichtet. Der Bundesgerichtshof hat dazu in einem Urteil vom 30. September 1955 (LM, Nachschlagwerk des Bundesgerichtshofs, Nr. 6 zu § 230 StGB) ausgeführt:

„Mit der Übernahme der Behandlung entstand die Verpflichtung des Angeklagten, dem Kranken nach Möglichkeit zu helfen. Ist die Wiederherstellung der Gesundheit unmöglich, so besteht jedenfalls die Pflicht, die Schmerzen des Patienten im Rahmen des Möglichen zu lindern. . . . Gerade wegen der von ihm erkannten Unheilbarkeit des Kranken war eine gewissenhafte Prüfung, wieweit diesem die Erdduldung von Schmerzen zuzumuten war, geboten.“

Die weit überwiegende Auffassung in der juristischen Literatur geht dahin, daß die Gabe schmerzlindernder Mittel im Rahmen der Sterbehilfe selbst dann zulässig ist, wenn sie zu einer Trübung des Bewußtseins führt, und wenn nicht auszuschließen ist, daß sie die Widerstandskraft des Sterbenden schwächt**). Der Unterschied zur aktiven Euthanasie ist darin zu sehen, daß die Lebensverkürzung bei der Sterbehilfe nicht erstrebt wird, vielmehr als unerwünschte Nebenwirkung der ärztlich wie rechtlich indizierten Schmerzlinderung in Erscheinung tritt.

7.

Ärztliche Behandlungspflicht und passive Euthanasie

Lautet die entscheidende Frage bei der aktiven Euthanasie

„ist der Arzt berechtigt, unter bestimmten Voraussetzungen das Leben durch aktives Eingreifen in den natürlichen Schicksalsverlauf abzukürzen?“,

so ist bei der passiven Euthanasie zu fragen:

„ist der Arzt verpflichtet, das Leben unter allen Umständen durch Behandlungsmaßnahmen zu verlängern?“

In der Beurteilung der Zulässigkeit der passiven Euthanasie, also des Absehens von einer medizinisch möglichen Lebensverlängerung, gehen die Meinungen in der Theorie wie in der Praxis weit auseinander. Den strengsten Standpunkt im Sinne einer absoluten Verpflichtung zur Lebenserhaltung vertritt wohl der

*) „Deutsches Ärzteblatt“ 64 (1967), S. 1521.

***) BOCKELMANN (4b), S. 25; DREHER (11), Anm. 3 B 3 vor § 211; ENGISCH (14 e), S. 38; MEZGER-BLEI (39), S. 22; OLSHAUSEN (41); Anm. 4 zu § 211, SIMSON (47), S. 2, WELZEL (64), S. 270; gegenteiliger Auffassung aber E. SCHMIDT (51), S. 12 und MAURACH (38), S. 14.

Strafrechtslehrer BOCKELMANN (4 b *)). Er meint, der Arzt müsse das äußerste, was ihm seine Mittel erlauben, zur Verlängerung des Lebens auch denn tun, wenn es nicht um Jahre, sondern nur „um Tage oder gar um Stunden oder Minuten geht und wenn überdies das Leben in der kurzen Spanne Zeit, für die es sich noch erhalten läßt, nur ein klägliches, trostloses Leben sein kann, vielleicht nur ein Dahindämmern in dumpfer Bewußtlosigkeit.“

Auf der Gegenseite des Meinungsspektrums stehen namhafte Ärzte mit umfassenden Erfahrungen im Bereich der Intensivtherapie. Sie wollen die Entscheidung, ob bei Erkrankungen mit infauster Prognose Wiederbelebensmaßnahmen einzuleiten und fortzuführen sind, weitgehend in das freie Ermessen des Arztes gestellt sehen (31 **).

Wer für das freie Ermessen des Arztes plädiert, sieht in ihm den Sachwalter des wohlverstandenen Patienteninteresses und belegt seine Auffassung mit Beispielen, in denen die Lebensverlängerung eindeutig der *salus aegroti* widerspricht und als sinnlos, wenn nicht sogar als inhuman erscheint. Die gegenteilige Auffassung glaubt, den absoluten Schutz des Lebens gewährleisten zu müssen; sie meint, der Arzt würde sich mit der Entscheidung für die passive Euthanasie zum Herren über Leben und Tod aufwerfen; sie sieht zudem die Gefahr der uferlosen Ausweitung.

Beide Standpunkte haben im Ausgangspunkt gute Argumente für sich, vermögen im Ergebnis jedoch nicht zu überzeugen. Die nähere Prüfung wird ergeben, daß die passive Euthanasie weder schlechthin verboten noch nach freiem ärztlichen Ermessen erlaubt ist. Die Lösung des Problems ist diffiziler und differenzierter, sie liegt zwischen diesen beiden Standpunkten: Die passive Euthanasie ist zulässig, jedoch nur innerhalb eng gezogener, objektiv bestimmbarer Grenzen, auf die im folgenden eingegangen werden soll. Nur im Rahmen dieser engen Grenzen kann dem Arzt eine Entscheidung nach seinem pflichtgemäßen Ermessen eingeräumt werden.

7.1 Aus juristischer Sicht steht bei der passiven Euthanasie ein Unterlassen in Frage, bei der aktiven ein Tun. Damit bestehen wesentliche rechtliche Unterschiede in der Ausgangssituation.

Tötungsdelikte sind ihrer Natur nach Begehungsdelikte; ihr Tatbestand wird typischerweise durch ein aktives Handeln erfüllt. Das Unterlassen einer Handlung, die geeignet wäre, einen zum Tode führenden Kausalverlauf zu unterbrechen, wird rechtlich dem aktiven Handeln gleichgestellt, wenn und soweit eine Rechtspflicht zur Abwendung des Erfolgs („Garantenstellung“) bestand. Eine solche Rechtspflicht besteht nach ständiger Rechtsprechung vor allem für den Arzt, der die Behandlung eines Patienten über-

nommen hat, aber auch z. B. für den Bereitschaftsarzt (vgl. BGHSt 7, 212). Der Arzt, der es schuldhaft unterläßt, bei seinem Patienten eine lebensrettende Behandlung durchzuführen, kann sich damit einer Tötung durch Unterlassen schuldig machen.

7.2 Allgemeine Hilfeleistungspflicht

Wenn auch der Arzt grundsätzlich nicht verpflichtet ist, eine Behandlung zu übernehmen, so kann sich doch seine rechtliche Verpflichtung, lebensrettende Behandlungsmaßnahmen einzuleiten und durchzuführen, aus der allgemeinen Hilfeleistungspflicht des § 330c StGB ergeben. Im Gegensatz zur eben erörterten Rechtslage (Behandlungspflicht aus der Garantenstellung) besteht diese allgemeine Hilfeleistungspflicht für jeden, der wirksame Hilfe bringen kann. § 330c lautet:

„Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

Die Hilfeleistungspflicht gilt also, wie schon der Wortlaut zeigt, nicht allein für den Arzt. In vielen Fällen wird aber nur der Arzt wirksame Hilfe bringen können. Ein Unglücksfall im Sinne des § 330c StGB ist auch die rasche Verschlimmerung einer Krankheit. Weiter gilt der Selbstmordversuch als Unglücksfall, der regelmäßig die Hilfeleistungspflicht auslöst (BGHSt 6, 147).

Ist eine Hilfeleistungspflicht gegeben, so muß der Arzt die ihm nach seiner Lebenserfahrung und Vorbildung zumutbare „bestmögliche Hilfe“ leisten (BGHSt 21, 50), er muß auf die „wirksamste Weise“ und sofort helfen (BGHSt 14, 213). Mit Scheinmaßnahmen darf er sich nicht begnügen; es genügt nicht, wenn er irgend etwas tut.

Die Hilfeleistungspflicht besteht auch dann, wenn der Verunglückte so schwer verletzt worden ist, daß der Tod unabwendbar ist, durch die ärztliche Hilfe aber die Schmerzen des Opfers gelindert werden können.

Keine Hilfeleistungspflicht besteht, wenn die Hilfe von vornherein aussichtslos ist, insbesondere wenn der Verletzte sofort tot ist (BGHSt 1, 266; 17, 166). Der Arzt wird sich aber vergewissern müssen, wenn es für ihn zweifelhaft bleibt, ob der Tod tatsächlich schon eingetreten ist (vgl. BGH in VRS 14, 194, 196).

7.3 Das Postulat der Rechtsprechung, die „wirksamste, die bestmögliche“ Hilfe zu leisten, das ebenso für die allgemeine Hilfeleistungspflicht wie für die (gesteigerte) aus der Garantenstellung gilt, muß dahin verstanden werden, daß der Arzt grundsätzlich verpflichtet ist, die ihm zu Gebote stehenden Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Er muß, abgesehen von zu erörternden Ausnahmefällen, das äußerste zur Erhaltung des Lebens selbst dann tun,

*) S. 114

**) S. 92 ff.

wenn feststeht, daß auf die Dauer der Kranke nicht zu retten ist (5).

7.31 Der Inhalt der Hilfeleistungspflicht wird bei lebensgefährlichen Erkrankungen und Verletzungen bestimmt durch den Grundauftrag jeder ärztlichen Tätigkeit, Leben zu erhalten und Schmerzen zu lindern.

Die lebenserhaltende Behandlung umfaßt sowohl die lebensrettenden Maßnahmen, die eine Krankheit (Verletzung) heilen oder zumindest ihr Fortschreiten verhindern, als auch die lebensverlängernden, die das Fortschreiten einer progredienten Krankheit lediglich verzögern. Die rechtliche Verpflichtung, Hilfe zu leisten, endet – wie erwähnt – nicht etwa generell bei den Fällen mit infauster Prognose, bei denen der Tod nicht verhindert, sondern nur hinausgezögert werden kann.

7.32 Stehen mehrere Behandlungsmöglichkeiten zur Wahl, so wird der Arzt im Sinne der Verpflichtung, „wirksamste“ Hilfe zu bringen, der lebensrettenden den Vorzug vor der lebensverlängernden Behandlung geben müssen und dieser grundsätzlich wieder den Vorzug vor der symptomatischen Schmerzlinderung. Oft lassen sich die Zielsetzungen miteinander verbinden, also eine lebenserhaltende Behandlung mit der Schmerzlinderung. Zielkonflikte sind aber nicht vermeidbar. Wegen der Stufenfolge der Ziele wird der Arzt die „höherrangige“ lebenserhaltende Behandlung im Regelfall auch dann durchführen müssen, wenn sie mit Schmerzen verbunden ist oder schmerzhaft Zustände verlängert.

7.33 Ob im Rahmen und in der Rangfolge dieser Zielsetzungen eine Behandlung als „bestmögliche“ indiziert ist, bestimmt sich nach objektiven Kriterien. Die Chancen der Lebenserhaltung, die eine Behandlung nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft und den praktischen Erfahrungen bietet, sind gegen die Risiken und Nachteile abzuwägen, die mit ihr verbunden sind. Zu den Nachteilen gehört vor allem der Verlust von Organen und Körperteilen, die Beeinträchtigung von Organfunktionen, aber auch Schmerzen und psychische Beeinträchtigungen, die als notwendige oder mögliche Folge der therapeutischen Maßnahmen in Betracht zu ziehen sind.

Vorzunehmen ist die der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung zugrunde liegende Abwägung mit der Sorgfalt des gewissenhaften Durchschnittsarztes – wenn es sich um fachärztliche Verrichtungen handelt, mit der des gewissenhaften Fachkollegen –, die dieser in der gleichen Situation (also bei einer Beurteilung ex ante) aufwenden würde. Eine Behandlung, die diesem objektivierte Sorgfaltsmaßstab nicht genügt, ist fehlerhaft.

7.34 Ob eine bestimmte Behandlung medizinisch indiziert war, hat im Zivil- und Strafprozeß der Richter zu entscheiden. Er stützt sich dabei auf die Gutachten ärztlicher Sachverständiger.

Der Arzt, der eine objektiv fehlerhafte, also bei Zugrundelegung des erwähnten Sorgfaltsmaßstabs nicht indizierte Behandlung durchführt oder eine indizierte Behandlung unterläßt, handelt damit rechtswidrig. Beruht die objektiv fehlerhafte Behandlung auf einem Verschulden, was keineswegs stets der Fall sein muß, so ist die strafrechtliche Beurteilung verschieden, je nachdem, ob dem Arzt die Verletzung der Pflichten aus der Garantenstellung oder unterlassene Hilfeleistung zum Vorwurf gemacht wird.

Im ersteren Fall steht ein Tötungsdelikt (vorsätzliche oder fahrlässige Tötung) durch Unterlassen in Frage. Eine Verurteilung setzt hier den sicheren Nachweis voraus, daß die Behandlung, deren Unterlassung dem Arzt zum Vorwurf gemacht wird, zum Erfolg geführt hätte. Dieser Nachweis eines hypothetischen Kausalverlaufs ist freilich im medizinischen Bereich außerordentlich schwierig.

Beim Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung kommt es dagegen nicht darauf an, ob das pflichtgemäße Verhalten den Hilfsbedürftigen noch hätte retten können. Andererseits ist nach § 330c StGB aber nur die vorsätzlich unterlassene Hilfeleistung strafbar. Der zur Hilfeleistung Verpflichtete muß also wissen, daß die unterlassene Maßnahme zur Hilfeleistung erforderlich und er zur Hilfeleistung verpflichtet ist. Das Fehlgreifen in der Wahl der Mittel fällt nicht unter diese Strafbestimmung, solange der Hilfspflichtige nicht bewußt das Falsche tut.

7.4 Ist der Arzt trotz der infausten Prognose grundsätzlich verpflichtet, lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen durchzuführen, die nach objektiven Kriterien indiziert sind, so kann von einer Entscheidung nach freiem ärztlichen Ermessen schwerlich die Rede sein. Die entscheidende Frage kann vielmehr nur lauten: Welche Fakten darf der Arzt in die Prüfung der Behandlungsindikation einbeziehen? Darf er neben den bereits erwähnten medizinischen Fakten, die für oder gegen die Behandlung sprechen, auch die individuellen Lebensverhältnisse des Patienten und seine psychische Grundeinstellung zum Leben und zum Sinn des Leidens berücksichtigen, die den Ausschlag dafür geben können, ob die Lebensverlängerung – abgesehen von der objektiven medizinischen Beurteilung – für ihn höchstpersönlich von positiver Bedeutung ist? Oder, um es konkret auszudrücken, sind Armut, Krankheit, Einsamkeit, pessimistische Grundveranlagung und das Fehlen konkreter Lebensaufgaben, um einige Beispiele aufzuführen, kontra-indizierende Faktoren im Rahmen der dem Arzt obliegenden Abwägungen?

Es drängt den Arzt dazu, diese Fragen zu bejahen, weil nur der darüber entscheiden kann, ob er einem Menschen Hilfe oder statt einer Wohltat Plage bringt, der ihn als psychosomatische Einheit und als Gesamtpersönlichkeit würdigt. Andererseits hieße dies aber doch, die objektiven medizinischen Kriterien, die für

die Behandlung sprechen, der subjektiven Wertung des Arztes unterstellen, ob er ein Leben aus Erwägungen, die außerhalb der medizinischen Fakten liegen, für lebenswert und seine Verlängerung mit dem wohlverstandenen *salus aegroti* für vereinbar hält.

Zu einer solchen Entscheidung, die ihn in der Tat zum Herren über Leben und Tod machen würde, ist der Arzt jedoch nicht berufen. Sie würde ihm eine Verantwortung auferlegen, die ihn überfordert.

Art und Zeitpunkt der Hilfeleistung bestimmen sich, wie die Rechtsprechung entschieden hat, nach objektiven Maßstäben und ohne Rücksicht auf die subjektiven Anschauungen des Verpflichteten (BGHSt 14, 213/216). Ob die Verlängerung seines Lebens sinnvoll ist, kann prinzipiell nur der Patient selbst in Kenntnis der für ihn wesentlichen Fakten entscheiden. Den Ausschlag geben dabei seine ethischen und religiösen Vorstellungen vom Sinn des Lebens, sein Lebenswille und seine subjektive, höchstpersönliche Auffassung über die Bedeutung der Aufgaben, die er in der restlichen Lebenszeit erfüllen kann. Vor allem seine Vorstellungen über die Verpflichtungen, die ihm gegenüber seiner Familie obliegen, können bei seiner Entscheidung erhebliches Gewicht gewinnen.

7.41 Wer für das „Recht auf den eigenen Tod“ plädiert, um der Behandlungspflicht des Arztes Grenzen zu setzen, wird folgerichtig auch und primär das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und seine (potentielle) Entscheidung für oder gegen die lebensverlängernde Behandlung anerkennen müssen. Die Schwankungsbreite der psychischen Reaktion auf eine ernsthafte Lebensbedrohung reicht erfahrungsgemäß von der früh- und vorzeitigen Resignation bis zur Lebensbejahung auch unter widrigsten Umständen. Selbst der Arzt, der seinen Patienten genau zu kennen glaubt, wird seine Reaktion in einer solchen Situation schwer vorherberechnen können.

7.42 Die Ablehnung eines freien Ermessens des Arztes ist durch die Rechtsprechung vorgezeichnet, auch wenn es noch kaum Entscheidungen gibt, die unmittelbar die hier zu erörternde Problematik betreffen. Sie stellt beim Heileingriff auf die Einwilligung des Patienten ab, die nur wirksam ist, wenn er sich in Kenntnis der für ihn wesentlichen Umstände für oder gegen die Behandlung entscheiden konnte. Nicht die Vorstellungen des Arztes, ob der Eingriff dem wohlverstandenen Interesse des Patienten — der *salus aegroti* — dient, sondern die Einwilligung des Patienten, die allein von der *voluntas aegroti* bestimmt wird, vermag nach der Rechtsprechung den Eingriff in die Körperintegrität zu rechtfertigen.

Für das Korrelat, den Verzicht auf einen nach objektiven medizinischen Maßstäben indizierten Eingriff, kann nichts anderes gelten. Die Entscheidung muß der Patient im Rahmen seines Selbstbestimmungsrechtes treffen. Er ist dazu nur imstande, wenn der

Arzt ihn vor die Wahl stellt und sie nicht selbst nach seinen Vorstellungen von der *salus aegroti* trifft. Fordert der Patient eine lebensverlängernde Behandlung trotz der ihm bekannten Nachteile, so wird der Arzt sie durchführen müssen.

7.43 Verweigert der Patient die Einwilligung in die lebensverlängernde Behandlung, so darf sie der Arzt nicht durchführen. Er ist hier also trotz seiner Garantenstellung und der allgemeinen Hilfeleistungspflicht nicht nur berechtigt, die lebensverlängernde Behandlung zu unterlassen, sondern dazu sogar verpflichtet. Das gleiche gilt beim bewußtlosen Patienten, wenn sein mutmaßlicher Wille dahin geht, den Eingriff abzulehnen.

7.5 Die Ablehnung einer passiven Euthanasie nach freiem ärztlichen Ermessen und der Hinweis auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten läßt freilich einen Großteil der Fälle ungeklärt. Vielfach wird es der physische oder psychische Zustand des moribunden, oft bewußtlosen Patienten ausschließen, seine Entscheidung herbeizuführen, ob er sich einer lebensverlängernden Behandlung trotz der mit ihr verbundenen schweren Belastungen und der infausten Prognose unterziehen will, oder ob der Arzt dem Schicksal seinen Lauf lassen soll.

Verbietet es die Situation des Patienten, seine Entscheidung für oder gegen eine Reanimationsbehandlung herbeizuführen, die sein Leben zu verlängern, den Eintritt des Todes aber nicht definitiv abzuwenden vermag, so steht der Arzt vor der unausweichlichen Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen er von dieser Behandlung absehen darf. Vor allem der auf einer Intensivstation tätige Arzt wird so nahezu täglich mit dem Problem der passiven Euthanasie konfrontiert.

8.

Limitierende Faktoren bei der Einleitung der Reanimationsbehandlung

Die Reanimationsbehandlung verfolgt zwei Ziele: Als akute Wiederbelebung soll sie den Atem- bzw. Kreislaufstillstand beheben, also Atmung und Kreislauf wieder in Gang bringen; als Langzeitbehandlung will sie gestörte Vitalfunktionen, vor allem bei respiratorischer Insuffizienz, solange aufrecht erhalten, bis eine Besserung des Grundleidens zu erreichen ist.

8.1 Unter beiden Aspekten sind der Reanimationsbehandlung zunächst schon natürliche Grenzen gesetzt, die nichts mit der Frage nach der Zulässigkeit der passiven Euthanasie zu tun haben. Keine Verpflichtung des Arztes zur Einleitung von Wiederbelebungsmaßnahmen besteht insbesondere dann, wenn es — nach gesicherter Prognose — von vornherein unmöglich ist, die Vitalfunktionen wieder in Gang zu setzen. Eine solche Prognose kann sich geradezu zwingend aus der Art der Erkrankung oder Verletzung ergeben. Steht von vornherein fest, daß wegen der bereits eingetretenen definitiven Organschädigungen

Magen-Probleme?

Gelusil-Lac eine Schutzschicht
für die Magenschleimhaut!

Indikationen:

Gastritis	akute + chronische
Säurebeschwerden	wie z. B. Hyperazidität, Sodbrennen, medikamentös bedingte Übersäuerung, saures Aufstoßen, Völlegefühl
Reizmagen	nervöser Magen
Ulkus	Ulcus pepticum bzw. Ulcus ventriculi et duodeni, Streßulcus

Refluxösophagitis

in der Gravidität, bei Hiatushernie, bei Schwangerschafts-erbrechen, bei gehäuften Erbrechen anderer Art

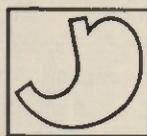
„verdorbener Magen“

nach Ernährungsfehlern, Alkohol- und Nikotinabusus

Kortikoid-Therapie

zur besseren Magenverträglichkeit systemisch gegebener Kortikoide bei Erkrankungen z. B. aus dem rheumatischen, bronchospastischen oder nephrotischen Formenkreise.

Gelusil-Lac[®]



GÖDECKE

Kontraindikationen sind nicht bekannt.

Anwendung und Dosierung

Mehrmals täglich den Inhalt von 1–2 Beuteln, bei der Dosenpackung die Menge von 1–2 gehäuften Teelöffeln in etwa 1/4 Glas Wasser gut verrührt einnehmen bzw. 1–2 Tabletten lutschen oder kauen. Bei Bedarf können die angegebenen Einzeldosen erhöht werden.

Zur Beachtung (für alle Anwendungsformen)

Hohe und längerdauernde Gaben von Gelusil können bei schwerer Niereninsuffizienz zur Hypermagnesiämie führen. Im Stadium der urämischen Stoffwechsellintoxikation ist – eodem nicht systematische Kontrollen des Plasma-Magnesiums möglich sind – bei Verwendung von Gelusil Vorsicht geboten.

Gelusil-Lac-Tabletten

1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,5 g und 0,3 g fettfreies Milchpulver. 40 Tabletten DM 5,25 m. MWST., 100 Tabletten DM 11,40 m. MWST.

Gelusil-Lac-Pulver

1 g enthält Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,156 g in fettfreiem Milchpulver 0,844 g. 10 Beutel zu 6,5 g DM 5,40 m. MWST., Dose mit 150 g DM 9,00 m. MWST.

Gelusil-Lac Quick

1 g Granulat: Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,1 g und 0,9 g sofort lösliches, fettfreies Milchpulver. 10 Beutel zu 4,5 g DM 5,40 m. MWST., Dose mit 100 g DM 9,00 m. MWST.

Gelusil-Tabletten

1 Tablette: Magnesiumaluminium-Silikat-hydrat 0,55 g, ohne Milchkomponente. 40 Tabletten DM 4,45 m. MWST., 100 Tabletten DM 9,00 m. MWST.

Weitere Informationen siehe wissenschaftlicher Prospekt.

ein Herzstillstand nicht behoben werden kann, oder der Hirntod bereits eingetreten ist, so braucht der Arzt mit der Reanimation nicht zu beginnen.

Sie kann sich weiter aus den Umständen ergeben, unter denen die Reanimation durchgeführt werden muß. Wiederbelebungsmaßnahmen, die unter klinischen Voraussetzungen zum Erfolg führen können, wie die intrathorakale Herzmassage bei einem Herzstillstand auf dem Operationstisch, sind aussichtslos, wenn sie bei dem gleichen Patienten auf offener Straße ohne das benötigte Instrumentarium (also etwa mit dem Taschenmesser) durchgeführt werden müßten (25, 30, 31).

Ähnlich bedeutsam wie die objektiven äußeren Bedingungen, unter denen der Arzt helfen soll, sind seine individuellen Kenntnisse und Erfahrungen. Wiederbelebungsmaßnahmen, die in der Hand des auf diesem Gebiete erfahrenen Fachmannes Erfolgsaussichten bieten, beherrscht nicht jeder Arzt. In bestimmten Situationen wird der Anästhesist, der Chirurg, der Internist oder auch der Allgemeinarzt zur Hilfeleistung imstande und damit auch verpflichtet sein, während dies etwa bei einem Röntgenologen oder Laborarzt durchaus zweifelhaft sein kann. Entscheidend ist freilich nicht die Zugehörigkeit zu einem Fachgebiet, sondern die individuelle Leistungsfähigkeit, also die persönlichen Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes auf dem Gebiet der akuten Wiederbelebung. Überfordert die im konkreten Fall notwendige Behandlung die persönlichen Fähigkeiten des Arztes, so trifft ihn – von Fällen des Übernahmeverschuldens abgesehen – kein strafrechtlicher Vorwurf, wenn er die objektiv richtigen Maßnahmen unterläßt. Selbstverständlich muß der Arzt, dessen Kenntnisse und Erfahrungen für eine akute Wiederbelebung nicht ausreichen, aber versuchen, einen dafür qualifizierten Kollegen zuzuziehen.

8.2 Keine Verpflichtung des Arztes zur Einleitung von Wiederbelebungsmaßnahmen besteht weiter dann, wenn es zwar möglich erscheint, die vitalen Funktionen wiederherzustellen, wegen der Art und Schwere des Grundleidens während dieser Phase jedoch eine Besserung mit Sicherheit nicht erreicht werden kann und die Reanimation für den Patienten nicht mehr bedeuten würde als die Verlängerung eines qualvollen Sterbens und eine Erneuerung des Todeskampfes. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei den Patienten häufig zutreffen, bei denen das Versagen der vitalen Funktionen die Folge einer unheilbaren progredienten Erkrankung ist, oder der Tod erwartungs- und bestimmungsgemäß in hohem Lebensalter eintritt. Dem Auftrag des Arztes, das Leben zu erhalten, sind hier von der Natur so enge Grenzen gesetzt, daß bei der Kollision der Pflicht zur Lebensverlängerung mit der Pflicht zur Schmerzlinderung entgegen der sonstigen Stufenfolge, also ausnahmsweise, diese letztere Pflicht überwiegt. Die Abwägung dieser beiden Pflichten liegt im unmittelbaren Bereich der me-

dizinischen Fakten. Der Arzt urteilt, wenn er die Indikation zur Wiederbelebung unter diesen Umständen verneint, nicht über den Wert oder Unwert des menschlichen Lebens, sondern über Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall. Er wägt ihre Vorteile (Lebensverlängerung) gegen ihre Nachteile ab, zu denen im medizinischen Bereich auch die Schmerzen und die mit der Behandlung verbundenen psychischen Beeinträchtigungen gehören.

8.21 Daß die „wirksamste“ oder „bestmögliche“ Hilfe, die die Rechtsprechung vom Arzt fordert, nicht unter allen Umständen und „um jeden Preis“ mit der Lebensverlängerung identisch ist, kann im Grund für diejenigen, der die Sterbehilfe in den oben bezeichneten Grenzen für zulässig hält, nicht zweifelhaft sein. Es ist ein Widerspruch in sich selbst, wenn BOCKELMANN einerseits die Gabe schmerzlindernder Medikamente auch bei Gefahr der Lebensverkürzung zulassen will, andererseits aber die Anwendung analeptischer Mittel für „ebenso unerbittlich geboten“ hält, wie die Anwendung der tödlichen Injektion verboten ist.

8.22 Die absolute Gleichsetzung der unterlassenen Lebensverlängerung mit dem lebensverkürzenden Eingriff, die der Auffassung BOCKELMANNs zugrunde liegt, wird der unterschiedlichen Ausgangssituation nicht gerecht. Die Unterlassung steht dem aktiven Tun doch rechtlich nur gleich, wenn (und soweit) eine Rechtspflicht zum Handeln besteht. Diese Rechtspflicht kann nicht a priori auch für die Grenzsituationen bejaht werden, in denen BOCKELMANN die Pflicht zur lebensverlängernden Behandlung für gegeben hält, nämlich wenn es – wie bereits zitiert – nur noch „um Stunden und Minuten geht, und wenn überdies das Leben in der kurzen Spanne, in der es sich noch erhalten läßt, nur ein klägliches, ein trostloses Leben sein kann, vielleicht nur ein Dahindämmern in dumpfer Bewußtlosigkeit“.

Wäre dies richtig, so dürfte kein Patient in unseren Krankenhäusern am Ende einer schweren progredienten Krankheit aus dem Leben scheiden, ohne daß noch einmal alle Mittel und Möglichkeiten der modernen Medizin zum Einsatz kommen. Eine solche Verpflichtung wird aber in der juristischen Literatur ganz überwiegend verneint*).

8.23 Wer für das freie Ermessen des Arztes plädiert, erkennt demgegenüber im Prinzip zutreffend, daß es *Immanente Grenzen* der ärztlichen Behandlungspflicht gibt (1, 25, 34, 44). Sie sind erreicht, wenn die Lebensverlängerung für den Sterbenden keine Hilfe mehr bedeutet, geschweige denn die „bestmögliche“. Der Auftrag zu helfen, liegt sowohl dem

*) vgl. BRENNER (5), aaO. ENGISCH (14), S. 38), HANACK (25), S. 1328, HIRSCH (29), S. 925, MAURACH (38), S. 15, MEZGER-BLEI (39), S. 23, OLSHAUSEN (41), Anm. 4 zu § 211, E. SCHMIOT (51), S. 15, SCHONKE-SCHRODER (54, Rdur. 14 vor § 211 und die dort zitierte Literatur sowie SIMSON (47), S. 1157.

ärztlichen Gelöbnis als auch den Rechtspflichten aus der Garantenstellung und aus § 330 c StGB zugrunde. Sind die Grenzen dieses Auftrags überschritten, so entfällt die Verpflichtung zum Handeln und damit zugleich die Strafbarkeit des Unterlassens. Nur soweit die Pflicht zum Handeln reicht, kann das Unterlassen dem aktiven Tun und damit die passive der aktiven Euthanasie gleichgestellt werden.

8.24 Es gibt andererseits durchaus Fälle, in denen zwar der Arzt mit den Mitteln der Reanimation das Leben nicht verlängern, aber doch den Todeskampf erleichtern kann, wie etwa durch die künstliche Beatmung eines Sterbenden, der an qualvoller Atemnot leidet. Der Arzt ist, wie dies der Bundesgerichtshof in der zitierten Entscheidung klar ausgesprochen hat, zu einer solchen symptomatischen Therapie verpflichtet.

8.3 Zweifelhafter mag zunächst sein, ob der Arzt auch dann von der Einleitung der Reanimation absehen darf, wenn von vornherein feststeht, daß der Patient – etwa wegen einer definitiven schweren Schädigung des Gehirns (Schädelhirntrauma, längerdauernder Sauerstoffmangel) – trotz aller Bemühungen um die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen in Irreversibler Bewußtlosigkeit seinem Ende entgegengehen wird. Eine Kollision der Verpflichtung zur Lebensverlängerung mit der Pflicht zur Schmerzlinderung kommt in dieser Situation nicht in Betracht.

8.31 Die immanenten Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht werden aber auch hier deutlich sichtbar. Der Arzt, der darauf verzichtet, in Fällen irreversibler Bewußtlosigkeit eine Reanimationsbehandlung einzuleiten, macht sich nicht zum Herren über Leben und Tod, sondern erkennt im Gegenteil die Grenzen an, die durch die Natur der ärztlichen Kunst und ihren Hilfsmöglichkeiten gesetzt sind. Der Tod des Patienten ist hier schicksalhaft und unabwendbar vorherbestimmt. Wesentliche Gehirnfunktionen sind in dieser Situation bereits definitiv ausgefallen. Die Hilfsmittel, die der modernen Medizin u. a. mit der kontrollierten Dauerbeatmung zur Verfügung stehen, können zwar andere lebenswichtige Funktionen, wie die Herztätigkeit und den Kreislauf, für eine begrenzte Zeit aufrecht erhalten, den Organtod des Gehirns aber nur hinauszögern.

8.32 Die von BOCKELMANN vertretene formale rechtliche Betrachtung, die im Ergebnis die Lebensverlängerung um jeden Preis für geboten hält – ohne den Begriff der „Hilfe“ selbst, ihre immanenten Grenzen und die Pflichtenkollision näher zu untersuchen –, geht offenbar auch über die Forderungen hinaus, die von der Rechtsprechung gestellt werden.

Die Rechtsprechung erkennt an, daß sich die Grenzen der Hilfeleistungspflicht nach dem allgemeinen Sittengesetz bestimmen (vgl. RGSt 74, 71; 77, 303 und BGHSt 14, 213, 216). Die Verpflichtungen, die es dem einzelnen Arzt auferlegt, können nicht weiter reichen als die Hilfsmöglichkeiten, die ihm von der Gesellschaft für die Erfüllung dieser Pflichten zur Verfügung

gestellt werden. Diese Hilfsmittel sind notwendig begrenzt.

Der personelle und finanzielle Aufwand für jeden Intensivpflegefall ist außerordentlich hoch. Es bedarf keiner näheren Ausführungen, daß unsere Gesellschaft weder bereit noch imstande ist, die ungeheueren Mittel aufzubringen, die erforderlich wären, wenn man die von BOCKELMANN vertretene Auffassung in die tägliche Praxis umsetzen wollte. Ein erheblicher Teil des ohnehin knappen Personals müßte dazu verwendet werden, die Atmung und den Kreislauf von Patienten wiederherzustellen und künstlich aufrecht zu erhalten, deren Tod schicksalhaft und unabwendbar am Ende einer progredienten Erkrankung eintritt. Um das Sterben bei Patienten mit infauster Prognose zu verlängern, müßte die Versorgung der übrigen Patienten weitgehend eingeschränkt werden.

Dieser „Zielkonflikt“ ist genereller Natur. Er kann deshalb nur prinzipiell, nämlich durch die Offenlegung der immanenten Grenzen der Behandlungspflicht gelöst werden. Die in der Rechtswissenschaft gelegentlich vertretene Auffassung, der Arzt dürfe von der Reanimationsbehandlung auch in Fällen der hier erörterten Art nur dann absehen, wenn ein Patient mit besserer Prognose seiner Hilfe bedürfe, löst die Probleme nicht, sondern verlagert sie auf die Ebene umstrittener Einzelfallentscheidungen mit erheblichen Risiken für den Arzt.

Unannehmbar erscheint insbesondere die These von BOCKELMANN, eine Pflichtenkollision, die dem Arzt Entscheidungsfreiheit eröffne, sei schon dann als gegeben anzusehen, „wenn der Arzt zwar im Augenblick unvereinbaren Anforderungen noch nicht ausgesetzt ist, aber damit rechnen muß, daß er ihnen in nächster Zukunft ausgesetzt werden wird“. Eine Klinik solle nicht gehalten sein, „ihr gesamtes verfügbares Potential an Arbeitskräften, an Apparaten usw. in den Dienst der Reanimierung eines Moribunden zu stellen, wenn sie sich dadurch funktionsunfähig mache, d. h., der Möglichkeit berauben würde, sich der demnächst zu erwartenden Neueinlieferungen anzunehmen“.

Es ist zuzugeben, daß BOCKELMANN von seinem rechtlichen Ausgangspunkt einen solchen Ausweg, eine „Notlösung“ aufzeigen muß, wenn die Krankenhäuser nicht hoffnungslos mit der Reanimationsbehandlung infauster Fälle überlastet werden sollen. Seine „Lösung“ ist aber schon vom Ansatzpunkt her inakzeptabel. Bestände eine Verpflichtung zur Reanimation ohne jede Rücksicht auf den Zustand des Patienten und auf die Prognose, so müßten die entsprechenden Kapazitäten von den Krankenhausträgern geschaffen werden, wenn sie straf- und zivilrechtliche Sanktionen unter dem Gesichtspunkt des Organisationsverschuldens vermeiden wollen (25). Andererseits fragt sich bei dieser Lösung aber auch: Wo sollen hier die Grenzen sein, und wer soll im Einzelfall feststellen, ob eine Neueinlieferung demnächst

zu erwarten ist und ob die Kapazitäten gerade in dieser Situation erschöpft sind? Immerhin geht es bei dieser Abwägung – auf der Basis der These BOCKELMANNs – um die strafrechtliche Rechtfertigung oder Entschuldigung eines Verhaltens, das den Tatbestand der vorsätzlichen Tötung durch Unterlassen erfüllt!

Zudem löst er damit nicht die Probleme, die sich in den Fällen ergeben, in denen eine Reanimationsbehandlung bereits eingeleitet ist. Das Abschalten des Respirators hält BOCKELMANN (4 b), wie später zu zeigen sein wird, für schlechthin unzulässig, und zwar auch dann, wenn es darum geht, den Moribunden gegen einen Patienten mit besseren Überlebenschancen auszuwechseln^{*)}. All dies würde zu dem aus rechtlicher wie ärztlich-ethischer Sicht höchst bedenklichen und inhumanen Ausweg zwingen, die Reanimation nur in den Fällen einzuleiten, die von vornherein eine günstige Prognose erkennen lassen.

8.33 Zum gleichen Ergebnis, nämlich der Anerkennung immanenter Grenzen der Pflicht zur Lebensverlängerung, die selbstverständlich die Verpflichtung zur Schmerzlinderung (Beatmung eines unter Atemnot leidenden Sterbenden, um ihm den Todeskampf zu erleichtern) unberührt läßt, führt eine rechtliche Prüfung unter dem Gesichtspunkt der „Zumutbarkeit“. Dazu ein Beispiel aus der Rechtsprechung:

In einer von DALLINGER^{**)} besprochenen Entscheidung hat der Bundesgerichtshof eine Mutter von der Anklage der versuchten Tötung durch Unterlassen freigesprochen, obwohl sie es (aus aner kennenswerten Motiven) abgelehnt hatte, ihrer (geisteskranken) Tochter nach einem Suizidversuch die erforderliche ärztliche Hilfe zuteil werden zu lassen. Eine Garantenstellung war hier (durch die engen Familienbände) – ähnlich wie beim behandelnden Arzt – gegeben. Wegen der außergewöhnlichen Umstände konnte nach Auffassung des Bundesgerichtshofs der Mutter kein strafrechtlicher Vorwurf gemacht werden, wenn sie – im Sinne einer passiven Euthanasie – dem Schicksal seinen Lauf ließ.

Diese Entscheidung ist um so gewichtiger, als in dem konkreten Fall eine Rettung möglich gewesen wäre, während sie in den Fällen der irreversiblen Bewußtlosigkeit trotz außergewöhnlicher Behandlungsmaßnahmen, die den Ärzten wie dem Hilfspersonal ein hohes Opfer an persönlichem Einsatz abfordern, ausgeschlossen ist.

8.4 Wird in den eben erörterten Fällen der irreversiblen Bewußtlosigkeit eine rechtliche Verpflichtung zur Einleitung von Reanimationsmaßnahmen verneint, so sollte es der Entscheidung des Arztes überlassen bleiben, ob er gleichwohl eine künstliche Beatmung durchführt. Ärztlich-ethische und humanitäre Erwägungen lassen sich für wie gegen eine solche Entscheidung anführen.

^{*)} S. 115 und Fußnote 50 gegen WELZEL (64), S. 185, der hier einen übergesetzlichen Notstand zubilligt.

^{**)} JR 88, 6.

Die ablehnende Entscheidung des Patienten setzt freilich auch hier der Behandlung Grenzen. Hat er etwa eindeutig erklärt, daß er im Falle einer Verschlechterung seines Zustandes keine solche Reanimation wünsche, so muß dies der Arzt respektieren. Im allgemeinen darf davon ausgegangen werden, daß der bewußtlose Patient, falls er keinen gegenteiligen Willen geäußert hat, in eine lebensrettende Behandlung einwilligen würde. Kann die Reanimationsbehandlung jedoch nicht mehr erreichen als eine Verlängerung des Sterbens in irreversibler Bewußtlosigkeit, so erscheint es zumindest zweifelhaft, ob der Patient bei Kenntnis der infausten Prognose seine Einwilligung erteilen würde (25). Rein finanzielle Erwägungen, wie etwa weitere Rentenzahlungen an seine Familie, wären abzuwägen gegen die schwere psychische Belastung, die sich aus einer solchen Situation für die Angehörigen ergeben kann.

Die Angehörigen können eine wirksame Einwilligung in die Behandlung für den Bewußtlosen weder erteilen noch versagen. Ständen sie in enger familiärer Beziehung zu dem Patienten, so werden sie aber am ehesten eine Auskunft über seinen mutmaßlichen Willen erteilen können. Bitten sie den Arzt, ihren Angehörigen in Frieden sterben zu lassen, so kann ausgeschlossen werden, daß der Patient eine künstliche Aufrechterhaltung seiner vitalen Funktionen im Interesse seiner Angehörigen wünschen würde.

9.

Die Beendigung der Reanimationsbehandlung

Vielfach wird der Arzt zunächst nicht mit Sicherheit beurteilen können, ob die Wiederbelebung aussichtsreich ist oder limitierende Faktoren gegeben sind. Besteht eine auch nur geringe Chance, das Leben des Patienten zu erhalten, so muß der Arzt mit der Reanimation beginnen.

9.1 Ergeben sich im Laufe der Reanimationsbehandlung die eben erörterten limitierenden Faktoren, bei deren Vorliegen der Arzt nicht verpflichtet ist, die Behandlung einzuleiten, so darf er eine begonnene beenden (54 – Rdur 10e vor § 211). Die immanenten Grenzen der Behandlungspflicht hier anders und enger zu definieren als in der Situation vor Beginn der Behandlung, besteht kein ärztlich-ethischer oder rechtlicher Anlaß. Die Garantenstellung des Arztes wird bereits durch die Übernahme der Behandlung und nicht erst durch den Beginn der Reanimation begründet. Die aus ihr resultierenden Pflichten können von der Sache her in dem hier interessierenden Problemkreis nicht weiter reichen als die Anforderungen, die sich bereits aus der allgemeinen Hilfeleistungspflicht ergeben, nämlich die „wirksamste“ oder „bestmögliche“ Hilfe zu leisten.

Wer die limitierenden Faktoren bei laufender Reanimationsbehandlung enger begrenzen wollte, müßte einer Weiterbehandlung „um jeden Preis“ das Wort

Aponal®

mannheim
boehringer



*überdacht
die Basistherapie bei
Organerkrankungen*

Aponal® zusätzlich bei Organerkrankungen, 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 –
2 bis 3 Stunden vor dem Schlafengehen

Aponal® 10 ○ bis ○○ Dragées;
bei leichteren Formen

Aponal® 5 ○ bis ○○ Dragées.

Für Ihre Verordnung:

Aponal 10 OP mit 20 Dragées DM 4,65 m.U.
OP mit 50 Dragées DM 10,55 m.U.
Aponal 5 OP mit 20 Dragées DM 3,00 m.U.
OP mit 50 Dragées DM 6,90 m.U.

Aponal 10, Aponal 5
Psycho-Tensolytikum
1 Dragée Aponal 10
enthält 10 mg Doxepin
1 Dragée Aponal 5
enthält 5 mg Doxepin

Kontraindikationen:

Glaukom, Neigung zur Harnverhaltung,
Prostatahypertrophie, Alkoholdelir,
Schlafmittelvergiftung. MAO-Hemmer
sind mindestens zwei Wochen vor einer
Behandlung mit Aponal 10 bzw. Aponal 5
abzusetzen.

Nebenwirkungen:

Anticholinergische Wirkungen leichter
Art, in seltenen Fällen Tachykardie und
Hypotonie, sehr selten vermehrtes
Träumen oder extrapyramidale Störungen.

Hinweise:

Die Patienten sollen darauf aufmerksam
gemacht werden, daß die unter Aponal 10
bzw. Aponal 5 eventuell auftretende
Müdigkeit sowie eine mögliche Verstär-
kung der Wirkung von Alkohol, Sedativa,
Hypnotika, Tranquilizern und Analgetika
die Reaktionsfähigkeit beeinflussen
können (Verkehrsteilnehmer!).
Weitere Informationen enthält der wissen-
schaftliche Prospekt. (z. Zt. gültige Auflage:
Juni 1971).

reden, auch um den Preis also, daß sie keine Hilfe mehr bedeutet. Er müßte aber auch, da die Kapazitäten der Intensivbehandlungseinheiten sonst alsbald erschöpft wären, in den Fällen auf die Einleitung der Reanimationsbehandlung verzichten, in denen die Erfolgsaussichten gering sind. Gerade dies sollte aber unter allen Umständen vermieden werden.

9.2 Rechtliche Probleme ergeben sich bei der Beendigung der Behandlung, wenn der Patient durch einen Respirator automatisch beatmet wird. Einzelne Juristen – wie vor allem BOCKELMANN – vertreten die Auffassung, das Abschalten des Atemgeräts vor dem Eintritt des Todes sei als aktive Handlung und damit als ein lebensverkürzender Eingriff zu werten, der den Tatbestand des Totschlags unter mildernden Umständen (§ 213 StGB) erfülle. Die Mehrzahl der Juristen, die sich zu diesem Problem geäußert haben*), halten das Abstellen des Atemgeräts bei irreversibler Bewußtlosigkeit dagegen – wenn auch zum Teil mit unterschiedlicher rechtlicher Begründung – für zulässig. Dieser letzteren Auffassung ist beizutreten.

Es ist zwar richtig, daß das Abschalten des Respirators rein faktisch ein aktives Tun ist. Wer aber bei der rechtlichen Beurteilung der Beendigung der Reanimationsbehandlung isoliert auf diesen Handlungsabschnitt abstellt, beurteilt einen komplexen Vorgang vordergründig und ausschließlich an einem Detail. Er übersieht, daß die Intensivtherapie des Bewußtlosen mit Atemstillstand aus einer Fülle von Behandlungsmaßnahmen besteht. Der Respirator übernimmt mit der automatischen Beatmung lediglich eine mechanische Leistung innerhalb eines komplexen Vorgangs, die ohne die anderen aktiven Behandlungsmaßnahmen, wie parenterale Ernährung, blutgasanalytische Überwachung, Bronchialtoilette, Antibiotikatherapie usw. medizinisch sinnlos wäre. Der Umfang der bei beatmeten Patienten erforderlichen Behandlungsmaßnahmen läßt sich deutlich schon aus dem hohen Personalaufwand ablesen, der den für sonstige stationäre Patienten mehrfach übersteigt. Der Arzt, der die Respiratorbehandlung als aussichtslos beendet, unterläßt es, den unabwendbaren Tod durch einen Komplex zusammengehöriger und sich ergänzender Behandlungsmaßnahmen weiter hinauszuzögern. Der Schwerpunkt seines Verhaltens, nach dem sich die strafrechtliche Verwerfbarkeit bestimmt (vgl. BGHSt 6, 59), liegt eindeutig in dieser Unterlassung und nicht in dem sie begleitenden aktiven Tun, mit dem lediglich ein Teilaspekt der Behandlung, nämlich eine mechanisch ablaufende maschinelle Leistung, beendet wird. Zu Recht warnt der Bundesgerichtshof in der eben zitierten Entscheidung vor einer formalen Über-

betonung einer einzelnen Verhaltensweise innerhalb eines größeren Gesamtvorgangs.

Daß BOCKELMANN diesen rechtlichen Gesichtspunkt verkennt, zeigt am deutlichsten das Beispiel, das er zur Begründung seiner Auffassung anführt. Er meint, es müsse doch auch ein Dritter, der „aus purer Bosheit, nur um das Ende des Sterbenden zu beschleunigen“, den Apparat abstelle, wegen Totschlags bestraft werden. Für dieses Beispiel ist die rechtliche Beurteilung als aktives Tun selbstverständlich richtig, weil sich das Gesamtverhalten – ganz anders als das des Arztes, der eine Reanimation beendet – in dieser einen aktiven Handlung erschöpft, hierin also ihren eindeutigen Schwerpunkt und ihren sozialen Sinn findet. Ähnliches muß für andere Beispiele gelten, die verwendet werden, um das Abschalten des Respirators bei Beendigung einer aussichtslosen Intensivbehandlung als aktiven lebensverkürzenden Eingriff zu charakterisieren, wie etwa die Gleichsetzung mit dem Abreißen eines blutungshemmenden Wundverbands, dem Durchtrennen des Rettungsseils oder der Wegnahme des Rettungsringes. Alle diese Beispiele gehen von einem wesentlich anderen, simplifizierten Sachverhalt aus. Die mechanische Beatmung allein hält den Patienten nicht am Leben. Will man den Sachverhalt „maßstabsgerecht“ auf das Beispiel des Rettungsringes übertragen, so hätten wir etwa einen im Wasser treibenden Bewußtlosen vor uns, der trotz des Rettungsringes ertrinkt, wenn nicht die Rettungsmannschaft seinen Kopf über Wasser hält, der aber trotz des „heroischen“ Einsatzes der Rettungsmannschaft an Unterkühlung sterben wird, ohne das Bewußtsein wieder zu erlangen, weil es technisch nicht möglich ist, ihn aus dem Wasser zu bergen.

Der Arzt, der die maschinelle Beatmung bei einem Patienten mit irreversibler Bewußtlosigkeit beendet, kann im Ergebnis also nicht anders beurteilt werden als derjenige, der bei einer manuellen Beatmung aufhört, den Atembeutel zu drücken. Besteht keine Rechtspflicht, die Behandlung fortzusetzen, so ist ein solches Unterlassen – wie bereits früher ausgeführt – nicht strafbar.

9.3 Wenn im vorstehenden die Rechtslage bei irreversibler Bewußtlosigkeit mit infauster Prognose erörtert wird, so bleibt – ähnlich wie bei der Feststellung des Hirntodes – zu prüfen, ob die heute zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden und unser Erfahrungswissen ausreichen, um sichere Voraussagen über den weiteren Krankheitsverlauf bei solchen Patienten zu treffen.

Wir sind der Meinung, daß gesicherte Prognosen keineswegs in allen Fällen möglich sind, in denen bewußtlose Patienten über längere Zeit künstlich beatmet werden. Jeder Arzt, der längere Zeit auf Intensivseinheiten tätig war, weiß über völlig überraschende Erholungen zu berichten. Andererseits gibt es aber bestimmte Fallgruppen, bei denen jeder Zweifel ausgeschlossen ist.

*) vgl. GEILEN (21), S. 126, HANACK (25), S. 1325, HIRSCH (29), S. 924, LACKNER-MAASSEN (35), Anm. 3 zu § 211, ROXIN (45), S. 395. HANACK gibt allerdings den praktischen Rat, einen einmal angeschlossenen Respirator nicht abzustellen, bis der Gehirntod eindeutig diagnostiziert werden kann, oder bis er unabweisbar für einen Patienten mit höherer Lebenserwartung benötigt und der bisher beatmete Patient in irreversibler Bewußtlosigkeit verharrt oder im Sterben liegt.

Ähnlich wie bei der Feststellung des Hirntodes sollte der Arzt, der für die Reanimationsbehandlung zuständig ist, die Entscheidung über ihre Beendigung nicht allein treffen, sondern sich des Einverständnisses der für die Mitbehandlung und vor allem der für die Behandlung des Grundleidens zuständigen Ärzte versichern und sie ausdrücklich auf dem Krankenblatt vermerken.

9.4 Die ethische Wertung

Es wurde bereits ausgeführt, daß das allgemeine Sittengesetz dem Arzt nicht unter strafrechtlichen Sanktionen ein Verhalten abfordern kann, für das ihm die Gemeinschaft nicht die erforderlichen Hilfsmittel zur Verfügung stellt. Da der Arzt in dem erörterten Problemkreis tiefgreifende Gewissensentscheidungen zu treffen hat, und es sehr wohl Verhaltensweisen gibt, die nicht mit Strafe bedroht sind, aber aus ethischer oder religiöser Sicht einem eindeutigen Unwerturteil begegnen, sei erwähnt, daß die hier aus ärztlicher und rechtlicher Sicht vertretene Auffassung im wesentlichen mit einer Äußerung Papst Pius XII. übereinstimmt. Auch derjenige, der nicht der katholischen Kirche angehört oder selbst keine religiösen Bindungen hat, wird anerkennen, daß der Papst eine moralische Instanz höchsten Ranges darstellt und daß seine Äußerungen als sittlich-ethischer Maßstab auch außerhalb der katholischen Kirche akzeptiert werden können. Papst Pius XII. wurden anlässlich einer Anästhesie-Tagung am 24. November 1957 in Rom drei Fragen vorgelegt, die er wie folgt beantwortet hat:

„1. Ist die Anwendung betäubender Mittel erlaubt für Sterbende oder für Kranke in Todesgefahr, vorausgesetzt, daß hierfür eine klinische Indikation vorliegt? Kann man von ihnen Gebrauch machen, selbst wenn die Abschwächung des Schmerzes wahrscheinlich mit einer Abkürzung des Lebens verbunden ist?“

Die Antwort des Papstes:

„Wenn keine anderen Mittel vorhanden sind und wenn es in den gegebenen Umständen die Erfüllung anderer religiöser oder sittlicher Pflichten nicht hindert, Ja.“

„2. Hat der Anästhesist das Recht oder sogar die Verpflichtung, in allen Fällen tiefer Bewußtlosigkeit — auch in solchen, die nach dem Urteil eines sachkundigen Arztes hoffnungslos sind — von den neuzeitlichen Geräten für künstliche Beatmung selbst gegen den Willen der Familie Gebrauch zu machen?“

Die Antwort des Papstes:

„Für die gewöhnlichen Fälle wird man zugeben, daß der Anästhesist das Recht hat, so zu handeln, daß er aber nicht dazu verpflichtet ist. Es sei denn, daß dies das einzige Mittel ist, um einer anderen und klaren sittlichen Pflicht zu genügen. Da diese Behandlungsmethoden über die gewöhnlichen Mittel, deren Anwendung verpflichtend sind, hinausgehen, kann man nicht behaupten, daß es Pflicht wäre, sie anzuwenden.“

Die Rechte und Pflichten der Familie hängen im allgemeinen vom vermutlichen Willen des bewußtlosen Kranken ab. Was die eigene und unabhängige Pflicht der Familie angeht, so erstreckt sie sich gewöhnlich nur auf die Anwendung der üblichen Mittel. Wenn sich darum herausstellt, daß der Versuch der Wiederbelebung in Wirklichkeit für die Familie eine solche Belastung darstellt, die man ihr nicht im Gewissen auferlegen darf, so kann sie erlaubterweise darauf bestehen, daß der Arzt seine Versuche unterbrechen, und dieser darf ihr Folge leisten. Es liegt in diesem Falle keinerlei unmittelbare Verfügung über das Leben des Kranken vor und auch keine Euthanasie, was niemals erlaubt wäre. Selbst wenn die Unterbrechung der Bemühungen um die Wiederbelebung eine Stilllegung des Blutumlaufes zur Folge hat, ist sie stets nur mittelbare Ursache für das Aufhören des Lebens. Somit haben Wir im wesentlichen bereits die dritte Frage beantwortet:

Kann der Arzt das Atemgerät entfernen, bevor der Kreislauf endgültig zum Stillstand kommt?

Wie Wir schon darlegten, ist diese Frage zu bejahen.“ Soweit der Papst (26).

Schlußbetrachtung

Es war das Ziel der vorstehenden Ausführungen, die Annahme widerlegen zu helfen, der Arzt sei an den äußersten Grenzen seiner Behandlungsmöglichkeiten rechtlichen und ethischen Geboten verpflichtet, die von ihm eine Verlängerung des Lebens um jeden Preis fordern. Die Fülle der Probleme, vor denen der Arzt hier steht, mag ihn zunächst verwirren. Wenn er sich aber am Grundauftrag allen ärztlichen Handelns orientiert, dem leidenden Menschen Hilfe zu bringen, wird es ihm nicht schwerfallen, in den Grenzbereichen zwischen Leben und Tod auch ohne viele Worte den Willen des Schwerverkranken oder den mutmaßlichen Willen des Bewußtlosen zu erraten und sein Handeln darauf abzustellen. Dann wird er erkennen, wie lange er berechtigt, ja, verpflichtet ist, alle ihm zur Verfügung stehenden therapeutischen Mittel einzusetzen, und wann der Zeitpunkt gekommen ist, seine Tätigkeit auf die bloße Linderung des Leidens zu beschränken und seinen Platz am Krankenbett den engsten Angehörigen und dem Seelsorger zu überlassen. Das setzt allerdings die grundsätzliche Einsicht voraus, daß nicht alles, was die moderne Medizin an Mitteln und Möglichkeiten anzubieten hat, sinnvollerweise auch stets bis zum äußersten angewandt werden muß. Der Arzt darf sich nicht allein den Fortschritten seiner Wissenschaft verpflichtet fühlen; er muß anerkennen, daß diese Wissenschaft keinen Wert an sich darstellt, sondern Mittel zum Zweck, seinen humanen Auftrag zu erfüllen, dem Kranken, dem Leidenden, dem Sterbenden bestmögliche Hilfe zu leisten.

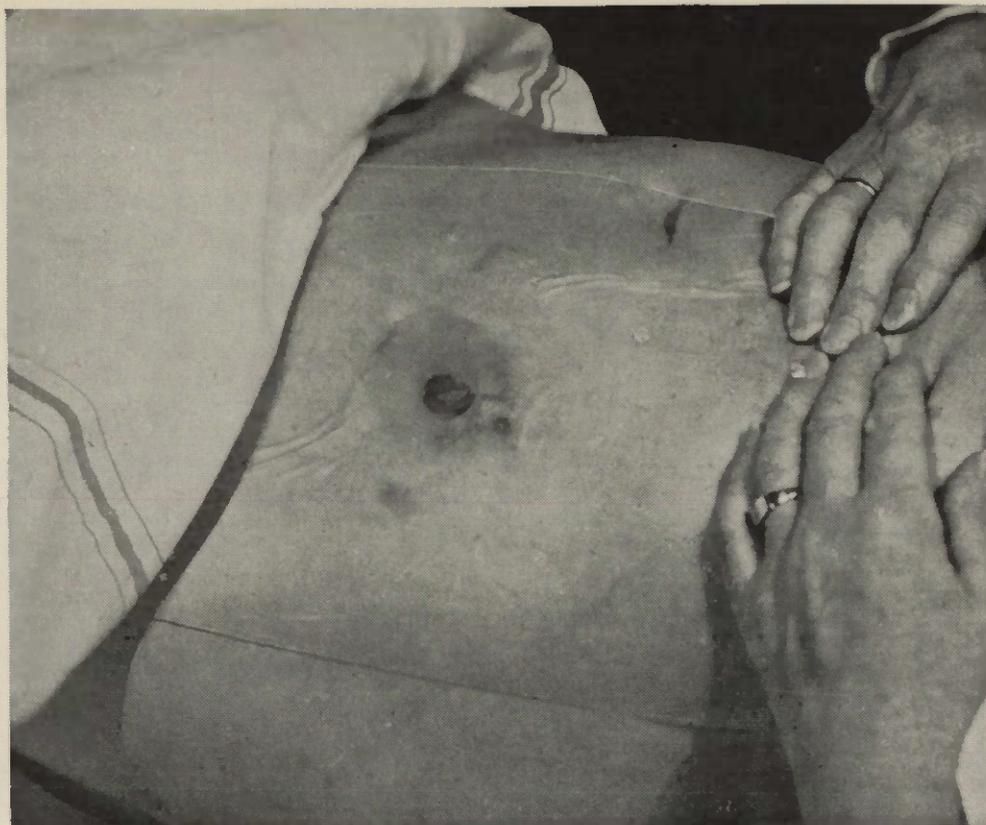
Wir beginnen zu erkennen, daß die Fortschritte der vielgepriesenen Technik unserer Zivilisation auch ihre Schattenseiten haben, charakterisiert durch Lärm,

Umweltverschmutzung und Zerstörung unserer Landschaft. Wir müssen aber auch dahin kommen, zu begreifen, daß der schrankenlose Einsatz unserer heutigen medizinischen Mittel und Möglichkeiten ebenfalls nicht selten ambivalente Erfolge beinhaltet, für den einzelnen Patienten wie für die Gesellschaft als die Gemeinschaft derjenigen, die für die Konsequenzen einzustehen haben. Wir müssen lernen, die heutigen und zukünftigen Mittel und Möglichkeiten der Medizin in ihren äußersten Grenzbereichen mit Überlegung und dosiert einzusetzen, abgestellt auf das Wohl des einzelnen, wenn die moderne Medizin nicht den Weg einer ziel- und seelenlosen Technik gehen, wenn sie human bleiben will, im Sinne der uralten Devise:

„Suprema lex salus aegroti“

Literaturverzeichnis

1. ANSOLM, E.: Der Arzt und des endende Leben. Wien. med. Wschr. 118 (1968), 1025.
2. BAUER, K. H.: Über Rechtsfragen bei homologer Organtransplantation aus der Sicht des Kliniklers. Chirur 38 (1967), 245.
3. BECKER, W.: Nothilfe — ethische oder rechtliche Pflicht? Med. Klin. 64 (1969), 511.
4. BOCKELMANN, P.: a) Strafrechtliche Aspekte der Organtransplantation. Langenbeck's Arch. klin. Chir. 322 (1968), 44.
b) Strafrecht des Arztes. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1968.
5. BRENNER, G.: Organtransplantation aus der Sicht des Juristen. Bd. I der Schriftenreihe „Die juristische Problematik in der Medizin“. W. Goldmann Verlag, München, 1971.
6. BRONISCH, F. W.: Zum Reflexverhalten im Hirntod. Nervenarzt 12 (1969), 592.
7. BOCHELER, L.-E., KÄUFER, CH. und A. DUX: Zerebrale Angiographie zur Bestimmung des Hirntodes. Fortschr. Röntgenstr. 113 (1970), 278.
8. BUSHART, W. und P. RITTMAYER: a) Die Kriterien des Todes unter Berücksichtigung der modernen Möglichkeiten der Wiederbelebung und der Intensivbehandlung. Materia Med. Nordmerk (1969), 22.
b) Kriterien der Irreversiblen Hirnschädigung bei Intensivbehandlung. Med. Klin. 64 (1969), 184.
9. DANCKELMANN, B.: In PALANDT, Kommentar zum BGB, 30. Aufl.
10. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie: Todeszeichen und Todeszeitbestimmung. Chirur 39 (1968), 196.
11. DREHER: Kommentar zum StGB, 32. Aufl.
12. DUVEN, H. W. und H. W. KOLLRACK: Areflexie: kein obligates Symptom bei dissoziiertem Hirntod. Dtsch. med. Wschr. 95 (1970), 1346.
13. EICHHOLZ, J.: Die Transplantation von Leichenteilen aus zivilrechtlicher Sicht. NJW 1968, 2272.
14. ENGISCH, K.: a) Literaturbesprechung In JZ 1964, 38.
b) Über Rechtsfragen bei homologer Organtransplantation. Chirur 38 (1967), 252.
15. ERHARDT, H.: Euthanasie in „Arzt und Recht“. Beck'sche Schwere Reihe, Bd. 41.
16. FRITSCHKE, P.: Konfliktsituationen in der heutigen Medizin. Z. Laryng. Rhinol. 47 (1968), 317.
17. FRITSCHKE, P. und O. MAYRHOFER: Grenzsituation der Anästhesie und Wiederbelebung. In R. FREY, W. HÜGIN, O. MAYRHOFER: Lehrbuch der Anästhesiologie und Wiederbelebung. Springer Verlag, Berlin, 1971.
18. FROWEIN, R. A., K. H. EULER und A. KARIMI-NEJAO: Grenzen der Wiederbelebung bei schweren Hirntreumen. Langenbeck's Arch. klin. Chir. 308 (1964), 276.
19. GAEOKE, J.: Handbuch des Friedhofs- und Bestattungsrechts. Otto Schwertz & Co, Göttingen, 2. Aufl., 1962.
20. GEIGER, W.: Festschrift für E. Stein. Max Gahlen Verlag, Bad Homburg, 1969.
21. GEILEN, G.: a) Das Leben des Menschen in den Grenzen des Rechts. Zeitschrift für des gesamte Familienrecht. 1968, 121.
b) Probleme der Organtransplantation. Juristenzeitung 1971, 41.
22. GERLACH, J.: a) Die Definition des Todes in Ihrer heutigen Problematik für Medizin und Rechtslehre. Arztrecht 1968, 83.
b) Syndrome des Sterbens und Vita reducta. Münch. med. Wschr. 111 (1969), 169.
c) Gehirntod und totaler Tod. Münch. med. Wschr. 111 (1969), 732.
d) Die Definition des Todes in der Medizin. Münch. med. Wschr. 112 (1970), 65.
23. GDTGEMANN, A. und C. KÄUFER: Organentnahme und Transplantation. Dtsch. med. Wschr. 96 (1971), 609.
24. GÖTGMANN, A. und W. VAHLEN-SIECK: Voraussetzungen zur Nierentransplantation. Dtsch. med. Wschr. 93 (1968), 671.
25. HANACK, E.-W.: Todeszeitbestimmung, Reanimation und Organtransplantation. Dtsch. Ärzteblatt 66 (1969), 1320.
26. HAID, B.: Religiös-sittliche Fragen betreffend die Wiederbelebung. Anästhesist 7 (1958), 241.
27. HEINITZ, E.: Rechtliche Fragen der Organtransplantation. de Gruyter, Berlin, 1970.
28. HINDERLING, H.: Die Transplantation von Organen als Rechtsproblem. Schweiz. med. Wschr. 98 (1968), 773.
29. HIRSCH, H. J.: Literaturbericht in ZStW 81, 923.
30. HIRSCH, H. H. und J. EISENBACH: Ober Probleme der ärztlichen Haftpflicht beim akuten Kreislaufstillstand und bei der Wiederbelebung. Langenbeck's Arch. klin. Chirur 308 (1964), 273.
31. HUTSCHENREUTER, K. und K. WIEMERS (Hrsg.): Intensivbehandlung und Ihre Grenzen. Anästhesiologie und Wiederbelebung, Bd. 55, Springer Verlag, Berlin, 1971.
32. KÄUFER, C. und H. PENIN: Todeszeitbestimmung beim dissoziierten Hirntod. Dtsch. med. Wschr. 93 (1967), 679.
33. KOHLHAAS, M.: a) Rechtliche Fragen bei der Organtransplantation. Münch. med. Wschr. 109 (1967), 2265.
b) Zur Feststellung des Todeszeitpunktes. Dtsch. med. Wschr. 93 (1968), 1575.
c) Zur Feststellung des Todeszeitpunktes Verstorbener. Dtsch. med. Wschr. 93 (1968), 412.
d) Zivilrechtliche Probleme der Transplantation von Leichenteilen. Dtsch. med. Wschr. 94 (1969), 290.
34. v. KRESS, H. Frhr.: Ärztliche Fragen der Organtransplantation. de Gruyter Verlag, Berlin, 1970.
35. LACKNER-MAASSEN: Kommentar zum StGB, 8. Aufl.
36. LIEBHARDT, E. W. und H.-B. WUERMELING: Juristische und medizinisch-naturwissenschaftliche Begriffsbildung und die Feststellung des Todeszeitpunktes. Münch. med. Wschr. 110 (1968), 1661.
37. MASSHOFF, W.: Zum Problem des Todes. Münch. med. Wschr. 110 (1968), 2473.
38. MAURACH, R.: Deutsches Strafrecht, Besonderer Teil. C. F. Müller, Karlsruhe, 5. Aufl., 1969.
39. MEZGER-BLEI: Strafrecht II. C. H. Beck, München und Berlin, 9. Aufl.
40. MDLLARET, P.: Ober die äußersten Möglichkeiten der Wiederbelebung. Die Grenzen zwischen Leben und Tod. Münch. med. Wschr. 104 (1962), 1539.
41. DLSHAUSEN: Kommentar zum StGB, 12. Aufl.
42. PENIN, H. und C. KÄUFER (Hrsg.): Der Hirntod, Todeszeitbestimmung bei Irreversiblen Funktionsverlust des Gehirns. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1969.
43. POMPEY, H.: Gehirntod und totaler Tod. Münch. med. Wschr. 111 (1969), 736.
44. PRIBILLA, O.: Juristische, ärztliche und ethische Fragen zur Todesfeststellung. Dtsch. Ärzteblatt 65 (1968), 2256, 2318 und 2396.
45. ROXIN, C.: An der Grenze von Begehung und Unterlassung. Festschrift für K. ENGISCH. Vittorio Klostermann, Frankfurt/M., 1969.
46. SIEGRIST, H. O.: Organtransplantation und Recht. Münch. med. Wschr. 111 (1969), 742.
47. SIMSON, G.: Euthanasie als Rechtsproblem. NJW 1964, 1153.
48. SPANN, W.: a) Rechtliche Probleme bei der Organentnahme für Transplantationen. Wien. klin. Wschr. 81 (1969), 370.
b) Vorstellungen zur Gesetzgebung über den tatsächlichen Todeszeitpunkt. Münch. med. Wschr. 111 (1969), 2253.



Wasserdichte Abdeckung eines Anus praeternaturalis mit Leukoflex occlusiv

LEUKOFLEX[®] occlusiv

selbstklebende Folie für Occlusivverbände

haftet fest auch im Wasser
völlig luft- und wasserdicht, dehnbar und anschmiegsam
transparent, aber nicht spiegelnd
hautfreundlich durch synthetische Klebmasse

Indikationen: In der **Thorax- und allgemeinen Chirurgie** für alle therapeutischen Maßnahmen, die einen luft- und wasserdichten Abschluß erfordern. Auch zur vorübergehenden Abdeckung von pathologischen Körperöffnungen, um den Patienten das Baden oder Schwimmen zu ermöglichen. In der **Dermatologie** zur Behandlung von chronischen Dermatosen.

Packungen: 5 Blatt, Größe 24 x 30 cm
Anstaltspackung mit 25 Blatt

Beiersdorf AG Hamburg

49. SPANN, W., J. KUGLER und E. LIEBHARDT: Tod und elektrische Stille im EEG. Münch. med. Wschr. 109 (1967), 2161.

50. SCHADEWALDT, H.: Der Arzt vor der Frage von Leben und Tod. Klin. Wschr. 47 (1969), 557.

51. SCHMIDT, E.: Der Arzt im Strafrecht. In PONSOLO, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1957.

52. SCHNEIDER, H.: Kriterien des Eintritts des Todes. Offentl. Gesundheitswesen 31 (1969), 536.

53. SCHONIG, R.: Zur Feststellung des Todeszeitpunktes. NJW 1968, 189.

54. SCHONKE-SCHRÖDER: Kommentar zum StGB, 16. Aufl.

55. SCHUSTER, H.-P., H. BUSCH, G. BUSCH, H. NIEM-CZYK, P. BAUM, J. KNOLLE, A. Frhr. v. UNGERN-STERNBERG und K. LANO: Zur Problematik des dissoziierten Hirntodes bei Patienten eines internistischen Intensivpflegezentrums. Dtsch. med. Wschr. 94 (1969), 2118.

56. STEINBEREITHNER, K.: Grenzgebiete zwischen Leben und Tod – anästhesiologische Probleme. Wien. klin. Wschr. 81 (1969), 530.

57. STEINBEREITHNER, K. und R. KUCHER: Grenzen der Wiederbelebung. In R. KUCHER und K. STEINBEREITHNER (Hrsg.) Intensiv-

station, Intensivpflege, Intensivtherapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972.

58. STRATENWERTH, O.: Zum juristischen Begriff des Todes, Festschrift f. K. ENGISCH. Vittorio Klostermann, Frankfurt/M., 1969.

59. THIELICKE, H.: Ethische Fragen der modernen Medizin. Langenbeck's Arch. klin. Chir. 321 (1968), 1.

60. TONNIS, W., R. A. FROWEIN: Wie lange ist Wiederbelebung bei schwerer Hirnverletzung möglich? Mschr. Unfallheilk. 66 (1963), 169.

61. TROCKEL, H.: Die Rechtfertigung ärztlicher Eigenmacht. NJW 1970.

62. WACHSMUTH, W.: Eröffnungsneureche. Langenbeck's Arch. klin. Chir. 319 (1967), 3.

63. WAWERSIK, J.: a) Kriterien des Todes unter dem Aspekt der Reanimation. Chirurg 39 (1968), 345. b) Todeszeitpunkt und Organtransplantation. Dtsch. Ärzteblatt 66 (1969), 1315.

64. WELZEL, H.: Des Deutsche Strafrecht. de Gruyter Verlag, Berlin, 1969, 11. Aufl.

65. WIEMERS, K.: Probleme und Definition des klinischen Todes. Internist 10 (1969), 181.

Anschr. d. Verf.: Ministerialdirigent W. Weibauer, 8050 Freising, Eckerstraße 34

Dr. med. H. W. Opderbecke, Anästhesie-Abteilung der Städtischen Krankenanstalten, 8500 Nürnberg 5

Der kardiogene Schock

von D. Haan

Hauptursache des kardiogenen Schocks ist der akute Myokardinfarkt, seltener sind plötzliche Rhythmusänderungen infolge koronarer oder entzündlicher Herzerkrankungen, in erster Linie totaler av.-Block und extreme Tachykardien. Weiterhin wären zu nennen: plötzliche Belastungen des Herzens durch Klappenruptur, Septumperforation oder Papillarmuskelriß. Sehr selten ist die mechanische Behinderung der Herzarbeit bei Herzbeutel tamponade und Ventiltrombus; in weiterem Sinn gehört auch die Lungenembolie in diese Kategorie.

Die Letalität des kardiogenen Schocks bei Herzinfarkt ist immer noch erschreckend hoch, was aber verständlich wird, wenn man bedenkt, daß beispielsweise bei 419 aufeinanderfolgenden Infarktpatienten nahezu 25% bereits bei der stationären Aufnahme ein ausgeprägtes Schocksyndrom oder ein Lungenödem hatten (Tab. 1). Weitere 101 Patienten – hier als Kreislaufinsuffizienz bezeichnet – boten die Zeichen des beginnenden Schocks. Sie waren, ebenso wie die 49 Patienten, die lediglich Rhythmusstörungen aufwiesen, therapeutisch wesentlich besser zu beeinflussen. Bei dieser Sachlage stellt sich dem praktisch und klinisch tätigen Arzt also das Problem: Wie ist das

Komplikationen bei der Aufnahme

Lungenödem	52
Kreislaufinsuffizienz	101
Schock + Lungenödem	51
Rhythmusstörungen	49

Tabelle 1

kardiogene Schocksyndrom so frühzeitig zu erfassen, daß durch entsprechende Maßnahmen der ausgeprägte, protrahierte Schock und die hiermit verbundene hohe Letalität verringert werden kann. Leider verhält es sich so, daß die empfindlichsten Meßdaten zur Erkennung des Frühstadiums auch die kompliziertesten und aufwendigsten sind (Tab. 2). Auch wenn

Parameter	Frühstadium	Manifestes Stadium	Methode
1. EKG	Häufig Rhythmusstörungen	Häufig massive tachycarde u. bradycarde Rhythmusstörungen ES-Kammerflimmern	R
2. Pulsfrequenz	↑	↑ ↑	R
3. Blutdruck	sys ↓ diast N ↓	sys ↓ ↓ diast ↓ ↓ schwerer Schock sys unter 80 mmHg	R
4. Pulmonalarteriendruck	↑	↑ ↑	S
5. Zentraler Venendruck	↓ N ↑	↑	S
6. Herzzeitvolumen	↓ (bis 40%)	↓ ↓	K
7. Blutvolumen	N	N ↓	S
8. Gesamtwiderstand	↑	↑ ↑	K
9. Plethysmographie	↓	↓ ↓	S
10. Kerntemperatur	N	↓	R
11. Oberflächentemperatur	↓	↓ ↓	R
12. Atemfrequenz	N	↑	R
13. Atemminutenvolumen	N	↑	K
14. CO ₂ -Expiration	N	↑	K
15. O ₂ arteriell	N	↓	S
16. O ₂ venös	↓	↓ ↓	S
17. Saure-Basen-Haushalt	N	Azidose	R
18. Elektrolyte	N	Na ↓ K ↑	R
19. Harnzeitvolumen	N	↓ ↓	R

Tabelle 2
Schockparameter

R = Routinemethode – S = Schwierigere Methode – K = Komplizierte Methode

der Blutdruck noch keine deutliche Veränderung zeigt, kann bereits eine erhebliche Minderung des Schlag- bzw. Herzminutenvolumens bis zu 40% bestehen, gleichzeitig steigt bei den meisten Patienten der periphere Widerstand deutlich an. Die abrupte oder kontinuierliche Herabsetzung der Auswurfleistung des linken Ventrikels führt im allgemeinen rasch zu einer Druckerhöhung im Pulmonalkreislauf, die exakt nur über die Bestimmung des Pulmonalarteriendruckes erfaßt werden kann oder – wenn es konsekutiv gleichzeitig zu einer Rechtsinsuffizienz kommt – über die gleichzeitige Messung des zentralen Venendruckes. Auch die anderen hier aufgezeigten Parameter wie Durchflußmessungen, differenzierte Körpertemperaturbestimmungen, Respirationsgrößen, Bestimmung des Säurebasenhaushaltes und der Elektrolyte sind großteils in der Klinik routinemäßig nur teilweise, in der Praxis selbstverständlich überhaupt nicht oder nicht in entsprechender Weise überprüfbar.

Anders verhält es sich dagegen mit den durch Herz- auskultation, Puistastung oder Aufsetzen des Visicard meist recht gut erfaßbaren Rhythmus- bzw. Reizleitungsstörungen, über deren Häufigkeitsverteilung die Tabelle 3 Aufschluß gibt. Sie werden von uns als

		Supra- ventrikul. ES	Ventriku- läre ES	Ventriku- läre Tachycard	Supra- ventrikul. Tachycard	Vorhof- flimmern	Kammer- flimmern, flattern	AV-Block
1965-67	260 Pat.	19 7,3%	83 32%	13 5%	8 3,1%	26 8,9%	74 28,4%	31 11,9%
1968-69	419 Pat.	32 7,4%	137 32,6%	12 2,8%	10 2,4%	18 4,3%	42 10%	76 18,1%
Gesamt:	679 Pat.	51 7,5%	220 32,3%	25 3,6%	18 2,6%	44 6,5%	116 17%	107 15,6%

Tabelle 3

Frühsymptome einer kardialen Schocksituation bzw. als Vorboten des Kammerflimmerns oder einer Asystolie als außerordentlich wichtige Hinweise gewertet. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um polytope, teils salvenförmig auftretende ventrikuläre oder supraventrikuläre Extrasystolen, av.-Blockierungen II. oder III. Grades, Vorhofflimmern, Tachyarrhythmia absoluta und um supraventrikuläre oder ventrikuläre Tachykardien. Wir hatten beispielsweise bei 260 Infarktpatienten der Jahre 1965 bis 1967 eine Gesamtletalität von 32,6% (Tab. 4). Ein Schocksyndrom lag bei 33,8% vor. Bemerkenswerterweise waren jedoch Schockhäufigkeit bei Rhythmusstörungen mit 50,2% und

Gesamtzahl	N = 260	
Gesamtletalität	N = 85	32,6%
Letalität bei Rhythmusstörungen	N = 85	48,5%
Schockhäufigkeit insgesamt		33,8%
Schockhäufigkeit bei Rhythmusstörungen		50,2%

Tabella 4

Letalität bei Rhythmusstörungen mit 48,5% nahezu gleich hoch.

Diese Tatsache beweist, daß die Arrhythmie höchst bedeutungsvoll für Schockerkennung, Schockverlauf und Schockprognose ist.

Abgesehen von der Entstehungsmöglichkeit gefährlicher tachykarder Rhythmusstörungen und der Schockauslösung durch totale av.-Blockierungen bietet sich als Erklärung an, daß Arrhythmien zu kurzfristigen, aber häufigen Stasen des Blutflusses in der Peripherie führen, wodurch die Ausbildung der Mikrozirkulationsstörung begünstigt wird. In diesem Zusammenhang gewinnt auch die Tatsache an Bedeutung, daß Rhythmusstörungen in der unmittelbaren Gefahrenphase nach Infarkteintritt bei 75% aller Patienten erfaßt werden können (Tab. 5). Routinemäßig

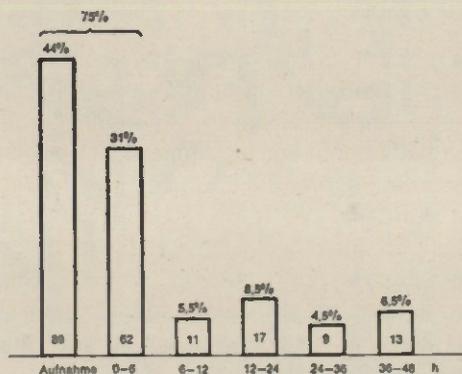


Tabelle 5

Zeitpunkt des Auftretens von Rhythmusstörungen nach der stationären Aufnahme bei 201 (= 100%) Infarktpatienten

in kurzen Intervallen meßbar ist auch der arterielle Blutdruck. Allerdings findet sich in den Anfangsstadien des Schocksyndroms häufig keine signifikante Änderung des arteriellen Mitteldruckes. Dieses Gleichgewicht kann bei dem gleichzeitig verminderten Herzzeitvolumen nur aufrecht erhalten werden, wenn der periphere Widerstand entsprechend ansteigt. Anstei-

Liquirit®
Magentabletten

Volle Wirksamkeit auf therap. Breite

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

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

KP 30/OP. 60 Tabl.

gen des peripheren Widerstandes bedeutet jedoch in der Regel eine gleichzeitige Verringerung der Blutdruckamplitude (Tab. 6). Demgemäß haben sich die

Zeit	Art. Druck (mmHg)		ZVO (cm H ₂ O)		HF (min ⁻¹)	
	+	Ø	+	Ø	+	Ø
vor Therapie	97/79		12,6		105	
60'	103/69	63/54	14,5	16,2	112	104
180	101/70	64/55	16,0	17,2	100	109
bei Registrierende	120/61	60/41	12,0	22,9	69	115
Gesamtzeit	12h 6'	10h	12h 6'	10h	12h 6'	10h

Tabelle 6

Arterieller Systemdruck, zentraler Venendruck (ZVD) und Herzfrequenz bei Schockpatienten
+ bedeutet: überlebt, Ø bedeutet: verstorben

Erfahrungen bestätigt, die wir aufgrund unserer Ergebnisse bei 149 Patienten ermittelten. 94 % der Fälle mit beginnendem kardio-genen Schock zeigten zunächst eine Einengung der Blutdruckamplitude bei gleichzeitigem geringfügigen Abfall des systolischen Druckes. Erst bei fortschreitender Kreislaufinsuffizienz sinkt der systolische Druck deutlich ab, um dann in der manifesten Schocksituation um 80 mm Hg zu liegen.

Bei dem gleichen Patientenkollektiv konnten wir auch beobachten, daß in einem ähnrlich hohen Prozentsatz dann, wenn keine bradykarde Rhythmusstörung vorlag, ein relativ schneller kontinuierlicher oder abrupter Anstieg der Pulsfrequenz frühzeitig vorhanden war. Ursache hierfür ist die Tendenz des Organismus, die durch das verminderte Schlagvolumen bedingte Herabsetzung des Herzzeitvolumens über eine Erhöhung der Pulsfrequenz möglichst gering zu halten. Weiterhin muß klar herausgestellt werden, daß auch bei beginnender, Infarktbedingter Kreislaufinsuffizienz Schock- und Herzinsuffizienzsymptomatik in Praxis und Klinik sich vermischen und schwierig oder überhaupt nicht eutfrennbar sind, zumal wir heutzutage von der Voraussetzung ausgehen, daß praktisch jeder Infarkt zu einer Links-, häufig auch zu einer konsekutiven Rechtsinsuffizienz führt. Ein sicheres Zeichen der beginnenden Linksinsuffizienz ist jedoch der prä-systolische Galopprrhythmus, da ein Vorhof-ton beim Erwachsenen dann hörbar wird, wenn sich der Vorhof gegen einen überhöhten Widerstand im Ventrikel kontrahieren muß. Wird die Kompensationsfähigkeit des Vorhofs überschritten, so kommt es zu einer Erhöhung des Mittel-druckes im Vorhof, die dazu führt, daß in der Proto-Diastole ein großes Blutvolumen rasch in den Ventrikel einströmt. Hierdurch kommt es zur Entstehung eines prognostisch als ungünstig zu wertenden proto-dia-stolischen Ventrikel-Galopprrhythmus, wobei sonstige eindeutig nachweisbare Zeichen einer Herzinsuffizienz durchaus noch fehlen können.

Demgemäß läßt sich sicherlich sagen, daß auch dann, wenn bei dem Patienten noch nicht das Vollbild des kardio-genen Schocks vorliegt, in der Praxis folgende Symptome als Frühstadium des Schock-syndroms gewertet werden können:

1. Kardiale Arrhythmien als häufige Vorboten der Kreislaufinsuffizienz bzw. des Kammerflimmerns,
2. Einengung der Blutdruckamplitude mit Absinken des systolischen, geringfügiger des diastolischen Druckes,
3. Anstieg der Pulsfrequenz bzw. erheblicher Abfall bei bradykarden Rhythmusstörungen,
4. Abnahme des Herzzeitvolumens,
5. kühle, feuchte, livide Extremitäten,
6. prä-systolischer Galopprrhythmus (hörbarer Vorhof-ton) und
7. proto-dia-stolischer Galopprrhythmus (vierte Herz-zone bzw. Ventrikel-füllungsgeräusch).

Es ist wichtig, auf diese Parameter zu achten, da nicht nur dann höchste Gefahr droht, wenn der ausgeprägte Schock bereits vorhanden ist, sondern auch dann, wenn lediglich eines oder mehrere der Frühsymptome vorliegen. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß in etwa 66 % aller Fälle sich das ausgeprägte Schockbild erst während der ersten Stunden nach Infarkteintritt voll entwickelt.

Hiermit ergeben sich für die Therapie folgende Grundforderungen:

1. Haben sich bei dem Patienten noch keine Komplikationen im Sinne von Rhythmusstörungen bzw. beginnendem Schocksyndrom eingestellt, so muß trotzdem — auch vor Klinikeinlieferung — entsprechend prophylaktisch vorbehandelt werden.
2. Liegen bereits Rhythmusstörungen oder eines der Schocksymptome vor, so ist die Therapie sofort entsprechend zu erweitern.
3. Ist das Schocksyndrom bereits ausgeprägt, so muß versucht werden, durch entsprechende Medikation eine Verschlechterung der Kreislaufinsuffizienz zu verhüten, bis in der Klinik weitere Maßnahmen ergriffen werden können.

Es besteht kein Zweifel, daß die in der Praxis durchgeführte Notfalltherapie oft entscheidend ist für das spätere Schicksal des Patienten, sei es durch unmittelbare lebensrettende Maßnahmen oder ein therapeutisches Vorgehen, welches die später im Krankenhaus verfügbaren Behandlungsverfahren bereits einleitet.

Die wichtigsten Maßnahmen, die schon vor der Klinikaufnahme durchgeführt werden sollen, sind:

1. Neben der bekannten situationsgerechten Lagerung des Patienten Sedierung und Schmerzunterdrückung, u. a. um weitere, auf die kardiale metabolische Situation sich deletär auswirkende Kate-

Antiarrhythmika Positiv-Katalog *)

Sinustachykardien:	Ursache klären und entsprechend behandeln. Wenn Behandlung notwendig, β -Rezeptorenblocker
Supraventrikuläre Tachykardien und Arrhythmien:	O Vagusstimulation
A) Supraventrikuläre Tachykardien ohne Block (Anfall)	
I. Herzgesunde:	Ajmelin β -Rezeptorenblocker Iproveretril
II. Herzkranke:	1. Digitalis 2. Ajmelin β -Rezeptorenblocker 3. Elektroschock nur in Notfällen unter Antiarrhythmikenschutz
WPW-Syndrom:	Behandlung wie vorgenannt
Supraventrikuläre Tachykardien ohne Block (Prophylaxe – nur bei gehäuften Anfällen)	
I. Herzgesunde:	1. Ajmelin β -Rezeptorenblocker Iproveretril
II. Herzkranke:	2. Digitalis und Chinidin Digitalis und Chinidin und/oder β -Rezeptorenblocker
B) Supraventrikuläre Tachykardien mit Block	
I. Digitalisinduziert:	1. Digitalis absetzen 2. Kallium (obere Grenze: 40 mval/2 std/perenterel) und Diphenylhydantoin (auch bei normalem Serum-Kalium- Spiegel) 3. Elektrokonversion (Vorsicht! Niedrige Energie! Phenydan vorgeben!)
II. ohne Digitalis:	Digitalis
Vorhofflattern	
A) Vorhofflattern (Antelskuplerung)	
I. Nicht bedrohliche Situation:	1. Digitalis 2. β -Rezeptorenblocker Chinidin (nie als erste Maßnahme!)
II. Bedrohliche Situation:	3. Elektrokonversion Elektrokonversion
B) Vorhofflattern (Rezidivprophylaxe):	1. Digitalis 2. Digitalis und Chinidin 3. Digitalis und Chinidin und β -Rezeptorenblocker
Vorhofflimmern	
A) Vorhofflimmern (Anfellskuplerung)	
I. Nicht bedrohliche Situation:	1. Digitale 2. β -Rezeptorenblocker 3. a) Elektrokonversion b) Chinidin (maximal 2 g)
II. Bedrohliche Situation:	Elektrokonversion (Bei Infarkt + Digitalis + Diphenylhydantoin) Bei Mitralstenose: Digitalis
B) Vorhofflimmern (Rezidivprophylaxe):	1. Digitalis und Chinidin 2. Digitalis und β -Rezeptorenblocker 3. Digitalis und Chinidin und β -Rezeptorenblocker

*) Dieser Positiv-Katalog wurde anlässlich des 3. Symposiums der Arbeitsgemeinschaft für Internistische Intensivmedizin 1972 von allen Teilnehmern gemeinsam erarbeitet. Das Symposium mit dem Thema „Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen“ findet traditionsgemäß jedes Jahr in Königstein im Taunus statt. Der Verhandlungsbericht wird in Kürze publiziert werden.

av.-Tachykardie

A) av.-Tachykardie (nicht paroxysmal, mit oder ohne Aberranz):

1. Lidocain
 2. e) Ajmalin
 - b) Ajmalinbiterret
 3. Procainemid
- } parenteral
} oral

B) ev.-Tachykardie (Digitalisinduziert):

1. Digitalis absetzen
2. Kalium

Ventrikuläre Extrasystolen

A) Ventrikuläre Extrasystolen (frequenzabhängig):

1. Atropin
2. Orciprenalin
Isoprenalin
3. Schrittmacher

Bei Herzinsuffizienz vorab diese behandeln, Incl. Digitalis

B) Ventrikuläre Extrasystolen (nicht frequenzabhängig):

e) intravenös:

1. Lidocain
2. Ajmalin *)
β-Rezeptorenblocker
Phenhyden *)

b) oral:

- Chinidin
Diphenylhydantol
Ajmalinbiterret
Procalnamid
β-Rezeptorenblocker
(Antazolin)
- } nicht verbindliche Rangfolge

Kammerrhythmus

(ekzelerierter, idioventrikulärer Rhythmus)

Wie unter frequenzabhängigen bzw. nicht frequenzabhängigen ventrikulären Extrasystolen

Kammertachykardie

A) Kammertachykardie (Anfallskuplerung):

1. Elektrotherapie (unter Umständen nach Injektion von Diphenylhydantol oder Lidocain)
2. Diphenylhydantol
3. Lidocain

B) Kammertachykardie (Rezidivprophylaxe):

- Chinidin
Diphenylhydantol
Ajmalinbiterret
Procainemid
β-Rezeptorenblocker
(Antazolin)
- } nicht verbindliche Rangfolge

Kammerflimmern/-flattern

A) Kammerflimmern/-flattern (Anfallskuplerung):

Elektrotherapie

B) Kammerflimmern/-flattern (Rezidivprophylaxe):

1. Sauerstoffversorgung sichern, Ausgleich von Elektrolyt- und Säurebasenhaushalt
2. Medikamentöse Maßnahme
 - a) Lidocain
 - b) Procainolol

*) Bei digitalisinduzierten ventrikulären Extrasystolen Mittel der Wahl Phenhyden!

Auf keinen Fall Ajmalin!

Tabelle 7

cholaminausschüttungen zu verhüten. In leichteren Fällen genügen 5,0 ml Novalgin^{®1)} und 5,0 bis 10,0 mg Valium^{®2)} i.v., in schwereren Fällen müssen Morphin-Derivate eingesetzt werden, wobei sich besonders 15,0 bis 30,0 mg Fortral^{®3)} oder 50,0 bis

100,0 mg Dolantin^{®1)} spezial bzw. 10,0 bis 20,0 mg Pantopon^{®2)} bewährt haben.

2. Außer bei bradykarden Rhythmusstörungen grundsätzlich Medikation von 1/4 mg Strophanthin.
3. Bei beginnendem oder ausgeprägtem Schocksyndrom, auch dann, wenn die Blutdruckwerte noch relativ normal erscheinen, 500,0 mg Prednisolon bzw. Methyl-Prednisolon und eine Ampulle Akri-nor^{®4)}.

Hersteller: ¹⁾ Farbwerke Hoechst AG., Frankfurt/M.; ²⁾ Hoffmann-La Roche AG, Grenzach; ³⁾ Winthrop GmbH, Frankfurt/M.; ⁴⁾ Chemiewerk Homburg, Zweigniederlassung der Degussa, Frankfurt/M.

Euglucon[®] 5



**Insulin-Freisetzung im Rhythmus
der Mahlzeiten**

**Körpereigenes Insulin,
wenn es gebraucht wird**

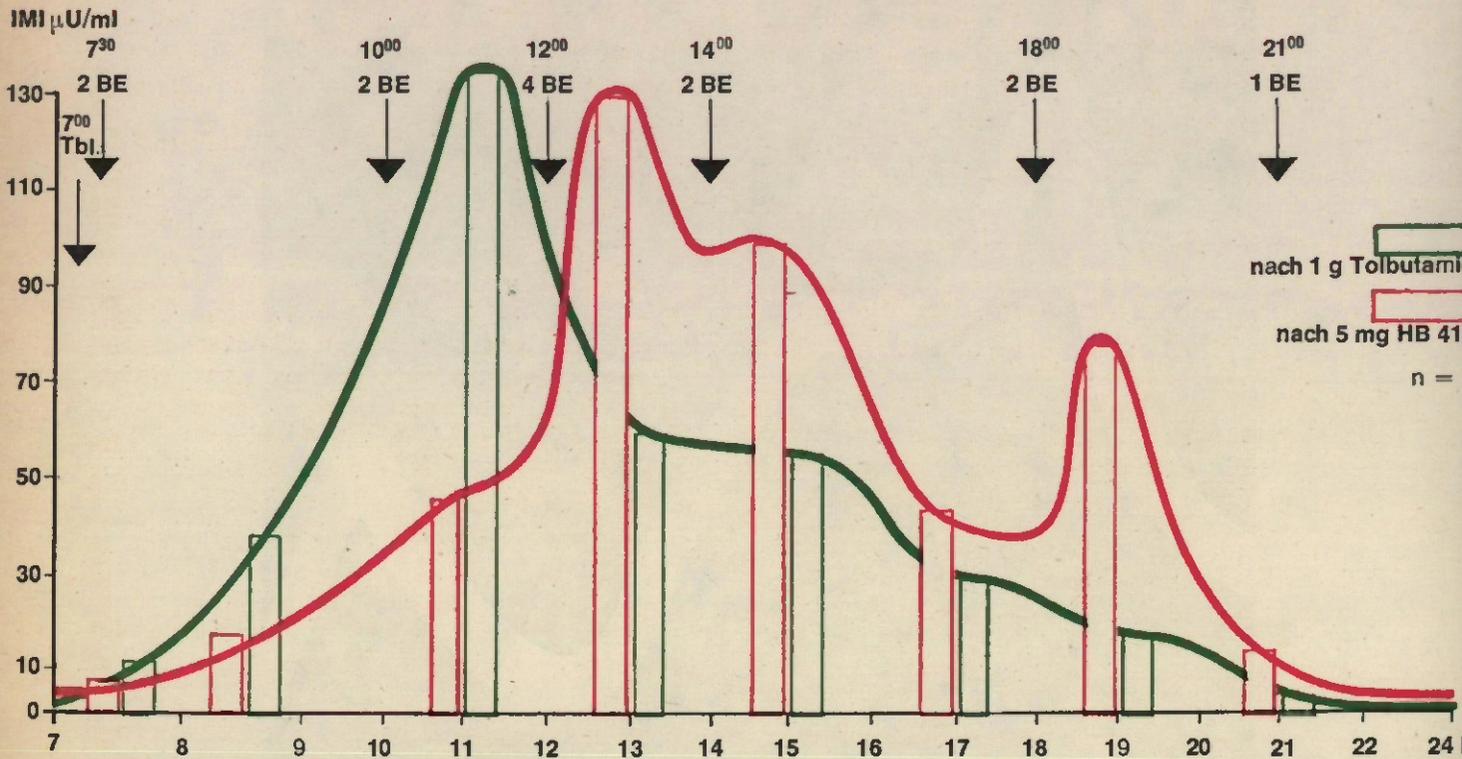
Bessere Einstellungsergebnisse



Euglucon 5[®]

kann mehr

Insulin - Freisetzung im Rhythmus der Mahlzeiten



Immunologisch meßbares Insulin (IMI) beim Altersdiabetiker (n = 7) nach einmaliger morgendlicher Gabe von Tolbutamid bzw. Glibenclamid.

mod. n. Rothenbuchner, G. et al. Heilkunst 84,8 : 215 (1971)

„... daß HB 419 (Euglucon 5) den physiologischen Rhythmus der Insulinsekretion besser imitiert als Tolbutamid. Demnach

ist die stärkste Insulinausschüttung nach HB 419 im Anschluß an die Hauptmahlzeit zu beobachten.“

Körper eigenes Insulin, wenn es gebraucht wird

Indikation: Erwachsenen- und Altersdiabetes, sofern eine Diätbehandlung allein nicht ausreicht.

Kontraindikationen: Insulinmangeldiabetes, schwere ezidotische Stoffwechseldekompensation, Praekoma und Koma diabeticum, deutlich eingeschränkte Nierenfunktion, Nebennierenrindensuffizienz, Schwangerschaft.

Nebenwirkungen: Unverträglichkeiten von seiten des Magen-Darm-Trakts (Übelkeit, Erbrechen, Völlegefühl), Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut und passagere Veränderungen des hämatopoetischen Systems (Leukopenie, Thrombocytopenie) werden nur selten beobachtet und klingen nach Absetzen des Präparates rasch ab.

Hinweise: Auch nach Verabreichung von Euglucon 5 können hypoglykämische Reaktionen auftreten. Diese können durch zahlreiche Faktoren begünstigt werden: Überdosierung, Diätfehler (Nahrungs-

karenz!), Nierenfunktionsstörungen, schwere Lebererkrankungen, Nebennierenrindensuffizienz, Alkohol und einige Pharmaka (siehe wiss. Prospekt). Eine unter der Therapie mit Euglucon 5 nach einigen Wochen auftretende Verbesserung der Glukosetoleranz kann eine Dosisreduzierung erforderlich machen. Patienten mit deutlichen Zeichen einer Cerebralsklerose und nicht kooperative Patienten sind generell stärker hypoglykämiegefährdet. In diesen Fällen empfiehlt sich die Ersteinstellung auf Dipar[®] – besonders bei übergewichtigen Patienten – oder auf Tolbutamid (Artosin[®], Rastinon[®] Hoechst).

Handelsformen:

OP mit 28 Oblong-Tabletten zu 5 mg DM 17,80

OP mit 112 Oblong-Tabletten zu 5 mg DM 54,40

AP mit 500 Oblong-Tabletten zu 5 mg



Weitere Informationen enthalten die wissenschaftlichen Prospekte.



4. Bei dieser Situation Anlegen einer Dauertropfinfusion – möglichst mit Braunüle – mit 10,0 ml Akrinor® auf 500,0 ml Rheomarcrodex^{®1)}, wobei die durchschnittliche Dosierung der Infusionsgeschwindigkeit etwa 10 bis 20 Tropfen pro Minute sein dürfte. Gegenindikation zur Dauertropfinfusion sind natürlich Zeichen einer manifesten Herzinsuffizienz, bei Galopprrhythmen Tropfgeschwindigkeit auf fünf Tropfen pro Minute vermindern. Die Indikation zur Gabe des Akrinor®, welches sich uns gut bewährt hat, sind die erwünschte Steigerung des Herzzeitvolumens, die Anhebung des arteriellen Blutdruckes (systolisch stärker als diastolisch), die meist erwünschte mäßig bradycardisierende Wirkung, der Anstieg des Atemvolumens und der Atemfrequenz sowie die Steigerung der Nierendurchblutung. Die Gabe von Noradrenalin-Abkömmlingen erscheint uns heute nicht mehr wünschenswert zu sein, seitdem wir wissen, daß die meisten Herzinfarkte zu Rhythmusstörungen führen, die unter bestimmten Voraussetzungen die Auswurfleistung des Herzens entweder beeinträchtigen oder Kammerflimmern auslösen können. Noradrenalin-Abkömmlinge begünstigen jedoch diese Irritabilität des Herzens, außerdem wird durch derartige Substanzen die Druckarbeit und der Sauerstoffbedarf des bereits ischämisch geschädigten Ventrikels gesteigert.

5. Auch in den Anfangsstadien des Schocks ist die hiermit verbundene, mitunter noch versteckte metabolische Azidose sofort mit 100,0 bis 200,0 8,5%igem Natriumbikarbonat i.v. zu bekämpfen. Verabreichung von Sauerstoff zu Hause ist erwünscht, auf dem Transport in die Klinik obligatorisch.

6. Bei gehäufter Extrasystolie oder schwerer Tachykardie müssen sofort Antiarrhythmika eingesetzt werden. Da meist keine Möglichkeit besteht, zu differenzieren, welchen Ursprungsort die Arrhythmie oder Tachykardie hat, gilt folgendes Schema:

Bei Extrasystolen mit langsamer Grundfrequenz des Sinusknotens (60/min oder weniger) 0,5 bis 1,0 mg Atropin i.v., da durch die oft prompte Anhebung der Sinusfrequenz die Extrasystolie überspielt wird. Bei nicht frequenzabhängiger Extrasystolie 100,0 mg Lidocain i.v., dem bereits erwähnten Kreislaufftropf sind weitere 200,0 mg hinzuzusetzen. Dieses Medikament hat den besonderen Vorteil, am Herzen keine negativ inotropen Effekte zu haben. Falls die Extrasystolie sich hierunter nicht bessert, nach vorheriger Digitalisierung 5,0 bis 10,0 mg Dalzic^{®2)} (Prectolol i.v.), wobei zu erwähnen ist, daß dieser relative kardioselektive β -Rezeptorenblocker kaum meßbar kardiodepressiv wirkt

und im Gegensatz zu Lidocain auch supraventrikuläre Tachykardien günstig beeinflußt. Bei Tachykardien ist zunächst Lidocain in der gleichen Dosierung anzuwenden, falls kein Effekt eintritt, empfiehlt sich gleichfalls die Medikation von Dalzic[®] in der genannten Dosis. Insbesondere bei Kammertachykardien hat sich auch Diphenylhydantoin (Phenydan^{®3)} sehr bewährt. Bei Übergang von Kammertachykardien in Kammerflimmern sind die gleichen Medikamente in gleicher Dosierung nochmals sofort zu injizieren. – Falls die Möglichkeit besteht, die Arrhythmie oder Tachykardie näher zu differenzieren, so empfiehlt es sich, gezielt nach dem sogenannten Positiv-Katalog vorzugehen, den ein Arbeitskreis von Experten erarbeitet hat, die ich jedes Jahr zu einem Arrhythmie-Symposium versammle. Dies gilt auch für nicht bedrohliche Rhythmusstörungen (Tab. 7 – s. S. 123/124).

7. Bei extremen Bradykardien, z. B. einem Schocksyndrom infolge eines totalen av-Blocks, sollte i.v. sofort 0,5 bis 1,0 mg Atropin gegeben werden. Ist diese Therapie erfolgreich, so sind weitere 1,0 mg intramuskulär zu applizieren, ändert sich unter Atropin nichts, so empfiehlt es sich, gleich 0,5 mg Isoproterenol (Alupent^{®4)} zu geben. Sollte dies erfolgreich sein, so sind i.m. 1,0 mg Alupent[®] zuzusetzen oder – was wesentlich günstiger ist – dem Dauertropf 5,0 mg zuzufügen. Hierdurch kann die partielle oder totale Blockierung oft über längere Zeit beseitigt werden, bis in der Klinik definitive Maßnahmen ergriffen werden.

Ansonsten sind während der letzten Jahre eine Reihe von Substanzen überprüft worden, die nach theoretischen Überlegungen und pharmakologischen bzw. klinischen Untersuchungen eigentlich zur Verbesserung der Therapieerfolge hätten führen müssen. Unsere Untersuchungen haben sich erstreckt auf die Gabe von β -Rezeptorenstimulatoren, die Medikation von α -Rezeptorenblockern, auf das ursprünglich hochgelobte Glukagon, Trasylo^{®5)} und Streptokinase. Wesentliche Therapieerfolge haben wir hiermit in größeren Untersuchungsreihen nicht erzielt, so daß sich Behandlungsempfehlungen erübrigen.

Der kardiogene Schock ist nach wie vor eines unserer wesentlichsten therapeutischen Probleme: Zwar konnten wir die Letalität von 81 % auf 72 % senken, dieser Erfolg ist jedoch vorzugsweise durch die verbesserte antiarrhythmische Therapie ermöglicht worden (s. auch Tab. 3). Nach wie vor gilt, daß wir nur dann weiterkommen, wenn Früherkennung, sofort einsetzende Therapie und sofortige Klinikeinweisung nahtlos ineinander übergehen, wobei wir glauben, daß neuere sich jetzt abzeichnende Behandlungsverfahren in der Klinik wohl erfolgreicher sein dürften als bisher.

Hersteller: ¹⁾ Chemische Fabriken Knoll AO, Ludwigshefen; ²⁾ ICI GmbH, Frankfurt/M.; ³⁾ Oesitin-Werke C. Klinke OmbH, Hemburg; ⁴⁾ C. H. Boehringer Sohn, Ingelheim; ⁵⁾ Farbenfabriken Bayer AO, Leverkusen

Anschrift d. Verf.: Professor Dr. D. H a a n, Chefarzt der Johannesbad-Klinik, 8399 Bad Füssing

Kassenarzt in Bayern

Förderung der Niederlassung durch „Erweitertes Bayern-Programm“

Ein Arzt, welcher die Zulassung für einen der unter I aufgeführten Kassenerztstze erwirbt, erhält die Zusicherung, daß seine Niederlassung im Rahmen des erweiterten Bayern-Programms durch Vollfinanzierung eines Arzthauses zu besonders günstigen Bedingungen gefördert wird. Diese Kassenerztstze bieten nach den Erfahrungen der Kassenerztlichen Vereinigung eine gute Existenzgrundlage. Dennoch sichert die KV diesen Kassenerzten für die Anlaufzeit von sechs Quartalen eine Umsatzgarantie in der Höhe des durchschnittlichen Umsatzes der Arztgruppe zu. Weitere Hilfe bei der Praxiselrichtung wird in Aussicht gestellt. Interessierten Ärzten wird empfohlen, sich wegen weiterer Auskunft über örtliche Verhältnisse und unterstützende Maßnahmen mit der zuständigen Bezirksstelle der KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BAYERN (siehe jeweilige Angabe der Anschrift mit Telefonnummer) in Verbindung zu setzen.

I. Dringlich zu besetzende Kassenerztstellen

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERN – Bezirksstelle Oberpfalz

Regensburg, Landshuter Straße 49, Telefon (0941) 57033

Floß bei Neustadt/WN:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Floß hat 2900 Einwohner, mit Einzugsbereich rund 4000 Einwohner, zugelassen 2 Kassenerzte (1 Apotheke), nächstes Facharztzentrum in Weiden, nächstes Krankenhaus in Neustadt/WN mit 120 Betten, Fachabteilung Chirurgie und Innere Krankheiten, nach Erweiterung auch gynäkologische Abteilung.

Ärztlicher Notdienst ist über die Notrufzentrale Weiden geregelt.

Der Markt Floß ist bemüht, ein geeignetes Grundstück für ein Arzthaus zur Verfügung zu stellen. Er ist bei der Beschaffung von Praxis- und Wohnräumen behilflich.

In Neustadt/WN befindet sich eine staatliche Realschule für Knaben und Mädchen, in Weiden alle weiterbildenden Schulen.

Vilseck:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vilseck hat rund 6000 Einwohner (mit Einzugsgebiet), zugelassen 2 Ärzte (2 Zahnärzte, 1 Apotheke).

Nächstes Facharztzentrum in Amberg.

Kreiskrankenhaus (Belegärzte).

Nächstes Schulzentrum in Amberg

Ärztlicher Notdienst geregelt über Notrufzentrale Amberg (Funkeinsatz).

Vohenstrauß:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Vohenstrauß hat 4000 Einwohner, mit Einzugsgebiet 6000 Einwohner, zugelassen 3 Kassenerzte (3 Zahnärzte, 2 Apotheken).

In Vohenstrauß befindet sich ein Kreiskrankenhaus mit 110 Betten.

Nächstes Facharztzentrum Weiden.

Ärztlicher Notdienst über Notrufzentrale Weiden.

Staatliche Realschule, Schulzentrum Weiden.

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

Hebertsfelden, Lkr. Rottel:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Der Ort hat 1000 Einwohner, dazu kommt ein großes Einzugsgebiet von insgesamt 4000 Einwohnern. In Hebertsfelden ist eine Volksschule, alle höheren Schulen befinden sich im 5 km entfernten Eggenfelden, dort ist auch das nächste Krankenhaus.

Mengkofen, Lkr. Untere Isar:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In Mengkofen kann eb sofort die Praxis mit Wohnhaus des einzigen Kassenerztes übernommen werden. Mengkofen hat ein Einzugsgebiet von ca. 4000 Einwohnern. Das nächste Krankenhaus und alle höheren Schulen befinden sich in Dingolfing (11 km entfernt).

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Niederbayern, 8440 Straubing, Lillienstraße 5-7.

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Unseren Kollegen stehen folgende Bände kostenlos zur Verfügung. Bestellungen können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, unter Befügung von DM 1,— in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

Band 23 LEIBBRAND-WETTLEY/LEIBBRAND: „Medizin und Sexualwissenschaft“

Band 24 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei Internen Erkrankungen“ (Vorträge der 10. Bayerischen Internistentagung in München 1970)

Band 27 STEPLINGER: „Alkoholkritik für den Arzt“

Band 28 „Schnelldiagnostik und Soforttherapie — Krebs-Früherkennung“ (Vorträge des 22. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer — Wissenschaftliche Ärztagung Nürnberg)

Band 29 „Epidemiologie und epidemiologische Methodik“ (Vorträge der Symposien „Epidemiologie und epidemiologische Methodik“ an der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München am 25./26. November 1970 und vom 11. bis 14. Mai 1971)

Band 31 „Aktuelle therapeutische und diagnostische Probleme bei internen Erkrankungen“ (Vorträge der 11. Bayerischen Internistentagung in München 1971)

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Schwaben

Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 31 30 31

Markt Inchenhofen:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Inchenhofen hat 1447 Einwohner und ein Einzugsgebiet von ca. 800 Personen. Die nächsten Arztstze sind in Kühbach (7 km), Aichach (8 km) und Pöttmes (9 km), das nächste Krankenhaus und Facharztzentrum in Aichach.

Baugrund kann zum Kauf angeboten werden.

Im Ort ist eine Grund- und Hauptschule. Weiterführende Schulen sind in Aichach und Schrobenhausen.

Marxheim, Lkr. Donauwörth:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines früheren Arztstzes. Marxheim hat 650 Einwohner und ein ausgedehntes Einzugsgebiet. Wohn- und Praxisräume können zur Zeit in einem Neubau gemietet werden.

Nächstes Krankenhaus und Realschule sind in Rain/Lech (6 km).

Meitingen, Lkr. Wertingen:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Ca. 20 km nördlich von Augsburg. 3 Ärzte sind bereits niedergelassen. Wegen umfangreichen Einzugsgebietes ist ein weiterer Allgemeinarzt erforderlich.

Staatliche Realschule am Ort.

Monheim, Lkr. Nördling-Donauwörth:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines freien Arztstzes. Monheim hat 2300 Einwohner. Einzugsgebiet ca. 7000 Einwohner. Niedergelassen sind 2 Allgemeinärzte. Krankenhaus sowie Grundschule und Hauptschule befinden sich am Ort.

Wallerstein, Lkr. Nördlingen-Donauwörth:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Wiederbesetzung eines vakanten Arztstzes. Wallerstein hat ca. 3000 Einwohner und ein Einzugsgebiet mit ca. 1500 Einwohnern. Wohn- und Praxisräume sind vorhanden. 1 Allgemeinarzt ist bereits niedergelassen. Krankenhaus und Mädchenrealschule sind am Ort, sonstige weiterführende Schulen in Nördlingen (4 km).

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Oberfranken

Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a-9, Telefon (09 21) 2 30 32

Münchberg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Industriestadt mit 10500 Einwohnern, Kreiskrankenhaus mit Fachstationen für Chirurgie, Innere Krankheiten, Frauenkrankheiten, hauptamtlicher Röntgenfacharzt; in freier Praxis die Fachgebiete für Augenkrankheiten, Frauenkrankheiten, HNO, Innere Krankheiten, Kinderkrankheiten vertreten.

Math.-nat.-neuspr. Gymnasium, Staatliche Textilfach- und Ingenieurschule, alle höheren Schulen in der nahegelegenen Stadt Hof.

Rehau, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

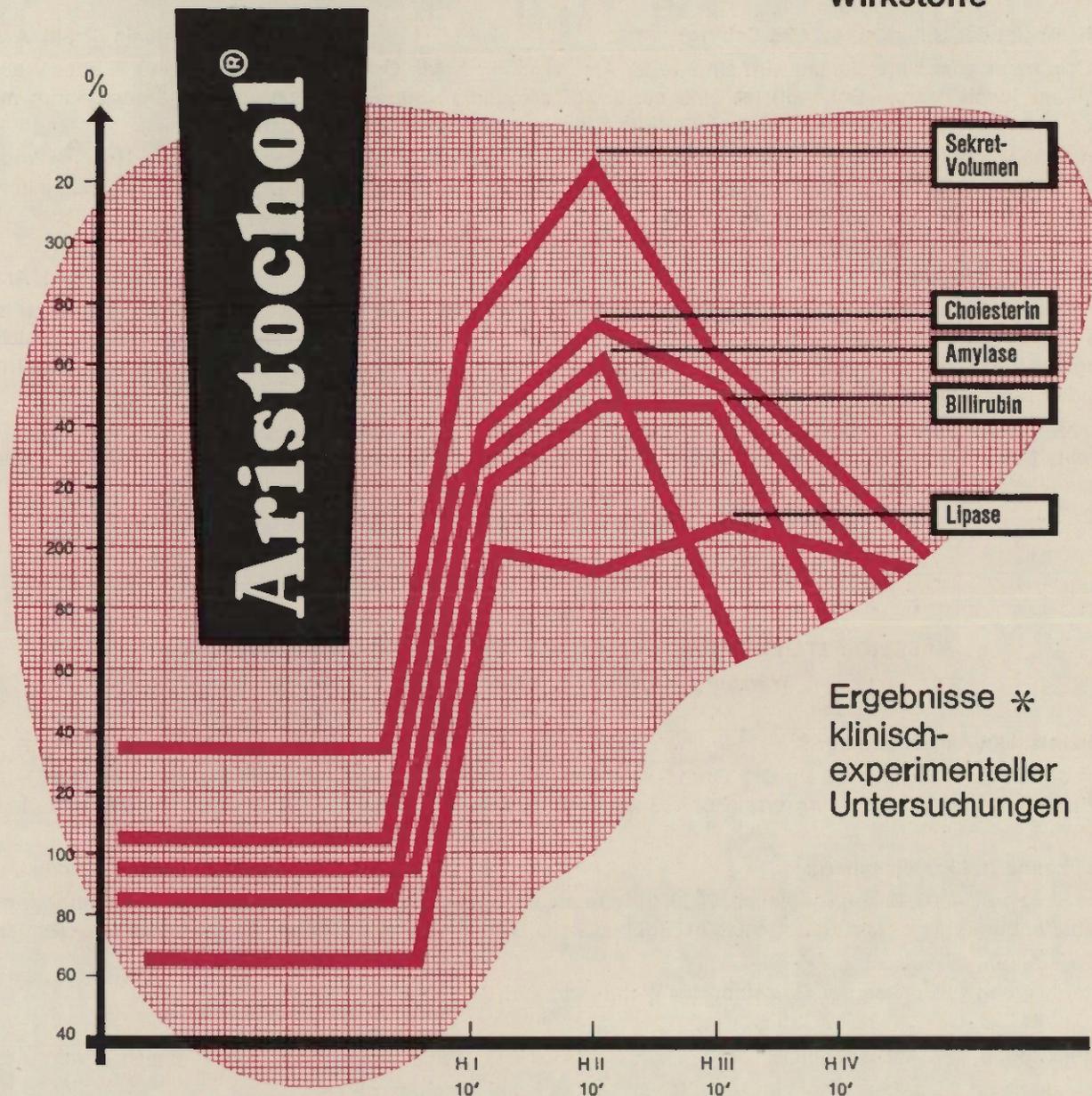
Die Stadt Rehau hat 11000 Einwohner, insgesamt sind ca. 14000 Einwohner zu betreuen. In Rehau sind 5 Praktische Ärzte und 1 Internist niedergelassen.

Praxisräume stehen zur Verfügung.

Rehau liegt 12,6 km von der Stadt Hof entfernt; dort alle höheren Schulen, alle Fachärzte, Krankenhäuser mit allen Fachstationen.

So wirkt

Optimaler Effekt
durch
standardisierte
Wirkstoffe



Das zuverlässige Cholagogum

Aristochol® Tropfen

Nach einem Spezialverfahren hergestelltes Parkolat mit standardisiertem Wirkstoffgehalt:
Curcumin 10 mg %
Chelidonin 5 mg %
100 ml Parkolat aus:
Herb. Chelidon. 20 g,
-Millefol. 17 g, -Absinth. 5 g
Flor. Stoechad. 15 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Rad. Tarax. c. Herb. 17 g
Cort. Frangul. 3 g
Rhiz. Curcum. xanth. 8 g

Dosierung:
3mal täglich 15-20 Tropfen

O.P. Flasche mit 20 ml DM 5,40
O.P. Flasche mit 50 ml DM 10,65

Aristochol® Konzentrat Granulat

100 g Granulat enthalten:
Gasamtrockenextrakt aus
Herb. Chelidon.
Rhiz. Curcum. xanth. } 3,265 g
Fruct. Card. Mar. }
Aloe 5,55 g
Pankreatin 1,5 g
Eingestallt auf:
Chelidoniumalkaloide
mindestens 20 mg %
Curcumin mindestens 12,5 mg %
Aloin mindestens 1,5 g %

Dosierung:
1mal täglich 1 Beutel

O.P. mit 24 Btl. zu 1,5 g DM 6,50
O.P. mit 75 Btl. zu 1,5 g DM 17,70

Aristochol® Tee-Konzentrat

In 100 g Tee-Konzentrat:
4,2 g Extract. sicc. ax
Herb. Absinth. 1,2 g
Herb. Chelidon. 2 g
Fruct. Anisi stellat. 5,3 g
Fruct. Card. Mar. 10 g
Flor. Chamomill. 10 g
Rhiz. Curcum. xanth. 10 g
Herb. Millifol. 10 g
Fol. Menth. pip. 16 g
Acid. ascorbic. 1 g
Aromatic. et
Corrigent. ad 100 g

Dosierung:
3mal täglich 1 Teelöffel

O.P. Tube mit 100 g DM 4,80

Aristochol® Spasmolyticum

Eine Manteltablette enthält:
30 mg Extr. Herb. Chelidon. sicc.
(entspr. mind. 0,15 mg Gesamtalkaloide)
13 mg Extr. Rhiz. Curcum. xanth. sicc.
(entspr. mind. 0,1 mg Curcumin)
7 mg Extr. Fruct. Cardui Mar. sicc.
10 mg Propanthelin-bromid
10 mg Aethylpapaverin. hydrochlor.
15 mg Natriumdioctylsulfosuccinat

Kontraindikation:
Glaukom, Prostatahypertrophie

Dosierung:
3mal täglich 1-2 Manteltabletten

O.P. (Durchdrückpackung)
zu 50 Manteltabletten DM 6,50



Steiner & Co.
Deutsche
Arzneimittel
Gesellschaft
Berlin West

Literatur
auf Wunsch

* J. Ch. Baumann
K. Heintze
H. W. Muth
Arzn.-Forsch. 21
98 - 101 (1971)

Rodach bei Coburg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Die Stadt Rodach hat 5000 Einwohner, insgesamt sind ca. 9000 Einwohner zu betreuen. Es sind 2 Allgemein-/Prakt. Ärzte niedergelassen.

Rodach liegt 12 km von der Stadt Coburg entfernt.

Scherneck oder Untersiemau, Lkr. Coburg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

In Scherneck oder Untersiemau wird ein zweiter Arzt benötigt; beide Orte sind nur durch eine Bundesstraße getrennt (gemeinsamer Bahnhof); es sind ca. 5500 Personen zu betreuen. 8 km von der Stadt Coburg mit allen höheren Schulen entfernt. Gute kulturelle Einrichtungen in Coburg (u. a. Landestheater).

Landkrankenhaus mit Fachstationen für Chirurgie, Innere Krankheiten, Kinderkrankheiten, HNO, Hautkrankheiten, eigene Röntgenabteilung. Beide Gemeinden sind bei der Wohnraumbeschaffung behilflich; Bauplätze können erworben werden. Notfalldienst geregelt.

Stammbach, Lkr. Hof:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Es handelt sich um die Wiederbesetzung des zweiten derzeit verwaisten Arztsitzes. Der Markt Stammbach ist ein überwiegend industriell und gewerblich orientierter Ort, der neben der Autobahn-Schnellverbindung Richtung Hof/Saale und Bayreuth-Nürnberg-Münchhausen liegt. Es sind ca. 5000 Einwohner zu betreuen. Aufstrebende Fremdenverkehrsgemeinde.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuss für Ärzte Oberfranken, 8580 Bayreuth, Bürgerrather Straße 7a-9.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Unterfranken**Würzburg, Hofstraße 5, Telefon (0931) 5 03 03****Mömbris, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 7000, 2 Ärzte am Ort. Grund- und Hauptschule in Mömbris, weiterführende Schulen in 15 Min. mit der Bahn in Aschaffenburg erreichbar. Gute Verkehrsverbindungen nach Aschaffenburg und Frankfurt/M.

Großheubach, Lkr. Miltenberg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 4500, Einzugsgebiet ca. 7000, 2 Ärzte am Ort. Gute Verkehrsverbindungen nach Miltenberg und Aschaffenburg; Grund- und Hauptschule in Großheubach, Gymnasium und Realschule in Miltenberg (Entfernung 3 km).

Unterstützung von Seiten der Gemeinde für Wohn- und Praxisräume.

Schöllkrippen, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 2600, Einzugsgebiet 6000. Neugebautes Haus könnte bezogen werden.

Grund- und Hauptschule in Schöllkrippen. Gymnasium und Realschule in Alzenau und Aschaffenburg. Gute Verkehrsverbindungen nach Aschaffenburg und Frankfurt/Main.

Nüdlingen, Lkr. Bad Kissingen:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 3700. Nüdlingen liegt in unmittelbarer Nähe von Bad Kissingen (Entfernung 4,5 km). 1 Praktischer Arzt am Ort. Praxisräume könnten übernommen werden. Alle Schulen in Bad Kissingen, Busverbindung.

Arnstein, Lkr. Mittelmain:

2 Allgemein-/Prakt. Ärzte avtl. in Gemeinschaftspraxis

Einwohnerzahl 2800, größeres Einzugsgebiet. 1 Praktischer Arzt am Ort. Grund- und Hauptschule in Arnstein, weiterführende Schulen in Schweinfurt und Würzburg.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuss für Ärzte Unterfranken, 8700 Würzburg, Hofstraße 5.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Mittelfranken

Nürnberg, Keßlerplatz 5, Telefon (09 11) 53 37 71

Absberg, Lkr. Weißenburg:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 1000, Einzugsgebiet ca. 4000, einziger Arztsitz. In den Nachbarorten Spalt (6 km) 3 Praktische Ärzte, in Theilenhofen (10 km) 1 Praktischer Arztniedergelassen. Das nächste Krankenhaus befindet sich in Gunzenhausen (Entfernung 12 km). Volksschule in Absberg, Realschule, Gymnasium und Städt. Handelsschule in Gunzenhausen.

Lehrberg, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 1800, Einzugsgebiet ca. 4000, einziger Arztsitz. Nächstes Krankenhaus und Facharztzentrum in Ansbach (Entfernung 7 km).

Die Gemeinde ist bei der Bauplatz- und Wohnraumbeschaffung behilflich.

Volksschule in Lehrberg, Realschule und Gymnasium in Ansbach.

Uehlfeld, Lkr. Neustadt/Aisch:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 2000, Einzugsgebiet ca. 6000, einziger Arztsitz am Ort.

Nächste Facharztsitze in Höchstadt (8 km) und Burghaslach (15 km). Nächstes Krankenhaus in Neustadt/Aisch (15 km). Die Gemeinde ist bei der Beschaffung eines Grundstückes für Wohnung und Praxis behilflich.

Volksschule in Uehlfeld, Realschule und Gymnasium in Neustadt/Aisch.

Wilhermsdorf, Lkr. Neustadt/Aisch:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl ca. 3200, großes Einzugsgebiet. In den Nachbarorten Markt Erlbach (5 km) und Langenzenn (6 km) sind 4 Praktische Ärzte niedergelesen.

Die nächsten Krankenhäuser sind in Langenzenn und Neustadt/Aisch (16 km). Praxis- und Wohnräume sind vorhanden.

Volksschule in Wilhermsdorf, Realschule und Gymnasium in Neustadt/Aisch.

Wittelshofen, Lkr. Ansbach:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 1000 – mit Einzugsgebiet ca. 2000, einziger Arztsitz, nächstes Krankenhaus Dinkelsbühl (Entfernung 13 km). In Wittelshofen gibt es eine Volksschule, Realschule und Gymnasium sind in Dinkelsbühl.

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS – Bezirksstelle Oberbayern

München, Mühlbauerstraße 16/II, Telefon (08 11) 47 60 87

Großmehring:

1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 3500, sonstiges Einzugsgebiet 5700 Personen.

Die nächsten Kassenarztsitze sind in Manching (7 km) und Kösching (6 km).

Krankenhäuser sind in Kösching und Ingolstadt (8 km). Das nächste Facharztzentrum ist ebenfalls in Ingolstadt.

Großmehring hat eine Volksschule, Realschule und Gymnasium sind in Ingolstadt.

Die Gemeinde würde bei der Beschaffung von geeigneten Grundstücken bzw. Praxisräumen behilflich sein.

Manching:

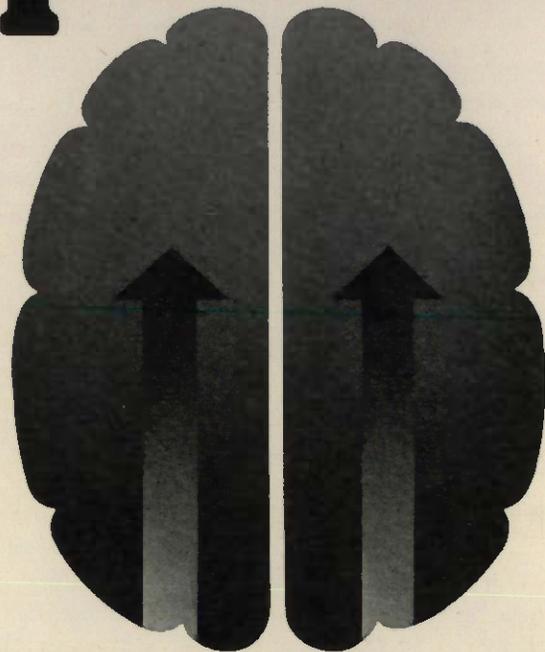
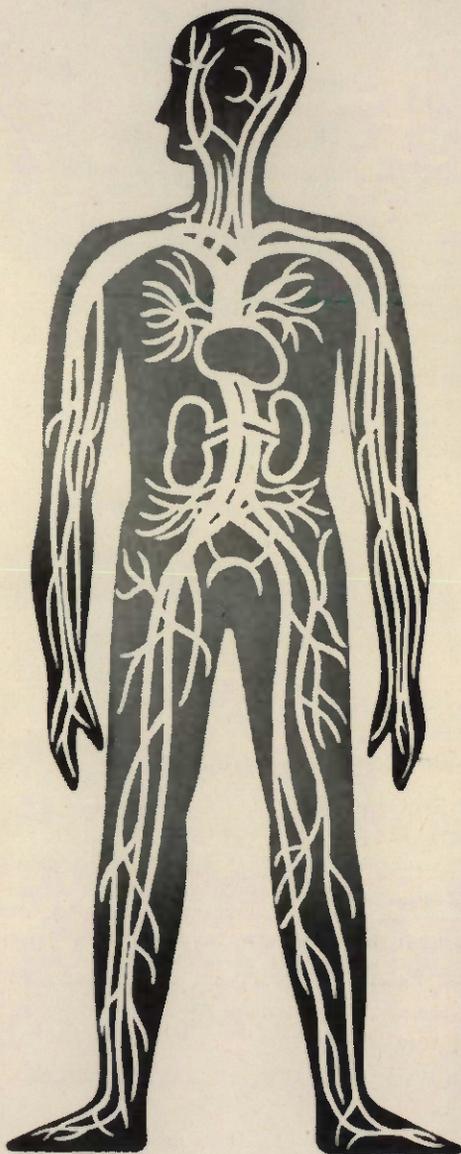
1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Einwohnerzahl 7935, sonstiges Einzugsgebiet ca. 7000 Personen. Zur Kassenpraxis sind bereits zugelassen 2 Praktische Ärzte und 1 Internist. Das nächste Facharztzentrum befindet sich in Ingolstadt. Volks- und Realschule sind in Manching, ein Gymnasium ist in Ingolstadt.

Die Gemeinde würde bei der Beschaffung von geeigneten Grundstücken bzw. Praxisräumen behilflich sein.

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte Oberbayern, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16.

Complamin[®]



flutet die Endstrombahn,
speist die
Mangelzelle



bei Durchblutungsstörungen

Die ENDSTROMBAHN ist der Wendepunkt des Kreislaufs. Im hämodynamisch neutralen Bereich des terminalen Kapillarbetts – zwischen arteriellem Influx und venösem Efflux – spielt sich, von wechselnden Bedarfssituationen gesteuert, die gesamte nutritive Blutversorgung ab. Nur hier findet der Stoff- und Gasaustausch zwischen Blut und Umgebung statt. Und nur dann sind die Aufgaben der Endstrombahn erfüllt, wenn alle Zellen des Organismus («peripher» und «zentral») ihrem Bedarf angepaßt mit Sauerstoff und Nährstoffen versorgt sind und sich im richtigen thermalen und Ionenmilieu befinden. Ex- und Importpartner der Endstrombahn ist die ZELLE. Als kleinste Untereinheit des Organismus ist sie der einzige Ort, an dem der Gas- und Stofftransfer vom äußeren in das innere Milieu und umgekehrt stattfindet. Die Permeabilität der Zellmembran ist wesentlich, die Qualität der nutritiven Mikrozirkulation allerdings ist entscheidend für eine stets ausreichende Endversorgung der Zelle – und damit auch jeden Zellverbandes.

Nur eine qualitative und quantitative Verbesserung des Blutangebots an mangelgeschädigte Zellverbände vermag deren Lebensbedingungen entscheidend zu reformieren. COMPLAMIN verändert neben Erhöhung des Stromvolumens die Blutqualität und das Stoffangebot an die mangelbetroffene Zelle positiv. Durch die Rekorrelierung zwischen Blutangebot und -qualität einerseits und Zellbedarf andererseits wird der notwendige Reaktivierungsprozeß eingeleitet. Wenn somit die pathologisch veränderte Zellumgebung normalisiert wird, ist das physiologische Milieu als Voraussetzung für normale Lebensbedingungen peripherer und zentraler Gewebsbezirke wieder in Anspruch gesetzt. Das Resultat ist eine sehr rasch einsetzende Verbesserung der Gewebsnutrition: COMPLAMIN hat sich hervorragend bewährt in der Therapie von Durchblutungs- und Stoffaustauschstörungen, die zu zentral oder peripher lokalisierten Gewebeschädigungen führen oder geführt haben.

Complamin® trägt für die Wiederherstellung der Zellernährung Sorge

Complamin® Complamin® Retard

COMPLAMIN
OP 50 Tabl. DM 930
AP 200 u. 500 Tabl.,
3 x Hgl. 1-2 Tabl.
(je 150 mg Xantinol-nicotinat).

COMPLAMIN retard
zur Langzeittherapie
OP 20 u. 50 Tabl., DM 1030, DM 2740
AP 500 Tabl.,
2-3 x Hgl. 1 Tabl.
(je 500 mg retardiert).

COMPLAMIN 300
zur oralen Injektions- und Injektions-Therapie
OP 60 Tabl. DM 19,-; AP 300 Tabl.,
3 x Hgl. 1-2 Tabl.
(je 300 mg).

Willing Arzneimittel Neuss



COMPLAMIN Ampullen
zur parenteralen Injektions- und Injektions-Therapie
OP 10 Amp. zu 2 ml DM 1065,
AP 10 Amp. zu 10 ml,
AP 100 Amp. zu 2 ml.
Ampulle zu 2 ml (500 mg/l) man injiziert
1-2 x Hgl. 1 Amp. 1. m. oder langsam 1. x. und
steigert je nach Schwere des Falles bis auf
3 x 3 Amp. Hgl.
Ampulle zu 10 ml (1500 mg/l) zur Dauerinjek-
tion: 1-4 Amp. à 250-500 ml physiol.
Solung, o.ä. über 2-4 Std.

INDIKATIONEN
Periphere arterielle und venöse Durchblutungsstörungen: Endarteriitis obliterans, Morbus Raynaud, Claudicatio intermittens, diabetische Angiopathie, Thrombose, Embolie, Ulcus cruris, Ektosiern.
Zentrale Durchblutungsstörungen: Zerebraler Ischemie, Apoplexie, Apoplexiefolgen, Durchblutungsstörungen der Netzhautgefäße und des Innenohrs (Miereis).
Koronare Durchblutungsstörungen: Koronardilatation mit Angina pectoris, Zustand nach Herzinfarkt.
KONTRAINDIKATIONEN
Orale Therapie: Akute Blutungen, fokales Magenulcus.
Parenterale Therapie: Akute Blutungen, dekompensierte Hämiplegie, labiler Blutdruck, Kombinationen mit Ganglienblockern und Sympatholytika, Neuroleptanalgesie.

II. Weitere freie Kassenarztstellen

Bei Niederlassung und Kassenzulassung besteht die Möglichkeit, Grunderwerb und Bau eines Arzthauses mit Unterstützung des Wohnbauwerkes der Bayerischen Ärzteversorgung zu finanzieren. Interessenten wenden sich an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Bayerische Ärzteversorgung zur Beratung im Einzelfall.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberpfalz
Regensburg, Landshuter Straße 49
Telefon (0941) 570 33

Hahnbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Kastl bei Amberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Neumarkt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

1 Augenarzt

Weiden: 1 Nervenarzt oder Neurologe oder Psychiater

Wiesau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Niederbayern
Straubing, Lilienstraße 5-7
Telefon (09421) 70 53

Deggendorf: 1 Augenarzt

Eggenfelden, Lkr. Rottal: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

Ergoldsbach, Lkr. Landshut: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Freyung v. Wald: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Frontenhausen, Lkr. Untere Isar: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Grafenau, Lkr. Freyung v. Wald.: 1 Augenarzt

Landshut: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt

1 Nervenarzt

Wildenberg, Lkr. Kelheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Schwaben
Augsburg, Frohsinnstraße 2
Telefon (08 21) 31 30 31

Augsburg-Oberhausen (Ortsteil 16, 17): 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Bobingen, Lkr. Augsburg-West: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Donauwörth: 1 Kinderarzt
Memmingen: 1 Augenarzt
Pfaffenhofen a. d. Roth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Roggenburg, Illerkreis: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Untereichingen, Illerkreis: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberfranken
Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a-9
Telefon (0921) 23032

Bad Steben, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Bamberg: 1 Augenarzt
Coburg: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt
Kronach: 1 Kinderarzt
1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Marktredwitz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Selb: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Seybothenreuth, Lkr. Bayreuth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Stappach, Lkr. Bamberg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Töpen, Lkr. Hof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte in Oberfranken, 8580 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a-9.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Unterfranken
Würzburg, Hofstraße 5
Telefon (0931) 50303

Mainaschaff: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Helgenbrücken, Lkr. Aschaffenburg: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Bad Brückenau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Schweinfurt: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte in Unterfranken, 8700 Würzburg, Hofstraße 5.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Mittelfranken
Nürnberg, Keßlerplatz 5
Telefon (09 11) 53 37 71

Bad Windsheim: 1 Hals-Nasen-Ohren-Arzt
Bubenreuth, Lkr. Erlangen: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Hersbruck: 1 Augenarzt
Langenzenn, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Merkendorf, Lkr. Ansbach: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Nürnberg-Langwasser/Neuselsbrunn/Rangierbahnhof: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Nürnberg-Gebersdorf/Birkenwald/Neumühle: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Roßtal, Lkr. Fürth: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Vorra, Lkr. Lauf: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

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

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BAYERNS

Bezirksstelle Oberbayern
München, Mühlbauerstraße 16/II
Telefon (08 11) 47 60 87

Stadt Eichstätt: 1 Augenarzt
Gaimersheim: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Garching a. d. Alz: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Neumarkt-St. Veit: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt
Welchering, Lkr. Neuburg/Donau: 1 Allgemein-/Prakt. Arzt

Direkte Bewerbungen sind zu richten an den Zulassungsausschuß für Ärzte in Oberbayern, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16.



RECORSAN-LIQUID.

Rein phytologisches Kardiotonicum für die kleine Herztherapie
Crataegus-Adonistherapie des Altersherzens

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,6 g, Alkohol. Auszüge aus: Crataegus 375 g, Adonis
Visc. alb. 88,87 g, Apium grav. Auricul. 88,73 g, Val. 13 g, Cola 4,3 g. 30 ml DM 4,20

Recorsan-Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

Licht und Farbe am Arbeitsplatz*

von Heinrich Frieling

Bei der Arbeitsplatzgestaltung geht es darum, Erlebniseinheiten zu schaffen, die zugleich das Interesse wecken und eis Informationen eindeutigen Charakter haben. Aus diesem Grund sind Licht und Farbe in ihrem sinnvollen Einsatz wichtig, denn Farbbeimpfindungen sind zugleich emotionale Erregungen mit semantischem Gehalt. Die Formen tragen dazu bei, eine prägnante Gestalt im Wahrnehmungsraum zu schaffen. Farb- und Formprägnanz bereichern den informativen Gehalt, so wie im einfachen Beispiel das Rot und die Größe einer Himbeere über deren Reifezustand Informieren. Unklare Farb-Form-Kombinationen, die der Willkür unterliegen, tragen eher zur Verwirrung als zur Ordnung bei. Eine gute und klare Lichtführung wie auch Farbgebung vermag eine optimale Arbeitsumwelt zu schaffen, wobei die natürliche Leistungskurve des Arbeitenden berücksichtigt werden muß.

Gute Lichtbedingungen

Unter solchen verstehen wir zunächst ausreichende Beleuchtungsstärke, gemessen in Lux am Arbeitsplatz. Erfahrungen des FORFA-Institutes in Braunschweig und andernorts haben gezeigt, daß die Leistungskurve mit der ansteigenden Lux-Zahl nur bis zu einem gewissen Punkt parallel ansteigt, nämlich bis etwa 1000 bis 1200 Lux. Bei diesem Wert ist zwar noch kein Maximum erreicht, aber die Ermüdungskurve zeigt hier zugleich ihr Minimum. Deshalb gilt dieser Luxwert als richtungweisend. Je höhere Anforderungen an die Sehleistung gestellt werden, desto höher soll im allgemeinen die Luxzahl liegen. Bei gewöhnlicher Arbeit genügen 200 bis 300 Lux, bei hochpräziser kann man bis 5000 Lux gehen. Jedoch ist es mit der Beleuchtungsstärke als solcher keineswegs getan; viel wichtiger ist die Beachtung der jeweiligen Leuchtdichtereaktionen, denn das Auge hat keinen zuverlässigen Maßstab für die Beurteilung der Beleuchtungsstärke, wohl eber für die Beurteilung der faktischen Helligkeit am Arbeitsplatz, die gegeben ist durch das Produkt von Beleuchtungsstärke am Arbeitsplatz und dem Reflektionswert der Oberfläche, auf die das Licht fällt. Durch eine schwarze Maschine wird das auffallende Licht eben weitgehend geschluckt (absorbiert, in Wärme umgewandelt), durch eine weiße aber total reflektiert. Eine farbige Oberfläche am Arbeitsplatz absorbiert nur gewisse Gebiete des durch die Lampe emittierten Spektrums, damit aber wird auch die Gesamthelligkeit der Oberfläche beeinflusst. Man kann überschlägig die Vergleichshelligkeit der Arbeitsoberfläche durch Vergleich mit einer Grauleiter (die geeicht sein muß) messen, denn jede Graustufe entspricht mehr oder weniger genau allen zwischen Weiß und Schwarz liegenden Farben. Die Grauskala kann man sich selbst herstellen, wenn man verstellbare

*) Nach einer Vorlesung vor der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München am 25. Februar 1972.



Mit
zeitgemäßer
Komposition

Azur[®] gegen Schmerzen

1 Tablette enthält: Paracetamol 250 mg
Propyphenazon 200 mg, Coffein 50 mg
2-Dimethylamino-äthanol-
bitretret 25 mg

3mal tägl. 1-2 Tabletten
O.P. mit 10 Tabl. DM 1,40
O.P. mit 20 Tabl. DM 2,30

Azur[®] compositum gegen starke Schmerzen

1 Tablette enthält: Paracetamol 200 mg
Propyphenazon 150 mg, Coffein 50 mg
Codein. phosphoric. 15 mg, Acidum
phenyläthylberbilituricum 25 mg
2-Dimethylamino-äthanol-
bitretret 25 mg

3mal tägl. 1-2 Tabletten
Bei Überdosierung kann die Verkehrs-
tüchtigkeit beeinträchtigt werden.

O.P. mit 10 Tabl. DM 3,25
O.P. mit 20 Tabl. DM 4,95

Kontraindikation:
Schwere Nierenschäden
Pyrazolon-Allergie, Blutdyskresien

Steiner & Co. Literatur und
Deutsche Ärztemuster
Arzneimittel auf Wunsch
Gesellschaft
Berlin West



**Die Bedeutung der Hyperurikämie
als Risikofaktor für eine
Reihe schwerer Erkrankungen,
z.B. des kardiovaskulären Systems,
der Nieren, der Leber und des
Bewegungsapparates, ist heute
unbestritten. Es kommt auf die
Früherkennung und recht-
zeitige Behandlung an.**

Die Dauertherapie der Hyperurikämie
und der Gicht ist denkbar
einfach:

Uricovac[®]-Tablette täglich

Uricovac ist
ausgezeichnet verträglich
und bei sachgemäßer Anwendung*
„absolut unschädlich für das Nierenparenchym“

(GROSS, A., V. GIRARD, Med. Welt 23 (N.F.), 133 (1972))

*Zur Vermeidung von Konkrementbildungen in der Niere soll beim Hyperurikämiker, besonders bei Steindiathese – wie unter jeder serumharnsäurensenkenden Therapie, unabhängig von deren Wirkungsprinzip – für reichliche Flüssigkeitszufuhr (1,5-2 Ltr. pro die) gesorgt werden. Speziell bis zur Normalisierung der Serumharnsäurewerte empfiehlt sich die Einstellung des Urins auf den neutralen Bereich von pH 6,4 bis 6,7.

Zusammensetzung: 1 Uricovac-Tablette enthält 100 mg Benzbromaronum.

Handelsform: OP mit 30 Tabletten = 1 Monatspackung DM 29,- mit Mwst.

Kontraindikationen: Mittelschwere bis schwere Niereninsuffizienz (glomeruläre Filtratrate unter 20 ml/min.)-Schwangerschaft.

Wir informieren Sie gern ausführlich über URICOVAC. 

LABAZ GMBH, Pharmazeutische Präparate, 4 Düsseldorf, Postfach 5126. 

Scheiben in Schwarz und Weiß miteinander (durch Einsteckschlitz verbunden) rasch kreiselt (z. B. auf einem zweckentfremdeten alten Mixergerät). Teilt man die Kopfscheibe des Geräts in Grade ein, so zeigt sich z. B., daß ein Verhältnis Schwarz : Weiß = $180 : 180^\circ$ ein noch sehr helles, fast weißliches Grau bringt. Erst wenn ich etwe nur 90° Weiß gegen 270° Schwarz nehme, entsteht ein für die Empfindung mittleres Grau. Dieses wäre dann 25 %iges Grau, d. h. 25 % Weißgehalt. Setzen wir Weiß = 1, dann wäre dieses mittlere Grau mit 0,25 zu bezeichnen. Mit einer angenommenen Beleuchtungsstärke von 500 Lux (mit dem Luxmeter gemessen) multipliziert, ergäbe sich ein Leuchtdichtewert von 125 asb (Apostilb = Leuchtdichteinheit für nicht leuchtende Flächen).

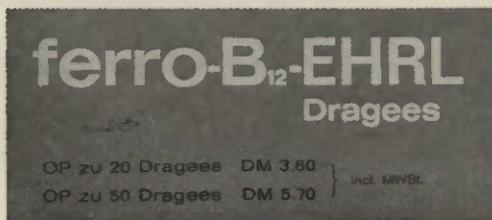
Die Graustufen folgen sich in annähernd logarithmischen Stufen, wenn man empfindungsmäßig gleiche Abstände zugrunde legt. Grob gesprochen, sieht eine empfindungsmäßig gleichabständige Grauleiter also so aus: 0,02 (tiefschwarz) – 0,05 – 0,09 – 0,16 – 0,25 (mittelgrau) – 0,35 – 0,50 – 0,70 – 0,98 (rein weiß).

Es erweist sich nun, daß der Mensch im mittleren Greubereich, der also von 16 bis 25 % reicht, auch die beiden gesättigten Komplementärfarben Rot und Blaugrün erlebt. Diese beiden Haupt-Buntheiten unterscheiden sich also allein durch den Farbton, nicht durch die Helligkeit. Alle anderen Komplementärpaare sind zugleich helligkeitsunterschieden, sofern man sie in gesättigter Form nimmt. Von dieser mittleren Helligkeit geht man aus, um den Eindruck „hell“ bzw. „dunkel“ zu schaffen. Ein gesättigtes Gelb würde also unter allen Umständen hell erscheinen (Reflexionswert etwa 0,68). Ein Stahlgrau, das etwa am Arbeitsplatz kontrastierend erkannt werden soll, kann also nur dann exakt begrenzt gesehen werden, wenn es z. B. auf einem wesentlich helleren Grau liegt, nicht aber, wenn es auf einem Untergrund liegt (auch einem farbigen!), der dieselbe Helligkeit besitzt. Trotzdem ist die Farbe des Untergrundes sehr wichtig, denn selbst noch bei einem annähernd gleichen Helligkeitsgrad zwischen Werkstück und Untergrund wird das Werkstück besser gesehen, wenn der Untergrund leicht

komplementärfarbig ist. Es tritt dann der bekannte **simultane Farbkontrast** ein, den auszunützen Licht sparen heißt! So erscheint etwa ein glänzendes Stück Stahl oder Eisen auf annähernd gleichhellem gelblich-ockerfarbenen Grund dunkler, weniger glänzend (leuchtend), und dafür konturdeutlicher. Kupfer wird in seinem Orangeton gehoben durch grünlich-blaue Untergründe usw. Der Untergrund spielt also eine wesentliche Rolle, und es ist möglich, daß man ohne Ausspielen allzu großer Leuchtdichteunterschiede und Beleuchtungsstärken allein durch den Farbkontrast besseres und ermüdungsfreies Sehen veranlaßt.

Gerade die **Ermüdungsfreiheit** beim Sehen ist es ja, die wir anstreben müssen. Nach LUCKIESH und anderen Autoren sollte – ebegesehen vom direkten Fixationsfeld, das hohe Kontraste verlangt – die Arbeitsaufgabe vom Arbeitsgrund als Umfeld leuchtdichtemäßig wenig abweichen und den Maximalwert von 3:1 im Leuchtdichteverhältnis keinesfalls überschreiten. Es hat sich gezeigt, daß Inselartig ausgeleuchtete Arbeitsfelder ermüden. Stets ist zur Arbeitsplatzbeleuchtung eine Allgemeinbeleuchtung erforderlich, um Ermüdungen abzuwenden. Der Grund liegt wahrscheinlich darin, daß die peripheren Retinazonen, in denen sich Ganglien des vegetativen Nervensystems befinden, sonst unterernährt bleiben – auf das Licht als Energiespender bezogen. Es ist also falsch, wenn beispielsweise eine Nähmaschine schwarz lackiert ist und das Arbeitsgut (Wäsche) weiß ist, der Tisch vielleicht wieder schwarz. Richtig wäre es vielmehr, den Körper der Nähmaschine in eine mittlere Helligkeit zu bringen (auch neutral farblich, beige, grau oder grünlich), dann würde kein Arbeitsstück, auch wenn es weiß wäre, in einem so großen Kontrast stehen. Die Beleuchtung des Arbeitsfeldes sollte hier durch eine nicht zu nah am Auge stehende Lampe und durch eine allgemeine Raumbeleuchtung garantiert werden.

Hier freilich ist wieder einiges zu beachten, um den Charakter einer guten Beleuchtung zu bringen, nämlich die Frage der **Lichtfarbe**.

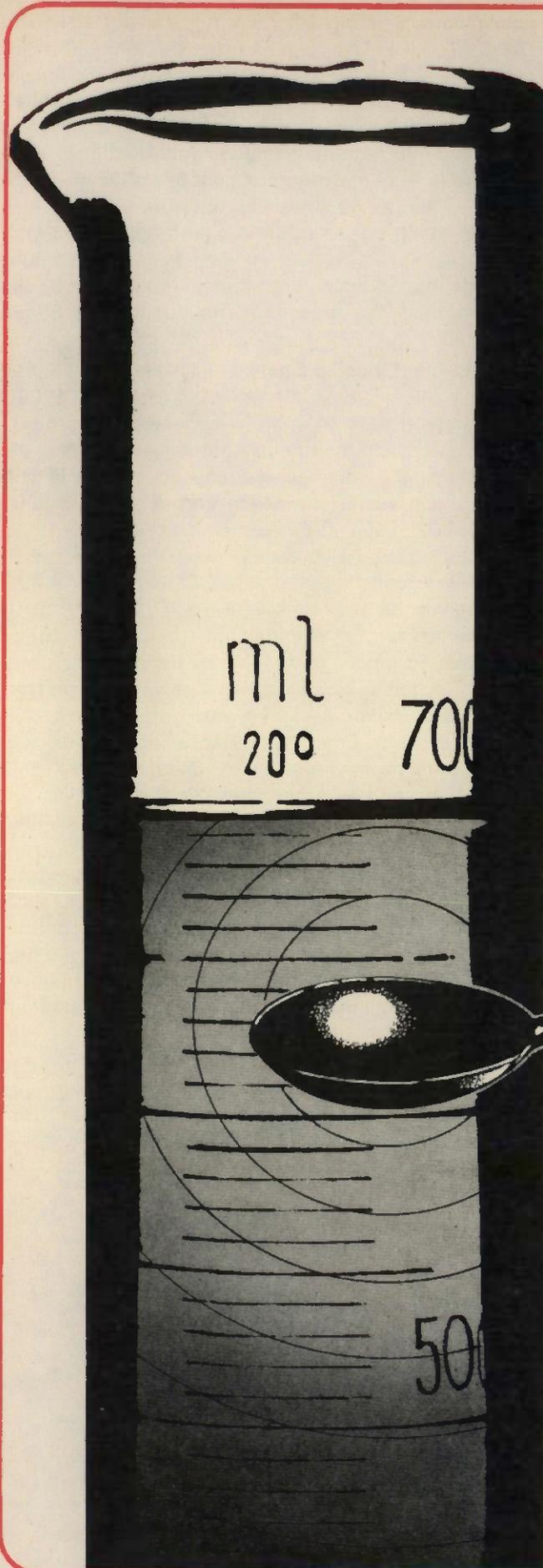


Zur hochwirksamen
preisgünstigen oralen
Anämie-Therapie mit
dem gut verträglichen
und schnell resorbierbaren
Fe⁺⁺-glukonat

ZUSAMMENSETZUNG:

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





**Ein
Löffel voll
Locid (12,5 g)
bindet
700 ml
Salzsäure**

Säurebindungskapazität: 700 ml n/10 HCl pro Dosis von 12,5 g bis pH 3,5

neu

Locid[®]

**das kraftvolle Antacidum
und Antipepticum
in flüssiger,
gebrauchsfertiger Form**

Locid®

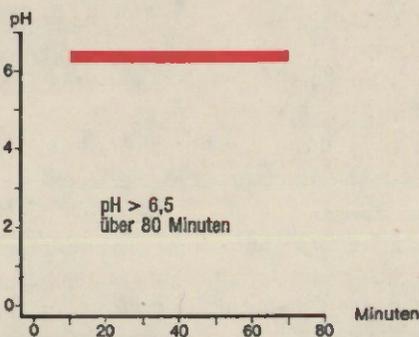
das kraftvolle Antacidum
und Antipepticum
in flüssiger, gebrauchsfertiger Form

wirkt antacid

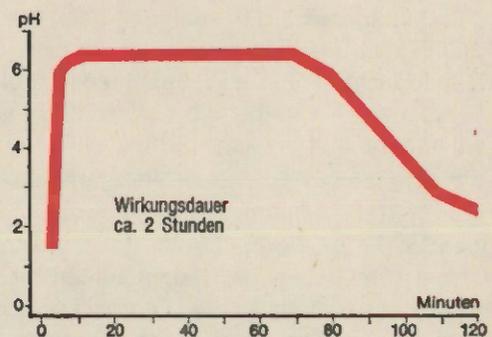
1. schnell



2. intensiv



3. lang



wirkt antipeptisch

durch Herabsetzung der Pepsinektivität
bei gleichzeitiger Senkung der
Magenseftacidität

durch Adsorption und Inaktivierung
von Pepsin (Aluminiumhydroxid)

Die Pepsinektivität wird bei pH 3
partiell, bei pH 5 vollständig gehemmt.

Zusammensetzung:

In 12,5 g (= 2 Teelöffel) Suspension sind enthalten:
750 mg Calciumcarbonat
700 mg Magnesiumhydroxid
835 mg Aminoessigsäure
1500–1700 mg Aluminiumhydroxid-Gel,
entsprechend 945 mg Al₂O₃.
1 Beutel enthält 12,5 g.

Indikation:

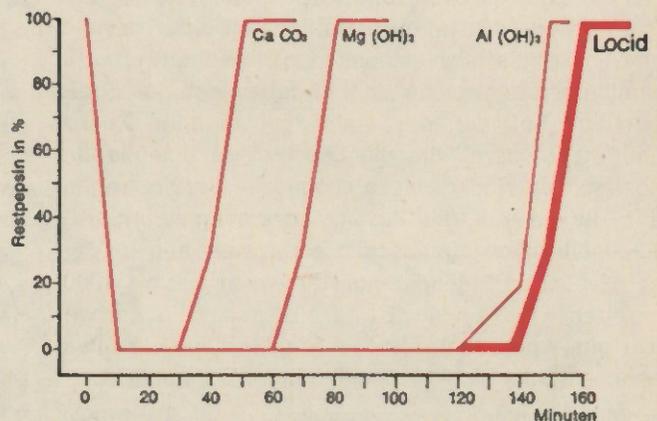
Sodbrennen, Magenschmerzen, Übelkeit, Druck- und Völlegefühl
bei Hyperacidität, Ulcus ventriculi et duodeni, Refluxkrankheiten
der Speiseröhre und eogenannter Gastritis.

Anwendung:

Nach Bedarf den Inhalt eines Beutels bzw. 2–3 Teelöffel
der gebrauchsfertigen Suspension einnehmen.

Handelsformen und Preise:

OP mit 20 Beuteln zu 12,5 g	DM 6,95
OP mit 50 Beuteln zu 12,5 g	DM 15,75
OP mit 1 Flasche zu 600 g	DM 11,90
AP mit 12 Flaschen zu 600 g	



Die antipeptische Wirkung von LOCID
ist stärker als die der Einzelsubstanzen.

Röhm Pharma
GMBH DARMSTADT

Außer guten Leuchtdichteverhältnissen und ausreichender Beleuchtungsstärke muß nämlich beachtet werden, daß die Empfindung „gutes Licht“ auch noch von dessen Farbtemperatur abhängig ist, die sich metrisch auf den sogenannten schwarzen Körper von Weltraumtemperatur = 0° Kelvin bezieht. Im Zustand des Glühens werden dann schon absolute Grade von mehreren hundert erreicht und wenn das Licht weißlichgelb bis sogar bläulichweiß wird, treten Kelvingrade bis 6000 und mehr auf. Es genügt, für die Praxis von der Lichtwärme zu reden. Je wärmer das Licht, desto rötlicher es also ist, desto geringere Kelvingrade es also aufweist (was man nicht durcheinanderbringen darf!), desto „gemütlicher“ wirkt es. Je blauer und tageslichtähnlicher es ist, desto heller und auch kühler wirkt es, wobei es nun aber darauf ankommt, in welcher Beleuchtungsstärke das Licht gebracht wird. Übertragen wir nach der spektralen Zusammensetzung ein Tageslicht (weiße Wolken, aber kein blauer Himmel, Mittagsstand der Sonne im Juni) einfach auf den Raum als Kunstlicht, so werden wir das vorher so strahlende Licht als miserabel empfinden, weil wir im Raum nicht zig-Tausende von Lux, sondern vielleicht nur ein paar hundert messen dürften.

Es gilt die erstmals von KRUTHOF aufgestellte Regel, daß mit zunehmender Farbtemperatur (also abnehmender Farb-„Wärme“) die Beleuchtungsstärke wachsen muß, um den sogenannten Behaglichkeitswert zu erreichen. Da aber in praxi wirklich tageslichtähnliche Lampen kaum mehr gebraucht werden (eben weil man ihnen unwahrscheinlich viel Lumen zumuten müßte), wick man aus auf die sogenannten Weißlicht-Lampen, und zwar in Gestalt der bekannten Niederdruck-Leuchtstofflampen, die allzu viele immer noch fälschlich „Neonlampen“ nennen (obwohl Neonlampen nur solche sind, in denen sich das Edelgas Neon befindet, das stets rot strahlt). Dieses Weißlicht ist durch die die Leuchtröhre umhüllende Substanz (es sind gewisse chemische Verbindungen darin, die die spektrale Zusammensetzung verändern) leicht gelbrötlich „gefälscht“, wirkt aber nun in der gebräuchlichen Beleuchtungsstärke von 500 bis 1000 Lux eben wie Tageslicht und gibt auch alle Farben recht gut, wenn auch nicht so ideal wieder wie etwa Xenonlicht oder nicht blau verstimmtes Sonnenlicht.

Verbindet man nun dieses normale Leuchtstofflampenlicht mit einem Direktstrahler für den Arbeitsplatz (der aus technischen Gründen meist auf der Basis des Glühlichts wirkt!), dann ergeben sich freilich unliebsame chromatische Induktionen nach dem Prinzip des Simultankontrasts. Das heißt: das Glühlicht erscheint gegenüber dem Weißlicht orangerötlich verstimmt, und das Weißlicht gegenüber dem Glühlicht bläulich verstimmt — das sieht man auch an den auftretenden farbigen Schatten, die orange und blau erscheinen. Um dem abzuwehren, benutzt man bei kombiniertem Licht vielfach Warmton-Leuchtstofflampen, die dem Glühlicht ähneln, aber immer noch mehr des

kurzwelligen (und blau und violett erscheinenden) Lichtes zurückstrahlen als es die Glühlampe tut, die praktisch nur sehr gering auf den kurzen Wellen sendet. Es ist klar, daß die Farbunterscheidung (die bei manchen Arbeiten erforderlich ist) durch ein warm getöntes Licht mehr leidet als durch ein weißes. In solchen Fällen kann man die Temperaturstrahler (Glühlampen) auch mit Blaubirnen versehen, um den fehlenden Blauanteil hineinzubekommen, genauso, wie man die nur auf dem kaltfarbigen Gebiet strahlenden Quecksilberdampf-Hochdrucklampen durch zusätzliches Glühlicht dazu bringt, auch Rot wiederzugeben.

Eine Lampe, die nur auf einem bestimmten Orange-gelb sendet, die Natriumdampflampe, läßt natürlich überhaupt keine Farbunterscheidung zu, sie gibt dafür sehr genaue Helligkeitswerte, was bei gewissen Arbeitsprozessen (Oberflächenprüfungen) sehr wichtig ist.

Gute Farbbedingungen

Unter guten Farbbedingungen am Arbeitsplatz verstehen wir nun nicht bloß die richtige Abstimmung der Farben auf das Licht oder die adäquaten Arbeitsplatz- (und Maschinen-)farben, sondern auch die Farben im Raum, wie sie durch den Anstrich oder das verwendete Baumaterial in Erscheinung treten.

Um aber einer besonders wichtigen Aufgabe der Farbe im Arbeitsraum, nämlich der Information über Gefahr, Sicherheit und Ordnung, nicht durch die Raumfarben die Schau zu stehlen, sei zunächst auf die Sicherheits- und Ordnungsfarben kurz eingegangen.

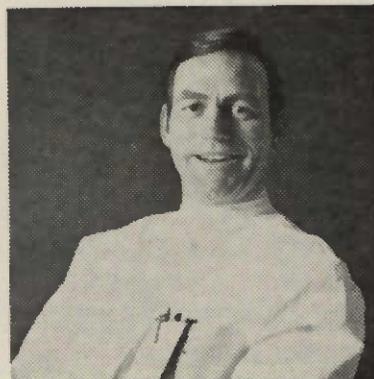
Nach der DIN-Verordnung 4818 wird in erster Linie Gelb in Verbindung zu Schwarz als Warnfarbe gebraucht. Früher war auch hier Rot üblich (Rot-weiß noch für Bahnschranken usw.). Aber für Gefahren, die sich von der Seite nähern, ist Gelb wesentlich besser, weil es als Farbreiz viel weiter peripherwärts von den Zapfen der Netzhaut erfaßt wird. Die Gefahr wird also eher erkannt, als wenn sie sich in Rot oder gar in Grün näherte, welches wir erst viel weiter zentral als Farbe wahrnehmen. Außerdem bleibt Gelb von den warm-aktiven Farben auch bei dunkeladaptiertem Auge immer noch relativ lange hell, wogegen Rot beim Stäbchensehen sehr rasch ins Dunkle versinkt. — Natürlich wäre Blaugrün für das Stäbchensehen die idealste Farbe, aber dies hat keinen Weckreiz wie Gelb.

Gefahren des Stoßens, Schneidens, Stolperns usw. sollten also gelb-schwarz gekennzeichnet werden. Um wieviel Prozent sich Arbeitsunfälle durch Verwendung solcher Warnfarben senken, ist umstritten. Nur in den USA liegen Untersuchungen und Kontrollen vor, die immerhin von 40 bis 60% Rückgang von Arbeitsunfällen sprechen, wobei ich diese Angaben aber nicht für voll verbindlich halte, weil es noch viele Faktoren gibt, die Unfälle herabsetzen können.

Rot wird als Information für unmittelbare, zentrale Aufmerksamkeit bei Gefahren gewählt, also für Stop-

3 Beispiele aus dem neuen Versicherungs-Programm für Ärzte.

Eine Krankheitskosten-Versicherung mit attraktiven Leistungen für angestellte, niedergelassene bzw. beamtete Ärzte. 100%ige Kostenübernahme für ambulante und stationäre Heilbehandlung ohne oder mit Selbstbeteiligung. Zahlreiche Varianten ermöglichen eine individuelle Anpassung. Selbstverständlich stehen auch für Familienangehörige bedarfsgerechte Vorsorge-Programme zur Verfügung.



Zum Beispiel Dr. med. Karl S. (niedergel. Arzt)

Herr Dr. S. (48) möchte für sich, seine Frau (42) und seine drei Kinder (10, 13 und 15) im Krankenhaus in der Sonderklasse einen 100%igen Versicherungsschutz – die Erstattung von Arzthonoraren ausgenommen.

Bei ambulanter Heilbehandlung wählt er eine beitragsparende Selbstbeteiligung für Arzthonorar und Arzneimittel. Für Sachkosten erhält er für sich und seine Familie 100%ige Erstattung.

Für dieses komplette Programm (einschließlich Zusatzleistung – 75% für Zahnbehandlung und 50% für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen) zahlt Herr Dr. S. monatlich nur 96,27 DM.

Zum Beispiel Dr. med. Klaus M. (Oberarzt)

Herr Dr. M. (37) wünscht sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse vom ersten Tag an einen 100%igen Versicherungsschutz, zeitlich unbegrenzt und ohne etwas dazuzuzahlen.

Zusätzlich erhält er für Zahnbehandlung 75% sowie für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen 50% der entstehenden Kosten.

Für diesen umfassenden Versicherungsschutz zahlt Herr Dr. M. monatlich nur 37,71 DM (die zweite Hälfte des Beitrags trägt der Arbeitgeber). Mit diesem Beitrag ist auch sein Gehalt (ab der 7. Woche – nach dem Krankentagegeld-Gruppentarif für Ärzte) für zwei Jahre gesichert: 2400,- DM netto monatlich.

Zum Beispiel Dr. med. Konrad B. (Arzt)

Herr Dr. B. (43) möchte für sich, seine Frau (37) und seinen Sohn (13) bei stationärer und ambulanter Heilbehandlung 50%ige Erstattung (als Ergänzung der Beihilfe).

Für dieses komplette Programm (einschließlich Zusatzleistung – 75% für Zahnbehandlung und 50% für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen) zahlt Herr Dr. B. monatlich nur 80,08 DM.

Vereinigte- Ihrer Gesundheit zuliebe.

Sprechen Sie mit unserer zuständigen Bezirksdirektion. Oder verlangen Sie ausführliche Information. Mit diesem Coupon.

Vereinigte
Krankenversicherung AG

Übrigens: Die Vereinigte und ihre „Tochter“ Salus sind Gruppenvertrags-Partner Ihrer Ärztekammer.

Coupon

Name: _____

Anschrift: _____

Informieren Sie mich über Ihr neues Versicherungs-Programm für Ärzte. Kostenlos und unverbindlich.

Ich bin versichert bei:
 Vereinigte Salus anderweitig
 Vereinigte Krankenversicherung AG
 8 München 40
 Leopoldstraße 24

schalter, im Fuaerschutzbaraich usw. Grün wird als Hinweis für Ordnung und Sicherheit, auch sanitären Schutz, verstanden und Blau eigentlich nur für Innerbetriebliche Mitteilungen, Parkhinweise, Stempeluhren usw. Das Blau sollte wegen seiner Früherkennbarkeit im peripheren Gesichtsfeld viel mehr eingesetzt werden!

Neben der DIN 4818 gibt es noch die DIN 2403, die sich mit der Kennzeichnung der Rohrleitungen nach dem Durchflußstoff beschäftigt. Kettes Wassar z. B. grün, Wasserdampf orangerot, Luft blau, Gas gelb, Öl braun, Säura orange, Lauga violett, Teer schwarz, Vakuum grau. Durch zusätzliche Ringelungen können nun Feinunterschiede gemacht werden, z. B. Trinkwasser, Kondenswasser, Preßwasser, Nutzwasser, Schmutzwasser usw. Die einzelnen Gase können gekennzeichnet werden usf. Solche Signalisierungen tragen wesentlich dazu bei, daß im Fall eines Defekts sofort die richtige Leitung „engezapft“ werden kann.

Diese Farben hat man nun zu beachten, wenn die anderen Farben im Raum zur Sprache kommen, denn sie sollen auf jeden Fall g e s e h e n werden! – Grob gesagt: gegen eine gelbe Wand wird jede gelbe Warnung nutzlos, an einer roten Maschine verschwindet ein roter Stoppschalter usw.

Am wichtigsten ist die Farbgebung der M a s c h i n e n. Hier treibt der Verordnungsgaist seine seltsamsten Blüten! Nachdem früher alle Maschinen schwarz waren, wurden sie dann durch eine DIN-Verordnung grau und auch grün. Das ist im ganzen gesehen ein Fortschritt für die Arbeitsstimmung und auch für die Sehleistung, aber es ist völlig ausgeschlossen, etwa eine Nähmaschine mit einer Stanze, eine Fräsmaschine mit einem Webstuhl vergleichen zu wollen. Die Farbgebung und Farbdifferenzierung muß ausschließlich dem Gebot der Information zu spezifischer Funktion folgen. Deshalb streichen schon sehr viele Fabriken ihre Maschinen aufgrund der Gutachten von Farbberatern oder – was besser wäre – die Maschinenhersteller wenden sich gleich v o r Lieferung an einen Farbxperten mit physiologischer Schulung.

Es ist auch entscheidend, ob die Maschinen groß oder klein sind, ob sie eng stehen oder weit voneinander, denn so bilden sie ja Raumelemente, Unterbrechungen oder gar Blöcke, „Figuren“ und „Gründe“ im Sinn der Wahrnehmungspsychologie. Hier im einzelnen darauf einzugehen, ist nicht möglich, aber es soll darauf verwiesen werden, Maschinen die größte Aufmerksamkeit zu widmen. In vielen Fällen wurde ich gerade durch die Aufmerksamkeit des Betriebsarztes in ein Werk geholt, um durch bessere Farbgestaltung der Maschinen nicht nur das Arbeitsklima zu verbessern, sondern auch optische Arbeitsbedingungen.

Die Farbgebung des Arbeitsraumes selbst unterliegt natürlich weitgehend ästhetisch-architektonischen Grundsätzen, die hier nicht erläutert werden können, aber die Frage der Farbwahl, ja, die Frage, ob überhaupt Farba oder nur Weiß, ist doch

auch arbeitspsychologisch relevant. Man muß ja daran denken, daß eine weiße Umgebung mit im schlimmsten Fall grauen Maschinen und nur wenigen Farbsignalen für die Sicherheit, bei einem stets in der Zusammensetzung gleichbleibenden Kunstlicht geradezu entbiotische Bedingungen schafft. Der Mensch, der stets einem gleichstarken weißen Licht ausgesetzt ist, muß stressanfällig werden, wenn er nicht eine Art „Polarkoller“ bekommt. Ganz besonders gefährdet sind hier die Arbeiter in den fensterlosen Betrieben.

Da der Arbeitsvorgang nicht nur in einer energieverbrauchenden, ergotropen Phase bestehen kann, sondern auch der trophotrope Zustand zum Energieaufbau beachtet werden muß, ist es wichtig, zur Aufrechterhaltung des Biotonus einen Rhythmus zu schaffen, der – auch nach den Untersuchungen von SCHNEIDER – einmal mehr den ergotropen, andermal wieder den trophotropen Zustand betrifft. Durch Untersuchungen von KRAWKOW und seiner Moskauer Schule wissen wir, daß die Farben ganz bestimmte Beziehungen zu den zwei „Pferden“ des vegetativen Nervensystems haben, die abwechselnd in Spannung und in Entspannung gebracht werden müssen. Wir unterscheiden stimulierende Farben und lösende Farben, und es wäre falsch, immer nur stimulierende anzuwenden. Das Richtige besteht in der Schaffung geeigneter Wechselerlebnisse. Wenn nun der Farbcharakter des Lichtes nicht, dem Tageslauf folgend, künstlich geändert werden kann, besteht doch noch die Möglichkeit, den Blick des Arbeitenden (besonders wenn er – wie häufig – sich beim Arbeiten bald hierhin, bald dorthin wendet) auf verschiedenen Reizquellen als vitalen Erlebnisquellen auszusetzen, indem die Wände z. B. in verschiedenen Tönungen erscheinen oder die Decke (auch die Stützen, die Träger usw.) anders gefärbt wird als die Wand. Man muß auch daran denken, daß gerade sehr monotone Arbeit, bei der Phantasiekräfte des Menschen storniert werden, durch eine die Phantasie anregende Umwelt kompensiert werden kann. Überhaupt spielt die Kompensation von Sinnesbelastungen durch Farben eine große Rolle. Haben wir doch immer wieder die Erfahrung gemacht, daß die sogenannten warmen Farben (also im Rot- bis Orange-gelbbereich liegend) einen Raum binden, erniedrigen können, daß sie temperaturmäßig wärmer gesehen werden, wogegen die kalten Farben (Blau bis Blaugrün) bei geeigneter Anordnung den Raum erweitern, heben können und das Gefühl von Kühle bringen. In sehr heißen Betrieben können kühle Farben subjektiv die Belastung durch die Temperatur herabsetzen, was schon aus den zahlreichen Beispielen der Fehlschätzung von Temperaturen je nach Farbgebung des Versuchsraums hervorgeht. Kühle Farben haben aber auch die Eigenschaften, sich nicht mit irgendwelchen Geruchsvorstellungen intermodal zu integrieren, so daß Fabriken, in denen unangenehme Gerüche neben Hitze auftreten, in blauen bis blaugrünen Tönen besser zu ertragen sind als in warmen, die nun gerade

dort wichtig sind, wo allzu „kühl-sachliche“ Arbeiten geleistet werden.

Farbgebungen im Raum können also je nach den Ergebnissen, die der geschulte Farbberater als Arbeitsplatzanalyse vorher anstellt, konsonieren oder kontrastieren im Verhältnis zum psychologischen Charakter der Arbeit. Da es gewisse Anmutungen gibt, mit denen man wie mit biologisch fundierten Vorurteilen rechnen muß, lassen sich auch diese zwangsläufig auftretenden Anmutungen wie „schwer – leicht“, „nah – fern“, „figürlich – flächig“, „süß – sauer“, „laut – leise“ usw. geschickt einbringen in die Farbgebung. So wird man z. B. entscheiden müssen, ob man im Einzelfall eine große schwere Maschine eben auch in Farben groß und schwer erscheinen lassen möchte, oder ob man sie im Gegenteil leichter wirken lassen muß. Es hat sich gezeigt, daß Lasten, die gehoben werden sollen, lieber in „leichten“ Farben gehoben werden, auch wenn man weiß, daß sie durch die Farbe nicht faktisch leichter werden. Man greift gewisse Dinge in bestimmten Farben lieber an (Handgriffe, Drehräder in kaltem Blau oder gar Violett faßt man weniger gern an als solche in Holzton oder in roter Lackierung). Durch geschickt gesetzte Kontrastfarben kann man auch die Farbe des Arbeitsgutes „verbessern“, d. h., eine unangenehme, auf negativen Assoziationen beruhende Farbe ver-„edeln“. So wurde von uns eine fast wie Fäkalien aussehende Kunstmasse durch eine stark grüne Umgebung zu einer Wirkung von Burgunderrot gebracht. In einem Holzverarbeitenden Betrieb kann man die dem Holz innewohnende Farbe herausholen und das Holz damit „interessanter“ machen, indem man z. B. das Rötliche eines Buchenholzes gegen Grün noch rötlicher werden läßt.

In einem Betrieb, in dem kleine Montageteile ununterbrochen aussortiert werden mußten und in grüne Kästchen sortiert wurden, habe ich die Wand leicht grau-rosa getönt, da das automatisch auftretende rosa Nachbild der grünen Kästchen beim Blick auf eine weiße Gegenwand störte, besonders diejenigen, die um die Erzeugung des negativen Nachbildes nicht wußten und durch ein Ungewisses gestört wurden.

Einführungslehrgang für die kassenärztliche Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am **Samstag, 12. Mai 1973**, in München 80, Mühlbauerstraße 16, einen Einführungslehrgang für die kassenärztliche Versorgung.

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: gegen 17.00 Uhr

Die Einzahlung der Teilnehmergebühr von DM 15,- wird auf das Konto der Landesgeschäftsstelle Nr. 0065 0440 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztekasse in München unter dem Vermerk „Einführungslehrgang“ erbeten. – Es besteht die Möglichkeit, mittags gegen eine Gebühr von DM 10,- im Casino des Ärztehauses ein Menü einzunehmen.

Schriftliche Anmeldungen bis zum **30. April 1973** an die KVB-Landesgeschäftsstelle, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16/III, Telefon (08 11) 47 60 87.

Umgekehrt würde man natürlich bei einem Betrieb, der beispielsweise mit künstlichen roten Tulpen arbeitet, die Gegenwand bläulichgrün färben, um das negative Nachbild „aufzusaugen“.

Die richtige Farbgebung am Arbeitsplatz und im Arbeitsraum trägt wesentlich dazu bei, die Arbeit selbst vitaler und freudvoller erleben zu lassen. In unserer naturfernen technischen Welt sind solche Bemühungen sicher nicht bloß „Zucker“ aufs Brot, sondern soziale und humanitäre Notwendigkeit im Sinn einer echten Arbeitshygiene.

Literaturhinweise

Die hier zitierten Autoren und andere wichtige Schriften sind in einer ausführlichen Literaturdokumentation genannt, die in dem zusammenfassenden Buch des Verfassers, *Gesetz der Farbe*, Verlag Musterschmidt, Göttingen, 1968, erschienen ist. Vgl. ferner das Buch: FRIELING und AUER, *Mensch – Farbe – Raum*, Verlag Callwey München, 3. Aufl., und FRIELING, *Mensch und Farbe* (Heyne-Taschenbuch) 1972. Besonders kurz gefaßt und empfehlenswert sind die einschlägigen Schriften aus dem Gauth-Vertrieb: JACOB und SCHOLZ, *Beleuchtung im Betrieb*, BIELING, *Farbe im Betrieb* (jeweils nur DM 9,80). Beide in der „RKW“-Reihe.

Anschr. d. Verf.: Dozent Dr. Heinrich Frieling, Leiter des Instituts für Farbenpsychologie, 8215 Marquartstein

Millionen sparen am Urlaub. Anstatt für den Urlaub zu sparen.



Und
Sie?

Trimmen Sie Ihr Sparkassenbuch rechtzeitig auf Urlaub. Damit aus Ihrem Reise-Traum eine Traum-Reise wird.

wenn's um Geld geht
Sparkasse 

Fakultät

München

Medizinische Fakultät der Universität

Professor Dr. med. Rudolf WETZSTEIN, Abteilungsvorsteher am Institut für Histologie und Experimentelle Biologie, wurde zum „ordentlichen Professor“ ernannt.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. Dietrich EBERHAGEN (Klinische Chemie);

Privatdozent Dr. med. Detlev PETZOLDT (Dermatologie und Venerologie).

Zum „Abteilungsvorsteher“ wurden ernannt:

apl. Professor Dr. med. Rolf BURGHARDT, I. Medizinische Klinik;

Privatdozent Dr. med. Bolko BRAUSER, wiss. Assistent am Institut für Physiologische Chemie und Physikalische Biochemie.

Zum „Leitenden Oberarzt“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Sandor MARGHESCU, Oberarzt an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik;

apl. Professor Dr. med. Kurt SCHWARZ, Oberarzt an der Medizinischen Klinik.

Zum „Privatdozent“ wurden ernannt:

Dr. med. Dr. rer. nat. Dieter ADAM, wiss. Assistent an der Abteilung für antimikrobielle Therapie, für „Kinderheilkunde“;

Dr. med. Bernhard von BARSEWISCH, Oberarzt und wiss. Assistent an der Augenklinik, für „Augenheilkunde“;

Dr. med. Wolfram KAISER, wiss. Assistent an der Medizinischen Poliklinik, für „Innere Medizin“;

Dr. med. Hans Dieter LUX, Abt. Leiter und wiss. Mitglied für Neurophysiologie am Max-Planck-Institut, für „Neurophysiologie“;

Dr. med. Veroslav NEJEDLO, für „Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde“ (durch Umhabilitierung);

Dr. med. Gerd PLEWIG, Städtischer Assistenzarzt an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, für „Dermatologie und Venerologie“;

Dr. med. Peter SCHMIDT-HABELMANN, wiss. Assistent an der Chirurgischen Klinik, für „Herzchirurgie“;

Dr. med. Helmut WOLFF, Akademischer Oberrat an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik, für „Dermatologie und Venerologie“.

Dr. med. Johannes KLEMM, Akademischer Oberrat und Leiter der Röntgenabteilung, wurde zum „Akademischen Direktor“ ernannt.

Dr. med. Hildegard HERTLE, Akademische Rätin am Pharmakologischen Institut, wurde zur „Akademischen Oberrätin“ ernannt.

Würzburg

Zum „Abteilungsvorsteher“ wurden ernannt:

Privatdozent Dr. med. Joachim LUTZ, Oberassistent am Physiologischen Institut;

apl. Professor Dr. med. Klaus Werner SCHNEIDER, Leitender Oberarzt an der Medizinischen Klinik.

Dr. med. Georg FUCHS, Akademischer Rat an der Kinderklinik und Poliklinik, wurde in den Vorstand der Deutschen Kinderradiologischen Gesellschaft gewählt.

Privatdozent Dr. med. Brigitte MAURER-SCHULTZE, Abteilungsvorsteherin am Institut für Medizinische Strahlenkunde, wurde zum Mitglied des Akademischen Auslandsamtes wiedergewählt.

o. Professor Dr. med. dent. Rudolf NAUJOKS, Direktor der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten und Vorstand der konservierenden prothetischen und kieferorthopädischen Abteilung, wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde gewählt.

Professor Dr. med. Heinz SEELIGER, Vorstand des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie, wurde zum Mitglied der Kommission für den Austausch mit der Universität Caen gewählt und als Universitätsvertreter in den Ärztlichen Kreisverband Würzburg und Umgebung berufen.

Professor Dr. med. Kurt STUCKE, Abteilungsvorsteher an der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, wurde anlässlich des 85. Kongresses für klinische Chirurgie der USA in San Francisco das Fellowship des American College of Surgeons verliehen.

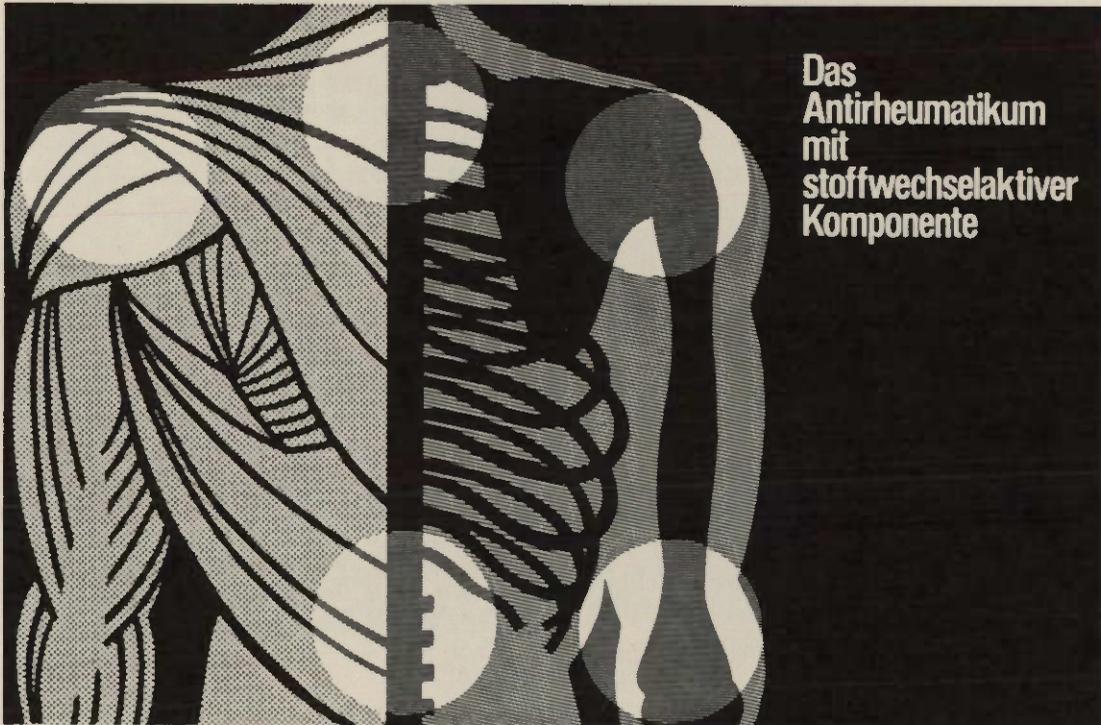
o. Professor Dr. med. Eberhard WECKER, Vorstand des Instituts für Virologie, wurde zum Senatsbeauftragten für die Angelegenheiten der im Ausland tätigen Wissenschaftler wiedergewählt.

em. o. Professor Dr. med. Ernst WOLLHEIM erhielt vom spanischen Kultusminister die von der spanischen kardiologischen Gesellschaft gestiftete goldene Servetius-Medaille, und wurde von der Welt-Gesundheits-Organisation für eine weitere Arbeitsperiode zum Mitglied des „WHO Expert Advisory Panel on Cardiovascular Diseases“ berufen.

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Siegfried ZEHM, Chefarzt der HNO-Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Heidelberg, wurde zum Korrespondierenden Mitglied der „American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery“ gewählt.

Das **Inhaltsverzeichnis** für 1972 des „Bayerischen Ärzteblattes“ erscheint voraussichtlich Ende Februar 1973. Es kann über die Schriftleitung, 8000 München 80, Mühlbaurstraße 16, bestellt werden.

Dipyron®



Das
Antirheumatikum
mit
stoffwechselaktiver
Komponente

**dämpft Schmerz und Entzündung
verbessert Durchblutung und Stoffwechsel
aktiviert die Fibrinolyse**

Zusammensetzung

1 Dragee enthält:
125 mg Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon
125 mg Phenylidimethylpyrazolon
150 mg 7-[2-Hydroxy-3-(N-2-hydroxyäthyl-N-methylamino)
propyl]-1,3-dimethylxanthin-pyridin-3-carboxylat
(Xantinol-nicotinet)

Indikationen

Rheumatische Gelenk- und Muskelerkrankungen, Ischias
sowie sonstige Neuralgien und Neuritiden; Perierthritis,
Spondylosis und Arthrosis deformans; rheumatische Kreis-
laufschäden, Thrombophlebitis.

Kontraindikationen

Dekompensierte Herzinsuffizienz, frischer Myokardinfarkt,
akute Blutungen. Akute intermittierende Porphyrie.

Hinweis

Nach Dipyron kann ein Flush euftreten (Rötung, Wärme-
gefühl speziell im Gesicht und am Oberkörper). Es
empfiehlt sich, die Patienten vor Behandlungsbeginn auf
das mögliche Auftreten einer solchen Reaktion, die in der
Rheumatherapie meist als unangenehm empfunden wird,
hinzuweisen.

Dosierung

3 mal 1–2 Dragees täglich.

Handelsformen

OP mit 20 Dragees DM 6,85
OP mit 60 Dragees DM 17,90
AP mit 150 Dragees

Wülfing Arzneimittel · Neuss



Das Ende des Augsburger Collegium medicum

von Ingeborg Salzbrunn

Die historisch belegbare Entwicklung des Augsburger Medizinalwesens ist über mehr als zwei Jahrhunderte hinweg identisch mit der Geschichte des Augsburger Collegium medicum. Was zunächst auf privater Ebene als standes- und interessensgebundener Zusammenschluß der in Augsburg niedergelassenen Ärzte in der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts begonnen hatte, erhielt 1582 in dem Erlaß einer Medizinalordnung durch den Augsburger Senat institutionellen Charakter. Die durch den Stadtarzt Lukas Stenglin bereits fünfzehn Jahre zuvor vorgeschlagene Ordnung gab dem Collegium den Status einer medizinischen Aufsichtsbehörde in umfassendem Sinn. Die Zusammensetzung des Führungsgremiums, genannt „Deputation“, zeigt einen beträchtlichen Einfluß der Stadtregierung auf das Collegium. Der Vikar als stellvertretender Vorsitzender und die vier Physici, deren Stellung mit der heutiger Amtsärzte vergleichbar ist, wurden vom Augsburger Senat ernannt und fest besoldet. Durch das Amt des Dekans, der durch freie Wahl der Mitglieder als ehrenamtlicher Vorsitzender, Schriftführer, Archivverwalter und Schatzmeister aufgestellt wurde, blieb dennoch ein Charakteristikum berufständischer Vereinigungen gewahrt.

Über die Wirksamkeit des Augsburger Collegium medicum während seiner Blütezeit bis zum Anfang des 18. Jahrhunderts ist bereits mehrfach berichtet worden, über die für damalige Verhältnisse vorbildliche Organisation des Augsburger Medizinalwesens in der Renaissancezeit, über die im Rahmen des Collegiums sorgfältig gepflegte berufliche Fortbildung und die wissenschaftliche Forschungsarbeit, von der medizinische Handwörterbücher, volkstümlich gehaltene Heilkunden und eine stattliche Anzahl medizinischer Spezialuntersuchungen aus der Feder qualifizierter Collegiumsmitglieder Zeugnis geben. — Bemerkenswert aber bleibt im Zusammenhang einer Betrachtung der Endphase dieser Vereinigung, daß besonders fruchtbare Perioden vorwiegend Hand in Hand gehen mit der Besetzung des Dekan-Postens durch wissenschaftlich wie organisatorisch besonders profilierte Persönlichkeiten. Um so bedauerlicher erscheint es dem heutigen Betrachter, daß gerade in dem Moment, als Ende des 18. Jahrhunderts nach jahrzehntelanger Stagnation der Collegiumsarbeit wieder neue Initiativen wirksam werden, die große Politik einen Schlußstrich unter diese Entwicklung setzt.

Zu den interessantesten Medizinern, die als Mitglieder oder Vorstände des Collegiums die Auflösung dieser

traditionsreichen Institution miterleben, gehört der aus einer alten Tiroler Familie stammende Augsburger Arzt Joseph Georg Franz von Paula Ahorner von Ahornrain. Sein Lebensgang führt über die Gymnasialzeit bei den Augsburger Jesuiten, über ein zweijähriges Theologiestudium in Brixen, das er aus Gesundheitsgründen abbrechen muß, zum Medizinstudium in Innsbruck und Wien. 1793 erhält er den Ruf als Praktischer Arzt nach Augsburg, dem er ohne Zögern folgt, obwohl seine beruflichen Aussichten in Wien mit beachtlichen Chancen verbunden sind. Er findet Aufnahme in das Collegium medicum, wird 1795 Stadtphysikus, Garnisonsarzt und Aufseher über das Hebammenwesen. Im September 1800 wählt das Collegium medicum ihn zu seinem Dekan.

Eine der verdienstvollsten Neuerungen, die Ahorner während seiner Dekanatszeit erreicht, ist die Ausarbeitung einer neuen Medizinalordnung und deren Sanktionierung durch den Augsburger Senat im Jahre 1801. Wie es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts um das Augsburger Medizinalwesen bestellt ge-



Dr. Joseph Ahorner von Ahornrain. Ölgemälde von Professor Heinz Zimmermann, 1825 (Maximilian-Museum, Augsburg)

wesen sein mag, läßt eine handschriftliche Vorbemerkung Ahorners zu der neuen Medizinalordnung ahnen: „Da die Pfuscheri seit mehreren Jahren ganz außerordentlich um sich gerissen, die Pfuscher und Charlatane aller Art täglich verwegener wurden, und die Gesetze, welche unser Senat in der Apothekerordnung von 1761 gegen sie verfügt hatte, ebensowenig achteten, als die einzelnen Ratsdekrete, die gegen dieselben gegeben wurden, so sah sich endlich das Collegium notgedrungen, die so oft vergeblich gemachten Vorstellungen zu wiederholen, das Bedürfnis einer neuen Medizinalordnung dem sämtlichen Magistrat dringend ans Herz zu legen, und ihn im Namen der leidenden Menschheit selbst aufzufordern, dem menschenmordenden Übel baldmöglichst und ernsthaft zu steuern.“ Es sei die „unverzeihliche Nachlässigkeit einiger Dekane“ gewesen, ergänzt Ahorner 1837 in seinem für den Historischen Verein des Oberdonaukreises erstellten Mitgliederverzeichnis des Collegiums, die nach dem Tode des „unvergeßlichen Lukas Schröck“ diesen Zustand mitverschuldet hätte. — Auch die neue Ordnung von 1801 hätte selbstverständlich eines unbeeinflußbaren Gremiums bedurft, das ihre konsequente Durchführung und Achtung kontinuierlich garantierte.

Aber dem Collegium medicum sind nur noch knappe fünf Jahre vergönnt. An der Art der Akten- und Protokollführung ist erkennbar, daß dieser relativ kurze Zeitebschnitt auch verwaltungsmäßig einen neuen Ansatz bedeutet. — Ahorner ordnet und ergänzt die nahezu ein halbes Jahrhundert vernachlässigten Akten und schreibt die fehlenden Nekrologe der Collegiumsmitglieder. Seine Nachfolger im Amt ehmen dieses Beispiel nach. Die Verwaltung der 1797 von ihm gegründeten ärztlichen Witwenkasse, der er 1828 noch eine ärztliche Waisenkasse anschließt, gibt Ahorner allerdings über mehr als dreißig Jahre hinweg nicht aus der Hand. Bei ihm, der als Arzt des Fürstbischofs Clemens Wenzeslaus, der Fürsten Fugger-Babenhäuser, der emigrierten Prinzessinnen der Häuser Bourbon und Orleans, des späteren Papstes Leo X. und anderer Größen der damals sehr bunten Augsburger Gesellschaft offensichtlich doch nie zu Reichtümern gekommen ist, spielt die finanzielle Sicherheit immer eine große Rolle. Daß aus dieser Haltung, die oft ein wenig penetrant in seinen bisher unveröffentlichten Memoiren über seine Zeit am fürstbischöflichen Hofe deutlich wird, schließlich auch die Initiative zu einer so fortschrittlich anmutenden Einrichtung wie einer Versorgungskasse für Hinterbliebene resultiert, schmälert seinen Verdienst wohl kaum.

An den Vorgängen um die Auflösung des Augsburger Collegium medicum ist Ahorner nicht mehr unmittelbar beteiligt. Er tritt erst wieder in den Vordergrund, als es die Hinterlassenschaft zu retten gilt. — Johann Gottlieb Friedrich Weiler ist der letzte Dekan des Collegiums. Ahorner bemerkt über ihn: „Er hat das Dekanat immer zu aller Ehre, mit Fleiß und Ausdauer ge-



bisuc[®]

Magentabletten

bismutum succus- Magentherapie in moderner Konzeption

- Rasche Schmerzbefreiung durch nachhaltige Säurebindung
- Maximale Pepsin-Inaktivierung
- Intensiver Schleimhautschutz

1 Tablette enthält:

Bismut. aluminic.	200 mg
Succus Liquiritiae	300 mg
Magnes. carbonic.	400 mg
Natr. bicarbonic.	200 mg
Cortex Frangulae	25 mg
Fructus Foeniculi	19 mg

Dosierung:

3x täglich 1-2 Tabletten zerkleinert nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit einnehmen

OP. mit Tabl. Nr. XXIV DM 3,75

OP. mit Tabl. Nr. XLVIII DM 6,50

OP. mit Tabl. Nr. CXX DM 15,25

Kontraindikationen:

Bei der angegebenen

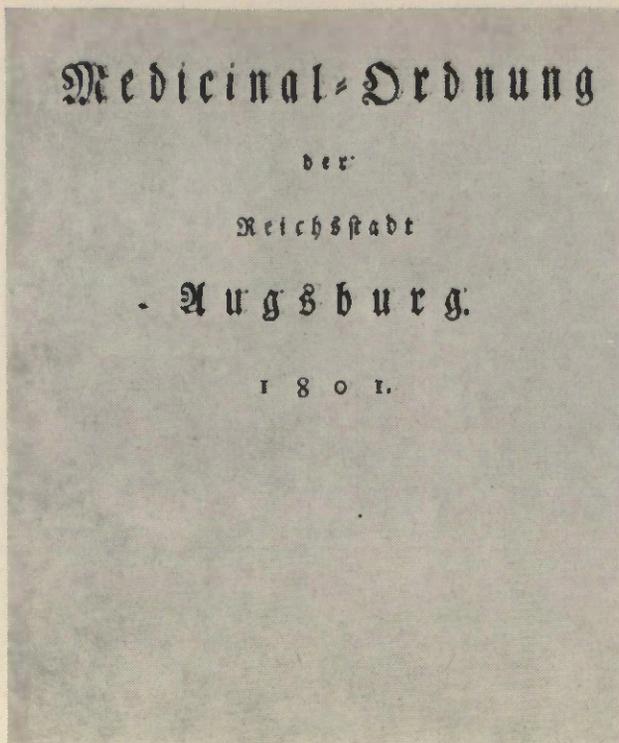
Dosierung nicht

bekannt

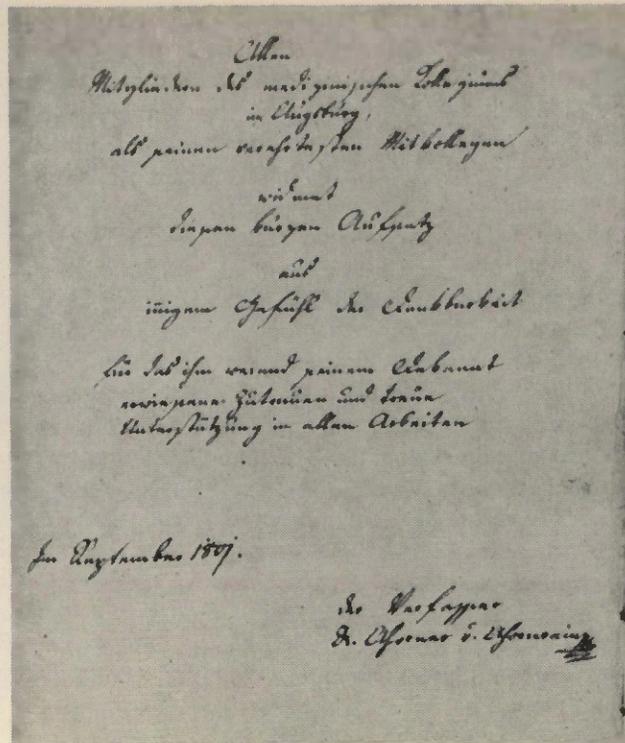


Trommsdorff

H. Trommsdorff
Arzneimittelfabrik · Aachen



Dr. Joseph Ahorner von Ahornrain, Augsburgur Medizinalordnung von 1801 (Titelblatt)



Dr. Joseph Ahorner von Ahornrain, Widmung der handschriftlichen Einleitung der Medizinalordnung von 1801

führt, so daß alle Mitglieder des Kollegiums ihm höchste Dankbarkeit schulden." In der Tat ist die Rolle nicht leicht, die Dr. Weiler in der Zeit seines dritten Dekanats zu spielen hat. Wenn er am Ende das Protokoll des Kollegiums mit den resignierenden Worten abschließt: "... und (ich) hoffe ...", wenn dieses Protokoll wieder eröffnet wird, nicht ausgepiffen zu werden, weil ich nicht mehr tat, als ich konnte", so umschreibt dieser Satz die Hilflosigkeit der Lage, in die das Kollegium nach der Aufhebung der Augsburgi-schen Reichsfreiheit gerät.

Seit dem Jahre 1802, in dem Bayern durch einen Pariser Einzelvertrag der geistliche und reichsstädtische Besitz zwischen Lech und Iller zugesprochen wird, kämpft das nach der französischen Besetzung durch General Moreau schwer verschuldete Augsburg mit Hartnäckigkeit und letzten finanziellen Mitteln um seine Freiheit. Doch bereits 1805 bei Wiederaufflammen des österreichisch-französischen Krieges und Zustandekommen des französisch-bayerischen Bündnisses läßt sich die gefürchtete Entwicklung nicht mehr aufhalten. Augsburg wird eine Morgengabe Napoleons an Bayern, und am 4. März 1806 findet die feierliche Besitznahme der alten Reichsstadt für König Max I. statt. Alle Ratsmitglieder und höheren Beamten der Stadt haben sofort den Eid auf den bayerischen König zu leisten.

Unmittelbar nach diesem Ereignis machen die Dokto-ren Weiler und Kraus als Abordnung des Collegium medicum Aufwartung bei dem Königlichen Kommissar

von Widmann. Am 1. April 1806 erhalten Dr. Weiler und Dr. Joseph Anton Munding, Kollegiumsmitglied und Leibarzt des Fürstbischofs Clemens Wenzeslaus, Audienz bei König Max I., dem eine Huldigung- und Bittschrift überbracht wird. Darin kommt zum Ausdruck, daß die Augsburger Ärzteschaft zwar mit einer Neuorganisation, nicht aber mit der Aufhebung des durch die spezifischen lokalen Gegebenheiten und die ehrwürdige Tradition legitimierten Kollegiums rechnen. Die Abordnung wird in München mit der Vertröstung verabschiedet, daß man auf das Kollegium Rücksicht nehmen wolle.

Danach bleibt sein Schicksal fünf Monate lang im Ungewissen. — Am 24. August 1806 teilt dann der hauptamtliche Vikar des Kollegiums, Dr. Ulrich August Kraus, dem Dekan „freundschaftlich“, wie es in den Protokollen heißt, seine Anstellung als Stadtphysikus von Augsburg durch die Königlich-Bayerische Behörde mit. Damit ist das Collegium medicum auf eine wenig korrekte und einigermaßen düpierende Weise de facto in einer seiner wichtigsten Zuständigkeiten, dem Mitspracherecht bei der Besetzung des Stadtphysikats, ausgeschaltet. Weiler sieht darin völlig richtig die „Umschreibung“ der „Auflösung des Collegiums“ und wird wegen dieser Angelegenheit bei der Königlich-Bayerischen Landesdirektion in Schwaben, die ihren Sitz in Ulm hat, vorstellig.

Am 15. September erhält er in seiner Eigenschaft als Dekan folgende Mitteilung aus Ulm: „Im Namen seiner Königlichen Majestät von Bayern. Zu gleicher Zeit,

Bronchicum Tropfen mit Codein

Indikationen:

Reiz- und Krampfhusten, akute und chronische Bronchitis.

Kontraindikationen:

Zustände, die mit Atemdepressionen einhergehen, Husten mit Gefahr der Sekretstauung, chronische Obstipation, Lungenemphysem, Asthma bronchiale.

Zusammensetzung:

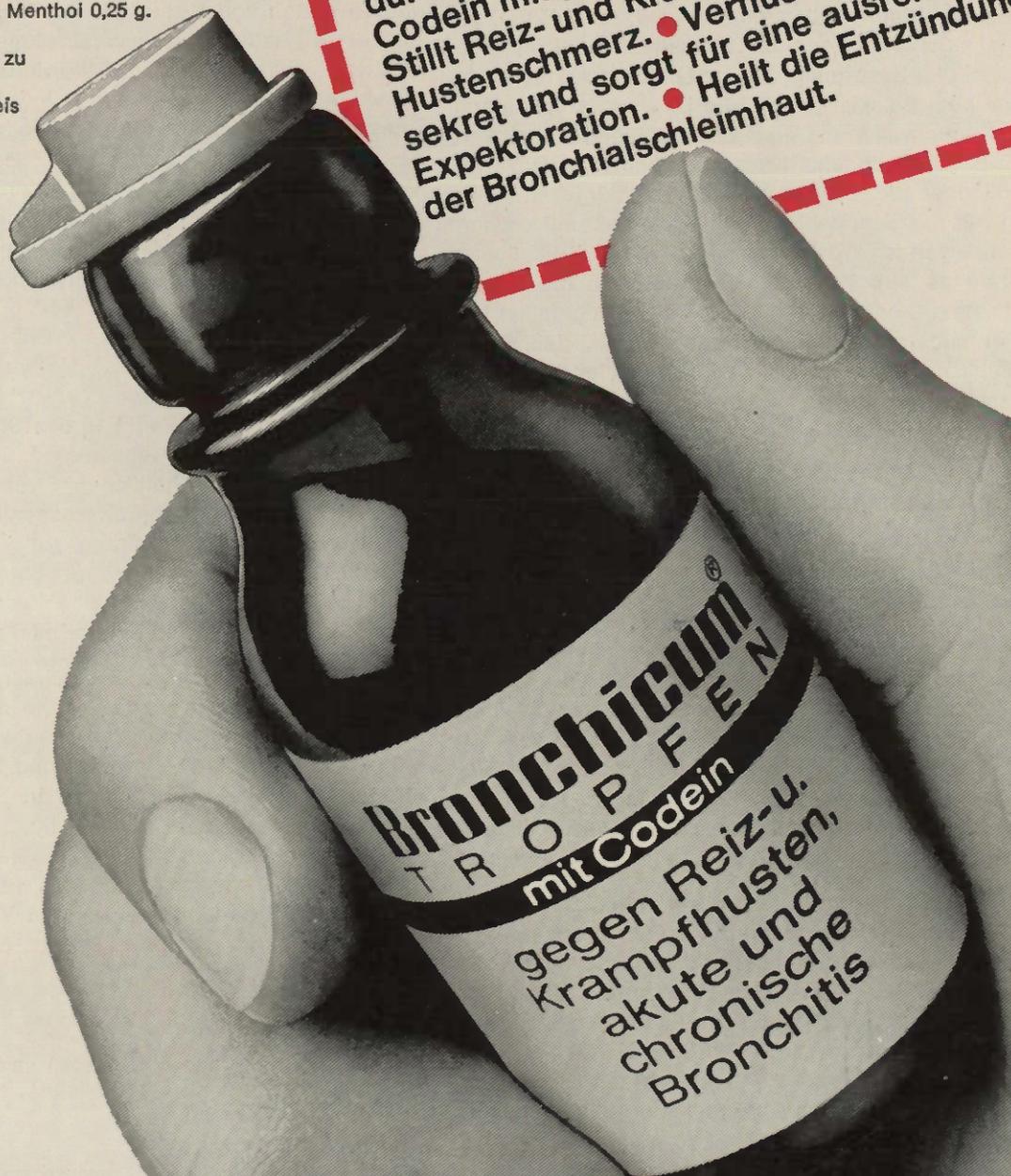
100 ml enthalten: Codein. phosphoricum 1,5 g, Tct. Quebracho 14 ml, Tct. Saponariae 19 ml, Tct. Thymi 22 ml, Menthol 0,25 g.

Packungsgröße:

Originalpackung zu 30 ml DM 6,90 (Apoth.-Verk.-Preis m. Mwst.).

hochaktiv

durch die Kombination von hochdosiertem Codein mit pflanzlichen Wirkstoffen. ● Stillt Reiz- und Krampfhusten, beseitigt den Hustenschmerz. ● Verflüssigt das Bronchialsekret und sorgt für eine ausreichende Expektoration. ● Heilt die Entzündungen der Bronchialschleimhaut.



als dem Stadtphysikus Dr. Kreuz seine Ernennung bekennt gemacht wurde, erhielt auch die Königliche Organisationskommission den Auftrag, dem Collegium der Ärzte seine Auflösung bekennt zu machen. Die Königliche Organisationskommission wird verhindert gewesen sein, diesen Auftrag gleich die ersten Tage zu vollziehen. Über das Vorhaben der Ärzte, ihre Laufbahn in Form eines Freundschaftsbundes fortzusetzen, wozu sie die Erlaubnis der Landesstelle zu erhalten hofften, ist näher Auskunft zu geben. . . .

Was das Collegatsarchiv anbelangt, so wird dasselbe durch die Königliche Organisationskommission seine Bestimmung erhalten.“

Am 4. Oktober 1806 endlich geht der eigentliche Erlaß an das Collegium medicum: „Von Königlich-Bayerisch Organisationskommissionswegen wird dem Collegio der Ärzte alhier eröffnet, daß vermöge allerhöchster Entschliebung vom 21. Juli d. J. Seine Königliche Majestät allergnädigst geruht zu haben, das Collegium der Ärzte in Augsburg, als in die nunmehrige Verfassung der Stadt nicht mehr passend, aufzulösen, an dessen Stelle aber zur Handhabung der medizinischen Polizei und Besorgung der gerichtlichen Arzneikunde nach dem Beispiel der Städte Ulm und Memmingen ein Stadtphysikat mit dem statusmäßigen Gehalt von 600 fl. zu ernennen.“ Nach einer vorläufigen Verfügung über die Verwaltung der Augsburger Spitäler schließt das Schriftstück dann doch noch mit einigen anererkennenden Worten für die Arbeit des Kollegiums: „Übrigens wird dem Collegio der Ärzte für dessen geleistete Dienste das allerhöchste Wohlgefallen bezeigt und ihm die Versicherung erteilt, daß Seine Königliche Majestät auf die verdienstvollen Mitglieder desselben bei vorkommender Gelegenheit den allergnädigsten Bedacht nehmen werden.“

Die ganze Resignation Dr. Weillers, der bereits vier Jahre danach im Alter von erst 41 Jahren starb und zum Zeitpunkt der Auflösung schon ein krenker Mann gewesen sein muß, wird aus den Bemerkungen deutlich, mit denen er seinen Bericht über die Auflösungsvorgänge schließt: „Es blieb mir also nichts mehr übrig, als meine Herren Kollegen noch einmal zusammen zu bitten, um unsere Angelegenheiten untereinander auszumachen und um mein Dekanat als der letzte . . . für ewig niederzulegen. Dazu gab der 20te Februar 1807 Gelegenheit, wo wir Ärzte unseren Antrag in die Witwenkasse entrichteten, der Apotheker Beitrag damit verbunden, einzulegen beretschlagten und zum ferneren Freundeskreis uns bestimmten.“

Die Verwaltung der Witwenkasse, die so zum Binde-mittel einer von den neuen Herren der Stadt sanktionierten privaten Ärztereinigung wurde, behält – wie bereits erwähnt – weiterhin Dr. Ahorner. Oberhaupt ist er als Nachlaßverwalter des Augsburger Collegium medicum anzusprechen. In seinen Händen bleiben Siegel, Akten, Protokolle und Matrikel des Kollegiums. Nach seinem Tod, am 31. Juli 1839, geht das ganze

Archiv an den Historischen Verein für den Regierungsbezirk von Schwaben und Neuburg, dessen aktives Mitglied Ahorner gewesen ist. Damit gehörte das Collegium medicum endgültig zur Geschichte. – Seine Institutionalisierung als städtische Behörde erhielt das Collegium in führungsschwachen Zeiten am Leben, führte letztlich aber auch zu seiner Auflösung. Die erzwungene Rückentwicklung zum privaten Freundschaftsbund verurteilte es zur Bedeutungslosigkeit.

Eine unmittelbare Nachfolgeinstitution, die seine Aufgaben und Kompetenzen in der früheren Konzentration übernommen hätte, findet es nicht. Zwar ist das Stadtphysikat nun mit den Funktionen einer medizinischen Aufsichtsbehörde versehen, doch der lebendige kollegiale Hintergrund einer beruflichen und wissenschaftlichen Förderung verpflichteten Interessengemeinschaft, gebildet aus den Ärzten der Stadt Augsburg, fehlt nun. – Erst das Jahr 1849 bringt im Zuge der liberalen Vereinsgründungen der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts auch den Versuch, allen promovierten Ärzten von Schwaben und Neuburg im Rahmen eines „ärztlichen Kreisvereins“ einen berufsständischen Rückhalt zu geben. „Beförderung der Wissenschaft, Aufrechterhaltung der Würde des ärztlichen Standes in moralischer und materieller Beziehung“, nennt der Statutenentwurf als den Hauptzweck des Vereins, dessen erster Anlauf in den Querelen der nachrevolutionären Phase stecken bleibt. „Erleichterte Mitteilung literarischer Hilfsmittel, gegenseitiger Austausch ärztlicher Erfahrungen, freundschaftlich kollegiales Entgegenkommen“ sollen die Idee des Vereins in die Praxis umsetzen. Dabei liegt ein besonders starker Akzent auf Vorbeugemaßnahmen gegen eine Stagnation einmal erworbenen medizinischen Wissens. Unter Punkt 19 des Statutenentwurfs wird erläutert: „Zur Anregung und Erhaltung eines kollegialisch wissenschaftlichen Strebens und Fortbildens soll in jeder Generalversammlung eine praktische wissenschaftliche Frage zur Lösung für die nächste Generalversammlung gegeben werden, und insbesondere die Mitglieder eine Zusammenstellung ihrer jährlichen praktischen Ergebnisse einliefern.“

Die Kernpunkte ärztlicher Berufsinteressen, um die sich das alte Augsburger Collegium medicum durch zwei Jahrhunderte hindurch immer wieder bemüht hatte, bleiben weiterhin ein notwendigerweise anzustrebendes Ziel der Ärzteschaft in Schwaben und Augsburg. Eine andere Zeit mit anderen, mitgliederstärkeren Organisationsformen mußte kommen; und so ließ schließlich erst das Ende des 19. Jahrhunderts eine allmähliche Verwirklichung im Zusammenhang mit den Gründungen lebensfähiger ärztlicher Standesvertretungen zu.

Anschr. d. Verf.: Dr. Ingeborg Selzbrunn, Bibliotheksrätin der Staats- und Stadtbibliothek, 8900 Augsburg, Schaezierstraße 25

Entwurf des Bayerischen Gesetzes über den Rettungsdienst

Der Freistaat Bayern will mit der Neuorganisation des Rettungsdienstes in Bayern auf einem weiteren Teilgebiet die Chancengleichheit aller Bürger verwirklichen, denn zu den wertgleichen Lebensbedingungen gehört auch die gleiche Chance, bei einem Unglücksfall schnelle Hilfe zu bekommen. Dieses Gesetz soll am 1. Januar 1974 in Kraft gesetzt werden, es steht im Zusammenhang mit den in Vorbereitung befindlichen Regelungen des Bundes (Gesetz über die Beförderung mit Krankenkraftwagen und Gesetz über den Beruf des Rettungssanitäters). In der Bundesrepublik sterben jährlich rund 200 000 Menschen bei sogenannten Notfällen, u. a. knapp 20 000 bei Straßenverkehrsunfällen, rund 56 000 an Herzinfarkt, 10 000 durch Vergiftung, 10 000 durch häusliche Unfälle. Bei Straßenverkehrsunfällen allein werden ca. 450 000 Personen verletzt, davon 160 000 schwer. Nach Schätzungen von Fachleuten wären mindestens 10%, d. h., etwa 20 000 Tote, 4000 davon in Bayern, jährlich zu retten, wenn ihnen entsprechende medizinische und technische Hilfe geleistet werden könnte. Gar nicht abzuschätzen ist die Zahl der Fälle, in denen Spätfolgen von Verletzungen vermieden bzw. mindestens erheblich gemildert werden könnten.

Der Regierungsentwurf, erarbeitet vom Bayerischen Staatsministerium des Innern und vom Kabinett bereits gebilligt, lag im letzten Quartal 1972 dem Bayerischen Senat (Ausschuß für Sozialpolitik und Gesundheitswesen, Finanz- und Haushaltsausschuß sowie Rechts- und Verfassungsausschuß) in mehreren Sitzungen zur gutachtlichen Stellungnahme vor. Berichterstatter des Senats war Professor Dr. H. J. SEWERING.

I.

Überblick über den Regierungsentwurf des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes

1. Der Rettungsdienst ist eine staatliche Aufgabe, wobei der Staat für den einheitlichen Aufbau des Rettungsdienstes verantwortlich ist. Der Rettungsdienst wird den Landkreisen und kreisfreien Städten als Angelegenheit des übertragenen Wirkungskreises zugewiesen. Aufgabe des Rettungsdienstes ist, Notfallpatienten binnen kürzester Zeit Erste Hilfe zu leisten, Leben an Ort und Stelle zu erhalten und den Notfallpatienten schnellstmöglich in ein geeignetes Krankenhaus zu bringen.
2. Das ganze Land wird in „Rettungsdienstbereiche“ eingeteilt, die ausschließlich nach wirtschaftlichen und funkttechnischen Gesichtspunkten abgegrenzt

werden. Jeder Rettungsdienstbereich umfaßt grundsätzlich das Gebiet mehrerer Landkreise und kreisfreier Städte. Nach der bisherigen Planung sollen für 71 Landkreise und 25 kreisfreie Städte etwa 35 Rettungsdienstbereiche gebildet werden. Zentrale eines jeden Rettungsdienstbereiches ist die „Rettungsleitstelle“. Sie veranlaßt und lenkt alle Einsätze des gesamten Rettungsdienstes in ihrem Bereich, erstellt die Dienstpläne für die „Rettungswachen“ und arbeitet eng mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst zusammen. Jede Rettungswache verfügt über mehrere abrufbereite Krankenkraftwagen, sowie über das notwendige Personal (je Krankenwagen ein Fahrer sowie mindestens ein Rettungsdienstseniäter oder ein sonst fachlich ausgebildeter Beifahrer).

3. Gemeinsame Trägerorganisation der Landkreise bzw. kreisfreien Städte des jeweiligen Rettungsdienstbereiches ist der „Rettungszweckverband“, der innerhalb eines Jahres nach Festlegung des Rettungsdienstbereiches zu gründen ist. Der Rettungszweckverband überträgt die Durchführung des Rettungsdienstes dem Bayerischen Roten Kreuz und den anderen Rettungsorganisationen (Malteserhilfsdienst, Johanniterunfallhilfe, Arbeitersamariterbund und anderen Organisationen wie z. B. Noterztdienste der Berufsfeuerwehr), soweit diese dazu in der Lage sind.
4. Die Finanzierung wird wie folgt aufgliedert werden:
 - a) Erstbeschaffungen von Einrichtungen übernimmt der Staat, soweit die Hilfsorganisationen über keine ausreichenden eigenen Mittel verfügen. Die geschätzten Primärinvestitionen belaufen sich dafür auf 21 Mio DM.
 - b) Laufende Kosten einschließlich der sogenannten Vorhaltekosten für Einrichtungen sollen durch Beförderungsentgelte gedeckt werden. Diese Betriebskosten werden nach Vollausbau jährlich etwa 120 Mio DM betragen.
5. Das Bayerische Staatsministerium des Innern beruft einen beratenden Arbeitskreis für das Rettungswesen.

II.

Stellungnahme des Bayerischen Senats

Der Bayerische Senat hat sich mit diesem Regierungsentwurf unter Einbeziehung des Initiativgesetzent-

wurfes der SPD eingehend gutachtlich befaßt. Er begrüßt grundsätzlich dieses Gesetz, das er als den entscheidenden Schritt zum Aufbau eines leistungsfähigen und einheitlichen Rettungsdienstes in Bayern wertet und er betrachtet die Zuordnung des Rettungsdienstes, nunmehr Aufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte, als eine glückliche Lösung. In Anerkennung der hervorragenden Leistungen der Rettungsorganisationen in Bayern, vor allem des Bayerischen Roten Kreuzes begrüßt er auch die Übertragung der Durchführung des Rettungsdienstes an diese Organisationen.

Der Kern der derzeitigen Problematik liegt jedoch in der Finanzierung. Nach Auffassung des Senats kann sich der Staat nicht darauf beschränken die Kosten für die erstmalige Beschaffung von Einrichtungen des Rettungsdienstes zu übernehmen und alle folgenden Lasten, also neben den laufenden Betriebskosten auch die gesamten Vorhaltekosten einschließlich der Kosten für laufende Neubeschaffung von Geräten und Fahrzeugen auf die Benützer abzuwälzen. Ganz abgesehen von der daraus erwachsenden erheblichen Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherungen kommt der Senat grundsätzlich zu der Meinung,

daß die Bereithaltung der notwendigen Rettungsmittel eine typische Gemeinschaftsaufgabe aller Bürger ist und deshalb aus Steuermitteln finanziert werden muß. Er empfiehlt angesichts der Tatsache, daß rund 90% aller Bürger den Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung genießen, daß der Staat nicht nur erstmalig, sondern laufend die Kosten für die Beschaffung von Einrichtungen des Rettungsdienstes übernimmt. Die Betriebskosten sollen durch Beförderungsentgelte gedeckt werden.

Die vorgesehene Organisation mit Einteilung in Rettungsdienstbereiche mit Rettungsleitstellen und Rettungswachen stellt eine optimale Lösung dar. Der Senat schlägt im Wortlaut des Gesetzentwurfes jedoch eine Reihe von Änderungen vor, welche Zweifel in der Auslegung vermeiden und die Organisation in der Durchführung verbessern sollen. Eine der vorrangigsten Aufgaben ist der in Aussicht genommene Aufbau eines einheitlichen Notrufnetzes mit der gebührenfreien Notrufnummer 110 bei allen öffentlichen Fernsprechern. Die Staatsregierung wird angesichts der entscheidenden Bedeutung dieses Gesetzes gebeten zu prüfen, ob als Zeitpunkt des Inkraftsetzens nicht ein früherer Termin möglich ist.

Aus aller Welt

Ausländische Ärzte in den USA

Jeder sechste amerikanische Arzt hat ein ausländisches Diplom

von W. Schweisheimer

„Es ist nicht richtig, sie hierher zu importieren“ — sagen die Sachverständigen;

„Sie sind unbedingt notwendig zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung“ — sagen die Sachverständigen.

Die jüngste Zählung der „American Medical Association“ ergab, daß sich zur Zeit ungefähr 60 000 „foreign medical graduates“ (FMG) in den USA befinden, Ärzte, die ihr Examen im Ausland gemacht haben und hier praktisch tätig sind. Insgesamt sind mehr als 300 000 Ärzte hier berufstätig. Es wird geschätzt, daß zum mindesten jeder sechste Arzt ein FMG ist.

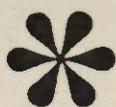
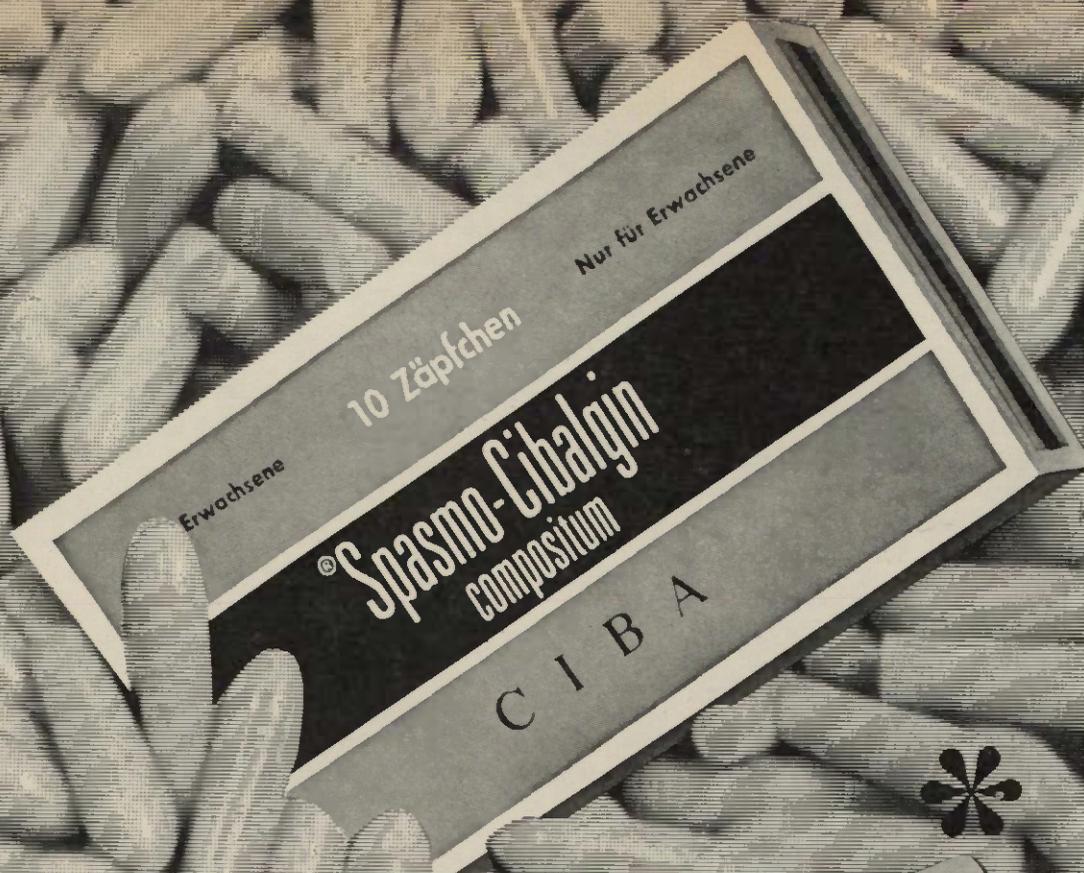
Viele dieser Ärzte sind ältere Ärzte, die aus politischen Gründen ihre Heimat verließen oder verlassen mußten — unter Hitler, Mussolini, Mao Tse-tung oder Castro. Etwa 10% der FMG's sind geborene Amerikaner, die keine Aufnahme in den amerikanischen

Medizinschulen finden konnten und deshalb ihr ärztliches Studium im Ausland durchführten. Aber die große Mehrheit sind jüngere Ärzte. Sie kamen zum Teil hierher, um ihr Wissen und Können an den amerikanischen Ausbildungsstätten zu vervollkommen und dann in ihre Heimat zurückzukehren.

Viele wollen hier bleiben

Viele von ihnen ändern aber ihre Einstellung, wenn sie längere Zeit hier gelebt und gearbeitet haben, wollen hier bleiben und hier praktizieren. Letzteres ist auf die Dauer nur möglich, wenn sie das amerikanische Staatsexamen bestanden haben, und das erfordert Zeit und Arbeit. Warum wollen sie hier bleiben?

In einer Studie über das Problem führt Harry Schwartz, ein Redakteur der „New York Times“, drei Antworten auf diese Frage an, die wohl als typisch gelten können.



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

Zusammensetzung

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

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

Kontraindikationen Akute intermittierende Porphyrie, akute Intoxikation durch Alkohol, Schlafmittel u. ä., für längere Anwendung auch schwere Nieren-, Leber- und Myokardschäden; Atemdepression bei Asthma bronchiale und Lungenemphysem.

Zu beachten Aufgrund individuell unterschiedlicher Ansprechbarkeit des Patienten kann das Reaktionsvermögen, besonders bei gleichzeitiger Alkoholeinnahme – z. B. im Straßenverkehr –, beeinflusst werden. Ein länger dauernder, peusenloser Gebrauch ist im allgemeinen zu vermeiden; gegebenenfalls sind periodische Blutbildkontrollen angezeigt. Spasmo-Cibalgin compositum ist nicht für Kinder bestimmt. Für die Pädiatrie wurden ©Cibelen und ©Cibelen S entwickelt.

Handelformen und Preise
 Dregées 20 Stück – DM 6,55
 Zäpfchen 5 Stück – DM 4,60, 10 Stück DM 8,85
 Anetsltspeckungen

Ein Schweizer Arzt sagt: „Als ich hierher kam, war meine Idee, nicht länger als zwei Jahre zu bleiben, um an einem Forschungsinstitut zu arbeiten. Jetzt denke ich daran, dauernd zu bleiben. Sicherlich könnte ich diese superben Forschungsgelegenheiten nicht in meinem Heimatland finden.“

Ein chinesischer Arzt aus Taiwan sagt: „Vielleicht werde ich es noch erleben, daß Taiwan wirklich unabhängig sein wird sowohl von den Nationalisten als auch von den Kommunisten. Dann werde ich vielleicht in meine Heimat zurückkehren.“

Ein iranischer Arzt sagt: „Ich glaube nicht, daß ich jemals wieder in meine Heimat zurückkehren werde. Ich habe eine Amerikanerin geheiratet, meine Kinder sind hier geboren – warum sollte ich?“

Ein Buch über FMG's

Vor kurzem hat die „American Medical Association“ ein Buch erscheinen lassen, das wertvolle Aufschlüsse über das Problem der ausländischen Ärzte in den USA gibt. Von 334 028 registrierten MD's in den USA waren danach 57 217 FMG's, das entspricht 17,1 %, und von diesen waren 5972 (10,4 %) in den USA geboren. Die ausländischen Ärzte kamen aus 84 verschiedenen Ländern, von Afghanistan eingefangen bis zu Jugoslawien.

Bei Ärztinnen war der Prozentsatz noch höher. FMG-Ärztinnen machen zur Zeit 34,5 % aller in den USA tätigen Ärztinnen aus. 15,3 % aller FMG's sind Frauen. Von einheimischen Ärzten sind nur 6 % Frauen.

Der Einzelstaat mit den meisten FMG's in der Union ist New York. 35,6 %, mehr als ein Drittel, der Gesamtärzte des Staates New York sind FMG's. Andere Staaten, in denen ausländische Ärzte mehr als 25 % der Gesamtärzteschaft ausmachen, sind Delaware, Illinois, New Jersey und Rhode Island. Sie sind vielfach in Krankenhäusern, Anstalten für Geisteskranke und anderen Institutionen beschäftigt. Etwa 80 % aller Interns und Residents der Krankenhäuser im Staat New Jersey sind FMG's.

Bevorzugte Fachgebiete

Ausländische Ärzte sind in allen Abteilungen der amerikanischen Medizin tätig, und 24,5 % der privat tätigen FMG's sind Praktische Ärzte. Bevorzugt sind vor allem drei Fachgebiete: Psychiatrie, Anästhesiologie und Pathologie. 17,9 % der FMG's sind voll angestellte Psychiater in Krankenhäusern und Anstalten. Wie wichtig die FMG's in diesen drei Fachgebieten sind, geht daraus hervor, daß sie 25 % bis 30 % sämtlicher Ärzte auf diesen Gebieten ausmachen.

Kritik und Gegenkritik

Wie verschieden die Beurteilung der Anwesenheit so zahlreicher ausländischer Ärzte ist, geht aus der Studie von Harry Schwartz hervor. Die Kritiker

sagen danach, es sei „unmoralisch“, Tausende von Ärzten aus armen Ländern, wie den Philippinen, Indien, Südkorea, zu importieren. Sie seien in ihren eigenen Ländern dringend nötig, und die USA täten besser, ihre eigenen Medizinschulen zu vergrößern, um dem bestehenden Ärztemangel abzuwehren.

Die Gegenkritik führt demgegenüber aus, daß diese im Ausland ausgebildeten Ärzte durch weiteres Studium hier ihr Wissen und Können vermehren und nach ihrer Rückkehr in ihr eigenes Land daher dort von erhöhtem Nutzen sind. Daß eine Anzahl von ihnen hier bleibt, sei wohl verständlich. Zum Teil heiraten sie amerikanische Frauen, die ihre Heimat nicht verlassen wollen, teils verhindern politische Gründe sie, in ihre Heimat zurückzukehren, und teils sind sie mit ihrer Tätigkeit und dem Leben hier so zufrieden, daß sie beides nicht wieder aufgeben wollen.

Die Kritik sagt weiter, daß zahlreiche ausländische Ärzte nicht jenen hohen Grad von Ausbildung erhalten haben, der von amerikanischen Standards gefordert wird, und daß sie Schwierigkeiten haben, Englisch zu verstehen und zu sprechen. Krankenhäuser, die hauptsächlich ausländische Interns und Residents beschäftigen, lieferten unzulängliche medizinische Fürsorge, und das bilde eine Gefahr für die Patienten.

Die Gegenkritik läßt diesen Einwand nicht gelten. Gewiß, es beständen zum Teil Probleme, aber es hat keinen Zweck, diese über Gebühr aufzubauschen. Die meisten ausländischen Ärzte in amerikanischen Krankenhäusern haben ein Sprachexamen durchgemacht und bestanden, wonach sie zum mindesten das Wichtigste in Englisch verstehen und sprechen können. Und jene ausländischen Ärzte, die selbständig praktisch tätig sind, können ihre Lizenz nur durch Bestehen von Prüfungen bekommen, die jenen ihrer amerikanischen Kollegen gleichwertig sind.

Es besteht nach wie vor ein fühlbarer Ärztemangel in den USA, wenn auch Wege begonnen wurden, um diesen Mangel zu beheben. Manche Hospitäler und Anstalten wären in einer bösen Zwangslage, wenn ihnen nicht das Wissen und Können ausländischer Ärzte zur Verfügung stände. Das wird dankbar anerkannt und empfunden.

46 % bestehen das Examen

Es wird den ausländischen Ärzten nicht leicht gemacht, ihre Lizenz zur Praxisausübung hier zu erhalten. Im Vorjahr haben nur 46 % das Examen bestanden, das dazu nötig ist. Man kann das Examen so oft wiederholen wie man will. Manche Ärzte haben es viermal und öfters gemacht, ehe sie die begehrte Wertung 75 erhielten.

Die neu ankommenden FMG's bekommen zunächst ein „Interims Zertifikat“. Dafür ist nötig:

1. Das Bestehen des medizinischen Examens mit der Mindestwertung 75.

Wer, bitte, hat schon gerne Schnupfen?

Eine verstopfte Nase, ein erwünschtes Kribbeln, ungebärdiges Tropfen und ein dumpfes Druckgefühl in Nasenwurzel und Stimmschikanieren den Verschnupften – und reflektorisch quillt zu allem Überfluß die Träne. Dies alles auch noch eine ganze Woche. –

Da jedermann weiß, daß niemand weiß, wie man den Schnupfen abschaffen könnte, versucht ein jeder auf seine Weise, der üblen Lage Herr zu werden. Frischluft, Nasentropfen, Salbe auf den Nasenrücken, Nasentropfen, zwei kräftige Schnepfer, Nasentropfen, Inhalation, Nasentropfen, erleichtertes Aufatmen, Nasentropfen.

Und wie wär's mit Nasenspray?

Aber natürlich: Nasenspray.

Noch besser

Dexa-Rhinospray®

Dexa-Rhinospray versprüht – aus kleiner Druckdose – einen anti-

oedematös, antiexsudativ, antiinflammatorisch und antiallergisch hochwirksamen Nebel feinst verteilter Arzneistoffe: Der besonders lokal gefäßaktive Imidazolin-Abkömmling bewirkt das Abschwellen der Nasenschleimhaut, ohne daß eine reaktive Hyperämie folgt. Dexamethason-21-isonicotinat, bei gleichbleibender Verträglichkeit lokal mehrfach wirkungsstärker als das freie Dexamethason, besitzt antiexsudative, antiallergische und entzündungswidrige Eigenschaften. Neomycinsulfat, ein lokal gut gewebeverträgliches Antibiotikum mit niedriger Allergiequote, ist gegen das Aufkommen bakterieller Superinfektionen gerichtet.

Dexa-Rhinospray®

läßt den Verschnupften wieder nasenatmen frei, wie in gesunden, frischen Morgenstunden.



Dexa-Rhinospray® Dosier-Aerosol

Indikationen

Heuschnupfen und andere allergisch bedingte Rhinitiden, chronische Schnupfenformen, besonders mit Beteiligung der Nasennebenhöhlen. Akute und chronische Gehörgangsentzündungen.

Kontraindikationen

Varizellen, spezifische Hartprozesse, Vakzinationsreaktionen, Mykosen, Neomycin-Allergie.

Dosierung

Als Einzelgabe genügt ein einmaliger Spray in jede Nasenöffnung bzw. in die betroffene Gehörgangsöffnung nach

besonderer Gebrauchsanweisung. Diese Anwendung kann bis zu 6 mal innerhalb 24 Stunden wiederholt werden.

Dexa-Rhinospray ist nur für Erwachsene und Schulkinder bestimmt.

Eine Einzeldosis enthält:

2-(5,6,7,8-Tetrahydro-1-naphthylamino)-2-Imidazolin-HCl 0,12 mg, Neomycinsulfat 0,10 mg.

Dexamethason-21-isonicotinat 0,02 mg
Originalpackung mit 9 g DM 9,95 lt. AT
Klinickpackung

Dr. Karl Thomae GmbH
Biberach an der Riss

Thomae



® Adelphan-Esidrix

bei allen Formen und nahezu allen Stadien primärer und sekundärer Hypertonie

® Efanex

besonders bei herzkranken Hochdruckpatienten und in allen Fällen, bei denen eine Kaliumverarmung nicht auszuschließen ist

C I B A

Adelphan-Esidrix

Zusammensetzung:

0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin + 10 mg Hydrochlorothiazid pro Tablette

Dosierung:

Behandlungsbeginn im allgemeinen mit 2-3mal 1 Tablette pro Tag. Zur Dauerbehandlung genügen gewöhnlich 1-2 Tabletten pro Tag.

Zu beachten:

Während der Behandlung mit Adelphan-Esidrix kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen - z. B. im Straßenverkehr - beeinflußt werden.

Bei Patienten mit latenter oder manifestem Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoffwechsel zu überwachen.

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

Lassen Begleiterkrankungen oder Zweimedikationen eine vermehrte Kaliumausscheidung vermuten, wird die Verordnung von Elfanex empfohlen. Bei stärkeren Kaliummangelzuständen ist eine medikamentöse Substitutionsbehandlung mit einem Kaliumpräparat erforderlich.

Handelsformen und Preise:

Tabletten 20 Stück DM 4,85
50 Stück DM 11,20

Anstaltspackungen

Elfanex

Zusammensetzung:

0,1 mg Reserpin + 10 mg Dihydralazin + 10 mg Hydrochlorothiazid + 300 mg Kaliumchlorid retard pro Dragée

Dosierung:

Durchschnittlich 1-2 Dragées täglich. Falls erforderlich, kann die Dosis vorübergehend erhöht werden, bis der Blutdruck auf den gewünschten Wert gesenkt ist. Erhaltungsdosis 1-2 Dragées täglich. Dragées nach den Mahlzeiten einnehmen.

Zu beachten:

Während der Behandlung mit Elfanex kann, besonders bei gleichzeitigem Alkoholgenuß, das Reaktionsvermögen - z. B. im Straßenverkehr - beeinflußt werden.

Bei Patienten mit latenter oder manifestem Diabetes mellitus ist der Kohlenhydratstoffwechsel zu überwachen.

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

Sollten trotz der Behandlung mit Elfanex stärkere Kaliummangelzustände auftreten, ist eine zusätzliche medikamentöse Substitutionsbehandlung mit einem Kaliumpräparat erforderlich.

Handelsformen und Preise:

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

Anstaltspackungen

1731

2. Bestehen der englischen Sprachprüfung (die nicht zu schwer ist).
3. Nachweis der vollendeten Ausbildung in einer anerkannten ausländischen Medizinschule.

Das Interims-Zertifikat ist sechs Monate gültig und für Ärzte, die das amerikanische Examen in ihrem Heimatland gemacht hatten, sechs Monate lang nach ihrer Ankunft in den USA.

Eine Reihe Sachverständiger (Optimisten? Pessimisten?) sagt voraus, daß bis zum Jahre 1980 hier ein Überschuß von Ärzten entstehen wird. Es ist das eine fragliche Prognose. Es besteht die Möglichkeit, daß in solchem Falle die Bewertung der Anwesenheit zahlreicher ausländischer Ärzte sich ändern wird. Solche Voraussagen lassen sich nicht beweisen oder ablehnen. Sicher ist es, daß zur Zeit die Anwesenheit und Arbeit der ausländischen Ärzte von der Allgemeinheit und von der Krankenfürsorge als hochwillkommen dankbar anerkannt wird.

Anschr. d. Verf.: Dr. W. Schweishelmer, 66 Milton Road, Rye, New York 10580/USA

Amtliches

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 29. Dezember 1972 - Nr. I E 3 - 5391/1-1/73 -

Lehrgang für Desinfektoren

An der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt München, Lazarettstraße 62, soll bei genügender Beteiligung in der Zeit vom **12. bis 23. März 1973** ein Lehrgang für Desinfektoren stattfinden. Die Anträge mit Unterlagen (Lebenslauf, polizeiliches Führungszeugnis, amtsärztliches Eignungszeugnis) sind spätestens bis zum 19. Februar 1973 an die Staatliche Bakteriologische Untersuchungsanstalt München zu richten.

Lehrgangsbeginn: 12. März 1973, 9.00 Uhr

Lehrgangsgebühr: DM 70,-

Die Gebühr ist auf das Postscheckkonto München Nr. 57569 der Staatlichen Bakteriologischen Untersuchungsanstalt zu entrichten, sobald der Teilnehmer zum Lehrgang zugelassen ist.

Versicherung des Praxis- und Klinikpersonals gegen Berufskrankheit und -unfall

Die in der Praxis mitarbeitenden Personen (Assistenten, Medizinalassistenten, Ehefrauen, Arzthelferinnen und -lehrlinge) sind gesetzlich gegen Berufskrankheiten und -unfall bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg zu versichern. Das gleiche gilt für das Personal in Kliniken, Sanatorien u. ä.

Die Entrichtung der Prämien für diese Personen erfolgte bis zum 31. Dezember 1972 aufgrund eines Ärztetagsbeschlusses in Form der korporativen Beitragszahlung seitens der In Betrecht kommenden Ärzte über die Bayerische Landesärztekammer mit dem in der Beitragsordnung festgesetzten Kammerbeitrag bzw. dem zusätzlichen Kammerbeitrag, sofern mehr als drei Personen beschäftigt wurden.

Der 25. Bayerische Ärztetag 1972 hat im Rahmen der Beratungen über den Finanzbericht der Kammer beschlossen, entsprechend der Anregung der Berufsgenossenschaft sowie dem Beispiel der übrigen Landesärztekammern folgend, das bisherige Verfahren zugunsten des Einzelveranlagungsverfahrens seitens

der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zum 31. Dezember 1972 zu kündigen, nachdem die Berufsgenossenschaft ihre Kettel inzwischen auf EDV umstellen konnte und auf diesem vereinfachten Weg die Beitragserhebung durchgeführt werden kann.

Die Veranlagung zum Beitrag für 1973 wird seitens der Berufsgenossenschaft aus technischen Gründen jedoch erst Anfang 1974 erfolgen.

Der gesetzliche Versicherungsschutz der eingangs genannten Personen wird für das laufende Jahr 1973 davon nicht berührt, d. h., er bleibt in vollem Umfang bestehen.

Feuilleton

Wilhelm Leibls Krankheit

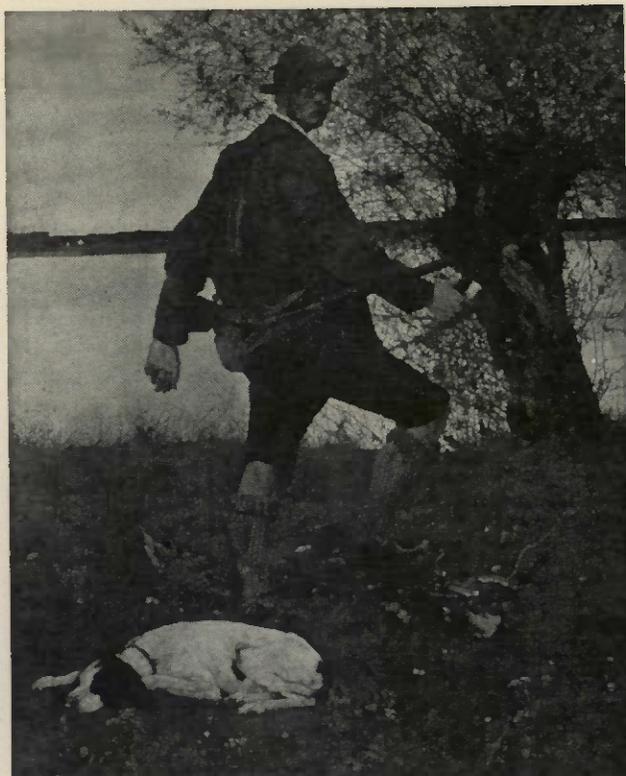
von Armin Jungling

Es ist über ein Vierteljahrhundert her, daß dieser umstrittene Künstler geboren wurde. Sein Werdegang ist wohl uns allen bekannt. Die Kritik der Nachwelt schwankte zwischen Bezeichnungen wie „simpler Bauernmaler“ und „rocher de bronze“, wie ihn Max Liebermann anläßlich der großen Leibl-Ausstellung des Jahres 1929 nannte. Ohne Zweifel war er der Begründer des Realismus in der deutschen Malerei. Er fand zwar nur schwer Anerkennung unter seinen Zeitgenossen, für die die Wiedergabe der privaten Intimsphäre von Bauern und Jägern etwas „social-demokratisches“ an sich hatte; eine Schmähung für einen vollkommen unpolitisch denkenden Künstler.

Vielleicht ist seine „allaprima“-Malerei schuld an seiner fast fotografisch getreuen Wiedergabe seiner Modelle, die heute, neben der Wahl seiner Themen, die Kunstkritiker stört. Diese innere Spannung durch vermeintliche Unterschätzung hat schon damals den Künstler zur Flucht aus der Gesellschaft in die Stille des Chiemgauer Bauernlandes getrieben. Neben seiner Malerei verbrachte er seine Zeit meist auf der Jagd. Er lebte einfach und zurückgezogen in Freundschaft mit dem Maler Johann Sperl, der oft warnend eingriff, wenn sich der Künstler bei seinem Kraftsporttraining (er übte mit zentnerschweren Hanteln) und bei seiner tagelangen Pirsch zu stark vereusgabte.

In seiner Jugend bis ins Mannesalter war Leibl wenig krank. Er war bärenstark und demonstrierte öfter diese Kräfte, die er systematisch trainierte. Einmal hob er im Café Probst in der Neuhauser Straße zu München seinen Malerkameraden Courbet einhändig auf einem Stuhl in den Raum, ein andermal stemmte er einen Amboß, den ebzuladen mehrere Männer sich vergeblich bemüht hatten, in einem Ruck vom Wagen.

Das war in der Schmiede zu Berbling. Aber vielleicht legte gerade die Schwerathletik den Keim zu seiner Herzkrankheit, die ihn von seinem 53. Lebensjahr an plagte. Sein Biograph J. Mayr hat uns über des Meisters Krankheit eufschlußreiche Zeilen hinterlassen. Erste warnende Vorzeichen seiner Gesundheitsstö-



Der Jäger (Frhr. von Perfall)

(Mit freundlicher Genehmigung des Verlages F. Bruckmann KG, München)

rung traten schon 1897 auf. Er erkrankte in dieser Zeit an einer Netzhautblutung an einem Auge und litt an Schmerzen in den Beinen. Eine ärztliche Untersuchung ergab ein Herzleiden mit allgemeiner Gefäßsklerose. Leibl schränkte Trinken und Rauchen ein, aber die Jagd mit ihren Strapazen gab er nicht auf. Als die Schweratmigkeit zunahm und ihn ein schwerer Bronchialkatarrh (Stauungslunge?) plagte, suchte er im Januar 1900 den Aiblinger Arzt Dr. Krebs auf. Eine Behandlung mit Digitalis brachte wenig Besserung. Nachts bekam er Erstickungsanfälle und die Beine schwellen an. Auch klagte er über starkes Herzklopfen. Auf des Arztes Rat ging er zur Kur nach Bad Nauheim. Der Aufenthalt dort war ihm recht zuwider. Er war sehr lärmempfindlich, und selbst die Musik der Kurkonzerte störte ihn, genau wie das langweilige, schablonenhafte Badeleben ihm nicht behagte.

Im Sommer 1900 kehrte er wieder nach seinem geliebten Kutterling im Chiemgau heim. Die Ruhe der Gegend, das Rauschen des Baches neben seinem Hause, die gute Luft brachte eine scheinbare Besserung zuwege. Bald nahm er seine Arbeit und die Pirsch wieder auf, nicht seiner Gesundheit achtend. Schweratmigkeit und Beinbeschwerden traten erneut auf. Eine ärztliche Untersuchung ergab eine deutliche Vergrößerung des Herzens. Von Jagdleidenschaft gepackt pirschte er im August 1900 nahezu sieben Stunden durch Moor und Felder. Seither spürte er eine deutliche Verschlechterung. Digitalis wirkte nicht mehr. Am 8. November 1900 begab er sich zu Geheimrat Professor Dr. Leube nach Würzburg. Seine Schwester Katharina pflegte ihn. Der Aufenthalt in der Klinik brachte keine Besserung. Leibl verlor jedes Interesse an der Umwelt. Er war ein tapferer Patient, der wußte, daß es für ihn keine Rettung mehr gab.

Am 4. Dezember 1900 schloß er nach kurzem Todeskampf die Augen für immer. Er war nur 56 Jahre alt geworden. Die Diagnose Geheimrat Dr. Leubes lautete: Arteriosklerose, Herzinsuffizienz, Ödeme und Zyanose. Die Sektion ergab, daß ein Gerinnsel aus dem rechten Vorhof eine Lungenarterie verstopft hatte.

Leibl liegt auf dem Würzburger Friedhof begraben, neben ihm sein Freund Johannes Sperl.

Ein Vierteljahrhundert ist seither ins Land gegangen. Die Nachwelt ist meist hart mit ihm und seiner Kunst umgegangen. Und dennoch kann kein Kunstlexikon heute auf seinen Namen verzichten. 1961 erschien bei Seemann in Leipzig ein Bildband seiner Werke mit Angaben über vierhundert Bibliographien, mit 20 farbigen und 60 schwarz-weißen Bildern. Seine Werke befinden sich zum großen Teil im Wallraf-Richartz-Museum in Köln. Eines seiner schönsten Bilder, der „Jäger“, ging im Kriege verloren.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Armin Jüngling, 8211 Unterwössen, Josef-Aberger-Straße 9

vegetative Dysregulationen

Unruhe und Erregungszustände • vegetativ bedingte Herz- und Organbeschwerden • nervöse Schlafstörungen.

ESDESAN®

Keine Nebenwirkungen.
Kontraindikationen nicht bekannt.

Zus. in 100 g Tropfen: Extr. fld. Valerianae et Visci albi 40 g. Sol. Papaverin. hydrochlor. (0,1:100) 15 g. Tinct. Strophanthi 4 g. Chloral. hydrat. 1 g. 1 Drag.: Extr. Valerianae 30 mg. Extr. Visci albi 10 mg. Papaverin. hydrochlor. 1 mg. Methaqualon 30 mg.

Flasche mit 25 g DM 3,45 • Flasche mit 50 g DM 4,75
30 Dragées DM 3,45 • 60 Dragées DM 4,75

Bestellschein an: AGM, 1 Berlin 21, Erasmusstr. 20-24
Schrifttum und Muster von Esdesan erbeten

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel)

BÄ



AKTIENGESELLSCHAFT
FÜR MEDIZINISCHE PRODUKTE
1 BERLIN

Brief aus Bonn

Sieht man einmal von den Themen Mitbestimmung und breitere Streuung des Zuwachses beim Produktivvermögen ab, so wird in der nächsten Legislaturperiode die „Weiterentwicklung“ der gesetzlichen Krankenversicherung im Mittelpunkt der sozialpolitischen Diskussion stehen. Daran ist nicht zu zweifeln, auch wenn es bislang zwischen den alten und neuen Koalitionspartnern darüber noch keine detaillierten Absprachen gibt. Damit dürfte sobald auch nicht zu rechnen sein.

Tatsächlich haben sich die Koalitionspartner weit weniger als 1969 um ins einzelne gehende Absprachen bemüht. Dafür gibt es zwei Gründe: Erstens hat man erkannt, daß das Festschreiben von Regierungsplänen und Terminen im Nachhinein zum politischen Ballast werden kann. Die Regierung hätte in den letzten drei Jahren wesentlich besser ausgesehen, wenn sie zuvor bei ihren Ankündigungen vorsichtiger und zurückhaltender gewesen wäre. Zweitens: In der Koalition gibt es eine Reihe von umstrittenen Themen. Da brauchen nur die Stichwörter Mitbestimmung, Vermögenspolitik, Steuerreform und Steuererhöhungen genannt zu werden. In den Koalitionsverhandlungen ist man sich nur darüber einig geworden, die „heißen Eisen“ nicht wie in der letzten Legislaturperiode auszuklammern. Kompromißformeln konnten bislang aber in keinem der genannten Punkte entwickelt werden. Ein detailliertes Regierungsprogramm hätte diese Schwäche nach dem großen Wahlsieg noch deutlicher hervortreten lassen.

Aufschlüsse über das, was auf das Gesundheitswesen an neuen Initiativen zukommen wird, gibt die Rede, die Bundesarbeitsminister Arendt auf der Jahrestagung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen gehalten hat. Hier sind eine Reihe der Themen, die in den nächsten vier Jahren eine wichtige Rolle spielen werden, angeschnitten worden. Zunächst wird die Regierung, daran ist nicht zu zweifeln, die Gesetzentwürfe wiederum im Bundestag einbringen, die wegen der vorzeitigen Auflösung des Parlaments liegengeblieben sind. Dabei geht es vor allem um das Rehabilitationsgesetz, das die Verbesserung und Vereinheitlichung aller Bestimmungen über Rehabilitationsmaßnahmen bringen soll. Für die niedergelassenen Ärzte ist dabei wichtig, daß auch die gesetzlichen Krankenkassen als Träger der Rehabilitation anerkannt und damit auch die Kassenärzte an der Rehabilitation beteiligt werden sollen.

Neu eingebracht wird auch das Betriebsärztegesetz, das die gesundheitliche Betreuung der Arbeitnehmer sowie die Arbeitssicherheit in den Betrieben verbessern soll. Vorgelegt wird auch wieder die Novelle zum Schwerbeschäftigtengesetz, die dadurch von Bedeu-

tung ist, daß die Zivilbeschädigten den Kriegsbeschädigten gleichgestellt werden sollen. Die Tatsache einer schwerwiegenden körperlichen Beeinträchtigung soll also künftig für die besondere Förderung und den sozialen Schutz bestimmend sein und nicht mehr die Frage, wodurch es zu der Behinderung gekommen ist. In der Sozialpolitik setzt sich damit die finale gegenüber der kausalen Betrachtungsweise durch.

Für die Ärzteschaft haben aber andere Themen mehr Gewicht, so unter anderem die Absicht, die Krankenversicherung angesichts der Kosteninflation finanziell zu konsolidieren. Was darunter im einzelnen zu verstehen ist, kann heute noch nicht gesagt werden. Aber folgende Überlegungen spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle. Zunächst einmal soll die Krankenscheinprämie abgeschafft werden. Sie bringt keinen Nutzen, sondern belastet die Krankenversicherung mit hohen Rückerstattungen. Jetzt zeigt sich, daß eine durchaus vernünftige Idee durch die unzureichende Ausgestaltung der gesetzlichen Vorschriften diskreditiert worden ist. Man diskutiert nicht über eine durchaus mögliche Verbesserung der Gesetzesvorschriften, sondern streicht sie.

Sodann wird eine Verbesserung der Organisationsstruktur der Krankenversicherung vorbereitet. Hier geht es darum, die Krankenkassen zu größeren Einheiten zusammenzulegen, um deren Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Dagegen läßt sich gewiß nichts einwenden, solange das nicht der erste Schritt zur Beseitigung der gegliederten Krankenversicherung wird. Die Eigenständigkeit der Ersatzkassen ist eben vielen Sozialpolitikern ein Dorn im Auge. Einige Bemerkungen von Minister Arendt lassen Ansätze für Pläne erkennen, die über eine Organisationsreform weit hinausgehen. So sagte der Minister, daß erhebliche Beitragsunterschiede zwischen den verschiedenen Kassenarten und den einzelnen Kassen nicht zu rechtfertigen seien. Solche Unterschiede sind aber nur auf zwei Wegen abzubauen: Entweder wird den Kassen jeder Spielraum für ein unterschiedliches Leistungsangebot genommen, was dann ja wohl auch einheitliche Honorarsätze bedeuten müßte, oder es wird in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Finanzausgleich eingeführt, was sicherlich ebenfalls der Anfang vom Ende des gegliederten und sich selbstverwaltenden Systems wäre. Mit Blick auf die Rentnerkrankenversicherung wird offensichtlich an einen Finanzausgleich gedacht, da der Rentenversicherung nach der Verabschiedung der teuren Rentenreform kostendeckende Beitragszuschüsse für die Rentner nicht aufgebürdet werden können.

Bei den Sozialpolitikern wird auch wieder vom Abbau von „Privilegien“ gesprochen. Unter dieser Überschrift sollen offenbar alle niedergelassenen Ärzte verpflichtet werden, Patienten aller Kassenarten zu behandeln. In der SPD wird diese Forderung jedenfalls mit wachsender Lautstärke erhoben. Die Ärzte werden sich darauf einzustellen haben. bonn-mot

Vasomotorische
Kopfschmerzen,
Migräne,
Wetterfühligkeit?



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



Indikationen:

Alle Formen von Kopfschmerzen, die ihre Ursache in funktionellen Störungen im Bereich des Gefäßsystems der A. carotis haben, d. h. (vasomotorische Kopfschmerzen (Cephalaea vasomotorica), Migräne sowie Kopfschmerz bei Öhnn und Wetterwechsel.

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

Nierenerkrankungen sollte die Dosierung möglichst niedrig gehalten werden.

Packungen:	lt. A.T.
20 Tabletten	DM 5,50
50 Tebletten	DM 12,35
10 Suppositorien	DM 7,65
Klinikpackungen	

Besondere Hinweise:

Die maximale Tagesdosierung beträgt bei Erwachsenen und Jugendlichen 6 Tabletten bzw. 3 Suppositorien. In der Schwangerschaft sowie bei Angina pectoris, Koronarsklerose, arteriellen Durchblutungsstörungen, schweren Leber- und

**Boehringer
Ingelheim**



Äskulap und Pegasus

Wir bringen in den folgenden Heften die Beiträge, die die bayerischen Schriftstellerärzte zum Kongreßthema „Homo ludens“ auf dem 17. Weltkongreß der UMEM vom 14. bis 17. September 1972 in Regensburg beige-steuert haben.

Dr. med. Robert Paschke, 8535 Emskirchen

Helfende Tat / Kündendes Wort

von Heinz Schauwecker, 8434 Berching

Es ist die gleiche Hand –
vor wenig Stunden hat sie noch
mit sicherem Skalpell den Schnitt geführt,
der über Leben oder Tod entscheiden konnte –
nun lenkt sie zögernd ihren Stift,
aufzeichnend Wort um Wort,
den flüchtigen Gedanken festzuhalten –
es ist die gleiche Hand – –
und auch die gleiche Stirne ist's –
dahinter die Diagnose ward geboren,
gezielter Plan der Heilung Form gewonnen hat,
in dessen Aussicht sich der Rettung Hoffnungsonne –
nun fluten hinter ihr Gedanken, gejagt
von Zweifeln, dennoch willens sie zu binden
in Worte, um der Zukunft Ahnen zu gestalten –
es ist die gleiche Stirn – –

Belebt sind beide von des selben Herzens Schlag.
Stellt es sein nimmermüdes Pulsen ein,
entschlafen Hand und Hirn zugleich
und kehren in das Schweigen heim.
Jedoch das ausgesandte Wort
in seines Wollens stiller Saat,
der Heilung stumme Helfertat:
sie sind nicht tot, sie wirken beide fort.

(erschieden in „Die Oberpfalz“, 8/1972, S. 249)

Homo ludens

von Erwin Stetter, 8450 Amberg

Sei wach, wenn Du zum Spiel gerufen wirst!
Schau den genau an, der Dir ruft!
Will spielend er bereichern Dich,
Dich lösen für das Spiel und durch das Spiel?
Ist Mißbrauch seine Absicht gar
Des Spiels zum eigenen Gewinn?
Das könnte noch recht harmlos sein
Und ohne tiefere Bedeutung.
Doch möchte er zu seinen Gunsten
Durchs Spiel verführen gar?
Auch das wär weiter nicht bedenklich.
Doch will verführen er für eine Weltanschauung,
Die hart ist und ganz unduldsam –
Am weitesten entfernt vom echten Spiel
Von allem auf der Welt?
Schau den Dir an, der spielt,
Schau ihn genau und schau ihn wachsam an!
Dem Spiele nicht einmal
Kannst Du mehr traun.
Nur heute?
Ganz sicher: Nein!
Doch heute wird das Spiel gefährlich.
Wie raffiniert hat es doch ausgeklügelt
Der kalt und klug nur rechnende Verstand,
Der sich der Hilfen viel geschaffen hat.
Wohl gab es panem et circenses

Vor Tausenden von Jahren schon,
Die Gunst der Massen zu erringen und zu halten.
Jetzt ist's gesponnen feiner.
Man weiß es, was man will.

Es geht nicht mehr um Gunst.
Verändern will man die Gesellschaft,
Will revolutionieren
Im Dienste einer Ideologie,
Die allen echten Spieles
Und aller wahren Freiheit Ende ist.
Vom Inneren getrieben spielt das Kind,
Die Welt im Spiele zu erobern,
Zu lernen spielerisch,
Um seine Möglichkeiten zu entfalten.
Der Jüngling auch entspannt im Spiel sich gern,
Wenn seine Kräfte nun im Kampf sich messen müssen.
Selbst dem Gereiften bringt das Spiel Erholung.

Doch welche Unterschiede findest Du im Spiel
Vom Hüpfen bis zum Spiel als Kunst.
Nicht jeder Künstler freilich
So spielerisch wie Mozart schafft;
Gar mancher muß so schwer sich mühen
Wie Bruckner, der sich's abrang hart.
Die Kunstbetrachter und Genießer –
Sie unterscheiden sich gar sehr.
Der nach Prinzipien und Geschichte Wählende
Und der die Technik und des Kunstwerks
Ordnung wohl Studierende –
Er unterscheidet sich von dem,
Der spielerisch die Kunst sich nimmt.
Der kluge Kritiker hat andres vor,
Als der, der ohne Maßstab das nur wählt,
Was ihm gefällt.

Zeigt sich im Spiele eine andre Welt?
Wohl gibt die echte Kunst des Neuen viel,
Das auch im Spiele Du erfahren kannst.
Der Homo ludens ist ein Mensch
So nötig und so gut wie der,
Der in der Arbeit steht,
Und der, der denkt,
Und der verehrt.
Das echte Spiel macht duldsam
Und ich rate Dir:
Sei stets wachsam und beacht genau
Das, was Dir an- und dargeboten wird,
Und achte auch, von wem,
Damit den falschen Ton Du gleich bemerkst
Und Dich nicht fangen läßt von dem,
Der jedes Spiel mißbraucht.
Mit echtem Spiel ist nicht vereinbar
Des Unduldsamen Pseudospiel.
Du kannst nicht starr sein,
Wenn Du spielst.
Oh lerne wieder
Des echten Spieles Dich zu freun!
Dann klingt in Dir an eine Saite,
Die schwingend aus des Urkerns heitrem Wesen
Erhebt Dich ganz in eine Welt,
Da Dir des Gottes mildes Auge lacht.
Laß Dir nicht nehmen diesen Zauberglanz,
Soviel auch manche hämisch darob grinsen!
Du trägst die Not der Welt,
Verkümmerst unter ihrer Last,
So darfst mit Recht Du auch
An ihrem heitrem Wesen Dich erfreun.
Du sollst die Schranken weisen aber dem,
Der dies Geschenk des Himmels gar mißbrauchen will!
Bei aller Härte und Zerrissenheit
Schwingt doch im Innern dieser Welt
Des Gleichklangs tiefes Fühlen
Und unerfülltes Sehnen mit.

Kongresse

51. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 23. bis 25. März 1973

Thema: Risikofaktoren – Kongreßleiter: Professor Dr. A. Schretzenmayer, Augsburg

Kongreßort: Kongreß- und Konzerthalle Augsburg,
Gögginger Straße 10

Freitag, 23. März 1973

16.00 – 18.00 Uhr:

Klinische Visiten in den Augsburger Krankenanstalten

16.00 – 18.00 Uhr:

Laborseminar

20.00 Uhr:

Filmabend

Samstag, 24. März 1973

1. Das Krebsrisiko

9.00 – 9.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. J. Sander, Tübingen

Karzinogene; Schicksal oder vermeidbar?

2. Kardiovaskuläre Risikofaktoren (I)

9.30 – 10.00 Uhr:

Prof. Dr. F. A. Gries, Düsseldorf

Folgekrankheiten, Therapie und Prophylaxe des Übergewichtes

10.00 – 10.30 Uhr:

Dr. R. Sanwald, Heidelberg

Behandlung der symptomatischen und esymptomatischen Hyperurikämien

3. Pulmonologie

11.00 – 11.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Seidel, Gerlingen

Risikofaktoren der chronischen Bronchitis

4. Alkohol, Nikotin und Drogenabhängigkeiten als Risikofaktoren

11.30 – 12.00 Uhr:

Prof. Dr. G. A. Martini, Marburg

Alkoholische Kardiomyopathie, Myopathie, Pankreopathie und Leberschädigung

5. Podiumsgespräch

14.00 – 15.15 Uhr:

Therapeutische Modelle bei Alkoholismus, Nikotin und Drogenabhängigkeit

Kurzreferate: Dr. A. Weizel, Heidelberg

Drogen

Priv.-Doz. Dr. P. Barth, Heidelberg

Nikotin

Univ.-Doz. Dr. W. Pöldinger, Wien

Chronischer Alkoholismus

Prof. Dr. G. A. Martini, Marburg

Zur Diskussion

Sonntag, 25. März 1973

6. Psychiatrie

9.00 – 9.30 Uhr:

Univ.-Doz. Dr. W. Pöldinger, Wien

Das Suizidrisiko aus der Sicht der ambulanten Praxis

7. Kardiovaskuläre Risikofaktoren (II)

9.30 – 10.00 Uhr:

Dr. J. Schmidt-Voigt, Bad Soden

Der Hypertoniker in der ambulanten Praxis

10.00 – 10.30 Uhr:

Dr. P. Hassenstein, Heidelberg

Die prognostische Bedeutung des pathologischen EKG's



Dismenol®

1 Tablette enthält: Perasulfamidobenzoensäure 0,05 g
Dimethylemino-phenyldimethylpyrazolon 0,25 g

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

Kontra-Indikationen der Pyrazolonderivate

Nebenwirkungen wurden dem Hersteller bisher nicht bekannt.

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

AGPHARM LUZERN · Simons Chemische Fabrik, Gauting

10.30 – 11.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. P. W a h l, Heidelberg

Diabetes-Therapie in der Praxis nach der UGDP-Studie

11.30 – 12.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. S c h l i e r f, Heidelberg

Diagnostik und Bedeutung der Hyperlipidämien

12.00 – 12.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. G. S c h l i e r f, Heidelberg

Die Rolle der Ernährung bei der Beeinflussung der kardiovaskulären Risikofaktoren

8. Risikofaktoren am Beginn des Lebens

14.00 – 14.30 Uhr:

Prof. Dr. P. E. B e c k e r, Göttingen

Genetisches Risiko

14.30 – 15.00 Uhr:

Prof. Dr. F. K u b l i, Heidelberg

Pränatales und natales Risiko

15.00 – 15.30 Uhr:

Prof. Dr. K. R i e g e l, München

Das Risikokind

Während des gesamten Kongresses findet im Foyer und im Mozartsaal der Kongreßhalle eine pharmazeutisch-medizinisch-technische Ausstellung statt. Sie ist geöffnet am Samstag und Sonntag von 8.30 bis 16.00 Uhr.

Auskunft und Anmeldung: Sekretariat des Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin, 8900 Augsburg, Frohsinnstraße 2, Telefon (08 21) 2 27 77

1. Münchener Praktikum für gastroenterologische Endoskope

vom 12. bis 15. Februar 1973 in München

Vom 12. bis 15. Februar 1973 findet unter der Leitung von Privatdozent Dr. med. R. Ottenjann das 1. Münchener Praktikum für gastroenterologische Endoskopie statt.

Tagungsort: Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München.

Auskunft und Anmeldung: Dr. W. Wiesner, II. Medizinische Klinik rechts der Isar der Technischen Universität München, 8000 München 80, Ismaninger Straße 22, Telefon (08 11) 41 40 - 23 10.

Fortbildungskurs der Universitäts-Augen- klinik Würzburg für Allgemeinärzte und andere Fachgebiete in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am 24. Februar 1973

Am 24. Februar 1973 findet unter der Leitung von Professor Dr. W. Leiydhecker ein Fortbildungskurs der Universitäts-Augenklinik Würzburg für Allgemeinärzte und andere Fachgebiete in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer statt.

Ort und Zeit: Hörsaal der Universitäts-Augenklinik im Kopfklinikum Würzburg, 8700 Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11. Beginn: 9.00 Uhr – Ende: gegen 13.00 Uhr

Themen: Notfälle und Verletzungen am Auge – das Schielkind – das Glaukom – die Haftschalen, Indikationen und Neuentwicklungen – der graue Star – die Anwendung von Laser, Kälte und Hitze in der Augenheilkunde – Leitsymptom Augenbeschwerden – Medikamentöse Augenschäden

Die Teilnehmergebühr von DM 25,- bitten wir auf das Kongreßkonto Nr. 4.03303.5, Pertinbank Bad Mergentheim, zu überweisen.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrs- und Kulturamt Würzburg, 8700 Würzburg, Bahnhofplatz 1, Telefon (09 31) 5 41 00

Letzter Anmeldetermin: 16. Februar 1973

Auskunft und Anmeldungen: Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 Apparat 95

Fortbildungsveranstaltung der DLRG in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband e. V.

am 31. März/1. April 1973 in Nürnberg

Am 31. März/1. April 1973 findet im Sportbau der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, Nürnberg, Regensburger Straße 160, eine Fortbildungsveranstaltung der DLRG in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband e. V. statt.

Theme: Schwimmen und Retten in Theorie und Praxis

Aus dem Programm: Kleinkinderschwimmen, Schwimmen als Volkssport, – als Leistungssport, – als Therapie, – als Beruf und Sport – Gefahren und Zwischenfälle beim Schwimmen – Der Ertrinkungstod – Reanimation – Einführung in die Intubation – Demonstrationen und Filmvorführungen.

Auskunft: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärzte-Verbandes e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/4, Telefon (08 11) 18 35 03

6. Fortbildungstagung Klinische Immunologie

am 26. Mai 1973 in Erlangen

Am 26. Mai 1973 findet unter der Leitung von Professor Dr. med. F. Scheiffarth die 6. Fortbildungstagung „Klinische Immunologie“ an der Universität Erlangen-Nürnberg statt.

Themen: Immunhämatologie – Immunologie chronisch-entzündlicher Lebererkrankungen

Auskunft: Sekretariat der Abteilung für klinische Immunologie des Universitätskrankenhauses Erlangen, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12, Telefon (0 91 31) 85/33 63

Tagung der bayerischen Nervenärzte

am 29./30. Juni 1973 in Regensburg

Am 29./30. Juni 1973 findet eine Tagung der bayerischen Nervenärzte in Regensburg statt.

Themen: Gerichtspsychiatrie — Moderne Therapieformen in der Psychiatrie — Musiktherapie: Theoretische Einführung, praktische Vorführungen — Neurologie und Geriatrie

Auskunft: Dr. Sebastian Maier, Direktor des Nervenkrankenhauses, 8400 Regensburg, Universitätsstraße 84

Kurs für RöntgenhelferInnen

vom 1. bis 13. Oktober 1973 in Erlangen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für RöntgenhelferInnen findet in der Zeit vom 1. bis 13. Oktober 1973 in Erlangen statt. Teilnahmevoraussetzung: Nachweis einer dreijährigen praktischen Tätigkeit im Röntgenbereich. **Anmeldung:** Bayerische Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (08 11) 47 60 87 (Apparat 87)

Veranstaltungskalender der Bayerischen Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin in München für das Jahr 1973

2. 4.—6. 4. 1973:

Sozialmedizinischer Informationskurs

21. 5.—25. 5. 1973:

Sozialmedizinischer Informationskurs

25. 6.—6. 7. 1973:

Symposium Epidemiologie und epidemiologische Methodik

24. 9.—19. 10. 1973:

B-Kurs für Arbeitsmedizin, Weiterbildung für die Erlangung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“

Ende Oktober/Anfang November 1973:

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e. V.

22./23. 11. 1973:

Arbeitsmedizinisches Fortbildungsseminar (für bereits tätige Arbeitsmediziner)

3. 12.—7. 12. 1973:

Sozialmedizinischer Informationskurs

Die Themen für die Sozialmedizinischen Informationskurse werden später bekanntgegeben.

Zimmerbestellungen: Fremdenverkehrsamt der Landeshauptstadt München, 8000 München 2, Rindermarkt 5, Telefon (08 11) 3 85 01

Auskunft und Tagungsort: Bayerische Akademie für Arbeitsmedizin und soziale Medizin, 8000 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon (08 11) 21 84/259-260

Sedierung löst keine Probleme in der Psychopharmako-Therapie



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

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

DOGMATIL sediert nicht, dämpft nicht, macht nicht müde. DOGMATIL ist von keiner der herkömmlichen Psychopharmakegruppen abgeleitet.

DOGMATIL vertritt die aufdeckende Psychopharmakotherapie.

DOGMATIL führt sicher zu bewusster Konfliktverarbeitung. DOGMATIL verursacht keine Veränderung der Persönlichkeitsstruktur.

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

DOGMATIL wirkt als Neuroleptikum antipsychotisch, halluzinolytisch, antiautistisch.

DOGMATIL®

(Sulpirid)

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel enthält 50 mg Sulpirid N-[(1-Athyl-pyrrolidin-2-yl)-methyl]-2-methoxy-5-sulfamoyl-benzamid. **INDIKATIONEN:** Psychovegetative Syndrome mit depressiver Komponente, Stimmungslabilität mit Leistungs- und Initiativverlust, Psychoneurosen, Phobien, endogen-depressive Verstimmungszustände, larväre Depressionen, reaktive Depressionen, depressive Syndrome im oder abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, Antriebs- und Affektstörungen jeder Genese, Psychosomatische Erkrankungen, Organneurosen, stressbedingte Erschöpfung, psychische Dekompensation, psychogene Anorexie. Zur Unterstützung psychotherapeutischer Verfahren. **Wirkart:** Schwindelsyndrome jeder Genese. **DOSEIERUNG:** Psychische oder psychovegetative Syndrome: 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln, H. N. Ö. (Vergift.): 3x tgl. 1 bis 2 Kapseln. **Pflichtarzte:** 5 mg/kg/Körpergewicht (= 1 ml DOGMATIL Saft verteilt auf 3 Einzeldosen pro die. Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. **BEGLEITWIRKUNGEN:** Gelegentlich sexuelle Stimulation, Transpiration, Allergien, Mundtrockenheit, Nasenne, Akkommodationsstörungen, Hypotonie, Erregungszustände, Oxykinesen, antipyramidale Erscheinungen, Parkinsonismen, Zykloadditionen, Galaktorrhöen, Einschlafstörungen, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. **KONTRAINDIKATIONEN:** Absolut: Keine. Relativ: Epilepsie, manische Phasen. In die Schwangerschaft mit wenn es nach Ansicht des Arztes für den Zustand der Patientin notwendig ist. **HINWEIS:** Infolge der positiven Wirkung auf das Wachbewußtsein empfiehlt es sich, DOGMATIL nicht nach 18.00 Uhr einzunehmen. Da die Reaktion auf Alkoholgefühl nicht voraussehbar ist, sollte die gleichzeitige Einnahme von Alkohol und DOGMATIL vermieden werden. Das Reaktionsvermögen im Straßenverkehr und bei der Arbeit kann verändert werden, mit individuellen Unterschieden ist zu rechnen. Bei cardial vorgeschädigten Patienten ist die Dosierung der individuell verschiedenen Toleranzgrenze anzupassen. Sorgfältige ärztliche Überwachung wird empfohlen.

VERSCHEIBUNGSFORMEN: DOGMATIL Kapseln, 20 zu 50 mg DM 16,95, 50 zu 90 mg DM 36,45. DOGMATIL Saft, Flasche mit 200 ml Saft (1 Tablette = 1 ml Saft = 25 mg Sulpirid) DM 17,50 - DOGMATIL Ampullen, 6 Ampullen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) DM 13,50 - DOGMATIL FORTE Tabletten, 12 Tabletten zu 200 mg DM 29,90 incl. MWST. Ferner: Anstaltspackungen, Arztemuster, Literatur und Basisinformation durch:

CHEMISCHE FABRIK SCHÖRHOLOZ GMBH, 5 Köln 51, Gottesweg 64, Tel.: 37 30 85/8/7.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat November 1972*

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach stieg nach den eingegangenen Meldungen wie bereits schon im Oktober im Berichtsmonat weiter an, und zwar von 62 auf 83 Fälle je 100 000 Einwohner (auf ein Jahr umgerechnet). Geringfügig nahm die Erkrankungsziffer an übertragbarer Hirnhautentzündung sonstiger, nicht durch Meningokokken erregter Formen zu.

Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) traten im November etwas häufiger als im Vormonat auf, die Ziffer stieg von 28 auf 30 Fälle je 100 000 Einwohner. Dagegen wurden etwas weniger Fälle von Hepatitis Infectiosa (übertragbare Leberentzündung) gemeldet, nämlich 40 im November gegenüber 44 im Oktober, jeweils bezogen auf 100 000 Einwohner.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. Oktober bis 2. Dezember 1972 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung		Obertragbare				Gehirnentzündung		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritide Infectiosa				Botulismus		
							Meningokokken-Meningitis		übrige Formen										Salmonellose		übrige Formen				
	E)	ST)	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	1	1	363	—	—	—	7	—	7	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	157	1	1	—	3	—
Niederbayern	—	—	33	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	10	—	4	—	—	—
Oberpfalz	—	—	45	—	—	—	6	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	—	1	—	—	—
Oberfranken	—	—	104	—	—	—	—	—	17	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	—	2	—	—	—
Mittelfranken	—	—	182	—	—	—	1	—	9	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	31	—	5	—	—	—
Unterfranken	—	—	43	—	—	—	4	—	9	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	91	—	—	—	3	1	2	1	—	—	—	2	—	—	—	2	—	37	—	1	—	—	—
Bayern	1	1	861	—	—	—	22	1	60	2	—	—	—	4	—	5	—	5	1	305	1	14	—	3	—
München	—	—	101	—	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	68	1	—	—	3	—
Nürnberg	—	—	61	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepatitis Infectiosa		Ornithose				Mikrosporidien		Amöbenruhr		Leptospirose				Malaria-Erkrankung		Q-Fieber		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf		Verdachtsfälle von Tollwut ²⁾	
			Palte-cose		übrige Formen						Well-sche Krankheit		übrige Formen											
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	148	2	—	—	1	—	1	—	3	1	2	1	—	—	1	—	1	—	5	—	—	—	—	3
Niederbayern	79	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	2	1	—	—
Oberpfalz	44	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Oberfranken	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Mittelfranken	26	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	18
Unterfranken	53	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	1
Schwaben	45	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	1	1	—	58
Bayern	417	5	—	—	4	—	1	—	3	1	2	1	1	—	3	—	2	—	11	—	6	2	—	84
München	67	1	—	—	1	—	—	—	1	1	2	1	—	—	1	—	1	—	2	—	—	—	—	—
Nürnberg	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Augsburg	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	11	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) „ST“ = Starbefälle. 3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Dezember 1972 *

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Im Dezember wurden Scharlacherkrankungen erneut häufiger als im Vormonat gemeldet, die Erkrankungsziffer stieg von 83 auf 95 Fälle je 100 000 Einwohnern (umgerechnet auf ein Jahr). Die Erkrankungshäufigkeit an übertragbarer Hirnhautentzündung ging im Dezember dagegen etwas zurück, auf 100 000 der Bevölkerung trafen eine Erkrankung an Meningokokken-Meningitis und 5 an übrigen Formen der infektiösen Meningitis.

An Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregter Darmentzündung) erkrankten im Berichtsmonat merklich weniger Menschen als im vorhergegangenen Monat, die Ziffer sank von 30 auf 17 gemeldete Fälle je 100 000 Einwohnern. Geringfügig nahm auch die Häufigkeit von Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) ab, nämlich von 40 Fällen im November auf 39 im Dezember, jeweils auf 100 000 der Bevölkerung.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Dezember 1972 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
	Oph- therie		Schar- lach		Kinder- lähmung		Übertragbare				Gehirn- entzün- dung		Typhus abdomi- nells		Pera- typhus A und B		Bak- terielle Ruhr (ohne Amöben- ruhr)		Enteritis Infectiosa				Botu- llemus	
							Hirnhautentzündung		Salmo- nellose										übrige Formen					
	E) ST)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	-	-	265	-	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-	-	-	1	-	62	-	1	-	-	1
Niederbayern	-	-	133	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	-	2	-	-	-
Oberpfalz	-	-	32	-	-	-	1	-	4	-	-	-	-	-	1	-	-	-	8	-	-	-	-	-
Oberfranken	-	-	101	-	-	-	2	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	-	1	-	-	-
Mittelfranken	-	-	133	-	-	-	2	-	4	-	1	1	-	-	-	-	5	-	27	-	-	-	-	-
Unterfranken	-	-	44	-	-	-	1	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-
Schwaben	-	-	74	-	1 ¹⁾	-	4	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	13	2	2	-	-	-
Bayern	-	-	782	-	1 ¹⁾	-	11	2	45	-	1	1	1	-	1	-	6	-	138	2	6	-	-	1
München	-	-	76	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	-	-	-	-	1
Nürnberg	-	-	46	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	1	-	15	-	-	-	-	-
Augsburg	-	-	11	-	1 ¹⁾	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Regensburg	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Würzburg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-

Gebiet	13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Hepa- titis infectiosa		Ornithose				Aus- satz		Mikro- sporie		Brucel- lose (übrige Formen)		Malaria- Erst- erkrankung		O- Fieber		Toxo- plas- mose		Wund- starr- krampf				Verdachts- fälle von Toll- wut ²⁾	
			Palta- cose		übrige Formen																			
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	96	-	-	-	2	-	1 ¹⁾	-	2	-	1	-	2	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	4
Niederbayern	46	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Oberpfalz	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	5
Oberfranken	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Mittelfranken	31	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
Unterfranken	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	1	-	-	-	3
Schwaben	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Bayern	325	2	-	-	3	-	1 ¹⁾	-	2	-	1	-	2	-	3	-	5	-	3	1	-	-	-	44
München	37	-	-	-	-	-	1 ¹⁾	-	-	-	1	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	2
Nürnberg	13	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Augsburg	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Regensburg	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Würzburg	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹⁾ Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

²⁾ „E“ = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

³⁾ „ST“ = Sterbefälle.

⁴⁾ Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

⁵⁾ Inliziert im Ausland.

Buchbesprechungen

Dr. W. ROSCHKE: „Die proktologische Sprechstunde“. 220 S., 77 meist farbige Abb., Taschenbuch, DM 10,80. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

Die Proktologie ist – zumindest bei uns in Deutschland – ein auch heute noch zu Unrecht stark vernachlässigtes Gebiet. Es würde zu weit führen, in diesem Zusammenhang auf die Gründe hierfür einzugehen. Jedenfalls ist jegliches Bemühen, dieses umschriebene, aber praktisch überaus bedeutungsvolle Teilgebiet der Gastroenterologie zu erschließen, begrüßenswert. Zweifellos hat der Autor des vorliegenden Buches, dessen erste Auflage 1965 erschien, hier besondere Verdienste. Nach drei Jahren war eine zweite und bereits nach weiteren 15 Monaten eine dritte – die vorliegende – Auflage notwendig geworden, ein Zeichen dafür, daß hier eine echte „Marktlücke“ bestand und besteht. Das Buch ist nach dem Willen seines Autors für die in Praxis und Klinik tätigen Ärzte geschrieben; seine Aufgabe, ein Ratgeber in Wort und Bild zu sein, vermag es voll und ganz zu erfüllen, sofern es von seinen Adressaten zur Hand genommen wird. Und das ist außerordentlich lohnend. Eine aus großer Erfahrung erwachsene Fülle diagnostischer und therapeutischer Hinweise mit präzisen Verfahrensvorschlägen werden dem proktologisch tätigen Arzt angeboten; möge er sie vor allem zum Wohle seiner Patienten nutzen. Dabei werden ihm neben dem sehr instruktiven Textteil auch das gute Bildmaterial, das einschließlich der Legenden mehr als ein Drittel des Büchleins in Anspruch nimmt, sehr hilfreich sein.

Dr. Dr. R. Fischer, Bad Kissingen

E. EGLI: „Natur in Not – Gefahren der Zivillisationslandschaft“. 152 S., Peperbeck, DM 12,80. Hellweg Verlag, Bern-Stuttgart.

Solange die industrielle Technik am menschlichen Tun einen untergeordneten Anteil hatte, war ihr Dasein kein Problem. Erst mit der immer bedrohlicher werdenden Bevölkerungszunahme ist die Natur in den Griff der Technik gekommen. Die Allmacht der Natur droht in eine Ohnmacht umzuschlagen. Deshalb wird es das lebensnotwendige Problem Nummer

eins werden, die Obermacht der technischen Wirtschaft in eine Unterordnung unter die Gesetze der Biosphäre zu erzwingen. Während der Mensch früherer Jahrhunderte Reubeu mit den Wäldern trieb, dessen Folgen einige Länder bis heute noch nicht verkreftet haben, ist es im heutigen Industriezeitalter die Verschmutzung der Umwelt und der Lärm, die unseren Lebensraum verändern und unser Leben schlechthin bedrohen. Das Buch will dem Leser warnend vor Augen führen, wie weit es bereits mit der Verödung der Gewässer – Seen, Flüsse, ja, schon der Meere! – wie auch mit der Vergiftung der Lufthülle gekommen ist. Des weiteren will es darlegen, inwieweit der Lärm bereits seinen schädigenden Einfluß auf die Gesundheit des Einzelmenschen (Abnutzungerscheinungen und Aufbruchkrankheiten, sogenannten „Zivillisationschäden“) geltend macht. Das biologische Problem weitet sich aus zu einem philosophischen: Die Zivillisationslandschaft kann kein seelischer Nährgrund mehr sein für den suchenden Menschen, sie hat bereits den Höhepunkt des Schöpferischen überschritten, sie hat ein Gefälle zur Finilität. War der Mensch in der Kulturlandschaft noch aufgehoben – in der Zivillisationslandschaft ist er es nicht mehr: er ist tödlich bedroht! Der naturgegebenen Lebensengst eines jeden Menschen wird bald, wenn nicht schnell der Einsicht in diese Tatsachen bei den maßgeblichen Stellen stattgegeben wird, die Oberlebensangst folgen!

Dr. F. Sprenger, Würzburg

Therapeutika

Kelinor®-Acid-Brausetabletten

Zusammensetzung:

Je Brausetablette: 2,05 g Kaliumzitat, 2 g Kaliumbikarbonat, 2,05 g Zitronensäure, 1,63 g Zucker (Kaliumgehalt 1,56 g = 40 mÄq K⁺)

Indikationen:

Kaliummangelzustände, insbesondere bei azidotischer Stoffwechsellage (z. B. bei Medikation von Carboanhydrasehemmern, renaler Azidose, Anorexie usw.). Bei ausgeprägter alkalose Kalinor-Alkal-Dregées

Kontraindikationen:

Anurie, Oligurie, Hyperkaliämie, vor Beseitigung von Dehydratation, Kollaps- und Schockzuständen.

Wirkungsweise:

Kalium ist der wichtigste Elektrolyt der Intrazellularflüssigkeit. Er ist vielfältig, meist als Katalysator, am Stoffwechsel beteiligt und beeinflusst den Mineral- und Wasserhaushalt, das Säure-Basengleichgewicht, den Protein- und Glykogenaufbau sowie die neuromuskuläre Erregbarkeit.

Dosierung:

Bis zu 3 Brausetabletten tgl. 1 Kalinor-Acid-Brausetablette in 100–150 ml (1/2 Glas) Wasser auflösen und nach Bedarf mit Zucker oder Fruchtsaft nachsüßen.

Handelsform und Preise:

O. P. 15 Brausetabletten DM 6,60 m. MWSt.

Hersteller:

Nordmark-Werke GmbH, 2082 Uetersen 1

Das Bayerische Rote Kreuz gibt sich die Ehre, Sie zum

Margueriten-Ball

am **21. Februar 1973**, 20.00 Uhr, im Deutschen Theater, München, einzuladen.

Ein heiteres Programm, das internationale Tanz- und Show-Orchester Maravella aus Spanien, das Faschingsprinzenpaar mit seinem Hofstaat und eine reichhaltige Tombola erwarten Sie.

Eintrittspreise für nummerierte Plätze: DM 65,-, 45,-, 35,-, 25,-, 20,- und 13,-; für unnummerierte Saalkarten und Kategorie: DM 8,-.

Kartenvorverkauf: Rotes Kreuz, München 22, Seitzstraße 8, Zimmer 223, Telefon (08 11) 223191, oder Deutsches Theater, München, Schwanthalerstraße 13, Telefon (08 11) 592911.

Der Reinerlös des Balles wird vom Kreisverband München zur besonderen Hilfe für alte Menschen verwendet.

Ehrenprotectorat: Frau Gertrud Goppel

Für ein gesundes Wachstumsalter



»Kalzan Vit« Vitamine + Calcium



I. Zusammensetzung:

1 Tablette enthält:

300	mg	Calciumcitrat
160	mg	Calciumhydrogenphosphat
500	I.E.	Vitamin A
0,4	mg	Vitamin B ₁
0,4	mg	Vitamin B ₂
1	mg	Calcium-D-pantothenat
20	mg	Vitamin C
350	I.E.	Vitamin D ₃
0,4	mg	Vitamin E
5	mg	Rutin
0,041	mg	Calciumfluorid

II. Indikationen:

Zur Deckung eines erhöhten Vitamin- und Calcium-Bedarfs sowie zur Behandlung von Mangelzuständen während Wachstum und Dentition; zur Kariesprophylaxe, bei allergischen Reaktionen.

III. Kontraindikationen:

Hyperkalzämie, Hyperkalzurie

IV. Dosierung und Anwendung:

2 bis 3 mal täglich 1 Tablette gut zerkaut einnehmen. Kalzan Vit-Tabletten werden wegen ihres Schokoladengeschmacks von Kindern gerne genommen.

V. Handelsformen und Preise:

Packung mit 50 Tabletten DM 4,10
Packung mit 100 Tabletten DM 7,05

Wülfing Arzneimittel Neuss

Neoston®

Zusammensetzung:

1 Tablette Neoston enthält: 500 mg (4-Allyloxy-3-chlor-phenyl)-essigsäure (Alclofenac)

Neoston ist ein neues hormonfreies Antirheumatikum mit besonders ausgeprägter analgetischer Wirkung.

Indikationen:

Entzündliche und degenerativ rheumatische Erkrankungen: Rheumatoide Arthritis (pcP) – Ankylosierende Spondylitis – Arthrosen verschiedener Lokalisierungen – Spondylosen, Spondylarthrosen – Lumbago – Ischialgie – Tendovaginitis – Tendinitis – Bursitis – Perlerthritis humeroscapularis – Akute und chronische Schmerzen.

Wirkungsweise und Eigenschaften:

Neoston ist in seinem entzündungshemmenden Effekt den stärksten nicht-hormonellen Antiphlogistika ebenbürtig. Seine schmerzstillende Wirkung ist mit der von starker Analgetika vergleichbar. Diese günstigen Eigenschaften in einer Substanz vereint, führen zu einer meßbaren Remobilisierung des Rheumapatienten. Auffallend gut ist die Verträglichkeit von Neoston. In zahlreichen vergleichenden Untersuchungen zeigten sich mit Neoston weniger Nebenwirkungen als unter der Therapie mit anderen stark wirkenden Antirheumatika. In keinem Fall kam es zu Magen- oder Darm-Ulzerationen, auch nicht nach monatelanger Therapie.

Kontraindikationen:

Aktives Ulcus ventriculi und duodeni – Schwere Darmerkrankungen – Allergische Diathese.

Wie bei allen neuen Medikamenten soll die Verabreichung von Neoston

während der Schwangerschaft vermieden werden.

Dosierung:

Die Dosierung ist in jedem Fall dem Grad der Erkrankung individuell anzupassen.

Wenn vom Arzt nicht anders verordnet Initialbehandlung 3 x 2 Tabletten pro Tag, Dauerbehandlung 3 x 1 Tablette pro Tag.

Die Einnahme der Tabletten soll unzerkaut mit etwas Flüssigkeit während der Hauptmahlzeiten erfolgen.

Handelsformen und Preise:

Durchdrückpackungen mit 20 Tabletten DM 9,40

Durchdrückpackungen mit 50 Tabletten DM 21,80

Anstaltspackung (500 Stück)

Hersteller:

Beiersdorf AG, 2000 Hemburg 20

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 Kongreßreise durch:

Fluggemeinschaftsreise anlässlich des II. Internationalen Kongresses für Gruppenmedizin in Rio de Janeiro vom 11. bis 16. März 1973

Das Programm hat folgende Hauptthemen: Berufliche Zusammensetzung in Gruppenpraxen – Gruppenmedizin und ihre technischen Aspekte – der Leistungsempfänger in Be-

ziehung zur Gruppenmedizin – Wirtschaftliche und finanzielle Aspekte der Gruppenmedizin Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: „Bayerisches Ärzteblatt“, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16.

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

Kongreßkalender

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

März 1973

5. – 10. 3. in München:

7. EEG-Fortbildungskure. Auskunft: Prot. Dr. J. Kugler, Neurologische Klinik der Universität, 8000 München 2, Nußbaumstraße 7.

6. – 10. 3. in Essen:

IX. Essener Fortbildung für Augenärzte. Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V., 4000 Düsseldorf 11, Wildenbruchstraße 21.

6. – 10. 3. in Tucson:

4. Internationaler Lymphologie-Kongreß. Auskunft: Internationale Gesellschaft für Lymphologie, CH-8026 Zürich, Postfach 128.

8. – 22. 3. in Teneriffe:

3. Deutsch-österreichischer Fortbildungskongreß. Auskunft: Kongreßdienst,

Passiorin Dregees

1 Dregea enthält:

Extr. Passiflor. Incarnat. apir. sicc.	60,0 mg
Extr. Salicis equos sicc.	133,0 mg
Extr. Cretaeg. spir. sicc.	12,0 mg
Aneurin	0,3 mg

Passiorin liq.

Extr. Passiflor. Incarnat. fl.	10 Vol. %
Extr. Salicis equos spiss.	5 Vol. %
Tinct. Cretaeg. oxycenth.	11 Vol. %

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

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

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

Keine Kontra-Indikationen und Nebenwirkungen bekannt.

Passiorin Dregees:

Packung mit	50 Dregees	DM 4,25
Kurpackung mit	250 Dregees	DM 18.–

Passiorin liq.:

Flasche mit ca.	100 ml	DM 5,80
Kurpackung mit ca.	500 ml	DM 23,80

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

SIMONS CHEMISCHE FABRIK · Gauting bei München



Passiorin®

magenverträgliche Rheumatherapie

bei muskulärer Verspannung des Bewegungsapparates
und vegetativ-ängstlicher Symptomatik

Ostochont®

Dragées

steroidfreies,
entspannendes,
muskelrelaxierendes
Antirheumatikum,
Antiphlogistikum,
Analgetikum

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält:
Propyphenazon 150 mg, o-Athoxybenzamid 100 mg,
Meprobamat 50 mg, Rutin 20 mg, Hesperidin 5 mg,
Äsculin 1 mg.

Indikationen: Entzündlich und degenerativ rheumatische Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule und des übrigen Bewegungsapparates, vor allem solche, die mit einer vermehrten muskulären oder vegetativ-ängstlichen Verspannung einhergehen. Arthritis, Arthrose, Osteochondrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen, Zervikalsyndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Myogelose, Bursitis, Tendovaginitis, posttraumatische Entzündungs- und Schmerzzustände.

Kontraindikationen: Akute intermittierende Porphyrie.

Zur Beachtung: Der zuverlässig muskelrelaxierende Effekt von Ostochont basiert auf einer synergistischen Ergänzung der Einzeleffekte von o-Athoxybenzamid und Meprobamat. Der Meprobamat-Anteil

konnte dabei in Ostochont so bemessen werden, daß es bei vorschriftmäßiger Anwendung weder zu Schläfrigkeit, noch zu einer Beeinflussung der Reaktionslage kommt. Alkoholgenuß sollte während der Einnahme von Ostochont allerdings gemieden werden.

Anwendung und Dosierung: Die Dosierung erfolgt individuell und richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung bzw. nach dem subjektiven Befinden des Patienten. Initial wird täglich 3- bis 4mal 1 Dragée gegeben. Nach Eintreten des Behandlungserfolges wird diese Dosis auf täglich 1 bis 3 Dragées reduziert. — Bei akuten, schmerzhaften Erkrenkungszuständen können Initial täglich bis zu 4mal 2 Dragées verabfolgt werden.

Handelsformen und Preise:
Packung mit 20 Dragées DM 4,90 (It. AT)
Packung mit 50 Dragées DM 9,45 (It. AT)
Klinickpackung

Ostochont®

Salbe · Thermosalbe

mehr als nur einfache »Rheumasalben«

tiefenwirksame,
heparinhaltige
Perkutansalben;
lindern Schmerzen,
wärmen und heilen

Zusammensetzung: 100 g Salbe enthält:
Heparin 5000 I. E., Athylenglycolmonosallylsäureester 5,0 g, Pyridin-3-carbonsäurebenzylester 0,125 g (Thermosalbe 2,5 g).

Indikationen: Entzündlich und degenerativ rheumatische Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule und des übrigen Bewegungsapparates. Arthritis, Arthrose, Osteochondrosen, Spondylosen, Spondylarthrosen, Zervikalsyndrom, Schulter-Arm-Syndrom, Lumbalsyndrom, Myogelose, Bursitis, Tendovaginitis, Sport- und Unfallverletzungsfolgen (Hämatome, Prellungen, Zerrungen), orthopädische und chiropraktische Maßnahmen (Ostochont Thermosalbe: zur zusätzlichen starken Hyperämisierung).

Kontraindikationen sind nicht bekannt.

Anwendung und Dosierung: Es empfiehlt sich, täglich mehrmals einen Salbenstreng von etwa 5 cm Länge in die Haut über dem Erkrankungsbereich einzureiben oder leicht einzumessieren. Die hohe entzündungsfördernden Eigenschaften lassen sich durch eine wärmende Wollauflage oder durch Anwendung eines Heizkissens weiter verbessern.

Besonderer Hinweis: Ostochont Salbe soll nicht in die Augen, auf Schleimhäute oder in offene Wunden gebracht werden.

Handelsformen und Preise:
von Ostochont Salbe und Ostochont Thermosalbe
Tube mit 20 g Salbe DM 3,20 (It. AT)
Tube mit 50 g Salbe DM 6,15 (It. AT)

ADENYL-CHEMIE ADENYL-CHEMIE - Fortschritt und Erfahrung

Deutscher Kessenarztverband, 2000
Hamburg 73, Postfach 73 04 20.

11. — 24. 3. In Devos:

XXI. Internationaler Fortbildungskongress der Bundesärztekammer. (Theme: Humangenetik als Aufgabe der ärztlichen Praxis.) Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410220.

12. — 24. 3. In Badgastein:

XVIII. Internationaler Fortbildungskongress der Bundesärztekammer. (Theme: Humangenetik als Aufgabe der ärztlichen Praxis.) Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410220.

14. — 15. 3. In Erlangen:

9. Einführungskurs in die gastroenterologische Endoskopie, Biopsie und Zytologie. Auskunft: Kongressbüro der Medizinischen Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Krankenhausstraße 12.

16. — 17. 3. In Erlangen:

6. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Endoskopie. Auskunft: Privatdozent Dr. R. Ottenjenn, I. Medizinische Abteilung, Städtisches Krankenhaus München-Neuperlach, 8000 München 83, Oskar-Marie-Graf-Ring 51.

18. — 21. 3. In Mainz:

14. Frühjahrstagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft. Auskunft: Professor Dr. W. Schömann, c/o Boehringer Mannheim, 6800 Mannheim 31, Postfach 51.

19. — 24. 3. In Wien:

I. Internationaler Kongress für Protheseentechnik und funktionelle Rehabilitation. Auskunft: Dr. L. Zemann, Wiener Medizinische Akademie, A-1010 Wien, Stadiongasse 6-8.

23. — 25. 3. In Baden-Baden:

Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Unfallforschung. Auskunft: Dr. Lehmann, 7570 Baden-Baden, Lichtentaler Straße 25.

23. — 25. 3. In Rom:

5. Europäische Gastrokamera-Symposium. Auskunft: Dr. W. Bergemann, Klinikum Steglitz, 1000 Berlin 45, Hindenburgdamm 2.

31. 3. — 1. 4. In Nürnberg:

Fortbildungsveranstaltung der DLRG in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Sportärzte-Verband e. V. Aus-

kunft: Bayerischer Sportärzte-Verband e. V., 8000 München 19, Nymphenburger Straße 81/4.

April 1973

5. — 11. 4. In Davos:

5. Internationaler Diagnostik-Kurs. Auskunft: IDKD 5, CH-8033 Zürich, Postfach 159.

9. — 12. 4. In Bologna:

2. Internationales Symposium über Krebeerkrankung und -vorsorge. Auskunft: Instituto di Oncologia, „F. Adleri“, Viale Ercolani 4/2, I-40138 Bologna.

12. — 14. 4. In Wien:

Kongress der Deutschen und Österreichischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Dr. E. Kotscher, A-1010 Wien, Kärntner Straße 21-23.

13. — 15. 4. In Freiburg:

Tagung der Deutschen Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität. Auskunft: Deutsche Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität, Prof. Dr. K. Semm, 2300 Kiel, Hegewischstraße 4.

16. — 28. 4. In Meran:

V. Internationaler Seminarkongress der Bundesärztekammer. (Theme: Jugend und Alter aus der Sicht der praktischen Medizin.) Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln 41, Postfach 410220.

17. — 19. 4. In Groningen:

4. Internationales Symposium über Herzrhythmus. Auskunft: H. J. Th. Thalen, Department of Cardiology, University Hospital, Groningen, Holland.

25. — 29. 4. In Hamm:

Kurs für Manuelle Behandlung der Extremitätengelenke. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin e. V., 4700 Hamm, Ostentalallee 80

27. 4. In München:

Veranstaltung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. Auskunft: Deutsche Akademie für Psychoanalyse e. V., 1000 Berlin 15, Wielandstraße 27-28.

27. — 29. 4. In Bad Nauheim:

39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufkrankheiten. „Gehirnkreislauf“. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, W.-G.-Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft, 6350 Bad Nauheim.

28. — 29. 4. In Minden:

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

29. 4. — 3. 5. In Wiesbaden:

79. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. H. Begemann, Städt. Krankenhaus München-Schwabing, 8000 München 40, Kölner Platz 1.

30. 4. — 12. 5. In Lindau:

23. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, 8000 München 81, Adalbert-Stifter-Straße 31.

Beliegender Hinweis:

Dieser Ausgabe ist ein Prospekt der Firma

Benechemie GmbH, München beige-fügt.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8000 München 80, Mühlbauerstraße 16, Telefon (0811) 47 60 87, Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren und 8,5% = DM 0,12 Mehrwertsteuer. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postcheckkonto Nr. 52 51-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG, früher Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8000 München 2, Postfach, Sonnenstraße 29, Telefon 55 80 81, 55 82/41-48, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlas-press. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfingher, München.

Druck: Druckerei und Verlag Hans Zauner Jr., 8060 Dacheu.

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

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

Beim Nervenkrankenhaus des Bezirks Schwaben in Günzburg ist die Stelle des

stellvertretenden Direktors

ab 1. 4. 1973 neu zu besetzen. Diese Stelle ist im Stellenplan nach BesGr. A 16 (Obermedizinalklinikdirektor) bewertet. Das Nervenkrankenhaus Günzburg verfügt über rund 1100 Betten, hiervon 50 Betten in der neurologischen und 40 Betten in der neurochirurgischen Abteilung. Die ärztliche Betreuung obliegt 38 Ärzten. Zum Nervenkrankenhaus gehören Werkstätten und ein Gutshof. Wohnung wird auf Wunsch bereitgestellt.

Bedingungen: Erstklassige wissenschaftliche und klinische Ausbildung in der Psychiatrie und Neurologie, langjährige Erfahrung in einem Nervenkrankenhaus, Facharztanerkennung, gute Organisationsfähigkeit, ausgeprägte Persönlichkeit mit der Fähigkeit zum Umgang mit Menschen.

Interessenten werden gebeten, Bewerbungen bis spätestens 15. 2. 1973 bei der Regierung von Schwaben – Verwaltung des Bezirks –, 8900 Augsburg, Hafnerberg 14, einzureichen. Beizufügen sind ein handgeschriebener ausführlicher Lebenslauf, Lichtbild, Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten, Belege über akademische Grade, beglaubigte Abschriften von Prüfungszeugnissen und Zeugnissen über die bisherige ärztliche Tätigkeit, Nachweise über die Berufung in das Beamtenverhältnis und die Festsetzung des BDA. Anzugeben ist, wer der derzeitige Dienstherr ist und wann der Dienst angetreten werden kann. Ferner wäre eine Erklärung über das Einverständnis mit der Einsicht in die Personalakten des jetzigen Dienstherrn beizufügen. Persönliche Vorstellung nur nach Aufforderung.

Das 1960 neu erbaute Kreiskrankenhaus Bogen a. d. Donau/NB, das zur Zeit auf 225 Betten erweitert wird, sucht für sofort oder später für die Innere Abteilung

- 1 Oberarzt**
- 1 Assistenzarzt**
- 1 Medizinalassistent**

für die chirurgische Abteilung

- 1 Assistenzarzt**
- 1 Medizinalassistent**

Wir bieten beste Arbeitsbedingungen, angenehmes Betriebsklima, alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes, zusätzliche Altersversorgung, Beihilfen, vermögenswirksame Leistungen. Nebeneinkommen durch Cheferztvertretung, Rufbereitschaft und Gutachterstätigkeit. Ledige Bewerber erhalten Unterkunft und Verpflegung auf Wunsch im Hause, verheirateten wird Mithilfe bei der Beschaffung einer familiengerechten Wohnung zugesichert. Eintritt nach Vereinbarung (auf Wunsch auch Vormerkung für später).

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild werden unter Angabe des frühesten Eintrittstermins an das

Landratsamt Straubing-Bogen,
Dienststelle Straubing, 8440 Straubing,
Postfach 178, erbeten.

Beim Bezirkskrankenhaus Erlangen des Bezirks Mittelfranken (Fachkrankenhaus für Psychiatrie) sind mehrere Stellen mit

Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie

sofort zu besetzen. Das Krankenhaus verfügt über 1200 Betten und liegt in der Stadtmitte der Universitätsstadt Erlangen. Sämtliche Schularten sind in unmittelbarer Nähe. Das gesamte Krankenhaus wird zur Zeit an anderer Stelle im Stadtbereich Erlangen neu erbaut. Dort wird den Kollegen Gelegenheit geboten werden, mit modernen Mitteln in allen einschlägigen Disziplinen Kranke zu behandeln.

Geboten werden:

Feste Anstellung im Angestelltenverhältnis nach BAT II bis Ia je nach Voraussetzung, bei Erfüllung der Voraussetzungen Übernahme oder Eintritt in das Beamtenverhältnis.

Dienstwohnung kann gestellt werden; Trennungsgeld, Umzugskostenvergütung und Beihilfen bei Erkrankung, 5-Tageweche mit entgeltlichem Bereitschaftsdienst, Alters- und Hinterbliebenenversorgung einschließlich Zusatzversorgung, Nebeneinkommen durch Gutachterstätigkeit.

Bewerbungen werden erbeten an den Direktor des Bezirkskrankenhauses Erlangen, 8520 Erlangen, Maximiliansplatz 2.

HOMBURG-ARZNEIMITTEL

Da der bisherige Stelleninhaber eine neue Aufgabe mit erweitertem Verantwortungsbereich in unserem Hause übernommen hat, suchen wir für unsere Medizinisch-Wissenschaftliche Abteilung einen



Arzt als Fachreferent für Kardiologie

Die besondere Bedeutung, die wir dem Sektor Kardiologie seit jeher beigemessen haben, fand ihren Ausdruck in der Entwicklung zahlreicher Präparate. Auch in Zukunft gilt diesem Arbeitsgebiet unser besonderes Augenmerk. Sie werden also ein besonders interessantes, abwechslungsreiches und entwicklungsfähiges Aufgabengebiet vorfinden.

Besonderen Wert legen wir darauf, daß Sie bereit sind, in dem harmonisch zusammenarbeitenden Team unserer Med.-Wiss. Abteilung kollegial zusammenzuarbeiten.

Als Zweigniederlassung der DEGUSSA bieten wir unseren Mitarbeitern auch alle Vorteile der Tätigkeit in einem Groß-Unternehmen.

Wenn Sie daran interessiert sind, alle weiteren Einzelheiten der Zusammenarbeit in einem persönlichen Gespräch mit uns zu diskutieren, rufen Sie bitte den Leiter unserer Medizinisch-Wissenschaftlichen Abteilung, Herrn Dr. Kristen, Telefon (06 11) 4 00 13 10, an oder schreiben Sie uns unverbindlich. Wir werden uns dann gern umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen. Selbstverständlich werden wir Ihre Bewerbung streng vertraulich behandeln.

Chemiewerk Homburg

Zweigniederlassung der DEGUSSA
6000 Frankfurt am Main, Daimler Straße 25

Für

Chirurgische Oberarzt-Stelle

Cheferzt für Chirurgie, der den Cheferzt selbständig vertreten kann, sofort oder zum nächstmöglichen Termin gesucht.

Unsere chirurgische Abteilung (80 Betten) hat umfangreiches allgemein-chirurgisches Krankengut. Unfallkrankenhaus. D-Arzt-Verfahren. Vergütung nach BAT. Zusätzliche Vergütung für Bereitschaftsdienst/Rufbereitschaft. Alle übrigen Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes. Nebeneinnahmen aus Gutachten, Zulegen des Cheferztes u. ä.

Bewerbungen und Kontaktaufnahme erbittet das **Städtische Krankenhaus, 8069 Pfaffenhofen (Ilm)**, Ingolstädter Straße 28, Telefon (08441) 2377

(Pfaffenhofen ist eine Kreisstadt mit 13 000 Einwohnern und liegt verkehrsgünstig 45 km nördlich von München. Alle Schulen am Ort.)

Am Kreiekrankenhaus Feuchtwangen (110 Betten) werden auf der chirurgischen Abteilung (80 Betten) für sofort oder epäter gesucht:

2 Assistenzärzte

Das Operationsprogramm ist reichhaltig. D-Arzt-Tätigkeit, volle Zulassung zum BG-Hellverfahren. Ermächtigung zur Weiterbildung von Allgemeinärzten und Fachärzten für Chirurgie (2 Jahre).

Vergütung nach BAT II zuzüglich Bereitschaftsdienstzulage nach Tarif, Zuwendungen durch den Cheferzt, Gutachten, übliche Sozialleistungen, Beteiligung an den Umzugskosten. Für Ledige besteht Wohnmöglichkeit im Hause, für Verheiratete wird Mithilfe bei der Wohnungssuche zugesichert. Feuchtwangen liegt verkehrsgünstig an der Romantischen Straße. Sämtliche Schulen am Ort.

Bewerbungen erbeten an das **Landratsamt Ansbach, Dienststelle Feuchtwangen in 8805 Feuchtwangen/Mfr.**